

2m11.3358.1

**HEC MONTRÉAL
AFFILIÉE À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**

**Les déterminants de l'excision en Afrique sub-saharienne :
Une étude économétrique de l'Éthiopie**

par

Valérie Pisano

Sciences de la gestion

*Mémoire présenté en vue de l'obtention
du grade de maîtrise ès sciences
(M. Sc.)*

Juillet 2005
© Valérie Pisano, 2005

m.2005
no 110

**DÉCLARATION DE L'ÉTUDIANTE, DE L'ÉTUDIANT
ÉTHIQUE EN RECHERCHE AUPRÈS DES ÊTRES HUMAINS**

Recherche sans collecte directe d'informations

Cette recherche n'impliquait pas une collecte directe d'informations auprès de personnes (exemples : entrevues, questionnaires, appels téléphoniques, groupes de discussion, tests, observations participantes, communications écrites ou électroniques, etc.).

Cette recherche n'impliquait pas une consultation de documents, de dossiers ou de banques de données existants qui ne font pas partie du domaine public et qui contiennent des informations sur des personnes.

Titre de la recherche : _____

Nom de l'étudiante,
de l'étudiant : _____

Signature : _____

Date : _____

Sommaire

Entre 100 et 140 millions de femmes ont subi une mutilation sexuelle et chaque année, ce sont deux millions de fillettes additionnelles qui sont soumises à la pratique. Alors qu'une majorité de sa population vit avec moins de 1\$ PPA¹ par jour et que la malaria et le VIH font déjà plusieurs victimes, l'Afrique sub-saharienne est aux prises avec une pratique qui handicape et contraint les femmes sur une base quasi quotidienne et ce, alors qu'elles devraient jouer un rôle au premier plan du développement économique de leurs pays. L'excision des femmes en Afrique est une problématique réelle et cruciale qui, malgré les efforts et les ressources disponibles, est encore loin d'être résolue.

Or, pour mettre en place des programmes d'intervention efficaces, il convient d'abord de bien comprendre les facteurs qui interviennent lorsque des parents, et notamment la mère, décident d'exciser leur fille. Ce mémoire propose donc d'identifier, parmi un ensemble de variables explicatives, les déterminants de l'excision en Afrique sub-saharienne. Si d'autres auteurs se sont déjà penchés sur cette question, l'ensemble des études réalisées jusqu'à maintenant sont principalement de nature statistique et réalisées à partir de sondages à petite échelle. Notre contribution découle de l'application d'un modèle économétrique à la problématique: à partir des données de l'enquête *Demographic and Health Surveys* réalisées en 2000 en Éthiopie, nous estimons un modèle qui permet d'identifier les variables explicatives qui ont un impact déterminant sur la décision d'excision des filles. En utilisant des estimations de type probit, nous arrivons aux quatre conclusions suivantes :

1. La mère joue un rôle capital dans la décision. Son rôle dans la famille, son éducation, son expérience et ses attitudes auront un impact important sur la décision d'excision de ses filles.
2. La décision de faire exciser ou non ses filles relève grandement des comportements des autres femmes dans le village. Plus celles-ci sont excisées, plus elles feront exciser leurs filles et plus il sera difficile de ne pas se conformer à la norme sociale. Il existe un effet communautaire réel, fort et particulièrement déterminant.
3. La pratique s'inscrit dans une logique économique où les parents, et particulièrement la mère, retirent des bénéfices du mariage réussi de leurs filles. Plus ceux-ci ont de bouches à nourrir (plus il y a de membres dans le ménage), plus ils seront portés vers l'excision.

¹ Parité de pouvoir d'achat

4. Le phénomène est d'abord et avant tout géographique - le lieu de résidence a préséance sur la religion et l'affiliation ethnique qui sont respectivement peu et pas du tout déterminantes.

Ces résultats soulignent que ce sont les femmes qui sont d'abord et avant tout au cœur de la problématique et que toute intervention doit considérer les enjeux économiques et sociaux sur lesquels reposent leurs décisions. D'autre part, l'importance capitale de l'effet communautaire implique que c'est par le biais de démarches ciblées, qui permettent un engagement au niveau du groupe ou du village, que les programmes d'intervention seront les plus efficaces.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des figures et tableaux	vi
Remerciements	vii
1. Introduction	8
2. Revue de la littérature	11
2.1 Les conséquences au niveau de la santé	11
2.2 La santé et le développement.....	12
2.3 Faits stylisés.....	13
2.4 Survol des études statistiques.....	14
2.5 Le schème mental de l'excision	15
2.6 La modélisation des variables « sociales »	17
3. Données et statistiques	18
3.1 L'enquête	18
3.2 L'Éthiopie	18
3.3 Caractéristiques de la population	19
3.4 Caractéristiques des répondantes	20
3.5 Les mutilations génitales féminines	20
3.6 Manipulation des données	21
4. Modèle et résultats	23
4.1 Le modèle	23
4.2 Résultats obtenus.....	25
4.3 Politiques recommandées	30
5. Conclusion	33
Bibliographie	34
Annexe A – Figures	37
Annexe B – Tableaux	40

Liste des figures et tableaux

Annexe A - Figures

<u>Figure A : Pourquoi la pratique continue-t-elle? - Un schème mental</u>	38
<u>Figure B : Matrice des jeux – Équilibre hiérarchique</u>	38
<u>Figure C : Cartes de l'Éthiopie</u>	39

Annexe B - Tableaux

<u>Tableau 1 : Les mutilations génitales féminines en Afrique : Étendue, type et statut légal</u>	41
<u>Tableau 2 : Taux de croissance du revenu per capita 1965-1994 en fonction du revenu initial et du taux de mortalité infantile</u>	43
<u>Tableau 3: Indicateurs démographiques de l'Éthiopie</u>	43
<u>Tableau 4 : Caractéristiques des répondantes à l'enquête</u>	44
<u>Tableau 5 : Caractéristiques des conjoints des répondantes</u>	45
<u>Tableau 6 : Caractéristiques des ménages sondés par l'enquête</u>	46
<u>Tableau 7 : Statistiques sur l'excision des mères et de leurs filles</u>	47
<u>Tableau 8 : Excision des filles selon les caractéristiques de la mère (pour les mères qui ont au moins une fille vivante)</u>	48
<u>Tableau 9 : Estimations probit de l'excision des filles</u>	49
<u>Tableau 10 : Estimations probit de l'excision des filles en incluant l'effet communautaire</u>	51

Remerciements

Je tiens d'abord et avant tout à remercier mon directeur de recherche, Désiré Vencatachellum, pour sa confiance, son intérêt et son support tout au long de ce projet.

Merci aussi à Thomas, Bernard, Esther, Sweetee, Chrissy et toutes les autres personnes que j'ai eu le grand honneur de rencontrer au camp de réfugiés Buduburam au Ghana. Merci de m'avoir fait découvrir et aimer l'Afrique ... Vos visages et votre amitié m'ont accompagnée tout au long de ce projet.

Enfin, un grand merci à mon conjoint Benoit. Merci de m'avoir encouragée à entreprendre cette maîtrise, de m'avoir incitée à partir pour l'Afrique et d'avoir partagé cette belle aventure avec moi...

1. Introduction

À Djibouti et en Somalie, la pratique est presque universelle. Au Nigeria, au Kenya et au Togo, c'est 50% des femmes qui sont touchées. L'étendue varie d'un pays à l'autre mais au total, entre 100 et 140 millions de fillettes et de femmes, répandues majoritairement entre vingt-huit pays d'Afrique sub-saharienne, ont subi une mutilation sexuelle. Chaque année, ce sont deux millions de fillettes additionnelles qui sont soumises à cette pratique (OMS 1996).

Or, c'est seulement depuis 1988 que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'intéresse aux mutilations génitales féminines. D'abord préoccupée par les conséquences de la pratique sur la santé, l'OMS se fera progressivement porte-parole de la violation des droits des enfants et des femmes sur lesquels elle est pratiquée. Dans les années 1990, les gouvernements africains, la communauté internationale et plusieurs organisations font écho à l'OMS. L'excision se retrouve à l'agenda de plusieurs conférences internationales, notamment la Conférence mondiale sur les droits de l'homme (Vienne, 1993), la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement (Caire, 1994) et la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (1995). Lorsqu'elle est pratiquée sur des jeunes filles et des femmes non-consentantes, l'excision viole une série de droits reconnus et protégés par des conventions internationales telles que la convention internationale des droits des enfants et la convention de l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes.

S'il existe des cas au Moyen-Orient, en Asie et en Occident, on retrouve la plupart des femmes excisées en Afrique sub-saharienne. Le tableau 1 de l'Annexe B présente le type d'intervention et l'étendue de la pratique pour chaque pays et résume les prescriptions légales qui, suite notamment aux pressions internationales, ont été établies pour décourager la pratique (OMS 1999). Or, si certaines données suggèrent un léger déclin de la pratique dans quelques pays, plusieurs autres n'ont connu aucun changement au cours des dernières décennies (Population Reference Bureau 2001). Et ce, malgré le fait que de nombreux programmes d'éducation et d'intervention ont également été mis sur pied pour tenter de résoudre la problématique. Selon l'OMS, cet échec s'explique par l'inadéquation entre les campagnes de sensibilisation et les schèmes mentaux sur lesquels repose la décision d'excision.

Il apparaît donc de plus en plus capital de bien comprendre les facteurs et mécanismes qui interviennent lorsque des parents, et particulièrement la mère, décident de faire exciser leurs filles. Si l'étendue des conséquences de la pratique sur la santé des femmes est en elle-même suffisante pour justifier cette recherche (douleurs, infections, incontinence

urinaire, dysfonctionnement sexuel, problèmes à l'accouchement, etc.), il y a également un intérêt économique à bien identifier la source du problème. En effet, l'Afrique sub-saharienne est non seulement le berceau de cette pratique, mais également de la plus importante pauvreté à l'échelle du globe : pas moins de 46% des résidents d'Afrique sub-saharienne vivent avec moins de 1\$US PPA par jour¹. Or, en limitant leur capacité physique, l'excision limite par le fait même leur contribution au progrès économique et social de la région.

Ce mémoire se propose donc de répondre à la question suivante : Quels sont les déterminants de l'excision en Afrique sub-saharienne? Si d'autres auteurs se sont déjà penchés sur cette question, les études réalisées jusqu'à maintenant sont principalement de nature « statistiques descriptives ». Elles décrivent les caractéristiques des femmes excisées par rapport à celles des femmes non-excisées, mais ne permettent pas de déterminer lesquelles de ces variables jouent un rôle déterminant quant à la décision d'excision ni comment elles interviennent. De plus, elles sont souvent réalisées à partir de sondages effectués à petite échelle, auprès des habitants de quelques villages.

Or, s'il existait jusqu'à récemment bien peu d'information sur la pratique, les études réalisées par *Demographic and Health Surveys* (DHS) auprès de plus d'une douzaine de pays d'Afrique sub-saharienne, particulièrement au cours de la deuxième moitié des années 90, permettent aujourd'hui d'avoir accès à une riche et fiable base de données. Réalisés à l'échelle nationale, auprès d'un échantillon de plus de 5 000 ménages par pays, ces sondages comportent plusieurs volets, notamment un ensemble de questions sur les caractéristiques individuelles (âge, statut, niveau d'éducation, lieu de résidence, etc.) et, depuis peu, un module spécifique sur les mutilations génitales féminines.

Notre contribution découle de l'application d'un modèle économétrique à la problématique: en utilisant l'enquête *Demographic and Health Surveys* (DHS) réalisée en Éthiopie en 2000, nous construisons un modèle qui isole et explique l'impact de différentes variables explicatives sur la décision d'excision. Les résultats, obtenus par des estimations de type probit du modèle, permettent de tirer quatre grandes conclusions :

1. La mère est au premier plan quant à la décision d'excision de ses filles : son rôle dans la famille, son éducation, son expérience et ses attitudes ont tous un impact déterminant.

¹ http://unstats.un.org/unsd/mi/mi_worldregn.asp - Indicator 1. Population below \$1 purchasing power parity (PPP) per day. Consulté le 18 août 2005.

2. Il existe un effet communautaire fort et décisif : plus il y a de femmes excisées dans le village, plus une mère aura tendance à se conformer à la norme sociale et à exciser ses filles.
3. Plus il y a de membres dans le ménage, plus les filles seront excisées. Aux prises avec des ressources limitées et un nombre important de bouches à nourrir, les parents valorisent encore plus un mariage « réussi ».
4. Le phénomène de l'excision est géographique plutôt qu'ethnique ou religieux.

Ces constats permettent de compléter la littérature actuelle, présentée dans la section 2. Cette section discute notamment des impacts de la santé sur le développement économique et les résultats des enquêtes réalisées jusqu'à maintenant. La section 3 présente les données et statistiques de la population étudiée, tandis que la section 4 explique en détail le modèle développé et les résultats obtenus. L'objectif de ce mémoire étant notamment de permettre la mise sur pied de programmes d'intervention plus efficaces, la section 4 présente également quelques-unes de nos recommandations.

2. Revue de la littérature

Les mutilations génitales féminines, aussi appelées excision ou circoncision féminine, désignent la lésion ou l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme pratiquée pour des raisons culturelles, religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique (OMS 1996). L'Organisation mondiale de la santé différencie quatre types:

- Type I – excision du prépuce, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris (excision);
- Type II – excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres (clitoridectomie);
- Type III – excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation);
- Type IV – autres : piqûre, perforation, incision, étirement ou brûlure du clitoris et/ou des petites et des grandes lèvres, etc.

À l'échelle globale, les types 1 et 2 représentent près de quatre-vingt pourcent des interventions et le type 3, quinze pourcent. Cette dernière est la plus intrusive et la plus extrême des types de mutilations : après avoir complètement retiré le clitoris et les lèvres, les deux côtés de la vulve sont cousus ensemble, ne laissant qu'une très petite ouverture pour le passage de l'urine et des menstruations (OMS 1996). Les mutilations génitales féminines sont pratiquées habituellement sans anesthésie, à l'aide d'un couteau ou d'une lame de rasoir, et plus souvent qu'autrement sur des nouveau-nées, des fillettes ou des adolescentes (OMS 1996). Toutes les études ethnographiques démontrent par ailleurs que c'est par le biais des femmes, de mères en filles, que se défend et se transmet la pratique de l'excision (Mackie 1996).

2.1 Les conséquences au niveau de la santé

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les complications immédiates incluent douleurs, choc, hémorragie et infections pouvant entraîner la mort. À long terme, les femmes souffrent de kystes et abcès, de la formation de chéloïdes, de lésions de l'urètre entraînant une incontinence urinaire, de dysfonctionnement sexuel et de problèmes lors de l'accouchement. On s'inquiète également du risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) étant donné l'utilisation d'un seul et même instrument non stérilisé pour de nombreuses

opérations. Par ailleurs, les mutilations sexuelles marquent à vie la mémoire de celles qui les ont subies, et mènent à des troubles psychologiques tels que l'anxiété ou la dépression.

Or, si des complications immédiates et à long terme ont été documentées pour les femmes qui subissent chacun des quatre types de mutilations sexuelles (Jones, Diop, Askew, Kaboré 1999; Shell-Duncan & Herlund, 2000, Msuya et al. 2002), il existe très peu de preuves scientifiques sur l'occurrence et la gravité des complications subites, de même que leur relation au type de mutilation exercée (Obermeyer & Reynolds 1999). Jones, Diop, Askew et Kaboré (1999) sont parmi les seuls à trouver une relation significativement positive entre la gravité de l'intervention et la probabilité pour la femme de souffrir de complications gynécologiques et obstétriques, notamment au moment de l'accouchement. Parmi les autres études, plusieurs résultats se contredisent : tandis que Morison et al. (2001) trouvent une relation significative entre les mutilations génitales féminines et la présence de deux maladies transmises sexuellement, Msuya et al. (2002) concluent pour leur part que les maladies transmises sexuellement sont également présentes chez celles qui ont et n'ont pas subi d'intervention. Ils arrivent au même résultat pour l'infertilité, résultat par ailleurs confirmé par Larsen et Yan (2000). Leur étude des femmes de trois pays d'Afrique sub-saharienne (Tanzanie, Côte d'Ivoire et République centrafricaine) conclut que les mutilations génitales féminines n'ont pas d'impact statistiquement significatif sur la capacité de reproduction des femmes. Notons cependant que leur étude porte sur des pays où la pratique est faible et plutôt de type « léger ». D'ailleurs, les auteurs présentent une information incomplète quant au type d'intervention subi par les femmes de leur échantillon, ce qui nuance considérablement l'interprétation des résultats obtenus.

2.2 La santé et le développement

Au-delà des conséquences sur la santé des femmes concernées, la pratique de l'excision a un impact bien réel sur le développement économique des pays concernés. Tel que l'expliquent Bloom, Canning et Jamison (2004), la santé est un facteur explicatif de la croissance économique d'un pays par son impact notamment sur les décisions d'épargne, le niveau d'éducation et les investissements privés. Le niveau initial de santé d'une population a d'ailleurs été identifié comme l'un des facteurs explicatifs les plus robustes de la croissance économique, de paire avec le niveau initial de PIB per capita, la localisation géographique, les institutions, la politique économique, le niveau initial d'éducation et les investissements en éducation. Selon les estimations de Bloom, Canning et Jamison, l'impact est tel qu'une amélioration de 10% de l'espérance de vie se traduirait par une augmentation de 0,4% du PIB per capita par année. D'autre part, la littérature économique postule que la valeur d'une

année additionnelle de vie en bonne santé vaut beaucoup plus que le revenu qui aurait été généré au cours de cette année. Selon certaines estimations, les retombées positives seraient de l'ordre de trois fois le revenu annuel de l'individu (OMS 2001).

Par ailleurs, Bhargava, Jamison et Murray (2001) démontrent qu'il existe un lien positif significatif entre le taux de survie adulte et la croissance du PIB dans les pays à faibles revenus. Ces constats sont supportés par les données macroéconomiques qui confirment que les pays hypothéqués au niveau de la santé ont beaucoup plus de difficulté à générer une croissance continue. Le tableau 2 présente les taux de croissance de plusieurs pays en développement entre 1965 et 1994, groupés selon leur niveau de revenu initial et leur taux de mortalité infantile. Pour chacun des niveaux de revenus, ce sont les pays avec les taux de mortalité les plus faibles qui connaissent la croissance économique la plus élevée (OMS 2001).

Or, en plus d'hypothéquer le niveau de santé général, l'excision exerce une double ponction en ciblant spécifiquement les femmes. En effet, plusieurs études démontrent que celles-ci jouent un rôle critique au sein des économies en développement : les investissements en capital humain auprès des femmes génèrent de bien plus importantes retombées, notamment étant donné la très grande influence qu'elles exercent sur la santé et l'éducation de leurs enfants (Schultz 1993, 2002; Pitt & Khandker 1998). On trouve, par exemple, que les retombées économiques positives sont significativement plus élevées lorsque le micro-crédit est accordé aux femmes : augmentation de l'éducation chez les garçons et les filles, augmentation de l'offre de travail à la fois des hommes et des femmes et augmentation des dépenses per capita (Pitt et Khandker 1998). C'est d'ailleurs pourquoi, parmi deux millions de bénéficiaires du Grameen Bank au Bangladesh, plus de 90% sont des femmes.

Ainsi, en générant des problèmes de santé qui auraient été autrement évités, l'excision des femmes en Afrique sub-saharienne exerce une pression additionnelle sur la santé de cette population, déjà aux prises avec la malaria et le SIDA. En limitant la capacité physique des femmes, elle restreint leur contribution au progrès économique et social et agit comme frein au développement de la région.

2.3 Faits stylisés

Si l'ensemble de la communauté internationale s'entend sur la nécessité de lutter contre les mutilations génitales féminines, il était jusqu'à récemment bien difficile d'obtenir des bases de données riches et de qualité qui contenaient de l'information sur cette problématique. Les

enquêtes dites *Demographic and Health Surveys* permettent enfin de le faire et, si certains auteurs ont commencé à puiser dans la richesse de l'information contenue dans ces sondages, la littérature à ce sujet est encore bien mince. L'analyse la plus complète, réalisée en 2001 par le *Population Reference Bureau* sur neuf pays d'Afrique sub-saharienne¹, permet de dégager certains constats :

- L'étendue de la pratique varie grandement au sein du continent et passe d'aussi peu que 18% en Tanzanie à plus de 90% dans des pays tels que le Mali et l'Érythrée;
- dans la plupart des pays sondés, l'étendue de la pratique est sensiblement la même pour les jeunes filles et pour les femmes plus âgées : la pratique recule peu;
- l'étendue de la pratique est plus faible auprès des femmes qui vivent en milieu urbain et des femmes éduquées: si l'intervention a lieu à un âge trop précoce pour que l'éducation puisse en tant que tel être un facteur d'influence, le niveau d'éducation est un indicateur des revenus familiaux et du statut de la femme dans la famille;
- la pratique est culturelle plutôt que religieuse : on observe de grandes différences d'étendue en fonction de l'affiliation ethnique et du lieu de résidence (région), mais peu en fonction du groupe religieux;
- il y a des divergences importantes dans certains pays, notamment au Burkina Faso et en Érythrée, entre la grande étendue de la pratique et son faible taux d'approbation, particulièrement auprès des femmes plus jeunes;
- les femmes qui proviennent du milieu urbain et les femmes qui sont plus éduquées ont un taux de désapprobation plus élevé;
- parmi les femmes qui ont excisé au moins l'une de leurs filles, le taux d'approbation de la pratique varie beaucoup d'un pays à l'autre.

2.4 Survol des études statistiques

D'autres études de nature statistique, réalisées à partir de recherches sur le terrain, offrent par ailleurs des portraits légèrement différents de la situation. L'affiliation ethnique, l'âge, la

¹ Burkina Faso, République centrafricaine, Égypte, Érythrée, Kenya, Mali, Soudan, Tanzanie, Yémen.

religion et l'éducation semblent liés à l'étendue de la pratique (Snow, Slanger, Okonofua, Oronsaye, Wacker 2002), notamment au sein des tribus du Kilimanjaro où l'excision est significativement moins répandue auprès des femmes éduquées, de moins de vingt-cinq ans, chrétiennes et d'ethnie changa (Msuya et al 2002). D'autre part, la corrélation négative entre l'éducation et les mutilations génitales féminines est observée auprès de différents groupes : au Ghana et au Sierra Leone, l'étendue de la pratique est plus faible chez les plus éduquées (Mbacké, Adongo, Akweongo, Binka 1998); au Kenya, l'obtention d'une éducation secondaire est associée à un taux de désapprobation des mutilations génitales quatre fois plus élevé (Njery & PATH/Kenya Staff 1996); en Égypte, 92% des mères de filles circoncises sont illettrées, par rapport à 69% pour celles qui sont lettrées (Msuya et al 2002).

Ainsi, l'âge, l'affiliation ethnique, la religion et l'éducation sont cités comme facteurs explicatifs probables. D'autre part, au-delà de la distinction qui est faite entre le milieu urbain et le milieu rural, les études consultées ne font aucune mention de l'impact potentiel du lieu de résidence (village, région, etc.) sur l'étendue de la pratique.

2.5 Le schème mental de l'excision

Si l'ampleur des conséquences de la pratique sur la santé a nourri une suite de programmes d'intervention au cours de la dernière décennie, les initiatives mises sur pied doivent s'inscrire à même le schème mental sur lequel repose la pratique pour être efficaces et réussies (OMS 1999).

Or, les traditions reliées à la pratique varient beaucoup d'une société à l'autre. Dans certaines communautés, la pratique est un rite de passage à la vie de femme, tandis qu'ailleurs, elle agit plutôt comme symbole d'identification ethnique. Les raisons citées par les familles pour justifier l'intervention sont à la fois d'ordre psychosexuel (assurer la chasteté et accroître le plaisir sexuel de l'homme), sociologique (héritage culturel), esthétique (les organes féminins sont jugés sales et laids), religieux (pureté spirituelle) et mythique (fertilité et survie de l'enfant) (OMS 1996). La pratique est fortement associée au mariage : en assurant la virginité et la fidélité des jeunes filles (le désir sexuel de la femme étant contenu), l'excision devient un gage d'honneur, un pré-requis qui permet d'accéder aux meilleurs prospects et d'obtenir un bon prix pour la mariée, assurant ainsi la fortune et la sécurité de la famille (Mackie 1996, Population Reference Bureau 2001). La pratique est perçue comme un acte d'amour des parents pour leur fille, qui lui permettent ainsi de participer pleinement à la

vie communautaire, la femme non-excisée n'ayant aucun statut (Population Reference Bureau 2001).

Ainsi, la pratique est non seulement fondamentalement enracinée dans l'héritage culturel des groupes au sein desquels elle se retrouve, elle joue aussi un rôle bien important dans leurs sociétés. La figure A à l'Annexe A permet de situer ce rôle dans un cadre conceptuel en illustrant comment la religion, la société, les arguments hygiéniques, les raisons psychosexuelles et sociales et les croyances mythiques forment les cinq sphères du « schème mental » dans lequel s'inscrit la décision d'excision. Les chansons, les poèmes, le divorce et l'excision forcée sont parmi les mécanismes de renforcement communautaire qui nourrissent ce schème et assurent que les femmes et leurs filles se conformeront aux normes de leurs pairs dans les communautés pratiquantes (OMS 1999).

Ce sont ces phénomènes sociaux qu'a cherché à expliquer Mackie (1996) en comparant l'infibulation en Afrique à la pratique des pieds bandés en Chine. Il explique comment ces deux pratiques sont des conventions sociales auto-réalisatrices, maintenues par les attentes individuelles et indépendantes des participants par rapport au marché du mariage. Utilisant le cadre méthodologique de la théorie des jeux, il illustre comment ces conventions sociales offrent des solutions aux problèmes de coordination dans un environnement où les acteurs impliqués font des choix rationnels et stratégiques.

Son explication permet de voir comment le mécanisme qui est présent dans les sociétés africaines permet à la fois la stabilité des institutions et des traditions, et la possibilité d'un rapide changement tel que celui survenu en Chine. Tel que l'illustre la figure B, la tradition des mutilations génitales féminines s'inscrit dans un contexte où il y a deux équilibres possibles, l'un supérieur à l'autre. Chaque individu choisit l'excision « E » puisque, ne pouvant coordonner ses actions avec les autres, il s'en remet aux précédents et conclut que tous les autres vont également opter pour l'excision. Or, le choix « NE » serait plus avantageux (bénéfices du mariage sans les coûts de santé de l'excision) si tous les partis optaient pour celui-ci. Pour éviter le coût d'une mauvaise coordination « E-NE » ou « NE-E », l'ensemble de la population accepte de « rester pris » à l'équilibre inférieur « E-E », n'ayant pas de moyen concerté de passer ensemble à l'équilibre supérieur « NE-NE ». En Chine, c'est par la formation de « sociétés » engagées contre la pratique des pieds bandés (les parents s'engageaient formellement à ne plus soumettre leurs filles et ne pas permettre à leurs fils d'épouser des femmes aux pieds bandés) que le transfert d'un équilibre à l'autre s'est réalisé, permettant d'éradiquer en une génération une tradition qui perdurait depuis plus de mille ans.

Si l'équilibre dominant illustré par Mackie traduit bien la dynamique qui a présentement préséance dans plusieurs pays d'Afrique, c'est que celui-ci est construit dans un contexte où l'excision génère une plus-value positive pour les parents. Or, si la « valeur » de l'excision change, notamment suite à des réformes économiques et sociales, alors il est tout aussi possible de concevoir un équilibre dominant « NE-NE ». Ainsi, si l'illustration proposée permet de comprendre comment les mécanismes de renforcement communautaire encouragent la poursuite de la pratique (malgré la modernisation, l'éducation du public et les prescriptions légales), elle permet aussi de se rappeler l'argument économique qui sous-tend la décision et l'importance de la « valeur » perçue de l'excision.

2.6 La modélisation des variables « sociales »

Enfin, puisque la pratique des mutilations sexuelles féminines s'inscrit dans un cadre social particulièrement déterminant, il sera capital d'inclure certaines variables représentatives des « mécanismes communautaires ». Outre le rôle important que les variables sociales risquent de jouer au niveau de la décision d'excision, elles ont également une influence reconnue au niveau de l'adoption de nouveaux comportements. C'est ce que démontrent notamment des études portant sur la diffusion d'information de planification familiale dans les pays en développement où les interactions sociales sont un déterminant important de l'adoption de nouveaux comportements démographiques (Behrman, Kohler, Watkins 2003).

C'est cette influence que cherchent à évaluer Behrman, Kohler et Watkins (2003) en étudiant l'impact des interactions sociales sur les perceptions des individus quant à leur risque de contracter le SIDA. Grâce à une approche économétrique qui inclut à la fois des estimations à effets fixes et des variables instrumentales, ils arrivent à modéliser des variables représentatives du réseau social des individus et à démontrer que ces réseaux ont un impact significatif et substantiel sur l'adoption de nouveaux comportements. En appliquant un raisonnement semblable, et en se référant à l'ensemble des problématiques soulevées par Behrman et al., nous pourrions développer une spécification qui permettra d'étudier le phénomène des mutilations génitales féminines tout en incorporant la dimension communautaire et sociale de la pratique.

3. Données et statistiques

Notre question de recherche exige l'utilisation d'une base de données riche qui permet d'inclure les différents aspects de la problématique. Trois critères ont été retenus pour choisir, parmi les différentes enquêtes réalisées par *Demographic and Health Surveys*, celle utilisée pour estimer notre modèle : 1- l'enquête doit comporter un volet sur les mutilations génitales féminines; 2- les répondantes doivent avoir des profils suffisamment variés pour obtenir des résultats intéressants (notamment au niveau du taux d'excision) ; 3- l'enquête doit idéalement être parmi les plus récentes. Sur la base de ces trois critères, nous avons choisi de travailler avec l'enquête réalisée en 2000 en Éthiopie.

3.1 L'enquête

L'étude de *Demographic and Health Surveys* (DHS) est la première de cette envergure réalisée en Éthiopie. Menée par l'autorité centrale statistique d'Éthiopie (CSA)¹, elle fut financée par l'Agence de développement international américaine (USAID) et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) afin de recueillir des données courantes et fiables sur la démographie et la santé. Réalisée entre février et juin 2000 auprès d'un échantillon représentatif de 15,367 femmes de 15 à 49 ans et 2,607 hommes de 15 à 59 ans, elle comporte de l'information détaillée sur 14,072 ménages éthiopiens. Trois questionnaires (femmes, hommes, ménages), développés en anglais et traduits dans les cinq principales langues du pays, furent utilisés par les trente-huit équipes de cinq femmes et deux hommes qui ont parcouru le pays dans le cadre de cet exercice.

Étant donné les intérêts de notre recherche, nous utiliserons les données de l'enquête réalisée auprès des femmes. Celle-ci contient de l'information notamment sur les caractéristiques personnelles, le mariage, les attitudes par rapport à la planification familiale, les caractéristiques du mari, le travail, les connaissances relatives aux maladies transmises sexuellement et au SIDA et, bien entendu, les mutilations génitales féminines.

3.2 L'Éthiopie

L'Éthiopie est un pays riche en histoire, en population et en culture. Situé dans la corne africaine, il couvre 1.1 millions de kilomètres carrés, partage des frontières avec le Djibouti,

¹ The People's Democratic Republic of Ethiopia Central Statistical Authority

l'Érythrée, le Soudan, le Kenya et la Somalie et s'étend du sommet du Ras Dashen à 4 620 mètres d'altitude à la dépression de l'Afar, 110 mètres sous le niveau de la mer (Figure C). Dirigé par une suite d'empereurs et de rois sous un régime féodal, l'Éthiopie est l'un des rares pays africains à maintenir son indépendance pendant la période coloniale. En 1974, le pays tombe sous un règne militaire qui gouvernera en régime socialiste pendant près de quinze ans. Déchiré par les coups militaires, une sécheresse généralisée et d'importants problèmes de réfugiés, le régime est renversé par une coalition de forces rebelles, le Front démocratique révolutionnaire du peuple éthiopien (FDRPÉ), en 1991. Une constitution est adoptée en 1994 et l'année suivante, l'Éthiopie tient ses premières élections multipartites. La République d'Éthiopie est dirigée depuis 2001 par Girma Wolde-Giorgis, les prochaines élections étant prévues pour 2007 (CIA 2004).

Comme la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, l'Éthiopie est un pays agraire : l'agriculture représente près de 60% des exportations et 80% des emplois (CIA 2004). La guerre avec l'Érythrée en 1998-2000 et les nombreuses sécheresses ont considérablement handicapé l'économie éthiopienne, notamment au niveau de sa production de café. Avec un PIB per capita¹ de 700\$ US en 2003, l'Éthiopie est l'un des pays les moins développés au monde (CIA 2004). Depuis novembre 2001, il fait partie de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTÉ) du Fonds monétaire international (FMI). Frappé par une sécheresse à la fin 2002, son PIB recule de 2% en 2003.

3.3 Caractéristiques de la population

Le tableau 3 résume certains des principaux indicateurs démographiques des recensements effectués en 1984 et 1994. L'Éthiopie compte en 1994 53,5 millions d'habitants, dont plus de 85% vivent en milieu rural. On estime que le compte aujourd'hui est plutôt de l'ordre des 68 millions (World Bank 2004). Les Éthiopiens appartiennent à près de quatre-vingt différents groupes ethniques et à l'une ou l'autre des trois principales religions. L'espérance de vie, à 51 ans pour les hommes et 53 ans pour les femmes, s'est à peine améliorée au cours de la dernière décennie. Ainsi, avec près de 45% de sa population sous la barre des 15 ans, l'Éthiopie est un pays jeune où, pour chaque 100 personnes en âge de travailler (15 à 65 ans), il y a 101 personnes entièrement dépendantes de leurs revenus pour survivre (CSA & ORC Macro 2001).

¹ Parité du pouvoir d'achat.

3.4 Caractéristiques des répondantes

Les tableaux 4 et 5 résument certaines des principales caractéristiques des répondantes de l'enquête et de leurs conjoints. Ils permettent notamment de valider la représentativité de l'échantillon utilisé: la distribution démographique suit celle du Bureau de recensement américain présenté dans le tableau précédent et concorde avec les données recueillies par l'autorité centrale statistique éthiopienne. Il en est de même du taux d'urbanisation et de l'appartenance religieuse. Les données permettent par ailleurs de constater le faible niveau d'éducation et d'alphabétisation, particulièrement chez les femmes.

L'enquête permet également de tracer un portrait des différents ménages. Tel que le résume le tableau 6, ce sont les hommes qui sont principalement chefs du ménage. Le ménage est composé en moyenne de 4,8 individus et est légèrement plus petit en milieu urbain que rural. Par ailleurs, les conditions de vie des ménages varient énormément entre la ville et la campagne. À titre d'exemple, alors que 76% des ménages ont de l'électricité en milieu urbain, c'est à 99,6% qu'ils n'en ont pas en milieu rural.

3.5 Les mutilations génitales féminines

La pratique des mutilations génitales féminines est assez répandue en Éthiopie avec près de 80% des femmes qui sont excisées. Le pourcentage plus faible chez les groupes plus jeunes (70% pour les 15-19 ans relativement à 84% pour les 45-49 ans), de même que le taux d'approbation de moins de 60%, semblent indiquer un recul de la pratique. D'autre part, si près de 84% des interventions sont de type « léger », les résultats du sondage suggèrent que 15% des femmes subissent une infibulation, soit le type d'excision le plus sévère (Tableau 7).

Parmi les femmes qui ont au moins une fille vivante, plus de la moitié en ont au moins une qui est excisée. Ce pourcentage est particulièrement élevé (tableau 8) pour les femmes plus âgées, de milieu rural et peu éduquées (d'autant plus si le conjoint est également peu éduqué). D'autre part, on observe une grande variation en fonction de la région (de 38% à plus de 90%), de l'affiliation ethnique (de 30% à 93%) et de la religion (24% pour les catholiques à 62% pour les musulmanes). Enfin, l'état de la mère (excisée ou non) et son approbation de la pratique semblent avoir un impact particulièrement fort sur l'excision des filles : seules 9% des femmes non excisées et 34% des femmes qui n'approuvent pas de la pratique ont des filles excisées.

Ainsi, les données de l'enquête présentent suffisamment de variabilité pour nous permettre d'espérer cerner le ou les facteurs qui expliquent la décision d'excision. L'éducation, l'âge, la religion, l'appartenance ethnique, le lieu et la région de résidence seront parmi les variables à l'étude dans notre modèle.

3.6 Manipulation des données

La section de l'enquête sur les mutilations génitales est construite d'une façon telle qu'on distingue au départ deux types de mères, soit celles qui n'ont aucune fille vivante et celles qui ont au moins une fille vivante. Parmi ces dernières, on précise ensuite le nombre de filles excisées. Ainsi, dans le cadre de cette étude, nous nous intéresserons uniquement au sous-échantillon de femmes qui ont au moins une fille vivante (7161 femmes), la structure du questionnaire ne permettant pas de capter l'information pour les filles décédées. Notons que 80% des mères sondées n'avaient perdu aucune fille, alors que 14% en avaient perdu une et 6% plus d'une.

Il convient par ailleurs de souligner que ce biais n'a aucun impact dans le cas de femmes qui ont au moins une fille excisée : peu importe le nombre de filles décédées et leur état (excisées ou non), la variable dépendante garde la valeur « 1 ». Le problème se pose plutôt dans le cas bien précis d'une mère dont la ou les filles vivantes sont non-excisées, alors que l'une des filles décédée l'était (variable dépendante « 0 » alors qu'elle devrait être « 1 »). Dans ce cas, nous nous trouvons à sous-estimer l'impact des variables explicatives sur l'excision. Puisque le biais ne risque pas de rendre significative une variable qui ne l'est pas, il peut être raisonnablement accepté dans le cadre de cette recherche.

D'autre part, afin de faciliter l'interprétation des résultats obtenus, certaines manipulations ont été effectuées à la base de données originale :

- La variable urbain/rural a été recodée en variable binaire qui prend la valeur « un » si la répondante demeure en milieu urbain, « zéro » si elle demeure en milieu rural;
- Les religions catholiques, traditionnelles et autres ont été regroupées (elles représentent cumulativement moins de 5% de l'échantillon);

- Seuls les huit principaux groupes ethniques ont été retenus, les autres étant groupés sous la catégorie « autres »;
- Les répondantes pour lesquelles certaines données sont manquantes (*missing*) ou indéterminées (*don't know / depends*) ont été retirées de l'échantillon.

Enfin, il convient de noter qu'étant donné que la collecte d'information s'est faite par le biais d'entrevues personnelles en face-à-face, la validité et la fiabilité des données utilisées dans le cadre de cette étude reposent principalement sur l'honnêteté des répondantes à l'enquête. Il n'est donc pas possible d'exclure la possibilité de biais ou de mensonge, particulièrement lorsqu'il est question d'un sujet sensible tel que l'excision des femmes. Nous pouvons par exemple facilement imaginer une femme éduquée qui choisirait de mentir plutôt que d'avouer l'excision de sa fille malgré tout ce qui se sait sur les conséquences néfastes de la pratique. Si les questionnaires et la méthodologie de *Demographic and Health Surveys* (DHS) sont tels qu'un maximum de rigueur est assuré, il convient tout de même de mentionner cette limite des données utilisées.

4. Modèle et résultats

4.1 Le modèle

La revue des travaux statistiques et anthropologiques réalisés sur la pratique de l'excision en Afrique permet de dégager certains constats généraux :

- Dans les pays où la pratique recule, on peut s'attendre à ce que l'excision des filles soit plus élevée auprès des femmes âgées qu'auprès des femmes plus jeunes;
- l'étendue de la pratique devrait être plus faible auprès de celles qui vivent en milieu urbain et des femmes éduquées;
- la pratique est enracinée dans une toile de valeurs et de traditions culturelles et religieuses: l'affiliation ethnique, le lieu de résidence (région), et l'appartenance religieuse sont cités tour à tour comme facteurs explicatifs;
- la pratique est transmise de mère en fille;
- il peut y avoir des divergences importantes entre l'étendue de la pratique et son taux d'approbation, particulièrement auprès des femmes plus jeunes;
- la décision d'excision repose sur un schème mental fortement enraciné dans la vie communautaire.

Ces constats servent de prémisse de base à l'élaboration de notre modèle et permettent de définir la spécification suivante :

$$\tilde{y}_i = X_i B + f_i + u_i$$

où \tilde{y}_i représente l'excision des filles tel que:

$$\tilde{y}_i = 1 \begin{cases} \text{si au moins une fille est excisée} \\ 0 \text{ si aucune fille n'est excisée} \end{cases}$$

et où :

X_i = caractéristiques de la mère et du ménage, spécifiquement :

- l'âge de la mère (et son âge au carré)

- la région administrative du lieu de résidence
- région urbaine ou rurale
- l'appartenance religieuse
- l'affiliation ethnique
- l'éducation de la mère¹
- l'éducation du conjoint¹
- le sexe du chef de famille
- le nombre de membres dans le ménage

De même que deux variables binaires qui indiquent:

- l'expérience de la mère – est-ce qu'elle est excisée ou non?
- son attitude – est-ce qu'elle approuve de la pratique ou non?

$f_i =$ un effet « communautaire » représenté par la moyenne de femmes (mères) excisées par village (530 zones)

$u_i =$ le terme d'erreur où $u_i \sim N(0, \sigma^2)$

Quelques précisions sont de mise :

- Dans le cadre d'un modèle comme celui-ci, il convient particulièrement de s'assurer que nous n'avons pas de problèmes d'endogénéité des variables explicatives. S'il ne nous est pas possible, étant donné les données disponibles, d'éliminer complètement ce risque, nous croyons que les variables retenues permettent de tracer un portrait complet et satisfaisant qui limite de façon acceptable les problèmes encourus.
- Ceci étant dit, notons tout de même que, parmi les variables non-observées, il serait particulièrement intéressant de capter l'expérience et l'attitude du conjoint, en obtenant par exemple le pourcentage de femmes excisées dans sa famille immédiate et son degré d'approbation de la pratique. Il est fort à parier que, comme pour la mère, ces deux variables auront un impact sur la décision d'excision des filles.
- Si l'éducation de la mère et de son conjoint sont corrélées (0.71), les pratiques du mariage en Éthiopie sont telles que nous n'avons pas à nous préoccuper de l'effet

¹ Il est à noter que l'éducation est un excellent indicateur des revenus de travail et, par le fait même, du niveau de richesse de la famille.

« assortative mating » selon lequel deux individus aux traits semblables (i.e. une éducation de niveau supérieur) ont plus de chances de s'unir. En effet, le pays connaît un taux particulièrement élevé de mariages en enfance, avec 19% des filles qui sont mariées avant l'âge de 15 ans et 50% avant l'âge de 18 ans (Population Council, 2004). Parmi les différentes pratiques en vigueur, mentionnons notamment le mariage par enlèvement et l'union forcée entre cousins (abusuma), deux situations où les jeunes enfants sont mariés sans accorder leur consentement.

- L'utilisation de la moyenne de femmes excisées par village permet de capter l'effet non-observable propre à chaque communauté ou village et ce, tant la dimension sociologique de l'excision (chansons, poèmes, célébrations, etc.) que sa dimension économique (valeur du mariage). En effet, il est raisonnable de postuler qu'un ratio élevé de femmes excisées dans un village s'accompagnera d'une mise en valeur de la « culture » de l'excision, tout en exerçant une pression sur les femmes à se conformer aux normes du marché du mariage.¹
- Enfin, comme notre modèle implique à la fois une variable dépendante dichotomique et l'hypothèse d'une distribution normale, c'est l'estimation par modèle probit qui est utilisée tel que $\text{Prob}(Y=1) = \Phi(B'x)$.

4.2 Les résultats obtenus

Le tableau 9 présente les résultats d'une première série d'estimations de type probit qui font intervenir l'ensemble des variables explicatives, sans inclure l'effet communautaire, mais en contrôlant pour le regroupement par communauté (*clustering*). Les résultats présentés dans les deux premières colonnes permettent de tirer quelques constats intéressants:

- ⊕ Si le nombre d'années d'éducation de la mère et de son conjoint sont tous deux significatifs et négatifs, l'éducation de la femme porte un poids près de trois fois plus important que celle de l'homme.
- ⊕ L'utilisation du niveau d'éducation plutôt que du nombre d'années dans la deuxième estimation permet par ailleurs de préciser cet impact. Ainsi, on constate que ce n'est pas une éducation primaire qui sera déterminante pour la mère (coefficient

¹ Notons que l'utilisation de ce type de données peut soulever certains problèmes d'identification. Dans « Identification Problems in the Social Sciences » (1995), Manski définit notamment le problème de réflexion qui survient lorsque le chercheur désire identifier si le comportement moyen du groupe a un impact sur les comportements individuels.

non-significatif), mais plutôt une éducation de niveau secondaire ou supérieur. À l'inverse, l'éducation primaire est significative et importante pour le père, tandis que l'éducation secondaire et supérieure ont trois fois moins d'impact que pour de la mère.

- ⊕ L'attitude et les préférences de la mère, représentées ici par son état (excisée ou non) et son approbation (ou non) de la pratique sont des variables significatives, positives et fortes. L'excision des filles est par ailleurs plus répandue si c'est la mère agit à titre de chef de famille.
- ⊕ Malgré la croyance populaire, la religion musulmane (soit 35% de notre échantillon) ne ressort pas comme variable explicative significative. À l'inverse, c'est la religion orthodoxe (plus de 45% de l'échantillon) qui affiche un impact positif significatif relativement aux religions protestante, catholique et traditionnelle. Cette particularité s'explique par l'héritage profondément judaïque de la pratique orthodoxe éthiopienne où la circoncision des hommes, clairement dictée dans les écrits théologiques, est transposée par les pratiquants aux femmes. C'est donc dire aussi que les religions catholiques et traditionnelles semblent avoir un impact négatif sur l'étendue de la pratique.
- ⊕ C'est le lieu de résidence plutôt que l'affiliation ethnique qui agit sur la décision d'excision : alors que l'on n'obtient aucun coefficient significatif pour l'affiliation ethnique, les coefficients obtenus pour certaines régions administratives traduisent un impact régional intéressant. En effet, relativement au Tigray (la catégorie de référence), les provinces au nord du pays (Affar et Amhara) ont des coefficients significatifs positifs, alors que les régions des grandes villes de Dire Dawa et Addis Ababa ont des coefficients significatifs négatifs (voir la figure C). Or, de façon générale, la pratique de l'excision est effectivement beaucoup plus répandue dans les pays sub-Sahariens du nord (Égypte, Mali, Érythrée) que dans ceux plus au sud (Kenya, Tanzanie). L'Affar est d'ailleurs bordé par l'Érythrée et le Djibouti, deux des pays africains avec le plus haut taux de pénétration de la pratique, soit respectivement 95% et 98%. La variabilité au sein de l'Éthiopie est donc en ligne avec ce phénomène géographique.
- ⊕ La variable « milieu urbain » est significative, mais alors qu'on s'attendrait à ce qu'elle soit négative, elle est positive. Cette divergence s'explique probablement par les importants mouvements de migration en Éthiopie au cours des dernières décennies, notamment suite aux sécheresses et conflits politiques qui ont frappé le pays. Ainsi, en moins d'une génération, le nombre de villes (2,000 à 20,000 habitants) passe de 171

en 1980 à 925 en 1994. L'urbanisation croît au détriment du milieu rural et, alors que seulement 11% de la population habite les grandes villes en 1980, on prévoit que ce pourcentage atteindra plus de 25% en 2015 (Oxford Policy Management, 2004). Ces données se reflètent d'ailleurs dans les résultats d'une étude réalisée entre 1987 et 1996 auprès de 336,000 personnes-années : près de 48% des individus migrent à un moment ou à un autre et ce, principalement du milieu rural vers le milieu urbain (Byass, Berhane, Emmelin, Wall 2003).

Notons par ailleurs que le concept de zone urbaine demeure, dans plusieurs endroits, encore très flou, les villes incluant souvent des zones qui sont principalement des extensions de villages ruraux. Comme plus de 99% de la population urbaine demeure dans des bidonvilles, il n'est pas surprenant que la réalité observée soit différente de ce qui est stipulé théoriquement (Oxford Policy Management, 2004).

- ⊕ Tel que prévu, l'âge de la mère est une variable explicative significative positive, quoique de valeur relativement faible: plus celle-ci est âgée, plus ses filles seront excisées. On assiste donc à un léger recul de la pratique en Éthiopie.
- ⊕ Enfin, le nombre de personnes dans le ménage a un impact positif significatif, quoique de moins grande importance. Une mère qui a beaucoup de bouches à nourrir sera plus disposée à se conformer aux normes sociales garantant d'un mariage réussi (et par le fait même des bénéfices familiaux qui lui sont liés).

Ainsi, ces premières estimations permettent de confirmer plusieurs des explications avancées dans la littérature et de souligner le poids particulièrement important de la mère dans la décision d'excision. Son rôle dans la famille, son niveau d'éducation, son expérience personnelle et son appréciation des enjeux de l'excision ont un impact direct et significatif sur la décision d'excision de ses filles. Si ce constat peut à première vue surprendre, Gruenbaum (2001) illustre bien le rôle particulier des femmes:

« Mohammed nous dit qu'il était aussi préoccupé par l'excision de ses filles. Il avait indiqué aux femmes de sa famille qu'il ne voulait pas qu'elles soient excisées. Naïvement, j'ai cru que dans une culture où de l'homme est clairement le sexe dominant, sa décision serait suffisante pour les protéger. Mais ce n'était pas le cas. Il craignait que s'il quittait le pays pour assister à la conférence à laquelle il prévoyait participer, les grands-mères profiteraient de son absence pour orchestrer l'excision de ses deux filles. »¹

¹ Traduction libre de l'auteure, p. 19.

Pour expliquer cette dynamique paradoxale, elle propose l'explication suivante : comme les femmes doivent leur statut social et leur sécurité économique à leurs rôles de mères et de femmes, elles suivront à la lettre ce qu'elles perçoivent comme étant les règles du mariage. Dans ce contexte, la pratique de l'excision joue un rôle capital puisqu'elle assure à la fois la virginité, la moralité, la réussite (par le biais d'un mariage avec un bon candidat) et un filet de sécurité pour les vieux jours (grâce à l'enfantement). Le gain économique est par ailleurs cité dans l'analyse que fait l'OMS du pays dans *Female Genital Mutilation. Programmes to Date: What Works and What Doesn't* (1999). Il convient par ailleurs de mentionner qu'à l'inverse, aucun des ouvrages que nous avons consultés dans le cadre de ce texte ne suggère que les parents considèrent également les coûts de l'excision, notamment ceux reliés aux problèmes de procréation et d'enfantement. Ainsi, si la mère voit clairement les bénéfices de la pratique, le penchant négatif ne semble pas faire partie du schème de réflexion.

Notons que, tel qu'indiqué dans la 3^{ème} colonne du tableau 9, l'ensemble des résultats obtenus pour cette première estimation demeurent robustes même si la variable dépendante prend la valeur 1 pour les femmes dont 100% des filles sont excisées (10% de l'échantillon) et 0 pour les femmes dont aucune fille vivante n'est excisée (47% de l'échantillon). Dans ce cas, le lieu de résidence revêt une importance encore plus forte avec une majorité de coefficients significatifs. On remarque aussi que le peuple Sidama, groupe plutôt hétérogène installé principalement au sud d'Addis Abeba, présente un coefficient significatif négatif et que seule la religion protestante demeure significativement plus faible que la religion orthodoxe. Enfin, le nombre de membres dans le ménage ne sort plus comme variable significative. L'exercice fut par ailleurs repris en utilisant le pourcentage de filles excisées comme variable expliquée (estimation par moindres carrés ordinaires) : ce sont les mêmes constats généraux qui se dégagent.

Ainsi, si cette première série d'estimations présente quelques nuances, elle fait ressortir clairement l'importance de certaines variables explicatives, soit le lieu de résidence, le nombre de membres dans le ménage, l'éducation du père et, plus particulièrement, les variables explicatives qui relèvent directement de la mère : rôle dans la famille, éducation, excision, approbation et âge.

Le tableau 10 présente quant à lui les résultats d'une 2^{ème} série d'estimations qui incorpore cette fois-ci l'effet communautaire. Pour ce faire, nous avons créé une variable qui identifie le pourcentage de femmes (mères) excisées pour chaque unité communautaire ou zone. À l'aide d'une méthode systématique d'échantillonnage avec probabilités, l'enquête de *Demographic and Health Surveys* précise 539 zones (138 urbaines et 401 rurales) au sein

desquelles 27 ménages sont rencontrés : elles représentent la plus petite agglomération sociale disponible et peuvent être comparées à un village ou une petite communauté. Ainsi, il est raisonnable de postuler que cette variable capte à la fois les pressions sociales, le niveau de sensibilisation communautaire aux effets de la pratique et ce que Mackie qualifie de « conventions sociales auto-réalisatrices ».

Étant donné les problèmes de réflexion possible (Manski 1995), deux différentes variations de l'estimation sont présentées, soit avec et sans la variable « excision de la mère ». Dans les deux cas, ce sont des intervalles de confiance « bootstrap » à 95% qui sont calculées, en contrôlant pour le regroupement par communauté (*clustering*). Les résultats permettent de préciser le portrait de la situation :

- ⊕ Le coefficient obtenu pour le pourcentage de femmes (mères) excisées dans le village est non seulement positif et significatif, mais aussi nettement supérieur à ceux de tous les autres facteurs explicatifs. Ainsi, tel que l'avancent différents auteurs, l'effet communautaire est réel, fort et déterminant dans la décision d'excision.
- ⊕ L'éducation demeure une variable importante malgré l'inclusion de l'effet communautaire. Pour la mère, les coefficients pour les études secondaires et supérieures prennent même un poids plus important que dans la 1^{ère} série d'estimations, tout en demeurant nettement supérieurs à ceux du conjoint.
- ⊕ L'attitude de la mère, traduite par son approbation de la pratique, et son rôle dans la famille (chef de famille ou non) gardent leur impact positif significatif sur l'excision des filles. La 1^{ère} estimation permet également de constater que l'expérience de la mère (excisée ou non) demeure une variable explicative importante.
- ⊕ Le nombre de membres dans le ménage demeure une variable positive significative, tel que le suggère la logique économique de l'excision.
- ⊕ Si le lieu de résidence se précise comme variable explicative avec une majorité de coefficients significatifs, l'appartenance ethnique demeure non-significative. Seule la religion protestante se démarque avec un impact significativement négatif par rapport à la religion orthodoxe.
- ⊕ L'ajout de l'âge au carré permet de préciser que ce n'est pas l'âge en soit qui est important, mais plutôt sa concavité. C'est donc dire que l'impact de l'âge sur le pourcentage de filles excisées est particulièrement fort pour les femmes plus âgées.

Ces résultats, de même que tous ceux qui les précèdent, nous permettent de tirer quatre fortes conclusions sur les déterminants de l'excision en Éthiopie :

1. La décision de faire exciser ou non sa fille relève grandement des comportements des autres femmes dans le village. Plus celles-ci sont excisées, plus elles feront exciser leurs filles et plus il sera difficile de briser les conventions sociales auto-réalisatrices. L'effet communautaire est réel, fort et particulièrement déterminant.
2. Étant donné ce constat, il n'est pas surprenant que le phénomène soit d'abord et avant tout géographique et que le lieu de résidence ait préséance sur la religion et l'affiliation ethnique qui sont respectivement peu et pas du tout déterminantes.
3. Malgré tout cela, la mère joue un rôle capital dans la décision. Son éducation, son expérience et ses attitudes auront un impact important sur la décision d'excision de ses filles.
4. Enfin, comme les femmes doivent leur statut social et leur sécurité économique en grande partie à leur rôle de mères, plus celles-ci ont de membres dans leur ménage, plus elles seront enclines à respecter à la lettre les règles du mariage et à faire exciser leurs filles si elles croient que la pratique augmentera leur « valeur ».

Ainsi, au-delà des intuitions, des croyances populaires ou des études statistiques à petite échelle, on découvre les fondations de la problématique et, par le fait même, les champs d'action qui seront certainement les plus efficaces pour permettre le recul et l'éradication de la pratique en Éthiopie et dans le reste de l'Afrique sub-saharienne.

4.3 Politiques recommandées

Si les considérations culturelles, symboliques, sociales et religieuses demeurent certes au centre de la dynamique de l'excision, il nous est aussi permis de considérer, tout au moins en partie, le point de vue de l'agent économique rationnel qui cherche à maximiser son bien-être. Nos résultats supportent les nombreux écrits qui stipulent que la décision d'excision revient souvent à la mère qui, en plus de ses croyances et de son héritage personnel, cherche à assurer sa survie par le biais des mariages réussis de ses filles.

L'étude réalisée par l'Organisation mondiale de la santé jette un regard large et profond sur les initiatives mises sur pied au cours de la dernière décennie (1999). Si les approches qui misent sur la santé (approche "pratique traditionnelle néfaste"), l'intervention d'instances externes (réglementation) ou l'offre d'incitatifs financiers ont connu bien peu de succès, ce sont les projets communautaires axés sur le changement des comportements qui semblent les plus encourageants. Parmi ceux-ci, plusieurs mettent l'accent sur l'important rôle des femmes et suggèrent d'incorporer la problématique de l'excision à des programmes plus larges de développement social et économique des femmes, par exemple des programmes d'alphabétisation et d'emploi (POPULATION REFERENCE BUREAU 2001). Parmi les cas cités, mentionnons notamment celui du programme *Tostan* au Sénégal où, à l'image de ce que propose Mackie, l'adoption de nouveaux comportements se fait en plusieurs étapes :

1. D'abord, un dialogue éduqué et ouvert entre les femmes, les hommes, les membres de la communauté et les chefs religieux sur les droits des femmes, la santé et l'excision. Cette étape permet notamment de donner la parole aux femmes et de les aider à participer de façon active à la vie communautaire et au processus de décision.
2. Puis une déclaration publique que chaque famille s'engage à respecter, permettant ainsi de créer un nouvel équilibre où l'arrêt de la pratique n'a pas d'impact sur les probabilités de mariage des filles et donc, où une solution « gagnant-gagnant » au dilemme illustré à la Figure B est obtenu.

Nos résultats soulignent effectivement l'importance capitale de l'effet communautaire et, si les campagnes de sensibilisation des vingt dernières années ont permis d'ouvrir la discussion sur la pratique de l'excision (jusqu'alors extrêmement tabou), il est de plus en plus apparent que c'est par le biais de démarches ciblées et propres à chaque groupe ou village que la pratique sera enrayée. Si le cadre de ce travail ne nous permet pas de relater l'ensemble des histoires et témoignages rencontrés au cours de nos recherches, il convient tout de même de mentionner qu'il existe une abondance de réussites où, suite à l'intervention du chef du village ou de quelques membres informés de la communauté, la pratique fut complètement éradiquée et ce, presque du jour au lendemain.

Enfin, si l'engagement communautaire est certes une avenue capitale qui doit être de plus en plus exploitée, il ne faut pas pour autant oublier qu'au cœur de la problématique, on retrouve les femmes, leur dépendance économique et leurs limites sociales. Cette recherche, comme plusieurs autres qui se sont intéressées aux diverses dimensions du développement économique, souligne le rôle crucial qu'elles sont appelées à jouer au sein de ces nouvelles

économies et l'incontournable nécessité de leur assurer une éducation de base. L'éradication de la pratique de l'excision s'ajoute désormais à la longue liste de bénéfices que les pays en développement peuvent espérer retirer de la mise sur pied de sociétés libres, ouvertes, informées et éduquées.

5. Conclusion

Si l'excision des femmes en Afrique est un sujet beaucoup moins tabou qu'il ne l'était au début des années 90, c'est un sujet qui demeure au cœur des problématiques de développement économique et social de la région. Alors que la majorité des études ont cherché à tracer le profil des femmes excisées, l'échec des programmes d'intervention de la dernière décennie souligne le besoin de bien comprendre les facteurs déterminants de la décision des parents et de mieux investir les ressources disponibles.

Ce mémoire proposait donc d'estimer différentes spécifications afin d'identifier l'impact des variables explicatives sur la décision d'excision. Dans tous les cas, nous contrôlons pour l'âge de la mère, son expérience, son éducation, celle de son conjoint, le lieu de résidence, l'affiliation ethnique et l'appartenance religieuse. Nous tenons aussi compte de l'effet communautaire en incluant le pourcentage de mères excisées dans le village.

En utilisant le sous-échantillon des femmes éthiopiennes qui ont au moins une fille vivante, nous avons ainsi pu étudier les comportements, attitudes et caractéristiques qui agissent sur la décision d'excision. Trois axes critiques sont identifiés soit : 1- l'effet communautaire, représenté par le pourcentage de femmes excisées dans le village; 2- les caractéristiques de la mère, notamment son rôle dans la famille, son éducation, son expérience personnelle et son approbation; 3- la logique économique, traduite notamment par l'impact du nombre de membres dans le ménage; 4- l'impact du lieu de résidence, plutôt que la religion ou l'ethnie, sur l'étendue de la pratique. Si notre approche permet un certain degré de confiance quant à la robustesse des résultats présentés, la nature des données est telle qu'il n'est pas possible d'enrayer complètement les problèmes d'identification liés à la spécification utilisée.

Enfin, notons que si l'Éthiopie fut étudiée dans le cadre de ce projet, nous pensons que plusieurs de nos conclusions sont valables pour les autres pays d'Afrique sub-saharienne où l'excision est pratiquée. Ainsi, nos résultats peuvent être utilisés pour permettre un réaligement ou un renforcement des programmes d'intervention déjà en place, tout en suggérant de nouvelles pistes pour le futur. Ils soulignent l'importance d'adresser les enjeux économiques et sociaux des femmes africaines, notamment leur éducation, et d'œuvrer au niveau de la cellule communautaire.

Si la portée de cette étude demeure modeste, nous espérons qu'elle permettra tout de même de démentir certaines idées courantes et d'asseoir le débat sur la scène où il doit se tenir, soit celle du développement économique, des femmes, de leurs communautés et de l'Afrique.

Bibliographie

BEHRMAN, J.R., H-P KOHLER, S.C. WATKINS (2003). *Social Networks, HIV/AIDS and Risk Perception*, Penn Institute for Economic Research (PIER) Working Paper, 32 p.

BHARGAVA, A., D.T. JAMISON, L.J. LAU, C.J.L. MURRAY (2001). « Modeling the Effects of Health on Economic Growth », *Journal of Health Economics*, 20, p. 423-440.

BLOOM, D.E., D. CANNING et D.T. JAMISON (2004). « Health, Wealth and Welfare », *Finance and Development*, March 2004, p.10-15.

BLOOM, D.E., D. CANNING et J. SEVILLA (2004). « The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach », *World Development*, 32 (1), p.1-13.

BYASS, P., BERHANE, Y. EMMELIN, A. et S. WALL (2003). « Patterns of Local Migration and their Consequence in Rural Ethiopia », *Scandinavian Journal of Public Health*, January 2003, 31 (1), p. 58-62.

CENTRAL STATISTICAL AUTHORITY (CSA) (1988). *The 1981-1982 Rural Household Income, Consumption and Expenditure survey*, Addis Ababa, Ethiopia.

CENTRAL STATISTICAL AUTHORITY (CSA) (1996). *The 1995-96 Household Income, Consumption and Expenditure survey*, Addis Ababa, Ethiopia.

CENTRAL STATISTICAL AUTHORITY (CSA) (1999). *Report on the 1998 Welfare Monitoring survey*, Addis Ababa, Ethiopia.

CENTRAL STATISTICAL AUTHORITY (CSA) (2000). *Statistical Abstract of Ethiopia*, Addis Ababa, Ethiopia.

CENTRAL STATISTICAL AUTHORITY (CSA) (2001). *The 1999-2000 Household Income, Consumption and Expenditure survey*. Addis Ababa, Ethiopia.

CENTRAL STATISTICAL AUTHORITY (CSA) et ORC MACRO (2001). *Ethiopia Demographic and Health Surveys 2000*, Addis Ababa, Ethiopia et Calverton, Maryland, USA.

CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY (CIA) (2004). *The World Factbook – Ethiopia* [en ligne], Central Intelligence Agency, [référence du 1^{er} novembre 2004].
< <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/print/et.html> >.

GRUENBAUM, E. (2001). *The Female Circumcision Controversy: An Anthropological Perspective*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 242 p.

JONES, H., N. DIOP, I. ASKEW et Inoussa KABORÉ (1999). « Female Genital Cutting Practices in Burkina Faso and Mali and Their Negative Health Outcomes », *Studies in Family Planning*, 30(3), p. 219-230.

LARSEN, U. et S. YAN (2000). « Does Female Circumcision Affect Infertility and Fertility? A Study of Central African Republic, Côte d'Ivoire and Tanzania », *Demography*, 37(3), p.313-321.

MACKIE, G. (1996). « Ending Footbinding and Infibulation: A Convention Account », *American Sociological Review*, 61, p. 999-1017.

MANSKI, C. *Identification Problems in the Social Sciences*, Harvard University Press, 1995, 172 p.

MBACKÉ, C., P. ADONGO, P. AKWEONGO and F. BINKA (1998). « Prevalence and Correlates of Female Genital Mutilation in the Kassena-Nankana District of Northern Ghana », *African Journal of Reproductive Health*, 2(2), p. 13-24.

MORISON, L., C. SHERF, G. EKPO, K. PAINE, B. WEST, R. COLEMAN et G. WALRAVEN (2001). « The Long-term Reproductive Health Consequences of Female Genital Cutting in Rural Gambia: A Community-based Survey », *Tropical Medicine and International Health*, 6(8), p. 643-653.

MSUYA, S.E., E. MBIZYO, A. HUSSAIN, J. SUNDBY, N.E. SAM et B. STRAY-PEDERSEN (2002). « Female Genital Cutting in Kilimanjaro, Tanzania: Changing Attitudes? », *Tropical Medicine and International Health*, 7(2), p. 159-165.

OBERMEYER, C., R. REYNOLDS (1999). « Female Genital Surgeries, Reproductive Health, and Asexuality : A Review of the Evidence », *Reproductive Health Matters*, 7(13), p. 112-120.

OXFORD POLICY MANAGEMENT (2004). *DFID Rural and Urban Development Case Study – Ethiopia*, 27 pages.

PITT, M. et S.R. KHANDKER (1998). « The Impact of Group-Based Credit Programs on Poor Households in Bangladesh: Does the Gender of Participants Matter? », *The Journal of Political Economy*, 106(5), p. 958-996.

POPULATION COUNCIL (2004). *Child Marriage Briefing Ethiopia*, New York, 2 p.

POPULATION REFERENCE BUREAU (2001). *Abandoning Female Genital Cutting - Prevalence, Attitudes and Efforts to End the Practice*, Washington, Measure Communication, 37 p.

SCHULTZ, P. (2002). « Why Governments Should Invest More to Educate Girls », *World Development*, 30(2), p. 207-225.

SCHULTZ, P. (1993). « Investments in the Schooling and Health of Women and Men: Quantities and Returns », *The Journal of Human Resources*, 28(4), p. 694-734.

SHELL-DUNCAN, B. et Y. HERLUND (2000). *Female Circumcision in Africa: Culture, Controversy and Change*, Boulder, Lynne Reiner Publishers, 348 p.

SNOW, R.C., T.E. SLANGER, F.E. OKONOFUA, F. ORONSAYE et J. WACKER (2002). « Female Genital Cutting in Southern Urban and Peri-urban Nigeria: Self-reported Validity, Social Determinants and Secular Decline », *Tropical Medicine and International Health*, 7(1), p. 91-100.

U.S. BUREAU OF THE CENSUS (2004). *IDB Summary Demographic Data for Ethiopia* [en ligne], International Data Base, [référence du 1^{er} novembre 2004].
<<http://www.census.gov/ipc/www/idbpyr.html>>.

WORLD BANK (2004). *Ethiopia at a glance* [en ligne], The World Bank Group, [référence du 1^{er} novembre 2004], 2 p.
<http://www.worldbank.org/cgi-bin/sendoff.cgi?page=/data/countrydata/aag/eth_aag.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANISATION / Organisation mondiale de la santé (OMS) (1996). *Female Genital Mutilation: Information Kit*, Geneva, Department of Women's Health, Health Systems and Community Health, 50 p.

WORLD HEALTH ORGANISATION / Organisation mondiale de la santé (OMS) (1999). *Female Genital Mutilation. Programmes to Date: What Works and What Doesn't*. Geneva, Department of Women's Health, Health Systems and Community Health, 166 p.

WORLD HEALTH ORGANISATION / Organisation mondiale de la santé (OMS) (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Geneva, Commission on Macroeconomics and Health, 210 p.

YODER, S. et M. MAHY (2001). *Female Genital Cutting in Guinea: Qualitative and Quantitative Research Strategies*, Calverton, DHS Analytical Studies No. 5, ORC Macro, 45 p.

Annexe A

Figures

Figure A
Pourquoi la pratique continue-t-elle? - Un schème mental

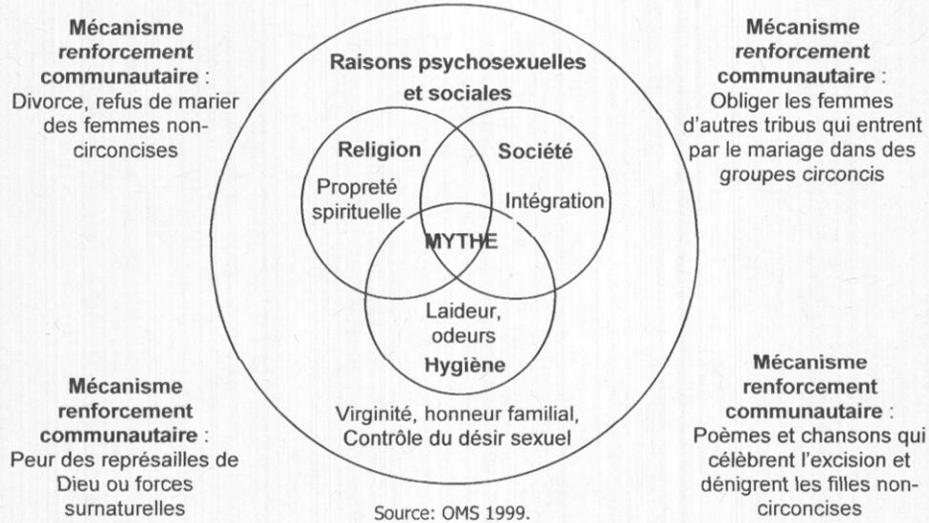
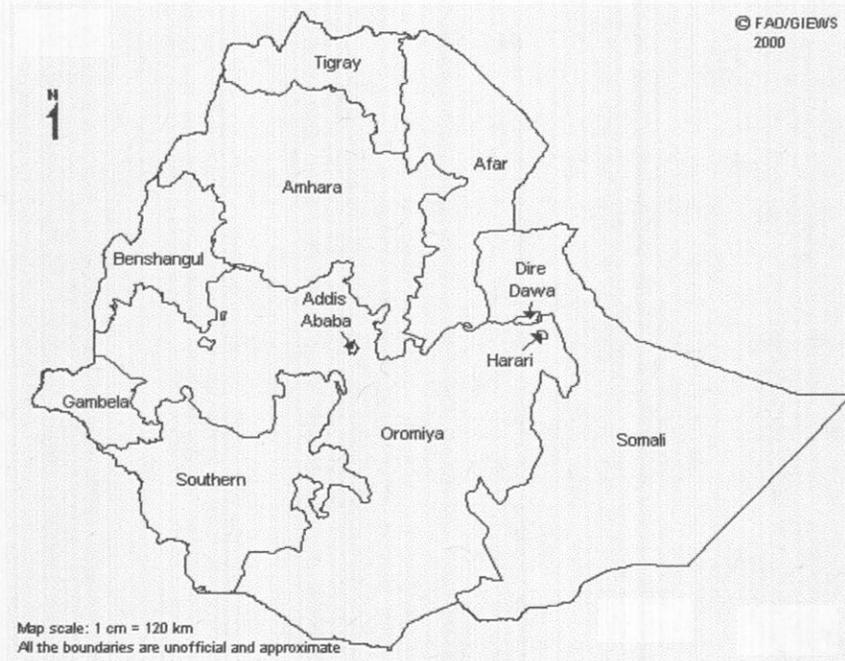


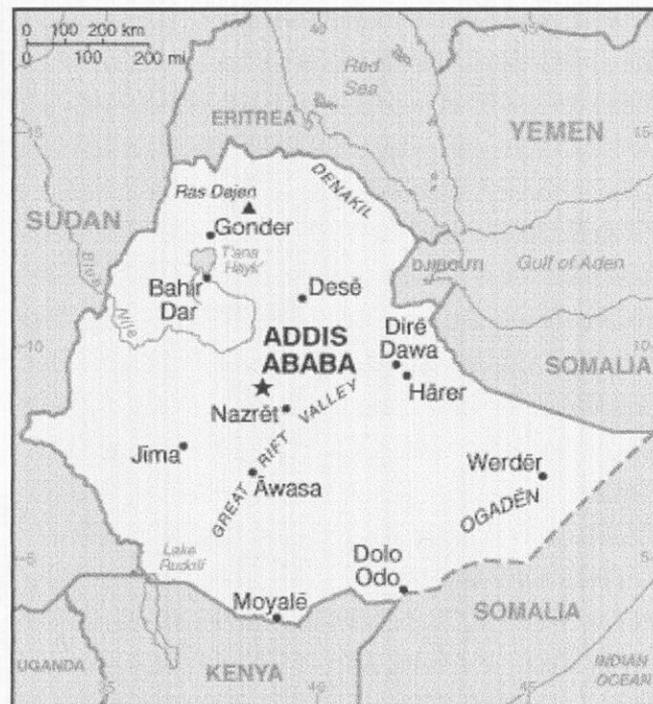
Figure B
Matrice des jeux – Équilibre hiérarchique

		Individu 2	
		NE (non-excisée)	E (excisée)
Individu 1	NE (non-excisée)	2	0
	E (excisée)	0	1

Figure C
Cartes de l'Éthiopie



Source: <http://www.fao.org/WAICENT/faoinfo/economic/giews/english/basedocs/eth/ethadm1e.stm>.
Consulté le 1^{er} août 2005.



Source: <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/et.html>.
Consulté le 1^{er} août 2005.

Annexe B

Tableaux

Tableau 1

**Les mutilations génitales féminines en Afrique :
Étendue, type et statut légal**

Pays	Étendue	Type	Statut légal
Bénin	30%-50%	Excision	Aucune loi, projet en cours. Distribution d'information éducative dans les cliniques et programmes de sensibilisation en milieu rural.
Burkina Faso	60%-70%	Excision	Pratique illégale depuis 1996 (modifications au code pénal).
Cameroun	5%-20%	Clitoridectomie et excision	Aucune loi. Support du gouvernement pour les campagnes de sensibilisation.
Côte d'Ivoire	60%	Excision	Aucune loi, projet en cours.
Djibouti	90%-98%	Excision et infibulation	Pratique illégale depuis 1994.
Égypte	97%	Excision et infibulation	Aucune loi spécifique, mais la pratique viole le code pénal existant. Décret de loi en 1959 pour interdire la pratique, modifié au cours des décennies suivantes.
Érythrée	95%	Clitoridectomie, excision et infibulation	Aucune loi. Politique gouvernementale pour éliminer la pratique depuis 1996.
Éthiopie	90%	Clitoridectomie et excision (un peu infibulation)	Aucune loi. La constitution interdit cependant les pratiques traditionnelles nuisibles. Code pénal en 1960 interdit l'ablation de parties du corps humain.
Gambie	60%-90%	Excision (un peu d'infibulation)	Aucune loi. Effets néfastes reconnus par le gouvernement qui supporte les ONG.
Ghana	15%-30%	Excision	Pratique illégale depuis 1994.
Guinée	70%-90%	Clitoridectomie, excision et infibulation	Code pénal interdit la pratique, modification de la constitution en cours. Programme de collaboration sur 20 ans avec l'OMS pour éliminer la pratique.
Guinée-Bissau	20%-80%	Clitoridectomie et excision	Aucune loi (proposition de loi refusée en 1995).
Kenya	50%; 90% région somalienne	Clitoridectomie et excision (un peu infibulation)	Aucune loi. Décrets en 1982 et 1989 jamais renforcés.
Libéria	50%	Excision	Aucune loi. Collaboration à des programmes de sensibilisation.
Mali	94%-96%	Clitoridectomie, excision et infibulation	Aucune loi spécifique, code pénal interdit d'infliger des blessures corporelles.
Mauritanie	25%; 95% pour deux ethnies	Clitoridectomie et excision	Aucune loi.
République centrafricaine	20%-50%	Clitoridectomie et excision	Pratique illégale depuis 1966. Campagnes actives du gouvernement pour abolir la pratique.
République démocratique du Congo	5%	Excision	Aucune loi. Campagnes/efforts inconnus.

Suite page suivante

Tableau 1
(suite)

Pays	Étendue	Type	Statut légal
Sierre Leone	80%-90%	Excision	Aucune loi. Support gouvernemental pour l'éradication de la pratique.
Somalie	98%	Infibulation	Aucune loi.
Tanzanie	10%	Excision et infibulation	Aucune loi. Efforts gouvernementaux.
Tchad	60%	Excision et infibulation	Aucune loi. Opposition officielle du gouvernement à la pratique depuis 1995.
Togo	12%; 85%+ pour certaines ethnies	Excision	Aucune loi. Quelques initiatives de sensibilisation.
Uganda	5%	Clitoridectomie et excision	Aucune loi. Condamnation officielle et publique du gouvernement.

Source: Office of Asylum Affairs, Bureau of Democracy, Human Rights and Labor, U.S. Department of State, 1997, and reports collected during country assessments (OMS 1999).

Tableau 2

**Taux de croissance du revenu per capita 1965-1994 en fonction du
revenu initial et du taux de mortalité infantile**

Taux de mortalité infantile pour 1000 enfants (TMI), 1965	TMI ≤ 50	50 < TMI ≤ 100	100 < TMI ≤ 150	TMI > 150
Revenu initial, 1965 (ajusté PPA en dollars US)				
PIB ≤ 750\$	-	3,7%	1,0%	0,1%
750\$ < PIB ≤ 1500\$	-	3,4%	1,1%	-0,7%
1500\$ < PIB ≤ 3000\$	5,9%	1,8%	1,1%	2,5%
3000\$ < PIB ≤ 6000\$	2,8%	1,7%	0,3%	-
PIB > 6000\$	1,9%	-0,5%	-	-

Source: OMS 2001

Tableau 3

Indicateurs démographiques de l'Éthiopie

Indicateur	1984	1994	Âge	% Hommes	% Femmes
Population (millions)	42.6	53.5	0-4	17.6	17.4
Taux croissance population	3.1	2.9	5-9	14.7	14.6
Densité (par km carré)	34.0	48.6	10-14	12.8	12.7
Taux urbanisation	11.4	13.7	15-19	10.8	10.6
Espérance de vie :			20-24	9.0	8.8
Hommes	51.1	50.9	25-29	7.3	7.3
Femmes	53.4	53.5	30-34	6.1	6.0
Religion :			35-39	5.0	5.1
Orthodoxe		51%	40-44	4.2	4.2
Musulmane	N/A	33%	45-49	3.4	3.5
Protestante		10%	50-54	2.8	2.8
			55-59	2.2	2.2
			60-64	1.6	1.7
			65-69	1.1	1.3
			70-74	0.7	0.9
			75-79	0.4	0.5
			80+	0.2	0.3

Source: CSA & ORC Macro 2001

Source: U.S. Census Bureau

Tableau 4
Caractéristiques des répondantes à l'enquête

Caractéristique	Pourcentage	Caractéristique	Pourcentage
Âge		Résidence	
15-19	23.3	Urbaine	29.6
20-24	18.5	Rurale	70.4
25-29	17.7		
30-34	12.4	Résidence lors de l'enfance	
35-39	11.5	Ville	11.9
40-44	8.6	Village	7.9
45-49	8.0	Campagne	80.1
		Données manquantes	0.07
Religion		État civil	
Orthodoxe	47.4	Jamais mariée	25.9
Catholique	0.9	Mariée	59.9
Protestante	13.7	Co-habitation	1.2
Musulmane	35.0	Veuve	4.3
Traditionnelle	2.9	Divorcée	6.0
Autres	0.2	Ne demeurant pas ensemble	2.8
Groupe ethnique		Nombre d'enfants (naissances)	
Affar	3.8	0	34.0
Amhara	28.8	1	11.5
Guragie	5.6	2	10.4
Oromo	27.1	3	8.6
Sidama	2.3	4	7.2
Somalie	5.1	5	6.8
Tigraway	9.7	6	6.5
Welaita	1.5	7	5.0
Autres	16.1	8	4.1
Données manquantes	0.01	9+	5.9
Région		Éducation	
Tigray	8.5	Aucune	68.9
Affar	5.6	Primaire	16.5
Amhara	12.4	Secondaire	13.6
Oromiya	16.8	Supérieure	1.0
Somalie	5.5		
Ben-Gumz	6.5	Alphabétisation	
SNNP	13.2	Aucune	69.3
Gambela	5.7	Partielle	5.6
Harari	5.9	Complète	24.6
Addis	13.1	Données manquantes	0.6
Dire Dawa	6.9		
		Occupation	
		Ne travaille pas	38.1
		Ventes	15.3
		Agriculture (pour soi)	14.2
		Agriculture (employée)	18.4
		Services	1.7
		Travail manuel qualifié	7.9
		Autres	4.3
		Ne sais pas	0.06
		Données manquantes	0.07
Nombre de répondantes		15,367	

Source: Enquête DHS Éthiopie 2000, calculs de l'auteur.

Tableau 5
Caractéristiques des conjoints des répondantes

Caractéristique	Pourcentage
Éducation	
Aucune	62.8
Primaire	19.3
Secondaire	13.8
Supérieure	2.9
Ne sait pas	0.9
Données manquantes	0.2
Alphabétisation (capable de lire/écrire une phrase)	
Non	50.8
Oui	48.3
Ne sait pas	0.7
Données manquantes	0.3
Occupation	
Ne travaille pas	1.4
Agriculture	70.5
Prof/technique/management	4.7
Ventes	7.9
Services	3.6
Travail manuel qualifié	7.0
Travail manuel non-qualifié	2.8
Clérical	1.5
Ne sait pas	0.2
Données manquantes	0.2
<hr/>	
Nombre de répondants*	11,388

* Nb=9380 pour l'alphabétisation.

Source: Enquête DHS Éthiopie 2000, calculs de l'auteur.

Tableau 6
Caractéristiques des ménages sondés par l'enquête

Caractéristique	Pourcentage
Sexe du chef de la famille	
Homme	75.4
Femme	24.6
Nombre de membres dans le ménage	
1	1.2
2	6.3
3	10.9
4	14.7
5	15.5
6	15.1
7	12.2
8	9.3
9+	14.8
Électricité	
Oui	70.4
Non	25.4
Nombre de répondants	
	15,367

Source: Enquête DHS Éthiopie 2000, calculs de l'auteur.

Tableau 7
Statistiques sur l'excision des mères et de leurs filles

Caractéristique	Pourcentage	Caractéristique	Pourcentage
Femme excisée (mère)		Excision des mères en fonction de certaines caractéristiques :	
Non	21.5		
Oui	78.5		
Type d'excision de la mère		Âge	
Vagin cousu fermé	14.3	15-19	70
Vagin non-cousu	84.5	20-24	77
Ne sait pas	0.7	25-29	79
Données manquantes	0.6	30-34	83
		35-39	84
Support de la pratique		40-44	83
Devrait continuer	57.8	45-49	84
Devrait arrêter	37.2		
Ça dépend	1.7	Résidence	
Ne sait pas	3.2	Urbain	82
Données manquantes	0.01	Rural	77
Excision des filles			
Pas de fille vivante	53.4		
Aucune fille excisée	21.8		
Au moins une fille excisée	24.8		
Type d'excision des filles			
Vagin cousu fermé	16.4		
Vagin non-cousu	83.2		
Ne sait pas	0.05		
Données manquantes	0.3		
Nombre de répondantes*	15,367		

* Nb=12,057 pour le type d'excision de la mère, Nb=13,908 pour le support et Nb=3,810 pour le type excision des filles.

Source : Enquête DHS Éthiopie 2000, calculs de l'auteure.

Tableau 8

**Excision des filles selon les caractéristiques de la mère
(pour les mères qui ont au moins une fille vivante)**

Caractéristique de la mère	% de femmes qui ont au moins une fille excisée	Caractéristiques de la mère	% de femmes qui ont au moins une fille excisée
Âge		Affiliation ethnique	
15-19	31.5	Affar	93.6
20-24	30.8	Amhara	66.1
25-29	32.2	Guragie	62.2
30-34	44.3	Oromo	46.3
35-39	63.6	Sidama	29.9
40-44	73.8	Somalie	55.1
45-49	80.3	Tigray	40.6
		Welaita	40.0
		Autre	35.3
Résidence		Éducation	
Urbain	43.8	Aucune	58.4
Rural	55.9	Primaire	40.3
		Secondaire et plus	22.1
Région		Éducation du conjoint	
Tigray	40.1	Aucune	62.0
Affar	92.9	Primaire	39.7
Amhara	80.1	Secondaire et plus	32.5
Oromiya	44.8		
Somalie	54.9	Excision de la mère	
Benishangul-Gumuz	65.7	Oui	58.0
SNNP	38.0	Non	9.2
Gambela	39.8		
Harari	45.9	Approbation de la mère	
Addis Ababa	39.9	Oui	63.2
Dire Dawa	40.4	Non	33.7
Religion			
Orthodoxe	52.8		
Protestante	28.0		
Musulmane	62.0		
Catholique	24.1		
Traditionnelle	34.2		
Autres	25.0		
Nombre de répondantes	7,150		

Source : Enquête DHS Éthiopie 2000, calculs de l'auteure.

Tableau 9
Estimations probit de l'excision des filles

	Variable expliquée =1 si au moins une fille est excisée		Variable expliquée =1 si toutes les filles excisées
	1 ^{ère} estimation Effet marginal (z-ratio)	2 ^{ème} estimation Effet marginal (z-ratio)	Effet marginal (z-ratio)
Âge de la mère en années	0.031 (20.75)***	0.031 (20.67)***	0.028 (17.12)***
Éducation de la mère en années	-0.020 (-5.02)***	-	-
Éducation du conjoint en années	-0.008 (-2.75)***	-	-
Éducation de la mère – niveau ¹			
Primaire		0.005 (0.17)	-0.004 (-0.12)
Secondaire		-0.154 (-3.71)***	-0.159 (-3.52)***
Supérieure		-0.411 (-3.71)***	-0.363 (-3.24)***
Éducation du conjoint – niveau ¹			
Primaire		-0.076 (-3.61)***	-0.091 (-3.87)***
Secondaire		-0.055 (-1.94)*	-0.054 (-1.65)*
Supérieure		-0.127 (-2.17)**	-0.089 (-1.34)
Mère excisée	0.508 (10.59)***	0.508 (10.73)***	0.442 (10.25)***
Mère approuve de la pratique	0.266 (11.98)***	0.270 (12.27)***	0.277 (11.35)***
Mère chef de famille	0.059 (2.84)***	0.056 (2.71)***	0.061 (2.68)***
Nombre de membres du ménage	0.015 (3.93)***	0.015 (3.92)***	-0.005 (-1.18)
Résidence en milieu urbain	0.140 (3.96)***	0.120 (3.40)***	0.140 (3.24)***
Lieu de résidence ¹			
Affar	0.391 (3.64)***	0.378 (3.43)***	0.431 (3.19)***
Amhara	0.227 (1.96)**	0.222 (1.94)*	0.204 (1.55)
Oromiya	-0.180 (-1.48)	-0.192 (-1.60)	-0.248 (-2.08)**
Somalie	-0.141 (-1.12)	-0.157 (-1.28)	-0.260 (-2.25)**
Ben-Gumz	0.177 (1.48)	0.173 (1.44)	0.149 (1.09)
SNNP	-0.008 (-0.06)	-0.194 (-1.58)	-0.279 (-2.42)**

Suite page suivante

Tableau 9
(suite)

	Variable expliquée =1 si au moins une fille est excisée		Variable expliquée =1 si toutes filles sont excisées
	1 ^{ère} estimation Effet marginal (z-ratio)	2 ^{ème} estimation Effet marginal (z-ratio)	Effet marginal (z-ratio)
Lieu de résidence (suite)			
Gambela	-0.178 (-1.43)	-0.016 (-0.12)	-0.049 (-0.36)
Harari	-0.196 (-1.61)	-0.217 (-1.82)*	-0.302 (-2.89)***
Addis	-0.201 (-1.76)*	-0.219 (-1.96)**	-0.229 (-2.11)**
Dire Dawa	-0.269 (-2.24)**	-0.286 (-2.44)**	-0.317 (-3.00)***
Religion²			
Protestante	-0.102 (-2.80)***	-0.103 (-2.80)***	-0.114 (-2.47)**
Musulmane	0.028 (0.81)	0.028 (0.82)	0.024 (0.61)
Traditionnelle et autres	-0.089 (-1.83)*	-0.092 (-1.87)*	-0.102 (-1.45)
Ethnie³			
Amharra	0.169 (1.19)	0.146 (1.01)	0.150 (1.03)
Guragie	0.201 (1.46)	0.195 (1.39)	0.189 (1.26)
Oromo	-0.009 (-0.06)	-0.021 (-0.14)	-0.074 (-0.52)
Sidama	-0.135 (-0.86)	-0.139 (-0.87)	-0.240 (-1.72)*
Somalie	0.040 (0.27)	0.029 (0.19)	-0.020 (-0.13)
Tigray	0.077 (0.47)	0.053 (0.32)	0.009 (0.05)
Welaita	-0.029 (-0.18)	-0.043 (-0.26)	-0.071 (-0.45)
Autres	-0.129 (-0.86)	-0.145 (-0.95)	-0.161 (-1.14)
Nombre d'observations	6665	6665	5584

***z≤1%, **z≤5%, *z≤10%.

1. Catégorie de référence: Tigray

2. Catégorie de référence: Orthodoxe

3. Catégorie de référence: Affar

Source : Enquête DHS Éthiopie 2000, calculs de l'auteur.

NOTE : Pour les deux premières estimations, la variable expliquée « excision des filles » prend la valeur 1 si la mère a au moins une fille excisée et la valeur 0 si la mère n'a aucune fille excisée parmi ses filles vivantes. Pour la troisième, la valeur 1 est donnée lorsque 100% des filles sont excisées (pour une même mère). Les options « robust » et « cluster » (par village) sont utilisées pour permettre des résidus non indépendants au sein d'un même cluster.

Tableau 10

**Estimations probit de l'excision des filles en
incluant l'effet communautaire**

Variable expliquée =1 si au moins une fille
est excisée

	1 ^{ère} estimation Effet marginal	2 ^{ème} estimation Effet marginal
Âge de la mère en années	0.004	0.012
Âge de la mère au carré	0.001*	0.001*
Éducation de la mère – niveau ¹		
Primaire	0.032	0.022
Secondaire	-0.417*	-0.438*
Supérieure	-1.091*	-1.051*
Éducation du conjoint – niveau ¹		
Primaire	-0.168*	-0.155*
Secondaire	-0.109	-0.095
Supérieure	-0.307*	-0.305*
Mère excisée	0.830*	-
Mère approuve de la pratique	0.585*	0.619*
Mère chef de famille	0.158*	0.149*
Nombre de membres du ménage	0.052*	0.051*
Nombre de femmes excisées dans le village	2.700*	3.072*
Résidence en milieu urbain	0.384*	0.397*
Lieu de résidence ¹		
Affar	0.383	0.366
Amhara	-0.064	-0.117
Oromiya	-1.275*	-1.294*
Somalie	-1.289*	-1.320*
Ben-Gumz	-0.189	-0.226
SNNP	-1.109*	-1.096*
Gambela	-0.540	-0.520
Harari	-1.422*	-1.441*
Addis	-1.176*	-1.164*
Dire Dawa	-1.667*	-1.692*

Suite page suivante

Tableau 10
(suite)

	Variable expliquée =1 si au moins une fille est excisée	
	1 ^{ère} estimation Effet marginal	2 ^{ème} estimation Effet marginal
Religion ²		
Protestante	-0.218*	-0.214*
Musulmane	0.021	0.023
Traditionnelle et autres	-0.215	-0.237
Ethnie ³		
Amharra	0.410	0.413
Guragie	0.401	0.394
Oromo	-0.004	0.015
Sidama	-0.443	-0.459
Somalie	0.113	0.118
Tigray	0.243	0.171
Welaita	-0.311	-0.333
Autres	-0.287	-0.291
Constante	-4.770	-4.428
Nombre d'observations	6665	6665

* Coefficient significatif pour un intervalle de confiance de 95%

1. Catégorie de référence : Aucune éducation
2. Catégorie de référence: Tigray
3. Catégorie de référence : Orthodoxe
4. Catégorie de référence : Affar

Source : Enquête DHS Éthiopie 2000, calculs de l'auteure.

NOTE : La variable expliquée « excision des filles » prend la valeur 1 si la mère a au moins une fille excisée et la valeur 0 si la mère n'a aucune fille excisée parmi ses filles vivantes. La commande « bootstrap », appliquée pour 500 répétitions et en utilisant le village ou zone administrative (Nb=530) comme « cluster », calcule des intervalles de confiance de 95% pour chacune des variables explicatives.