



CESAG – SANTE

MBA – ECONOMIE DE LA SANTE

Mémoire de fin de cycle

Thème

**ANALYSE DES DETERMINANTS DE LA
PRATIQUE DES MUTILATIONS GENITALES
FEMININES EN CÔTE D'IVOIRE**

Réalisé par :

Mlle Roselyne F. SANDE

Sous la direction de :

Dr. EL HADJI OUSSEYNOU FAYE

Chef de Bureau, Santé de la mère au Ministère de
la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal

Encadreurs :

Professeur Bédia François AKA, Enseignant associé au CESAG

M. Souleymane DIAKITE, Enseignant chercheur à ENSAE (Dakar)

DEDICACE

*Je dédie ce travail à ma famille, M. & Mme SANDE, ainsi qu'à mes frères et sœurs,
Pour vos prières, pour tout l'amour, le sacrifice et le soutien sans faille !*

SOMMAIRE

DEDICACE	ii
AVANT PROPOS	v
REMERCIEMENTS	vi
SIGLES ET ABREVIATIONS	vii
LISTE DES ILLUSTRATIONS	ix
RESUME	x
ABSTRACT	xii
INTRODUCTION	1
PARTIE I : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE ET REVUE DE LA LITTERATURE.....	6
CHAPITRE I : CADRE DE L'ETUDE	7
I.1 Situation géographique et administrative	7
I.2 Situation démographique.....	8
I.3 Situation économique.....	8
I.4 Situation socioculturelle.....	8
I.5 Etat des lieux de la pratique des MGF en cote d'ivoire	9
CHAPITRE II : DEFINITIONS DE CONCEPTS.....	11
II.1 Mutilation Génitale Féminine.....	11
II.2 Marketing social	11
II.3 Enquete TRaC.....	12
II.4 Facteurs d'opportunité, de capacité et de motivation	12
II.5 Santé maternelle.....	13
II.6 Mortalité maternelle ou décès maternels	13
II.7 Santé de la reproduction ou santé reproductive	14
II.8 Indice synthétique de fécondité (ISF).....	15
II.9 Taux brut de natalité (TBN)	15
II.10 Taux brut de mortalité (TBM)	15
CHAPITRE III : REVUE DE LA LITTERATURE.....	16
III.1 Origine des mutilations génitales féminines.....	16
III.2 Typologie des mutilations génitales féminines	17
III.3 Conséquences liées à la pratique des mutilations génitales féminines	18
III.4 Mutilations génitales féminines et droits humains	20
III.4.1 Au niveau international	20
III.4.2 Au niveau régional	21

III.4.3 Au niveau national	22
III.5 Quelques etudes sur les determinants de la pratique de la mutilation genitale feminine	22
PARTIE II : CADRE METHODOLOGIQUE, RESULTATS ET DISCUSSIONS	28
CHAPITRE I:CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE	29
I.1 Source de donnees	29
I.2 Variables de l'etude.....	29
I.3 Méthodologie pour l'analyse des determinants de la MGF	30
I.3.1 Approche descriptive	30
I.3.2 Approche explicative	30
I.4 Methodologie pour l'analyse discriminantes du comportement des femmes sur la contnuite de la MGF	34
I.4.1 Démarche de l'analyse factorielle discriminante.....	34
I.4.2 Méthodes de calcul de mutilations évitables	35
I.5 Logiciels utilisés.....	36
CHAPITRE II: PRESENTATION DES RESULTATS	37
II.1 Analyse descriptive des donnees	37
II.2 Facteurs determinants de la pratique de la mutilation genitale feminine	42
II.3 Facteurs discriminants le comportement des femmes sur la continuite de la MGF.....	46
CHAPITRE III: COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS DES RESULTATS DE L'ETUDE.....	54
III.1 Analyse des facteurs determinants de la pratique de la MGF.....	54
III.2 Analyse des facteurs discriminants le comportement des femmes sur la continuite de la pratique de la MGF.....	56
RECOMMANDATIONS	58
CONCLUSION	59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	60
TABLE DE MATIERE.....	63
ANNEXES	66

AVANT PROPOS

Le Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG) de Dakar a pour vocation de former les leaders africains dans le domaine de la gestion, de la finance et du management de la santé. Ainsi, dans le cadre de l'obtention du diplôme *MBA-Economie de la santé*, il est demandé aux stagiaires de rédiger un mémoire sur une thématique liée au domaine de la santé et mettant en exergue les connaissances acquises lors de la formation.

Ce document s'inscrit donc dans cette perspective en présentant les fruits d'une recherche effectuée sur un problème de santé publique et de droits humains : la pratique des mutilations génitales féminines, cas de la Côte d'Ivoire.

Le présent document met en relief les déterminants de cette pratique et analyse le comportement des femmes sur les conséquences de la continuité de cette pratique.

Toutefois, nous voulons signifier quelques limites dans cette étude. Il s'agit entre autres de:

- La non prise en compte des facteurs liés à la migration des populations ;
- L'indisponibilité des variables relatives à la pression et aux normes sociales ;
- La non extrapolation des résultats obtenus à l'ensemble de la population de la zone d'étude.

REMERCIEMENTS

Je rends grâce à l'Éternel, mon Dieu, pour son amour et sa fidélité envers moi. Que ton nom soit béni Seigneur JESUS. Ce travail a vu le jour grâce aux concours de plusieurs personnes que j'aimerais remercier. Ainsi, mes remerciements vont à l'endroit :

Du Dr. El Hadji OUSEYNOU Faye, Chef de Bureau, Santé de la mère au Ministère de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal et Directeur de mon mémoire, pour sa disponibilité et son encadrement dans la réalisation de ce travail;

De M. Souleymane DIAKITE, Statisticien et Enseignant chercheur à l'Ecole Nationale de Statistique Appliquée à l'Economie de Dakar et encadreur de ce mémoire, pour ses orientations techniques et son expérience qu'il a bien voulu me partager ;

Du Professeur Bédia François AKA, Professeur à l'Université Alassane Ouattara de Bouaké et Enseignant associé au CESAG, par ailleurs encadreur de ce mémoire, pour ses orientations d'ordre méthodologique dans l'élaboration de mon travail;

Du Docteur Amani KOFFI, Chef de Département CESAG-SANTE, pour ses conseils ;

De Mmes Soukeyna GUEYE et Marième DIOP, assistantes de programme pour la sympathie et la disponibilité manifestées;

Du Docteur Moïse TUHO, Consultant international en santé publique, pour son soutien moral et ses suggestions dans la finalisation de ce document.

Du Docteur Ibrahim MAGAZI, Spécialiste santé publique Banque mondiale Côte d'Ivoire, pour son appui et sa contribution dans la finalisation de ce mémoire, merci pour vos contributions ;

De Monsieur Arsène YAO, cadre de l'administration nationale de Côte d'Ivoire pour son soutien financier et sa gentillesse, Dieu vous bénisse ;

De Monsieur Souleymane YONDE, cadre à la CNPS de Côte d'Ivoire, pour tout son soutien manifesté lors de cette formation ;

De Mesdemoiselles Aminata DOUMBIA et Carole BERAL, mes grandes sœurs et ma famille de Dakar, pour tout l'amour, le soutien et la joie que vous m'avez procurée, Dieu seul saura vous récompenser ;

De toute la 16^{ème} promotion des économistes de la santé, pour les échanges fructueux ;

De tous ceux, qui d'une manière ou d'une autre, ont contribué à ce travail, grand merci à Tous.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ACM : Analyse en Correspondances Multiples

AFD : Analyse Factorielle Discriminante

AGR : Activité Génératrice de Revenu

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CEDEF : Convention internationale pour l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes

CIM : Classification Internationale des Maladies

EDS : Enquête Démographique et de Santé

MICS: Multiple Indicator Cluster Surveys (Enquête par grappes à indicateurs multiples)

GTZ: Coopération Allemande

HCDH: Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'homme

IEC : Information Education et Communication

INS : Institut National de la Statistique

ISF: Indice Synthétique de Fécondité

LR: Likelihood Ratio

MFAS: Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Action Sociale

MGF: Mutilation Génitale Féminine

OMD: Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG: Organisation Non Gouvernementale

ONUSIDA: Programme commun des Nations Unies sur le VIH-SIDA

PIB: Produit Intérieur Brut

PNDS: Plan National de Développement Sanitaire

PNUD: Programme des Nations Unies pour le Développement

PPTE : Pays Pauvre Très Endetté

PROMARCO : Programme de Marketing social et de Communication pour la santé

PSI : Population Services International

RGPH: Recensement Général de la Population et de l'Habitat

ROC: Receiving Operating Curve

SIDA : Syndrome Immunodéficience Acquise

TFP : Taux de Faux Positifs

TBM : Taux Brut de Mortalité

TBN : Taux Brut de Natalité

TRaC : TRacking Results Continously

TVP : Taux de Vrais Positifs

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNHCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

UNIFEM : Fonds des Nations Unies pour la Femme

VBG : Violence Basée sur le Genre

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES ILLUSTRATIONS

<i>Figure 1 : Composante du cadre conceptuel pour le changement de comportement</i>	<i>13</i>
<i>Figure 2 : Représentation de la courbe ROC.....</i>	<i>43</i>
<i>Graphique 1 : Répartition de la population par pôle de développement</i>	<i>37</i>
<i>Graphique 2 : Répartition de la population féminine par tranche d'âge.....</i>	<i>38</i>
<i>Graphique 3 : Répartition de la population selon le statut matrimonial</i>	<i>39</i>
<i>Graphique 4 : Situation des enquêtées selon leur statut de l'excision par région</i>	<i>40</i>
<i>Graphique 5 : Proportion de femmes mutilées ayant au moins une fille et proportion de</i>	<i>41</i>
<i>Graphique 6 : Proportion de femmes excisées et celles qui ont l'intention de</i>	<i>42</i>
<i>Graphique 7 : Histogramme des valeurs propres</i>	<i>48</i>
<i>Graphique 8 : Nuage des variables.....</i>	<i>49</i>
<i>Tableau 1 : Indice synthétique de fécondité et pourcentage d'accouchement assisté par un prestataire qualifié dans les quatre zones d'étude.....</i>	<i>4</i>
<i>Tableau 2 : Liste des variables de l'étude.....</i>	<i>30</i>
<i>Tableau 3 : Principaux groupes ethniques des femmes</i>	<i>39</i>
<i>Tableau 4 : Niveau de prédiction du modèle.....</i>	<i>44</i>
<i>Tableau 5 : Tableau récapitulatif des tests de khi-2</i>	<i>46</i>
<i>Tableau 6 : Tableau de classement</i>	<i>50</i>
<i>Tableau 7 : Modalités significatives à fort pouvoir de discrimination entre les deux groupes de femmes</i>	<i>50</i>
<i>Tableau 8 : Tableau des effets marginaux des modalités discriminantes</i>	<i>52</i>
<i>Tableau 9 : Récapitulatif du calcul des cas de fillettes exposées à la MGF</i>	<i>53</i>
<i>Tableau 10 : Nombre de mutilation évitable par facteur discriminant</i>	<i>53</i>

RESUME

La santé maternelle dans les pays en développement, et particulièrement en Afrique reste encore précaire du fait de facteurs aussi bien économiques, naturels que culturels. Selon le Plan National de Développement Sanitaire 2013-2015 [16], ce sont 543 décès maternels pour 100 000 naissances qui ont été enregistrés chaque année en Côte d'Ivoire. Ces décès étant essentiellement dus à 80% des cas, à des hémorragies, des dystocies et l'hypertension. Parmi les sources des facteurs qui exposent les femmes au décès maternel, l'on note la pratique de la mutilation génitale féminine (MGF) qui est une pratique traditionnelle très ancienne dont les conséquences sur la santé sont nombreuses. La prévalence s'élève à 38% selon l'enquête démographique et de santé de 2012.

La présente étude se veut contribuer à l'amélioration de la santé maternelle par l'évaluation des facteurs déterminants de la survivance d'une telle pratique en Côte d'Ivoire. La méthodologie utilisée pour l'atteinte des résultats de l'étude s'est appuyée sur des méthodes d'analyses économétriques, statistiques et de calcul économique, notamment la régression logistique et l'analyse factorielle des données qui a été utilisée pour le calcul économique. L'analyse a porté sur les données secondaires issues de l'EDS 2011-2012 [15] de la Côte d'Ivoire pour les quatre régions à forte prévalence de la pratique des MGF : le nord (74%), le nord-ouest (80%), le centre-nord (50%) et l'ouest (57%).

Il ressort des résultats obtenus que les déterminants de la pratique de la mutilation génitale féminine sont: l'environnement, le niveau d'instruction de la femme et de son partenaire, de l'ethnie, de l'occupation de la femme, de son statut d'excisée et de sa croyance au fait que l'excision soit un rituel religieux. Toutefois, l'analyse des avis des enquêtées sur la question de la continuation de cette pratique a laissé apparaître deux (02) profils de femmes. Le premier est caractérisé par la religion chrétienne dont les femmes ont au moins le niveau primaire, exerçant une activité manuelle qualifiée. Elles ont connaissance de l'existence de la loi sur les MGF, des risques d'infection du SIDA et ces femmes sont d'avis qu'il faut abandonner la mutilation féminine. Par contre, la seconde catégorie rassemble les femmes à majorité musulmane, exerçant dans l'agriculture et n'ayant aucun niveau d'étude de même que leurs époux. Celles-ci sont excisées et souhaitent vivement la continuation de cette pratique. Elles ne sont pas assez informées de la loi sur les MGF et également sur le SIDA. La quasi-totalité pense que la mutilation génitale féminine est une pratique religieuse. Enfin, l'analyse économique sur les facteurs à fort pouvoir discriminatif des femmes ayant l'intention de continuer la pratique des MGF a montré que : (a) 1391 fillettes sont exposées à

l'excision ; (b) 21,94% de petites filles pourraient échapper à l'excision si les conditions économiques des femmes s'améliorent ; (c) 21,43% de cas d'excision pourraient être évités si la mentalité des femmes sur la pratique de la MGF et la religion change ; (d) respectivement 30,82% et 10,17% de ces fillettes seraient à l'abri de la mutilation si les femmes sont instruites sur la loi interdisant la pratique des MGF (y compris sur leurs droits), et sur le SIDA.

Ainsi, l'amélioration de la condition économique de la femme, l'amélioration de son niveau de connaissance de ses droits et de loi sur la MGF, le changement de mentalité concernant la relation religion-excision permettront de réduire la prévalence de la MGF. Il faut par ailleurs reconnaître que la problématique des MGF est aussi d'ordre psychologique, ce qui suppose des études profondes au sein de peuples qui y pratique encore. Toutefois, une stratégie coordonnée et participative permettront d'obtenir des résultats plus satisfaisant.

ABSTRACT

The maternal health in developing country, particularly in Africa is very precarious. The economic, the culture and natural factors explain this situation. The National Plan of Health Development 2013-2015 [16] in Côte d'Ivoire showed 543 maternal death for 100 000 births each year. Among many factors which expose these women to maternal death, we can quote the female genital Mutilation (FGM). This traditional practice has negative consequences on woman's health. According to the demographic and health survey (DHS) of 2012, the prevalence of FGC is 38%. The objective of this study is to contribute to the improvement of maternal health by evaluating the factors of the persistence of FGC in Côte d'Ivoire. We used secondary data of DHS 2012 [15] for analyzing the question. We used the four regions which prevalence of this practice is high for our study: the North (74%), the west (57%), the north-west (80%) and the center-north (50%).

The methodology used in this study is based on econometrics, statistics analysis and economic calculation through logistic regression and factorial analysis methods which is used for economic calculation. The results of these analysis show that the causes of femal genital cutting depends on: environment, education of women and their husband, ethnic group, women occupations, women's status of FGC, and the cultural belief that FGC is a religious ritual. However, the opinion of women concerning the continuation of FGC is different from one woman to another. The first class is characterized by women who practice Christianity, have a manual skill and have a primary education level. These women know the law on FGM and the risk of contracting HIV/AIDS. They agree to stop the FGM. The second group concerns the Muslim's women in general. They work in agriculture and are illiterate as their husband. These women are mutilated and wish the continuation of the practice. They don't know the law on FGC and the risk of contracting HIV. Almost all think that FGM is a religious practice. Finally, the economic analysis of the factors with high discriminative power of women who intend to continue the practice of FGM has shown: (a) 1391 girls are at risk of FGM; (b) 21.94% of girls could escape excision if economic conditions are improving for women; (c) 21.43% of Mutilation cases could be avoided if the mentality of women in the practice of FGM and religion changes; (d) respectively 30.82% and 10.17% of these girls would not be mutilated if women are educated on the law prohibiting FGM (including women's rights) and HIV/AIDS knowledge.

INTRODUCTION

JUSTIFICATION ET CONTEXTE

Située en Afrique subsaharienne, la Côte d'Ivoire, à l'instar de la majorité des pays de la sous-région ouest africaine, a fondé sa stratégie de développement sur trois (03) piliers depuis l'indépendance : (i) le libéralisme économique ; (ii) la promotion de l'agriculture et (iii) l'ouverture sur l'extérieur comme soutien à la croissance. Ces stratégies de politiques dénotent de la prise en compte et l'implication des ressources du pays et particulièrement des ressources humaines en bonne santé ; car le bon état de santé est un facteur déterminant pour la croissance économique. Ainsi, une priorité a été accordée au secteur sanitaire, surtout, avec la résurgence des maladies infectieuses et l'arrivée de l'épidémie du SIDA qui ont négativement impacté le tissu économique.

Après les crises sociopolitiques successives de 2002 et de 2011 qui ont affaibli l'économie, aujourd'hui, la Côte d'Ivoire a pour vision d'être un pays émergent à l'horizon 2020. La prise d'une telle décision implique l'intersectorialité des actions à mener et ce, de toutes les couches de la société. Ainsi, le volet santé, au travers du Plan National de Développement Sanitaire 2013-2015 (PNDS), s'est inscrit dans cette perspective en accordant une place importante à la santé maternelle et reproductive où les taux de morbidité et de mortalité restent encore élevés¹, soit 543 décès pour 100 000 naissances vivantes. De nombreuses causes sont à l'origine de ce fait et parmi elles, la pratique de la Mutilation Génitale Féminine (MGF). Telle est la motivation du choix de cette thématique qui couvrira les quatre (04) régions à forte prévalence des MGF en Côte d'Ivoire.

« On m'a conduite vers un endroit très sombre pour me déshabiller. On m'a bandé les yeux et on m'a mise toute nue (...) Quatre femmes m'ont maintenue sur le dos, deux d'entre elles tenant fermement mes jambes. Une autre femme s'est assise sur ma poitrine pour m'empêcher de bouger. On m'a fourrée un morceau d'étoffe dans la bouche pour me faire cesser de crier. Ensuite, on m'a rasée. Quand (l'opération) a commencé, je me suis débattue sauvagement. La douleur était affreuse, insupportable. Tandis que je me débattais, l'une des opératrices m'a coupée profondément à l'aide d'un canif qui ne coupait pas et j'ai perdu du sang. Toutes les

¹ Selon le PNDS 2013-2015, la mortalité maternelle est estimée à 543 décès pour 100 000 naissances vivantes. Cette mortalité maternelle est essentiellement due, dans 80% des cas, à des causes médicales directes dont les hémorragies, les dystocies, l'hypertension... La mortalité néonatale est de 41 pour 1000, mortalité infantile est de 84 pour 1000 et la mortalité infanto-juvénile est de 125 pour mille.

personnes qui participaient (à l'intervention) étaient à moitié ivres. ²». Ce témoignage n'est pas une torture infligée par des soldats pendant la guerre mais le récit d'une jeune fille, qui raconte amèrement son vécu de la mutilation génitale à l'âge de 10 ans. Cette histoire montre l'ampleur et le risque auxquels sont exposées ces fillettes.

Cette pratique, sur le plan international, a également été reconnue comme une vraie problématique à telle enseigne qu'en 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé³ publia une déclaration inter institution regroupant HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM pour son abandon. Cette déclaration a donné une description des conséquences de la pratique en termes de santé publique et de droits de l'Homme, et montrait le soutien de ces institutions en faveur de son abandon.

Par ailleurs, le problème que pose la Mutilation Génitale Féminine est d'autant plus important qu'il constitue une entrave à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en ce qui concerne la santé. Le risque accru de mortalité pendant l'accouchement est l'une des nombreuses conséquences sanitaires négatives de cette procédure, qui rendent inefficaces les efforts visant à réduire la mortalité maternelle (OMD5). Par ailleurs, cette pratique fait également apparaître la vulnérabilité plus élevée au VIH/SIDA des filles mutilées, ce qui signifie que cette pratique nuit aux efforts visant à enrayer le VIH/SIDA (OMD 6). Il importe donc pour l'économiste de la santé d'accorder un regard particulier à ce problème vu son ampleur, le coût social et économique qu'il génère afin de repenser la stratégie d'intervention pour son abandon.

Intérêt de l'étude

La présente étude est d'un intérêt important aussi bien pour le stagiaire que pour le pays (la Côte d'Ivoire).

✚ Pour le pays

Les MGF sont un problème de santé publique et vu l'ampleur d'une telle pratique en Côte d'Ivoire ainsi que ses effets néfastes, cette étude contribuera à renforcer les méthodes d'interventions au sein des populations pour l'abandon de cette pratique. Par ailleurs, elle permettra d'apprécier les effets positifs qui pourraient découler de l'abandon de cette pratique.

² [3] Dounia BOUJAHMA, les mutilations sexuelles féminines : état des lieux et prise en charge (2007)

³ [19] la déclaration disponible sur whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596441_fre.pdf

 Pour le stagiaire

Cette étude vise deux intérêts : d'une part, la mise en pratique des cours théoriques et d'autre part la validation de son mémoire de fin de cycle.

PROBLEMATIQUE

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé de la reproduction comme étant « *un état de bien-être physique, mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités* ». Cette définition sous-entend la possibilité pour les êtres humains de se reproduire, et que les femmes accouchent sans risque pour un meilleur épanouissement. Cependant, ce bien-être est violé par certaines pratiques traditionnelles et culturelles néfastes telle que la Mutilation Génitale Féminine (MGF). Observée dans la plupart des pays africains situés au sud du Sahara, elle désigne toutes les procédures qui consistent à enlever partiellement ou totalement les organes génitaux externes féminins ou à leur infliger d'autres lésions. La MGF est désormais classée au rang des Violences Basées sur le Genre (VBG) et décrite comme une violation des droits, universellement reconnus de la personne humaine, notamment du droit à l'intégrité corporelle et à jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Ces procédures ont des conséquences variables sur la santé, tant au niveau psychologique que physique.

Comme tous les pays concernés, des actions de sensibilisation, de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) en direction des groupes cibles ont été menées pour l'abandon de cette pratique. Mais force est de constater que les effets des interventions ne sont pas toujours significatifs. En Côte d'Ivoire, l'Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) de 2011-2012 [15], a révélé que 38% des femmes âgées de 15 à 49 ans ont été excisées avec un taux supérieur à 70% dans le Nord et le Nord-Ouest, 57% à l'Ouest et 50% au Centre-Nord. De plus, il apparaît au travers du tableau ci-dessous, que le nombre d'enfants par femme est plus élevé dans ces quatre zones sus mentionnées par rapport aux autres régions du pays, l'ISF au niveau national étant de 4,8 enfants. A contrario, la proportion de femmes dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé, dans ces régions, approche les 50% seulement, ce qui est faible. Cela traduit le haut risque de mortalité auquel sont exposées ces femmes.

Tableau 1 : Indice synthétique de fécondité et pourcentage d'accouchement assisté par un prestataire qualifié dans les quatre zones d'étude

Zones géographiques	Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	Pourcentage de femme dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé ⁴ (%)
Nord	6,1	50,8
Nord-Ouest	6,8	26,7
Ouest	6,1	48,9
Centre-Nord	5,4	56,3

Source : PNDS CI 2013 - 2015

Au regard de ces chiffres qui demeurent élevés, nous observons que la mutilation génitale féminine reste encore une situation préoccupante, un problème de santé publique pour le pays. En dépit des actions déjà entreprises pour son abandon, il importe d'affiner davantage la recherche des facteurs explicatifs de la survivance d'une telle pratique et de développer de nouvelles stratégies d'approche du problème. Ainsi, la présente étude, vient apporter une réponse aux problèmes suivants : **Quels sont les déterminants qui pourraient expliquer la persistance d'une telle pratique? Quelle analyse peut-on faire des comportements des femmes sur la continuité de la pratique?**

OBJECTIF GENERAL

L'objectif général de la présente étude est d'analyser les déterminants de la pratique de la Mutilation Génitale Féminine en vue de l'amélioration de la santé maternelle en Côte d'Ivoire.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

De façon spécifique, nous serons amenés à :

- Décrire les caractéristiques de la population d'étude et la situation de la pratique de la MGF ;
- Identifier les facteurs significatifs et explicatifs de la pratique de la MGF ;
- Identifier les facteurs discriminants de la population cible selon l'intention de continuer la pratique ou non ;
- Déterminer le nombre de cas de filles mutilées évités par facteur discriminant

⁴ On considère ici comme prestataires formés, les médecins, les infirmières, les sages-femmes et les sages-femmes/infirmières auxiliaires.

HYPOTHESES DE RECHERCHE

- La pratique des MGF est liée au niveau d’instruction des parents de la victime.
- La pratique des MGF est liée aux normes sociales telles que les règles communautaires, les décisions du chef de ménage, le respect de la tradition.
- La pratique des MGF croit avec la croyance en la religion musulmane

L’étude sera subdivisée en deux grandes parties : la première présentera le cadre conceptuel de l’étude et la revue de la littérature. La seconde partie, comprendra la méthodologie et la présentation des résultats ainsi que la discussion.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**PARTIE I : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE
ET REVUE DE LA LITTERATURE**

CHAPITRE I : CADRE DE L'ETUDE

Ce chapitre est consacré à la présentation du cadre de l'étude. Cela vise à connaître l'environnement de l'étude et de comprendre dans quel cadre s'inscrit l'étude. Les informations seront regroupées selon les caractéristiques suivantes :

- Géographique
- Démographique
- Socioéconomique
- Socioculturelle

Aussi, un état des lieux de la pratique de la mutilation génitale en Côte d'Ivoire est présenté. Il répond aux questions liées aux peuples touchés, à l'âge auquel les filles sont mutilées, au type de mutilation le plus utilisée, aux justifications évoquées pour une telle pratique et aux mesures prises pour l'abandon de la MGF. Etc.

I.1 SITUATION GEOGRAPHIQUE ET ADMINISTRATIVE

La Côte d'Ivoire est un pays situé dans la région ouest de l'Afrique. Elle est limitée par le Burkina Faso et le Mali au Nord, le Libéria et la Guinée Conakry à l'Ouest, le Ghana à l'Est et au sud par le Golfe de Guinée. Sa superficie est de 322 462 Km² et son relief est caractérisé par des plaines au Sud, des plateaux au Centre et au Nord, et des montagnes à l'Ouest. Un vent sec et chaud, chargé de fines poussières de l'Harmattan ainsi qu'un air humide provenant du sud sont les deux masses d'air qui couvrent le pays. Quant à la pluviométrie, elle varie annuellement entre 900 mm et 2 300 mm, du nord au sud et les températures oscillent autour de 28°C, en moyenne.

Quatre grands fleuves traversent le pays. Il s'agit du Cavally à l'extrême-Ouest, du Sassandra à l'Ouest, du Bandama au Centre et du Comoé à l'Est.

Sur le plan administratif, le pays est divisé en 14 districts dont deux autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), 31 régions, 108 départements, 197 communes et 510 sous-préfectures. Au niveau déconcentré, la région est dirigée par un Préfet de région, le département par un Préfet de département et la sous-préfecture par un Sous-préfet. Au niveau décentralisé, le District est dirigé par un Gouverneur, la région par un Président de Conseil régional et la Commune par un Maire.

I.2 SITUATION DEMOGRAPHIQUE

Depuis le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), réalisé en 1998, ce n'est qu'en mars 2014 que s'est déroulée une autre enquête de ce genre. Les données n'étant pas encore disponibles, nous utilisons les projections de l'INS en 2011. Ainsi, selon les estimations de la projection faite par l'Institut National de la Statistique (INS) sur la base du RGPH 1998, la population ivoirienne était estimée, en 2011, à 22 594 234 soit environ 22,6 millions avec une population rurale représentant 48,6% contre 51,4% pour la population urbaine. Le taux d'accroissement naturel quant à lui avoisinait les 2,6 % en 2011. La proportion de femmes en âge de procréer s'élevait à 24,05% de la population totale avec un Indice synthétique de fécondité (ISF) de 4,8 enfants par femme. Le Taux Brut de Natalité (TBN) est de 35,7 ‰ et le Taux Brut de Mortalité (TBM) est de 12,9 ‰. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 53,1 ans, tous les sexes confondus. Les décès maternels représentent 17 % de tous les décès de femmes de 15-49 ans.

I.3 SITUATION ECONOMIQUE

L'activité économique de la Côte d'Ivoire est fortement basée sur l'agriculture depuis l'indépendance. Elle en a fait d'ailleurs le pilier de son économie. Les crises militaro-politiques de 2002 et de 2011, ont quelque peu perturbé l'activité économique dont le PIB a connu une tendance baissière, et même négative durant cette période. Mais depuis 2012 déjà, le pays se rétablit peu à peu. Le taux de croissance du PIB réel est passé de 3,8 % en 2009 à près de 8,7 % en 2013 ce qui entraîne une augmentation du PIB/Hbt. L'inflation a connu une baisse allant de 9% en 2011 à 3,6% en février 2013. Ces résultats sont aussi bien dus à la stabilité politique que par le soutien financier des partenaires internationaux. Par ailleurs, notons que l'atteinte du point d'achèvement PPTE (Pays Pauvre Très Endetté) a réduit la dette extérieure de la Côte d'Ivoire de 24%, permettant ainsi la normalisation de ses relations avec les bailleurs et l'établissement d'un climat de confiance progressif entre elle et les investisseurs privés et publics au niveau national et international.

I.4 SITUATION SOCIOCULTURELLE

La population ivoirienne est constituée d'une soixantaine d'ethnies regroupées en cinq grands groupes à savoir : les Akan, les Krou, les Mandé du Sud, les Mandé du Nord et les Gurs. Chacun pour sa part se distingue par ses cultures, notamment en ce qui concerne les

traditions, les coutumes, l'alimentation, et aussi les habitudes de vie. La liberté des cultes est garantie dans la constitution. Le christianisme, l'islam et les religions traditionnelles sont les principales appartenances religieuses de la population. La langue officielle est le français.

I.5 ÉTAT DES LIEUX DE LA PRATIQUE DES MGF EN COTE D'IVOIRE

Depuis très longtemps, la pratique de la mutilation génitale féminine est présente dans les mœurs de certains peuples ivoiriens ; Deux femmes sur cinq parmi celles de 15-49 ans ont déclaré avoir été excisées. Les plus répandus appartenant aux groupes ethniques des mandé du nord, des Gurs et des mandé du sud avec successivement 67 %, 64 % et 51 % de femmes mutilées. Les régions les plus touchées sont le nord, le nord-ouest, l'ouest et le centre-nord où les prévalences sont respectivement de 74%, 80%, 57% et 50%⁵. Concernant les âges à l'excision, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2011 [15] montre qu'en moyenne, parmi les femmes mutilées, une (01) femme sur deux (02) l'a subi avant l'âge de 5 ans comparativement au taux de 26%, à l'âge de 10 ans et plus. Toujours selon la même source de données, dans 77% des cas, en plus de la clitoridectomie, la partie génitale de la fille n'était pas fermée contre 14% dont le sexe était cousu et fermé. En plus des atrocités subies aux jeunes filles, les conditions de réalisation de cette pratique ne sont pas toujours saines. Elles continuent ainsi d'être des canaux de transmission de maladies, entre autres le VIH/SIDA.

Malgré les nombreuses dispositions prises par l'Etat ivoirien (décret de loi, IEC⁶,...) en partenariat avec certaines organisations sanitaires intervenantes dans le domaine, le taux de pratique des MGF baisse faiblement. Le 23 décembre 1998, la loi N° 98-757 a été prise pour interdire l'excision des jeunes filles mais malgré cela, elle continue de se faire. L'enquête démographique et de santé 2006 a révélé que la proportion de femmes excisées était de 36% contre 38% en 2011. Environ une femme sur dix a eu la zone génitale cousue et 5 % des femmes ont subi une entaille sans enlèvement de chair. Il faut remarquer que la prévalence de l'excision varie selon l'âge.

Le 18 juillet 2012, dans la région de Katiola, au nord du pays, neuf exciseuses ont été arrêtées et condamnées à un (01) an de prison par les autorités avec une amende de 50 000 FCFA. Elles ont été reconnues comme coupables pour l'excision d'une trentaine de fillettes dont l'âge variait de 10 à 15 ans. Cette condamnation a été l'une des premières en Côte d'Ivoire depuis la loi de 1998 interdisant cette pratique.

⁵ Ces données sont issues de l'EDS 2011-2012

⁶ IEC= Information Education et Communication

Par ailleurs, pour faire face à cette pratique, la Côte d'Ivoire avec le soutien des partenaires au développement, a mis en place trois (03) structures d'intervention : (i) Le Programme National de la Santé de la Reproduction; (ii) le Comité National de lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants ; (iii) la Direction de l'égalité et de la promotion du genre (MFFAS). Ces structures sont appuyées par des ONG nationales et internationales avec le soutien technique et financier des partenaires au développement tels que l'OMS, UNFPA, PNUD, UNIFEM, ONUCI, GTZ et la Banque Mondiale. Les interventions menées en faveur de l'élimination des MGF étaient articulées autour de la sensibilisation et/ou plaidoyer, en direction des élus locaux, des autorités administratives et politiques, des leaders communautaires et des populations cibles femmes, jeunes, excisées, juristes, forces de sécurité. Les structures étatiques ainsi que les ONG ont dispensé des formations de trois types: (i) formations d'ordre social, en direction des femmes (excisées et non excisées), des exciseuses et des leaders communautaires (Chefs de village et chefs religieux); (ii) d'ordre médico-social et professionnel, dispensées aux travailleurs sociaux et aux personnels de la santé, pour la prise en charge médicale et psychosociale des complications liées aux MGF ; (iii) formations d'ordre juridique, dispensées aux forces de défense et de sécurité et aux magistrats, pour la défense des victimes des MGF. Toutefois les difficultés relevées concernaient: (a) le faible engagement des leaders politiques dans la lutte contre les MGF; (b) l'instabilité de l'administration centrale; (c) l'absence d'une approche de lutte commune aux différents intervenants.

CHAPITRE II : DEFINITIONS DE CONCEPTS

Ce chapitre présente les expressions ou concepts employés dans ce document. Cela permet une compréhension assez claire des terminologies utilisées.

II.1 MUTILATION GENITALE FEMININE

L'une des terminologies clé de cette étude, la mutilation génitale féminine, selon l'OMS, désigne « toutes interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins ou la lésion des organes génitaux externes féminins pratiquées, pour des raisons culturelles ou religieuses non thérapeutiques ». Les termes « mutilations sexuelles féminines/excisions » sont utilisés par certaines organisations des Nations Unies où le terme supplémentaire « excision » est censé refléter l'importance qu'il y a à utiliser une terminologie dépourvue de tout jugement auprès des communautés qui procèdent à cet acte.

II.2 MARKETING SOCIAL

Les techniques et le savoir-faire en marketing ne s'appliquent pas seulement aux entreprises. Ils peuvent être utilisés dans le domaine social, dans ce cas on parle de marketing social.

Le marketing social vise à influencer un public-cible afin que celui-ci accepte, rejette, modifie ou abandonne volontairement un comportement qui pourrait être profitable à un individu, à un groupe ou à la société dans son ensemble [12]. L'objectif principal des campagnes de marketing social dans le domaine de la santé est de créer, renforcer ou modifier certaines attitudes afin qu'elles génèrent des comportements davantage bénéfiques pour la santé. Il donne aux praticiens un cadre d'action pour résoudre les problèmes sociaux et changer les comportements. Dans le milieu sanitaire, les pouvoirs publics, tels l'État, les ministères ou les collectivités territoriales, ont parfois recours au savoir-faire du marketing social pour l'élaboration de campagnes de santé publique, le but recherché étant l'efficacité de ladite campagne. Pour cela, le marketing social propose une démarche en neuf (09) étapes :

- l'analyse du problème social contre lequel le praticien veut lutter ;
- le choix de la cible d'action prioritaire ;
- la fixation des objectifs ;
- la connaissance de la cible (croyances, attitudes, valeurs, freins, motivations...);
- le choix d'un concept de campagne ;

- le plan de campagne ;
- le pré-testage de la campagne et l'application ;
- l'évaluation des résultats.

II.3 ENQUETE TRaC

La terminologie TRaC est une expression anglaise signifiant *TRacking Results Continously* c'est-à-dire suivi continu des résultats. L'enquête TRaC est une approche opérationnelle développée par l'ONG américaine Population Services International (PSI), afin de faciliter la prise de décision dans le domaine du marketing social des produits de santé dans le but d'accroître l'impact des interventions sur la santé des populations. Elle fournit des données faciles à utiliser pour la prise de décision en matière de marketing social. L'enquête TRaC utilise l'analyse de segmentation dans le but de diviser les groupes cibles en deux groupes homogènes, ceux qui « se comportent » (c'est-à-dire, utilisent un produit ou un service de santé) et ceux qui « ne se comportent pas ». Cela permet d'identifier les facteurs qui créent des différences entre utilisateurs et non utilisateurs, l'hypothèse étant que les interventions sur ces facteurs de différences pourraient avoir une grande probabilité sur la conversion des non utilisateurs en utilisateurs et augmenter ainsi les chances de succès de la campagne.

II.4 FACTEURS D'OPPORTUNITE, DE CAPACITE ET DE MOTIVATION

Les facteurs sus mentionnés font partie intégrante du cadre conceptuel pour le changement de comportement.

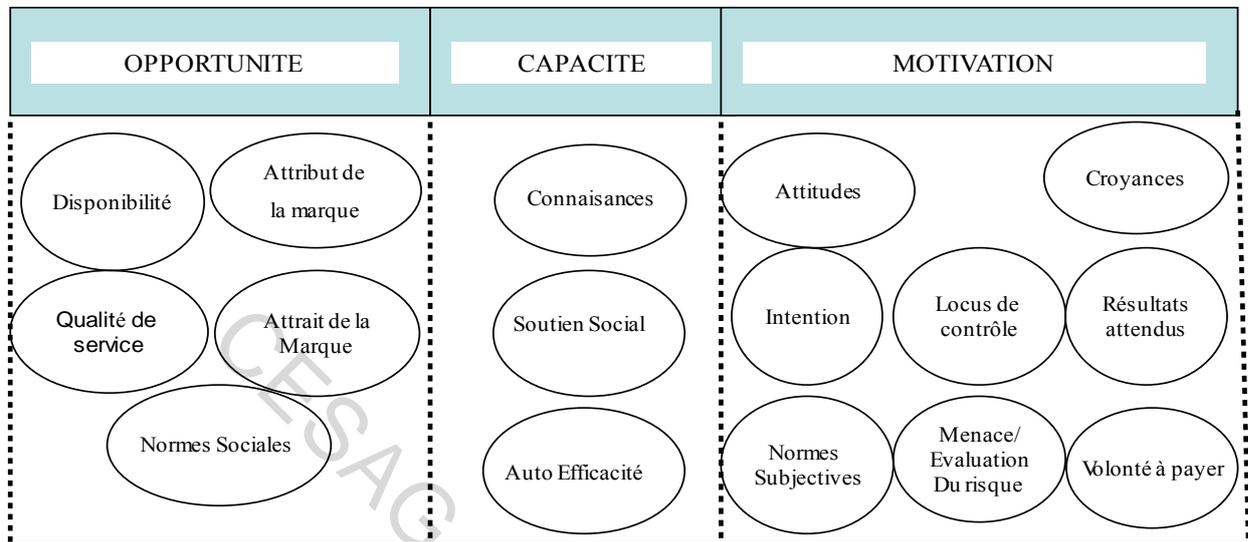
L'« **Opportunité** » fait référence aux facteurs institutionnels ou structurels qui influencent les chances d'un individu de réaliser un comportement promu. Les bulles d'opportunité sont muables (peuvent être changées) par l'agence de marketing social, mais hors du contrôle de l'individu. L'« opportunité » est un construit qui se réfère aux facteurs communautaires et de services qui facilitent ou entravent les comportements recommandés.

La « **Capacité** » : elle s'applique à une habileté individuelle ou une compétence nécessaire pour adopter un comportement promu, étant donné une situation.

La « **Motivation** » : elle décrit comment une personne développe son intérêt en changeant son comportement pour adopter un comportement promu, étant donné une situation. C'est un désir orienté vers un objectif. Les construits de motivation qui sont pour la plupart proches du

changement pourraient inclure le développement de la confiance, l'évaluation du risque personnel, les résultats attendus du comportement promu, l'attitude envers ce comportement.

Figure 1 : Composante du cadre conceptuel pour le changement de comportement



II.5 SANTE MATERNELLE

Elle fait référence à la santé de la femme pendant la grossesse, l'accouchement et les quarante-deux (42) jours qui suivent l'accouchement. L'objectif de la promotion de la santé maternelle est d'éviter la mortalité maternelle liée à la grossesse et l'accouchement. Le fort taux de décès maternel est dû : (a) à l'accouchement des femmes non assisté par un personnel qualifié ; (b) à un faible taux d'accès aux soins prénatals pouvant entraîner des invalidités, des niveaux non identifiés de sous-alimentation ou malnutrition, des complications; (c) à des causes obstétriques et (d) à des maladies telles que le SIDA, le paludisme, etc.

II.6 MORTALITE MATERNELLE ou DECES MATERNEL

La classification internationale des maladies dans sa neuvième édition (CIM9) définit la mortalité maternelle comme étant « le décès d'une femme survenu pendant la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentellement, ni fortuite ». Cette norme a été développée afin de catégoriser les maladies par diagnostic pour le recueil des données sur la mortalité et la

morbidité. Elle est utilisée par un large éventail de domaine de politique de santé publique. On distingue deux (02) catégories de décès maternels :

a) Décès par causes obstétricales directes

Ils sont directement dus aux complications obstétricales (grossesse, travail et suite de couche).

b) Décès par causes obstétricales indirectes

Ils résultent de maladies préexistantes ou d'infections apparues lors de la grossesse sans qu'elles ne soient dues aux causes obstétricales directes, mais aggravées par les effets de la grossesse.

Il exprime la probabilité de décès chez la femme enceinte. La mesure de la mortalité maternelle peut être appréciée de trois manières :

- *le ratio de mortalité* : c'est le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.
- *le taux de mortalité maternelle* : C'est le nombre de décès maternels pour 100 000 femmes en âge de procréer.
- *le rapport de mortalité maternelle* : c'est le rapport du nombre de décès maternels sur le nombre de grossesses d'une période donnée.

Il faut noter qu'il existe des insuffisances dans ces méthodes qui sont généralement liées aux défaillances des systèmes d'informations des structures hospitalières, de l'état civil, ne permettant pas de collecter des informations fiables. Toutefois, le ratio de mortalité est le plus couramment utilisé pour désigner la mortalité maternelle.

II.7 SANTE DE LA REPRODUCTION OU SANTE REPRODUCTIVE

C'est une composante des soins de santé primaires. On entend par santé de la reproduction, « le bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ».

La santé de la reproduction concerne surtout les femmes, les hommes et les jeunes. Plus généralement, elle s'intéresse à la famille et relève du domaine de la procréation. Ce concept est centré sur les besoins et le développement humain durant tout le cycle de la vie depuis la conception jusqu'à la vieillesse. L'Organisation mondiale de la Santé utilise le terme de santé génésique pour parler de santé de la reproduction.

II.8 INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE (ISF)

L'Indice Synthétique de Fécondité est le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme pendant sa vie féconde si elle était soumise à la fécondité d'une génération donnée à l'intérieur d'une population.

Sa formule est :

$$\text{ISF}^{[0, T]} = n \cdot \sum_{x=\alpha}^{\omega-n} {}_n f_x^{[0, T]}$$

Où : α = début de l'âge féconde (15 ans)

ω = Fin de l'âge féconde (50 ans)

n = amplitude de l'unité d'âge

T = période

${}_n f_x^{[0, T]}$ = taux de fécondité par âge

II.9 TAUX BRUT DE NATALITE (TBN)

Le taux de natalité est le nombre de naissances vivantes de l'année rapporté à la population totale moyenne de l'année. Il s'agit d'un indicateur global, portant sur l'ensemble de la population et qui dépend de ce fait en partie de la structure par âge de la population. Il permet de mesurer la contribution des naissances à la croissance de la population. Il s'obtient par la formule suivante :

$$\text{TBN}^{[0-T]} = \frac{\text{Nombre de naissance durant la période } T}{\text{Population annuelle moyenne}}$$

II.10 TAUX BRUT DE MORTALITE (TBM)

Le taux de mortalité est le nombre de décès de l'année rapporté à la population totale moyenne de l'année. Cet indicateur est fonction de la structure par âge de la population. Il permet de mesurer la contribution des décès à l'évolution de la population.

La méthode de calcul est la suivante :

$$\text{TBM}^{[0-T]} = \frac{\text{Nombre de décès durant la période } T}{\text{Population annuelle moyenne}}$$

CHAPITRE III : REVUE DE LA LITTERATURE

III.1 ORIGINE DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES

La mutilation génitale féminine tire son origine depuis l'époque du néolithique, près de 6000 ans avant Jésus-Christ. D'origine païenne, cette pratique est donc apparue bien avant les religions révélées, dans le peuple égyptien. Elle s'est par la suite étendue dans l'Asie, le Moyen orient et l'Occident mais bien plus pour des raisons médicales dans le dernier cas, autour du XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècle. En effet, en 1865, selon le Dr ISAAC BAKER BROWN (1812-1873, Directeur de la *Medical Society of London*), la masturbation est à la base de toutes maladies nerveuses et de trouble mentale chez la femme. Ainsi, pour corriger ces maux, il enlevait aux fillettes et aux femmes le clitoris et dans certains cas les petites lèvres. Toutefois, plusieurs raisons expliquaient une telle pratique.

a) Motifs religieux

La foi est la principale raison évoquée dans ce cas et ce motif n'est relevé que dans la religion musulmane bien que la pratique des MGF soit aussi présente dans les pays chrétiens et animistes. Selon des spécialistes du Coran, aucun passage de ce livre saint n'encourage ou oblige les croyants à une telle pratique ; mais la pratique par certains peuples se justifie par le « hadith » attribué au Prophète qui aurait interpellé une exciseuse sur le fait de ne pas exagérer la coupure du clitoris car celui-ci procurait un air rayonnant à la concernée et une joie pour l'époux. Plusieurs débats ont eu lieu autour de ce « hadith » car certains le qualifient de faible et donc son authenticité n'est pas prouvée et d'autres le considèrent comme une ordonnance du prophète.

b) Motifs psycho- Sexuels

Une femme non mutilée est considérée d'infidèle et marginalisée. Ainsi, elle devait être excisée pour éviter la fornication et préserver son honneur et celle de la famille. L'augmentation du plaisir sexuel est également l'une des justifications de cette pratique car la pénétration dans le vagin débarrassé de tout obstacle tel que le clitoris et les nymphes, conserve l'érection et augmente le plaisir de l'homme.

c) Motifs sociologiques

La pratique des MGF est un signe d'appartenance ethnique pour certains peuples. Ainsi, une femme non mutilée ne peut être considérée comme membre de la communauté. La marginalisation, parfois, conduit celles-ci à demander elles-mêmes l'intervention.

d) Motifs esthétiques et hygiéniques

Pour certains peuples, la pratique des MGF est d'ordre esthétique. En effet, le clitoris est perçu comme un organe sale qui empêche d'apprécier la beauté du sexe. Il faut donc le nettoyer en l'enlevant.

e) Motifs liés à la fécondité

Semblerait-il, pour certains pratiquants de la MGF, que le rôle de l'excision est très capital pour qui veut un développement de la grossesse paisible et un accouchement facile.

III.2 TYPOLOGIE DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES⁷

On distingue 4 types de MGF selon la spécification de l'OMS en 2007.

Type I : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie).

Encore appelée « circoncision vraie », lorsqu'il est important de distinguer entre les principales formes de la mutilation de type I, les subdivisions ci-après sont proposées : type 1a, ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement ; type 1b, ablation du clitoris et du prépuce.

Type II : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision).

Le degré de sévérité de cette mutilation varie considérablement. La hampe du clitoris et des petites lèvres sont réséquées de façon plus ou moins importante. Une distinction sur les différentes formes donne la classification suivante: type 2a, ablation des petites lèvres uniquement ; type 2b, ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres ; type 2c, ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres

⁷ Voir Annexe 1 pour les typologies photographiées

Type III : Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation).

Ce type de mutilation est reconnu aussi sous le nom de « circoncision pharaonique ou mutilation soudanaise ». Lorsqu'il est important de distinguer entre différentes formes d'infibulation, les subdivisions ci-après sont proposées : type 3a, ablation et accolement des petites lèvres ; type 3b, ablation et accolement des grandes lèvres.

Type IV : Non classées : toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

III.3 CONSEQUENCES LIEES A LA PRATIQUE DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES

Les conséquences liées à la pratique des MGF sont de divers ordres et diffèrent selon la durée. Elles affectent le bien-être holistique de la femme et peuvent être classées en deux grandes catégories.

III.3.1 Conséquences immédiates ou à court terme

Sont considérées comme conséquences immédiates, celles observées suite à l'intervention des exciseuses dans les plus brefs délais, soit un (01) an. Il s'agit de:

- ***La douleur aigue*** : la mutilation génitale féminine étant faite sans anesthésie, provoque des douleurs atroces pouvant engendrer des chocs violents, surtout que la région clitoridienne et les petites lèvres sont innervées.
- ***L'hémorragie*** : le clitoris est un organe très sensible, et son ablation peut causer une hémorragie qui conduira à une anémie ou à la mort par choc.
- ***Lésions des organes de voisinage et absence de cicatrisation*** : elles sont issues des mouvements effectués par la victime lors de l'opération d'une part, et à la maladresse de l'exciseuse d'autre part, pouvant entraîner des plaies de l'urètre, du vagin, du périnée, voire même du rectum. Aussi, le contact de la zone enlevée d'avec l'urine et les matières fécales ne favorise pas une cicatrisation facile.
- ***Transmission de maladie*** : elle fait beaucoup plus référence aux instruments utilisés pour l'opération. Ces outils sont parfois souillés et employés pour plus d'une

personne. Ainsi, cette pratique pourrait être la source de propagation de maladies telles que le VIH/SIDA, l'Hépatite B, ou le tétanos...

III.3.2 Conséquences à moyen et long termes

Les conséquences à moyen et long termes sont des conséquences observées chez la femme depuis plus d'un an. Ce sont les effets qu'entraîne la pratique des MGF sur la femme après un (01) an.

- *Infections génitales*

Elles sont fréquentes et peuvent se compliquer d'endométrites, de salpingites⁸. Une étude parue dans l'éditorial, *African journal of reproductive health* [18] sur le thème *femal genital mutilation and reproductive health in Africa*, l'auteur, Okonofua a montré que les femmes mutilées étaient les plus exposées aux ulcérations génitales, aux leucorrhées⁹ pathologiques et aux douleurs abdominales. Tout ceci pouvant conduire à l'infertilité de la femme. De plus, ces infections constituent une porte de contamination au VIH et une exposition aux IST.

- *Complications obstétricales*

Elles diffèrent selon le degré de mutilation. Une étude réalisée en 2006 par l'OMS [21] sur 28 393 femmes enceintes a montré que les mutilations génitales féminines sont à l'origine de l'augmentation du taux de césarienne, du nombre d'hémorragies post-partum, de la durée d'hospitalisation des femmes mutilées et les déchirures périnéales sont plus fréquentes. Par ailleurs, il faut mentionner également les dystocies de dégagement de la tête du fœtus observées à la phase terminale de l'accouchement. Lorsqu'une femme a subi l'excision, particulièrement de type infibulation, l'examen du toucher vaginal et le déroulement du travail est très limité. Et si le travail est prolongé, cela peut produire une nécrose des tissus séparant vessie et vagin due à la pression de la tête sur le rebord osseux du pubis. Cela crée une fistule vésico-vaginale pouvant s'aggraver par une déchirure du périnée postérieur mettant en contact le vagin et le rectum, source de fistules recto-vaginales. Ainsi, la femme ne pourra plus retenir ses urines et perdra aussi ses selles en permanence.

- *Les cicatrices chéloïdes et kystes*

Ce sont des bourrelets cicatriciels, d'un aspect très inesthétique, formés d'un excès de tissu conjonctif au sein de la cicatrice. Elles surviennent suite à une cicatrisation lente et

⁸ Il s'agit de l'inflammation des trompes de l'utérus

⁹ Ce sont des écoulements vaginaux d'origine infectieuse

incomplète. Par ailleurs, ces cicatrices peuvent s'infecter et entraîner des kystes qui rendent douloureux les rapports sexuels.

III.4 MUTILATIONS GENITALES FEMININES ET DROITS HUMAINS

Depuis longtemps, la société, surtout africaine a relégué au second rang la femme. L'ancien chef d'Etat Burkinabè, Thomas SANKARA, dans l'un de ses discours disait : *« On tente d'inférioriser la femme en lui faisant porter sur elle cette marque qui lui rappelle constamment qu'elle n'est que la femme, inférieure à l'homme, qui n'a même pas le droit de profiter de son corps, de s'épanouir et d'épanouir tout son corps, tout son être : elle a des limites que lui a imposées l'homme. »*

Mais, au fil des années, cette perception de la femme a connu une grande évolution. A cet effet, des lois et déclarations (indirectes et directes) mettant en exergue les droits de la femme ont été adoptés aussi bien dans le contexte international que national. Ces droits sont relatifs aux inégalités, aux violences faites aux femmes. La présente sous-partie fait donc cas de quelques déclarations de droits concernant les violences liées aux MGF.

III.4.1 Au niveau international

Utilisée comme un rappel à l'humanité au respect de la dignité de la personne, aux droits à la vie, à la sécurité et à l'intégrité physique ou à la santé, la déclaration universelle des droits de l'Homme, adoptée en 1948 est la première convention internationale faisant cas de la lutte contre les MGF. En effet, dans plusieurs articles de cette déclaration sont évoquées des normes sociales qui vont à l'encontre de la pratique des MGF.

Par ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), lors de la conférence de Khartoum en 1979 a signé une convention internationale pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF). Ce fut la première médiatisation des MGF et l'OMS a obligé, dans son article 2, les Etats partis à adopter 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.

Ensuite, entrée en vigueur le 6 septembre 1990, la Convention Internationale sur les Droits de l'Enfant stipule dans son article 24 que : « les Etats partis reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et prennent toutes les mesures appropriées en vue

d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants». Cette convention a été ratifiée par la France et par de nombreux pays africains le Bénin, le Mali...

Aussi, lors de la quatrième conférence mondiale sur les femmes [17], tenue à Beijing, du 04 au 15 septembre 1995, les Nations Unies, à travers les phrases ci-dessous, ont manifesté leur intérêt quant à l'abandon des MGF et à la promotion des droits des fillettes et femmes :

- Prévenir et éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles;
- Améliorer la santé en matière de sexualité et de procréation ainsi que l'éducation des femmes;
- Promouvoir et protéger tous les droits fondamentaux des femmes et des filles.

Quant aux représentations des Nations Unies, l'UNFPA, l'OMS et l'UNICEF en 1997 ont publié une déclaration interinstitutionnelle sur les mutilations sexuelles féminines qui décrivait les conséquences de la pratique en termes de santé publique et de droits de l'homme et manifestaient leur soutien en faveur de son abandon.

Enfin, il a été adopté à Maputo le 11 juillet 2003, le Protocole relatif aux droits des femmes à la Charte Africaine des Droits de l'homme et des peuples. Il garantit aux femmes des droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels. Son article 5 condamne explicitement pour la première fois les MSF et demande aux Etats partis de prendre les dispositions nécessaires pour y répondre.

III.4.2 Au niveau régional

La première fut la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples adoptée le 21 octobre 1981. Elle déclare dans son article 4 que : « la personne humaine est inviolable. Tout être humain est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne. Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit ». Plus de cinquante Etats africains ont adhéré à cette charte.

Ensuite, vint la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, adoptée en 1990. Elle s'est inspirée de la Convention internationale des Droits de l'Enfant. Pour la première fois, un instrument au niveau africain formule un droit à la protection contre les « pratiques négatives sociales et culturelles ».

III.4.3 Au niveau national

Bien que de nombreux discours et actions de sensibilisation condamnent les MGF, seule la loi du 23 décembre 1998 a été votée en interdisant la mutilation génitale féminine. Il s'agit de la loi N° 98-757.

III.5 QUELQUES ETUDES SUR LES DETERMINANTS DE LA PRATIQUE DE LA MUTILATION GENITALE FEMININE

La littérature portant sur la pratique des mutilations génitales féminines est assez abondante et continue d'être d'actualité. Bien que diverses approches du sujet se distinguent les unes des autres, la finalité quant à elle est unique : mettre fin à cette pratique. Ainsi, les recherches sur les déterminants d'une telle pratique montrent de nombreux facteurs à l'origine de cela. Nous vous proposons dans cette section quelques études qui ont porté sur les déterminants des MGF.

En juillet 2008, dans sa quête de stratégie de lutte pour le recul des MGF, le Ministère de l'action sociale, de la promotion de la femme, de la protection de l'enfant et des personnes âgées du Togo [14], a réalisé une étude sur le sujet. L'objectif de l'étude visait d'une part, à cerner l'ampleur et localiser les foyers des MGF, et d'autre part, à déterminer les facteurs explicatifs de la persistance du phénomène et identifier, proposer des actions plus efficaces et appropriées de lutte contre le phénomène.

La méthode scientifique reposait sur deux (02) approches : une approche quantitative qui a consisté à interroger 2675 individus de 15 à 59 ans composés de femmes et hommes dans les six(06) régions sanitaires couvrant le pays. A l'aide d'une analyse statistique simple, des proportions et des ratios relatifs à la population cible ont été dégagés. L'approche qualitative quant à elle, a concerné plusieurs groupes de population de profil différents. Il s'agissait des femmes excisées ou non, des hommes, des exciseuses, des leaders d'opinion, des autorités coutumières, administratives (préfets, responsables de structures sanitaires, magistrats, gendarmes, etc.), des acteurs de la société civile (ONG locales et internationales) et des partenaires au développement (UNFPA, UNICEF, OMS). La méthodologie d'analyse de ce volet a reposé principalement sur l'analyse de contenu des focus groupes animés au sein des entretiens avec les catégories précitées. Au total ce sont vingt-quatre (24) groupes de discussion qui ont été constitués et 57 entretiens individuels réalisés. Les conclusions de l'étude ont révélé une prévalence de 6,9% au niveau national de la pratique des MGF. Concernant les facteurs explicatifs de cette pratique, l'on s'est beaucoup inspiré de l'analyse

du contenu des déclarations des participants au focus groupe. La méthode s'est basée sur l'extraction et la hiérarchisation des idées maitresses développées par les répondants. Ainsi, les causes de la pratique de ce phénomène s'expliqueraient par des *facteurs économiques* (les produits vivriers qu'offraient les parents des excisées), *géographiques* (les peuples vivant surtout dans les savanes), *culturels* (les considérations d'ordres culturels telles que l'intégration de la fille ou la femme excisée dans la société), *psychologiques* (il s'agit des critiques malveillantes que subissent les parents pour n'avoir pas excisé leurs filles), *sociodémographiques* (ce sont les variables démographiques comme l'âge, le sexe et le niveau d'instruction qui ont une relation avec la pratique de l'excision) et *religieux* (notamment la religion musulmane pour laquelle l'excision rendrait la femme pure à la prière).

Au-delà des limites évoquées par l'auteur (le caractère sensible et sexuel du phénomène qui n'a pas permis d'approfondir l'étude, la réticence de certaines autorités judiciaires à collaborer et à fournir des informations sur le nombre de cas portés devant la justice, coïncidence de la période d'étude à la période des travaux champêtres et de la fête de fin d'année, les difficultés d'accès à certaines localités ciblées pour l'étude), nous observons également des critiques. En effet, les résultats de l'étude ne permettent pas de différencier le degré d'influence des facteurs sur le phénomène. Tous les facteurs n'ayant pas le même poids, il aurait été intéressant que les plus influents soit précisés afin de faciliter le ciblage des interventions en ce sens. Cela évitera de se disperser dans la mise en œuvre desdites activités.

Contrairement à la première, en 2009, l'ONG PSI¹⁰/Guinée [26] en collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ainsi que la coopération allemande, a réalisé une étude visant à analyser le comportement en matière de MGF parmi les femmes et les hommes âgés de 15-55 ans en charge d'au moins une fille en âge d'être excisée de 4-12 ans au niveau national. Cette étude s'est effectuée sur tout l'ensemble du territoire sur un échantillon de 4113 hommes et femmes à partir d'une enquête TRaC¹¹ basée sur le marketing social et prenant en compte les facteurs d'opportunité, de capacité et de motivation. Le but de l'étude était d'identifier les facteurs dont pourraient dépendre l'intention, pour un parent, de ne pas faire exciser sa fille. Autrement dit, les facteurs qui discriminent ceux ayant l'intention de continuer cette pratique et ceux qui souhaitent l'abandonner. De sorte qu'en menant des actions sur ces facteurs, en direction du premier groupe, l'on puisse le faire changer de comportement. La méthode d'analyse des données est une modélisation économétrique : la

¹⁰ Personal Services International (PSI). C'est une ONG internationale exerçant dans le domaine de la santé

¹¹ TRacking Results Continously c'est-à-dire suivi continu des résultats

régression logistique. Les résultats obtenus ont montré que seulement 33% des femmes interrogées n'ont pas l'intention de faire exciser leurs filles contre 45% pour les hommes. Il se dégage que plus de la moitié des enquêtés envisage la continuité du phénomène. Pour ce qui a concerné la segmentation, parmi les personnes n'ayant pas encore fait exciser leurs filles, les facteurs discriminants de ceux qui ont l'intention de le faire et ceux qui n'en ont pas l'intention sont les suivants :

- L'excision n'est pas bonne pour une femme (c'est le fait de croire que l'excision n'est pas bonne pour la femme) ;
- Résultats attendus sur le plan communautaire (c'est le fait de penser que la non excision crée l'harmonie dans la communauté, la rend saine) ;
- Soutien reçu pour l'abandon de l'excision ;
- Relations sociales et pressions des amies excisées (c'est lorsque les filles non excisées ne sentent aucune pression de leur environnement social) ;
- Point de contrôle lié à la famille (c'est la capacité d'un parent à ne pas permettre qu'une autre personne décide de l'excision de leurs filles) ;
- Point de contrôle externe ;
- Croyances sur la religion musulmane.

Quant aux variables sociodémographiques, seule la variable région naturelle était associée à l'intention de ne pas exciser les filles. C'est-à-dire que dans les régions où les projets de lutte contre l'excision existent, les habitants de ces zones commencent de plus en plus à avoir l'intention de ne pas exciser leurs filles.

Cette étude a vraiment mis l'accent sur les perceptions de l'enquêté et de son entourage. Par rapport à la première étude citée plus haut, celle-ci a identifié les éléments de communication sur lesquels elle devrait se concentrer au maximum pour faire changer les comportements. Mais, l'ordre d'intervention des activités n'est pas spécifié.

En outre, cette même approche d'étude a été utilisée au Burkina Faso en 2010 pour le suivi et l'évaluation de l'abandon de la pratique des MGF dans les régions du centre-est, de l'est, du plateau central, des hauts-bassins et du sud-ouest. Mis en œuvre par le Programme de Marketing social et de Communication pour la santé (PROMARCO) et le PSI [24], l'étude a concerné cinq (05) régions du pays et les femmes et hommes de 15 à 59 ans pour un échantillon de 3898 personnes. L'objectif général visait à évaluer l'évolution de la pratique dans les cinq régions avec comme l'un des objectifs spécifiques : identifier les facteurs

d'opportunité, de capacité et de motivation (OCM) ainsi que les caractéristiques sociodémographiques significativement liés à la pratique des MGF.

A l'aide d'une régression logistique dont la variable dépendante était l'intention de ne pas faire exciser sa fille, les résultats ont montré que l'intention de ne pas faire mutiler sa/ses filles croît avec les variables ci-dessous :

- La perception des normes sociales descriptives qui entourent l'excision ;
- La perception relative à la pratique de l'excision dans la communauté ;
- Le soutien social des leaders communautaires. ;
- L'attitude envers l'excision ;
- La pression sociale ressentie pour exciser les filles ;
- Les Croyances culturelles relatives à l'excision ;
- La capacité de refuser la pratique de l'excision.

Aussi, l'étude étant à son deuxième passage pour les régions concernées (le Baseline avait déjà été fait par le passé), les résultats issus de l'évaluation du programme avaient montré un impact positif sur certains déterminants tels que les normes sociales descriptives, la capacité individuelle de refuser d'exciser sa fille, la capacité individuelle de convaincre les autres de ne pas exciser leurs filles, la sensibilisation par les leaders communautaires, la sensibilisation par les autres membres, l'attitude envers la pratique de l'excision, la perception de la sévérité de l'excision et les croyances liées aux organes génitaux.

Les effets de ce programme, à l'aide de cette étude, ont été fructueux pour certains aspects, toutefois, il est important de faire remarquer comme critique, que l'évaluation ne confirme pas que l'amélioration des comportements des populations en matière de MGF soit seulement attribuable aux programmes.

Par ailleurs, comme nous le disions tantôt en introduction de ce chapitre, la question de l'excision continue d'être d'actualité. La revue *développement et santé*, dans sa 205^{ème} parution en juin 2014, en a fait un numéro spécial. Dans la présentation du bilan statistique sur le sujet, rédigé par Claudia Cappa [4], il ressort un constat mitigé de la pratique dans les différents pays où elle existe. Alors que pour certains pays comme l'Egypte (91%), la Somalie (98%) et le Djibouti (93%) l'excision est une pratique quasi universelle, pour d'autres, elle affecte seulement 1% des femmes en âge de procréer, en Ouganda par exemple. Pendant que l'on interdit les agents de santé à s'adonner à de telles pratiques dans certains pays, d'autres,

les pratiquent normalement dans leurs activités quotidiennes, c'est le cas de l'Égypte. Ce bilan contrasté s'explique par le fait que la pratique des MGF est liée au groupe ethnique, groupe qui est caractérisé par des normes et valeurs sociales. Ce qui voudrait signifier que les normes sociales et les attentes au sein des communautés partageant les mêmes convictions sont très importantes dans la perpétuation de ce phénomène. L'étude a également montré que l'obligation sociale et l'acceptation sociale étaient des facteurs qui expliquent la persistance de l'excision. Plus précisément, une plus forte proportion de femmes (plus du 1/3) excise leurs filles car elles pensent que c'est ce qu'on attend d'elles dans la communauté où elles vivent. Si donc nous poussons l'analyse plus loin, l'on dira que l'environnement est un facteur déterminant dans la continuation de l'excision ; car quand bien même la population peut effectuer des déplacements ou des migrations, tant que le groupe parvient à se retrouver au sein d'une communauté, elle se doit de respecter les normes qui les identifient, par exemple les MGF. C'est ce qui explique la présence de cette pratique en occident et dans d'autres pays. A l'inverse, un peuple pratiquerait aussi la mutilation génitale féminine s'il vit dans un environnement où la pratique est un signe d'appartenance. Ainsi, pour s'intégrer dans la communauté, le peuple finit par adopter leur norme. D'autres facteurs comme la religion et l'aptitude au mariage ont été également évoqués.

Ces résultats sont issus de l'analyse statistique des données des enquêtes démographiques et de santé ainsi que les enquêtes par grappe à indicateurs multiples d'une trentaine de pays d'Afrique et du moyen orient.

Enfin, une étude de Kirk Karen [11] portant sur l'analyse de l'abandon des MGF faite par l'ONG Tostan et le Ministère de la famille a permis de présenter une approche plus différente de la question des MGF: celle basée sur les droits humains et la santé. Reconnu comme le facteur clé de la perpétuation de ce phénomène au Sénégal, la norme sociale concernant les MGF est une règle à laquelle TOSTAN tente d'apporter une nouvelle orientation à l'aide des programmes de formation qu'elle a conçue. Implanté depuis 1991 au Sénégal, l'organisation apporte deux (02) modules de formation aux femmes. La démarche est telle que le premier module, dénommé le *Kobi* (préparer la terre pour la semence en langue mandingue), n'aborde que les thèmes liés à la démocratie, aux droits humains, aux processus de résolution de problème, à l'hygiène et la santé tout en insistant sur les droits de l'Homme. Ces premières séances permettent de créer un climat de confiance mais de développer chez les participantes la confiance en soi et d'aborder des sujets sensibles. C'est alors que pendant les discussions consacrées aux droits humains, l'on développe chez les femmes la capacité à s'exprimer en public, d'apprendre leurs droits à la santé et leur droit à être protégés contre toute forme de

violence (domestique, excision, mariage forcé, etc.). C'est dans cette partie que se logent les informations sur les conséquences néfastes de la pratique des mutilations génitales féminines. La seconde étape, appelée *l'Aawde* (semer en langue pular) consiste en l'alphabétisation, le calcul, la gestion, les techniques de mobilisation sociale et de leadership.

Maintenant que ces femmes sont informées sur leurs droits à la santé et leur capacité de s'exprimer en public, et le leadership développé en elles et les techniques de mobilisation, elles font désormais la promotion de ce qu'elles ont appris en essayant de convaincre les autres que la pratique de l'excision n'est pas agréable pour l'état de santé. Dans le même ordre d'idée, dans chaque région du Sénégal, des émissions de radio, diffusées de façon hebdomadaire sur les stations communautaires, contribuent à transmettre aux communautés qui n'ont pas accès aux classes des connaissances sur la démocratie, la santé et les droits humains.

Grace à cette démarche, l'amélioration de l'éducation que Tostan a offerte, plusieurs femmes ont levé le tabou sur les MGF et commencé à discuter de cela. Le 06 novembre 1997 les femmes du village de Malicounda Bambara ont courageusement déclaré publiquement leur renonciation de la pratique de l'excision. Dès cette étape importante, Tostan a facilité l'abandon de l'excision à travers leurs programmes éducatifs dans la plupart des 5000 villages qui la pratiquaient.

Au regard de ces différentes études et méthodologies d'approche, il est clair que la pratique des mutilations génitales féminines est liée aux caractéristiques sociales, culturelles, communautaires, économiques, religieuses et démographiques.

Pour notre étude, nous nous appuyerons sur la méthodologie de la seconde étude (celle de l'ONG PSI/Guinée pour l'analyse du comportement en matière de MGF parmi les femmes et les hommes âgés de 15-55 ans en charge d'au moins une fille en âge d'être excisée de 4-12 ans), puis nous apporterons une contribution en tentant d'estimer le nombre de cas de filles mutilées évitables pour un facteur significatif donné. Nous pensons que cette nouveauté servira à mieux prioriser les interventions de santé publique en faveur des MGF afin d'obtenir des résultats plus efficaces. Quand on arrivera à l'étape opérationnelle de mise en œuvre, l'approche de l'ONG Tostan pourrait être une piste.

**PARTIE II : CADRE METHODOLOGIQUE,
RESULTATS ET DISCUSSIONS**

CHAPITRE I: CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

La présente section fait cas du cadre méthodologique de notre étude. La démarche utilisée pour appréhender les déterminants des MGF est évoquée d'une part, et d'autre part la méthode de l'analyse discriminante.

I.1 SOURCE DE DONNEES

a) Type de données

Les données utilisées pour cette étude sont secondaires. Elles sont issues de l'enquête démographique et de santé (EDS) de 2011-2012 de la Côte d'Ivoire. Cette enquête a concerné 10 413 ménages ordinaires répartis sur l'ensemble du territoire ivoirien. Ce sont les femmes de 15-49 ans et les hommes âgés de 15-59 ans qui ont été soumis aux questionnaires. Aussi, le test de VIH et d'hémoglobine pour les adultes, le test d'anémie, le test de parasitémie et l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans ont été réalisés.

b) Population de l'étude

Pour notre étude, nous avons utilisé les données du questionnaire individuel femme portant sur les femmes âgées de 15 – 49 ans. Sont considérées pour les analyses, les femmes sélectionnées éligibles aux questionnaires individuels et dont l'interview a été correctement achevée. De plus, ce sont celles résidentes dans les quatre pôles de développement retenues pour notre étude qui nous ont intéressés étant donné la prévalence très élevée dans ces zones. Il s'agit : du nord, du centre-nord, de l'ouest et du nord-ouest. Au total ce sont **3858** (taille de l'échantillon) femmes respectant les critères sus mentionnés qui ont fait l'objet de l'étude. Ces données ont l'avantage d'être fiable car représentative de l'ensemble du pays.

I.2 VARIABLES DE L'ETUDE

Les variables retenues pour l'étude sont inspirées de la revue de la littérature. Elles prennent en compte aussi bien les variables sociodémographiques qu'économiques. Toutefois, ce sont celles prises en compte dans l'enquête démographique et de santé qui seront utilisées. Ci-après la liste de ces variables.

Tableau 2 : Liste des variables de l'étude

Libellés	
Région v024	Fréquence de lecture du journal ou magazine par la femme v157
Milieu v025	Fréquence d'écoute de la radio par la femme v158
Age de la femme v012	Fréquence de suivi de la télévision par la femme v159
Niveau d'instruction de la femme v106	Qui prend les décisions des soins de santé de la famille v743a
Situation matrimoniale de la femme v501	Statut d'excision de la femme g102
Ethnie de la femme v131	Age à l'excision de la femme g106
Religion de la femme v130	Auteur de l'excision de la mère g107
Occupation de la femme v717	Fille excisée ou pas g121
Age du mari v730	Age des filles à l'excision g122
Niveau d'instruction du mari v701	Auteur de l'excision des filles g124
Occupation du mari v705	Intention de la femme de continuer l'excision ou pas g119
Typologie de l'excision des filles g123	Connaissance du SIDA v751
Religion et excision g118	Connaissance de la loi sur l'excision s1117a

I.3 METHODOLOGIE POUR L'ANALYSE DES DETERMINANTS DE LA MGF

I.3.1 Approche descriptive

L'approche descriptive de cette étude consiste à présenter sommairement les caractéristiques de la population étudiée. Il s'agit de faire un tri à plat des variables. Le calcul des proportions, des fréquences et des mesures d'associations sont les principales composantes de cette section. Aussi, soulignons que des tests de significativité des variables seront effectués en vue de sélectionner les plus pertinentes pour la modélisation économétrique.

I.3.2 Approche explicative

Elle consiste à déterminer les facteurs de la pratique des MGF. Le cadre général utilisé pour mettre en relief les déterminants des MGF dans la littérature est celui de la modélisation de la variable comportementale par une régression logistique. Issu de la grande famille des modélisations à variables dépendantes qualitatives, ce modèle s'utilise pour expliquer les liaisons ou associations entre une variable qualitative et plusieurs autres variables de différents type (quantitatives et qualitatives). Il sert à expliquer l'influence des facteurs dits exogènes sur la variable dépendante à l'aide des rapports de cote.

Dans notre cas, il s'agit d'identifier les facteurs pouvant influencer la probabilité de faire exciser sa fille.

Un modèle logit binaire demande la prise en compte d'une variable qualitative à deux (02) modalités comme variable endogène. L'objet est de modéliser la probabilité conditionnelle de réalisation d'un événement à l'aide de variables explicatives. Le mécanisme est d'expliquer l'effet de chaque variable explicative du modèle sur la variable dépendante relativement à la modalité de référence de la variable exogène. Le modèle théorique sous-jacent se présente comme suit :

$$\begin{aligned}\pi(x_i) &= P(Y=1 / X=x_i) \\ &= \frac{e^{(\beta_0 + \beta_1 x_i)}}{1 + e^{(\beta_0 + \beta_1 x_i)}}\end{aligned}$$

Où

π est la fonction de répartition de la loi logistique

Y est la variable à expliquer. Elle prend la valeur 1 si le caractère est présent et 0 sinon.

X est la variable explicative et X_i la modalité i de la variable X.

β_0 et β_1 sont des coefficients du modèle

Pour estimer le modèle LOGIT, on a recours à la méthode d'estimation du maximum de vraisemblance (MV) car la fonction de répartition logistique est une fonction non linéaire des variables explicatives. La méthode du MV est une méthode d'estimation alternative à la méthode des moindres carrés et est efficace. Elle consiste à trouver la valeur des paramètres qui maximisent la vraisemblance des données. La vraisemblance en économétrie est définie comme la probabilité jointe d'observer un échantillon, étant donné les paramètres du processus ayant généré les données.

L'objectif ici étant d'identifier des facteurs qui peuvent influencer un comportement (la pratique des MGF), la variable dépendante choisie à cet effet est: ***avez-vous au moins une fille excisée ?*** Les modalités sont ***oui*** ou ***non***. La variable dépendante prendra la valeur 1 si oui et 0 si non.

Il s'agit donc de montrer une relation de dépendance entre le fait d'avoir fait exciser sa fille et une série de variables explicatives. Autrement, il s'agira d'expliquer la probabilité

conditionnelle de réalisation du caractère présent de la variable dépendante pour chaque modalité des variables explicatifs.

Un signe positif signifie que la probabilité de succès augmentera avec la variable correspondante. Un signe négatif signifie que la probabilité de succès diminuera avec la variable correspondante.

Toutefois, la mise en œuvre du modèle requiert la validation d'un certain nombre d'étapes, notamment le diagnostic et la qualité du modèle.

I.3.2.1 Diagnostic du modèle

Dans toutes bases de données, peuvent résider une ou plusieurs observations qui peuvent avoir une influence importante sur les coefficients du modèle ou sur la validité du modèle même. De telles observations peuvent-être soit des « **outliers** », soit des « **leverage** », soit des « **influentials** ».

- Détermination des « outliers »

Une observation est dite outliers si elle ne suit pas le mouvement général des autres observations de la série. Elle est qualifiée d'observation aberrante. Elle peut influencer les résultats de l'estimation.

- Détermination des « high leverage »

Il existe parfois des observations qui ont un poids assez élevé sur les coefficients du modèle : ce sont les *leverage*.

- Détermination des « influentials »

Elles permettent de mesurer l'influence de la $i^{\text{ème}}$ observation ou un groupe d'observation sur les coefficients de la régression. Elles vont jusqu'à modifier le signe et la valeur des autres coefficients.

I.3.2.2 Qualité du modèle

La qualité de l'ajustement se mesure à l'aide de plusieurs indices tels que le R^2 count, le R^2 McFaden, la courbe ROC (Receiving Operating Curve), le critère de Akaike, etc. Le modèle de régression logistique n'étant pas une fonction linéaire des variables explicatives, l'utilisation des R^2 reste limitée. Ainsi, la qualité du modèle peut s'apprécier à partir du test de rapport de vraisemblance (LR test) ; on pourra également ajouter l'aire contenue en dessous de la courbe ROC.

- **Test de rapport de vraisemblance ou LR Test**

Le rapport de vraisemblance compare une spécification contrainte à une autre non contrainte. Dans notre cas, le modèle contraint est celui qui n'a qu'une constante et le modèle non contraint est le modèle complet.

Mathématiquement, il s'écrit :

$$LR = 2 [\ln L_{nc} - \ln L_c]$$

↖
↗

Modèle à j variables Modèle à p variables, p < j

LR suit une loi de khi-2 à (j-p) degré de liberté.

Les hypothèses du test sont :

H₀ : le modèle est globalement non significatif

H₁ : le modèle est globalement significatif

Au seuil de 5%, on rejettera H₀ si la P-value du test est inférieure à 5%. Dans le cas contraire, on acceptera H₀.

- **La courbe ROC**

La courbe ROC met en relation le taux de vrais positifs TVP (la sensibilité) et le taux de faux positifs TFP (TFP = 1 - Spécificité) dans un graphique de nuage de points. La surface en dessous de la courbe exprime la probabilité de placer un individu positif devant un négatif. Autrement dit, de placer un individu remplissant un critère i devant un autre qui n'en remplit pas. Habituellement, on compare à un seuil s = 0,5 pour effectuer une prédiction. Lorsque l'aire en dessous de la courbe est :

Egale à 0,5 alors	Aucune discrimination
Entre] 0,5 – 0,7[Discrimination faible
Entre [0,7 – 0,8[Discrimination acceptable
Entre [0,8 – 0,9[Discrimination excellente
Entre [0,9 – 1]	Discrimination parfaite

- **Niveau de prédiction du modèle**

La capacité d'un modèle à prédire la survenue ou pas d'un événement pour une population donnée, est aussi un indice permettant à vérifier la qualité de la régression. Il s'agit de voir si le modèle est spécifique ou sensible. **La sensibilité** est la capacité du modèle à bien classer

une observation vérifiant un critère i dans la catégorie des observations respectant effectivement ce critère. A l'inverse, **la spécificité** d'un modèle est sa capacité à détecter un individu ne remplissant pas un critère j parmi une population ne respectant pas réellement ce critère. Un modèle est, soit sensible, soit spécifique.

I.4 METHODOLOGIE POUR L'ANALYSE DISCRIMINANTES DU COMPORTEMENT DES FEMMES SUR LA CONTNUITE DE LA MGF

L'analyse factorielle discriminante (AFD) est une méthode statistique qui permet de décrire une variable qualitative (variable dépendante) à k modalités à l'aide de q variables explicatives aussi bien quantitatives que qualitatives. Elle a une double utilité :

- La première consiste en un objectif descriptif. En effet, il s'agit d'apprécier la manière dont les q variables explicatives mettent en évidence les différences entre les k modalités de la variable dépendante. Autrement dit, il est question d'identifier les facteurs qui séparent au mieux les groupes de populations issus des modalités de la variable dépendante. Les variables qui mettront en relief cet écart entre les groupes sont appelées facteurs discriminants.
- Le second est beaucoup plus un objectif de décision. A ce niveau l'on cherche à prédire le classement d'un individu dans l'un des groupes issus de la variable dépendante, étant donné ses informations sur les variables explicatives.

Pour cette étude, le premier objectif est celui qui a retenu notre attention: celui d'identifier les facteurs qui discriminent les femmes ayant l'intention de continuer et celles qui n'en n'ont pas l'intention. La variable à expliquer est *l'intention de continuer la mutilation génitale féminine ou d'abandonner ?*

Aussi, nous calculerons le nombre de mutilations évitables par facteur discriminant.

I.4.1 Démarche de l'analyse factorielle discriminante

L'analyse discriminante est fondée sur la recherche d'axes factoriels qui permettent de mieux discriminer les groupes d'individus formés a priori à partir d'une variable de contrôle polytomique. La technique qu'elle utilise consiste à rechercher la meilleure régression linéaire sur les variables indicatrices des modalités des variables explicatives.

Dans ce cas, une analyse des correspondances multiples (ACM) précède l'AFD car les calculs utilisent des données quantitatives qui sont fournies par les coordonnées factorielles issues de

l'ACM. On appelle coordonnées factorielles, les caractéristiques d'un individu situé géométriquement dans une dimension composée de l'ensemble des variables de l'étude. L'objectif de l'analyse factorielle est d'analyser et de faire figurer géométriquement dans un espace de faible dimension (généralement deux (2)) des informations plus diverses. La procédure de l'analyse discriminante se fait en deux (02) grandes étapes :

- ***Analyse des correspondances multiples (ACM)***

L'ACM étudie les tableaux de données d'individus décrits par plusieurs variables qualitatives. Elle vise à cet effet, à étudier les liaisons qui existent entre ces variables qualitatives. Cette liaison est appréciée à l'aide des critères suivants : (a) la CTR qui mesure la contribution d'une variable dans la construction de l'axe factoriel. Plus la variable a de fortes coordonnées sur l'axe, plus elle est contributive à l'axe. (b) le Cos^2 qui mesure la qualité de la représentation de la projection d'un individu dans le plan factoriel. Plus sa valeur en valeur absolue tend vers 1, plus il est bien représenté.

- ***Estimation des coefficients des variables jugées discriminantes***

Après l'ACM, les coordonnées factorielles sont utilisées pour estimer les coefficients de la fonction discriminante. La fonction discriminante est composée des modalités des variables explicatives. L'interprétation des coefficients est fonction de la significativité des modalités, du signe et de sa valeur en valeur absolue.

I.4.2 Méthodes de calcul de mutilations évitables

Il s'agit d'estimer le nombre de filles qui échapperont à la MGF si des actions en direction des facteurs discriminants sont menées. Pour le calcul, ont été utilisés des indicateurs démographiques et les effets marginaux issus de la régression logistique où la variable dépendante est: ***avez-vous l'intention de continuer ou abandonner la pratique des MGF ?***

La méthode de calcul repose sur la formule suivante :

$$\text{Nombre de cas de mutilations évitables} = |\text{coef. Effet marginal}| \times \text{nombre total net des naissances féminines des femmes ayant l'intention de continuer les MGF}$$

Où : Coef. Effet marginal mesure le pourcentage de variation de X_i à X_{i+1} lorsque $Y=j$, X étant une variable explicative, X_i la modalité i de la variable X et Y la variable dépendante.

L'estimation du nombre total de fillettes dont les mères ont l'intention de continuer la pratique est faite à partir de l'indice synthétique de fécondité, de la population de femme en âge de procréer et du rapport de féminité.

Selon le Plan National de Développement Sanitaire 2013-2015, l'ISF dans les quatre régions de notre étude sont respectivement 5,4 pour le centre-nord, 6,1 pour le Nord, 6,8 pour le nord-ouest et 5,4 pour l'ouest. L'effectif de femmes de 15 à 49 ans, désireuse de continuer la pratique des MGF est de 1009 cas. Quant au rapport de féminité, on l'estime à 0,488. Ainsi le mode de calcul du nombre estimatif total net de naissances féminines (NTNNF) est :

$$NTNNF = 0,488 \times ISF \times Pop [15-49] \text{ ayant l'intention de continuer la MGF} - \text{le nombre de fille déjà mise au monde}$$

NB: Il faut retirer de cet effectif le nombre de naissances féminines déjà réalisé pour avoir le nombre total net de naissances féminines.

I.5 LOGICIELS UTILISES

Les outils informatiques que nous avons utilisés pour cette étude sont les logiciels STATA version 12 : pour le traitement et l'analyse économétrique ; SPAD version 5 : pour l'analyse de la segmentation ; EXCEL version 2010: pour la statistique descriptive et la construction de graphique et tableau ; WORD version 2010: pour le traitement de texte.

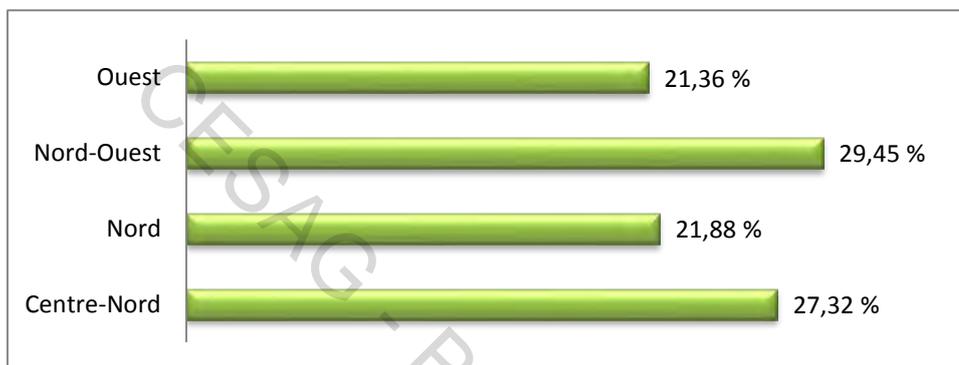
CHAPITRE II: PRESENTATION DES RESULTATS

II.1 ANALYSE DESCRIPTIVE DES DONNEES

II.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

Il s'agit de la description, du point de vue démographique, économique et sociale des femmes interviewées. Quelques caractéristiques sont mises en exergue. Le graphique ci-dessous présente la répartition par pôle de développement du nombre de femmes enquêtées.

Graphique 1 : Répartition de la population par pôle de développement

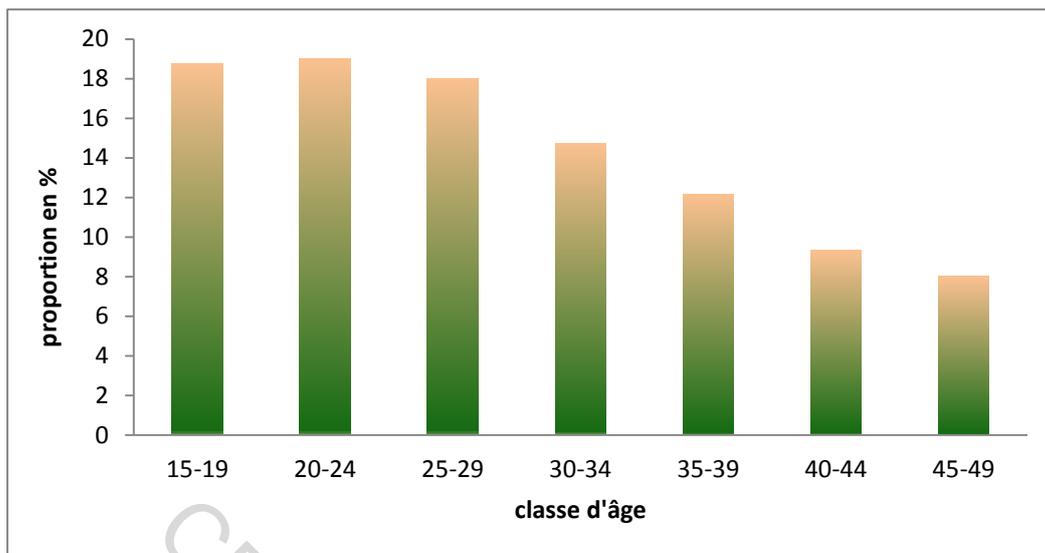


Source : EDS-CI 2012, nos calculs

Les proportions des femmes enquêtées dans les quatre zones d'étude ne s'écartent pas trop les unes des autres. Les régions du nord et de l'ouest représentent respectivement 21,88% et 21,36% de l'ensemble des femmes de notre zone d'étude. Le nord-ouest et le centre-nord ont les effectifs les plus élevés avec successivement 1136 et 1054 femmes interviewées. Ce qui représente 29,45% et 27,32%.

En ce qui concerne la classification par groupe d'âge, un peu plus de la moitié des femmes de notre zone d'étude ont moins de 30 ans, soit 55,75%. La moyenne d'âge quant à elle, vaut 29,03 ans avec un intervalle de confiance à 95% égale à [28,73 - 29,32] ans. Chez les femmes mariées ou en union libre, cette moyenne avoisine les 31,55 ans contre 41,07 ans pour leurs partenaires avec les intervalles de variation respectifs : [31,23 - 31,87] ans et [40,64 - 41,51] ans. Le détail de cette répartition est donné à l'aide du graphique ci-après.

Graphique 2 : Répartition de la population féminine par tranche d'âge



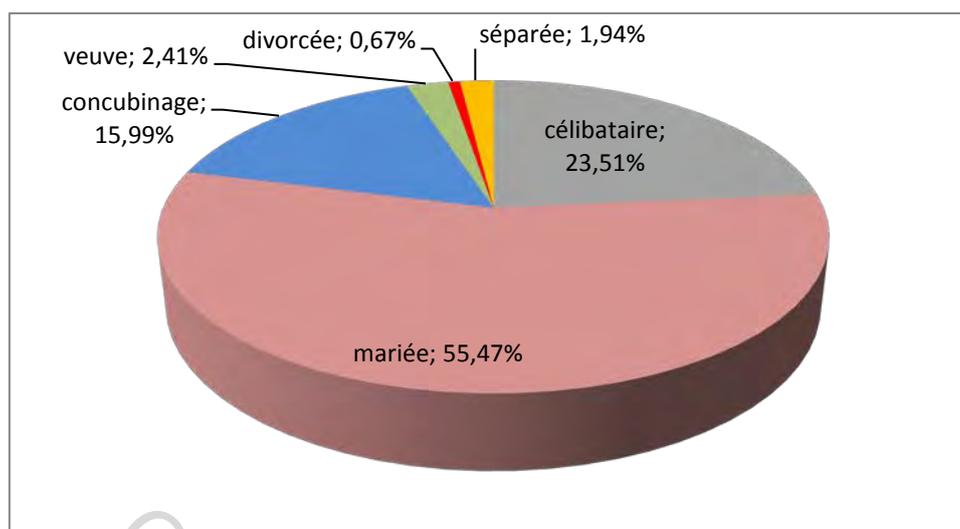
Source : EDS-CI 2012, nos calculs

L'allure de ce graphique est comparable à celle de la pyramide des âges. Nous observons, en effet, une base assez large qui traduit un poids important des jeunes femmes dans la population étudiée.

Le niveau d'instruction des femmes est caractérisé par un taux d'analphabétisme qui atteint les deux tiers de la population, soit 67,57%. Seulement 3 femmes sur 10 ont au moins le niveau primaire. La situation de leurs conjoints ne s'écarte pas assez de cette réalité. Il ressort de l'exploitation des données que 62,86% des femmes mariées ou en union libre ont leurs conjoints analphabètes. Environ 31% d'entre elles ont déclaré le primaire ou le secondaire comme niveau scolaire de leurs partenaires.

Quant à la religion, il faut dire que la population est à moitié musulmane (52,36%). Le christianisme, l'animisme, les religions traditionnelles et les sans religion se partagent la seconde moitié de la population. Par ailleurs, notons qu'environ 71% des femmes enquêtées sont mariées ou vivent avec un partenaire. La répartition complète est la suivante :

Graphique 3 : Répartition de la population selon le statut matrimonial



Source : EDS-CI 2012, nos calculs

La description de la population des femmes interviewées selon leur situation matrimoniale montre que près de 6 femmes sur 10 sont mariées contre 2 femmes pour la modalité célibataire. Environ 16% d'entre elles vivent avec un homme.

En outre, le groupe ethnique est caractérisé par les ethnies suivantes :

Tableau 3 : Principaux groupes ethniques des femmes

Ethnies	Pourcentage (%)
Baoulé	12,80
Dioula	5,47
Koyaka	6,45
Malinké	9,77
Sénoufo	22,14
Yacouba ou Dan	8,61
Burkina Faso	5,24
Mali	4,74

Source : EDS-CI 2012, nos calculs

Les six (06) ethnies mentionnées dans le tableau ci-dessus et les populations venant du Mali ainsi que du Burkina Faso, sont les plus représentées de notre échantillon. Cet effet de migration n'est pas sans cause dans la perpétuation des MGF dans ces zones. En effet, ces deux pays, frontaliers à la Côte d'Ivoire, présentent une forte prévalence (plus de 75%) de la pratique des MGF. Le déplacement de cette population et le brassage culturel créé par cela ne peuvent que contribuer à la continuité de cette pratique par effet de contamination. La

migration ou le déplacement de la population peut donc être un facteur de la continuation de la pratique des MGF dans ces zones.

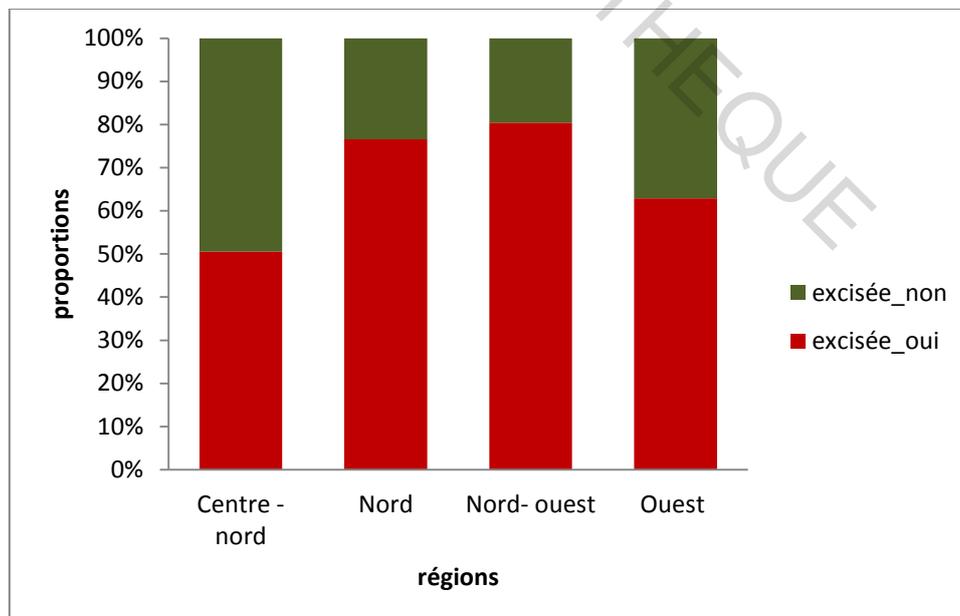
Abordons maintenant la question du statut économique des femmes et de leurs conjoints à travers l'occupation de chacun. Les informations recueillies lors de l'enquête montrent que près du tiers (30,82%) des femmes sont investies dans les travaux champêtres, 3 femmes sur 10 dans le commerce et 30% d'entre elles qui n'ont aucune activité. Les activités des femmes restantes sont réparties entre le secteur tertiaire et les travaux domestiques et ménagers. En ce qui concerne les travaux effectués par le partenaire, il ressort que 61,98% des femmes ont leurs conjoints qui travaillent dans l'agriculture. Le tiers restant se partage les activités commerciales, professionnelles, ouvrières et de services.

II.1.2 Situation de la mutilation génitale féminine

Dans cette section, on donne des informations sur le statut des enquêtées sur la pratique des MGF, la situation de leurs filles par rapport à ce phénomène et leurs avis sur l'intention de continuer ou pas de faire exciser leur (s) fille(s).

Globalement, ce sont 67,86% des femmes qui ont été excisées sur l'ensemble des 3858 femmes de notre population. Mais il existe des disparités entre les quatre zones d'étude comme l'illustre le graphique suivant.

Graphique 4 : Situation des enquêtées selon leur statut de l'excision par région



Source : EDS-CI 2012, nos calculs

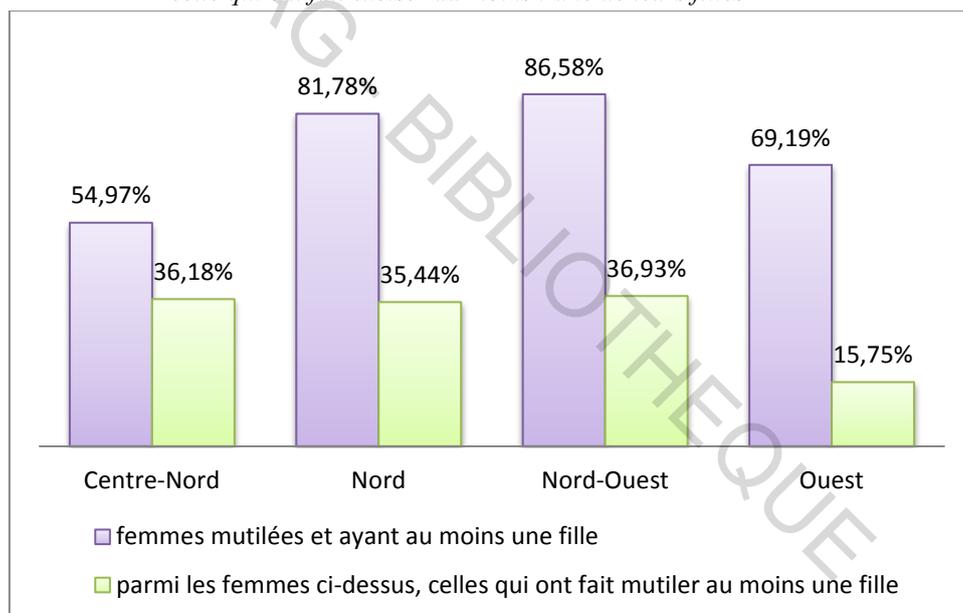
Le graphique ci-dessus montre que dans les régions du nord et du nord-ouest, environ 8 femmes sur 10 sont mutilées. A l'opposé, au centre-nord, il y a autant de femmes mutilées que

non mutilées. A l'ouest, un peu plus du tiers des femmes ne sont pas excisées, soit 37,14%. L'âge moyen à l'excision pour les enquêtées est de 7,38 ans avec un intervalle de confiance de [7,22 – 7,54] ans. Mais la région de l'ouest se démarque de cette tendance avec un âge moyen à l'excision de 10,13 ans qui varie entre 9,68 et 10,58 ans.

Parmi les femmes ayant au moins une fille, on s'aperçoit globalement que 24,18% d'entre elles ont fait exciser au moins l'une de leurs filles et l'âge moyen à l'excision est d'environ 4 ans. Parmi les filles excisées, 3,51% d'entre elles ont subi l'infibulation, les autres, la mutilation génitale féminine de types 1 ou 2 (clitoridectomie ou l'excision).

Lorsque nous réduisons le champ à celui des femmes excisées et ayant donné naissance à au moins une fille, il apparait de manière globale que 32,43% de celles-ci ont fait mutiler également leurs filles. Le graphique ci-après en donne les détails par région.

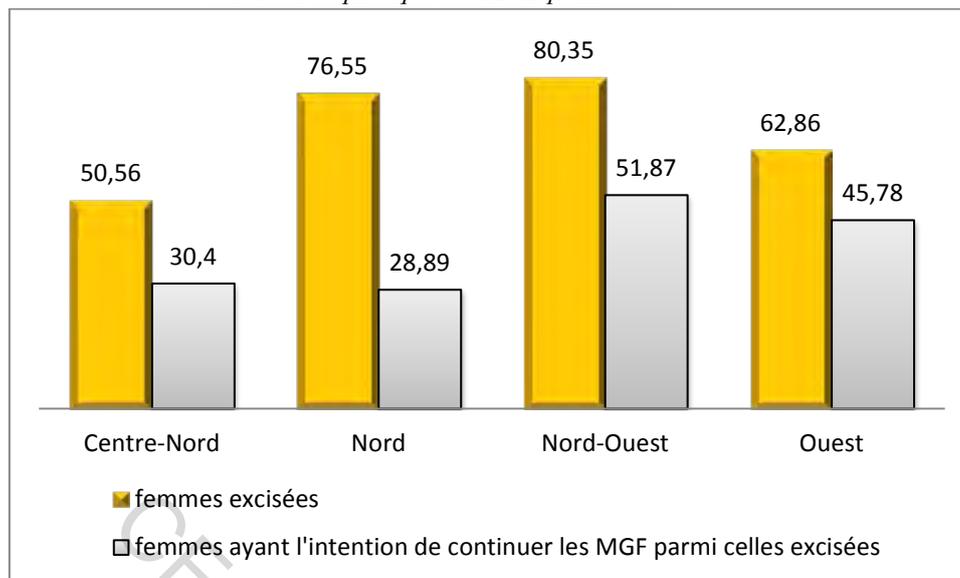
Graphique 5 : Proportion de femmes mutilées ayant au moins une fille et proportion de celle qui ont fait exciser au moins l'une de leurs filles



Source : EDS-CI 2012, nos calculs

Concernant l'avis des femmes enquêtées sur leurs intentions de continuer la pratique de l'excision, il ressort que 27,53% d'entre elles ne sont pas favorables à l'abandon alors qu'au plan national, cette proportion vaut 14%. Mais les opinions sont partagées selon les régions. Ainsi, respectivement au nord-ouest et à l'ouest, 33,76% et 22,55% des femmes sont d'accord pour la continuité du phénomène. Toutefois, parmi celles qui ont subi la MGF, les avis sur la question sont donnés à travers le graphique suivant.

Graphique 6 : Proportion de femmes excisées et celles qui ont l'intention de continuer la pratique des MGF parmi elles



Source : EDS-CI 2012, nos calculs

Le nord-ouest et le nord enregistrent les plus fortes prévalences de femmes excisées mais seulement la première région est celle dont plus de la moitié des femmes sont d'accord pour la continuité de la pratique. L'écart est beaucoup plus grand au nord avec seulement 28,89% des femmes excisées qui épousent l'idée de continuer la pratique de l'excision. A l'ouest par exemple, ce sont environ 5 femmes sur 10 qui souhaitent continuer cette pratique.

Enfin, pour ce qui est de la religion, près du quart (24,45%) des femmes pensent que la pratique des MGF est une exigence de la religion contre 64,91% qui pensent le contraire, les autres étant indécises sur la question.

II.2 FACTEURS DETERMINANTS DE LA PRATIQUE DE LA MUTILATION GENITALE FEMININE

II.2.1 Diagnostic du modèle

La régression effectuée sous le logiciel stata montre qu'il y a des observations aberrantes et influentes. Mais celles qui vont retenir notre attention sont celles qui remplissent à la fois les deux (02) critères. Il s'agit de 48 observations qui représentent moins de 1,5% de l'échantillon. Elles seront mises à l'écart dans la suite de la démarche.

II.2.2 Qualité du modèle et de la prédiction

II.2.2.1 Le test de rapport de vraisemblance

Comme spécifié plus haut dans la méthodologie, le LR test mis en œuvre montre que le modèle est significatif à 95% de confiance.

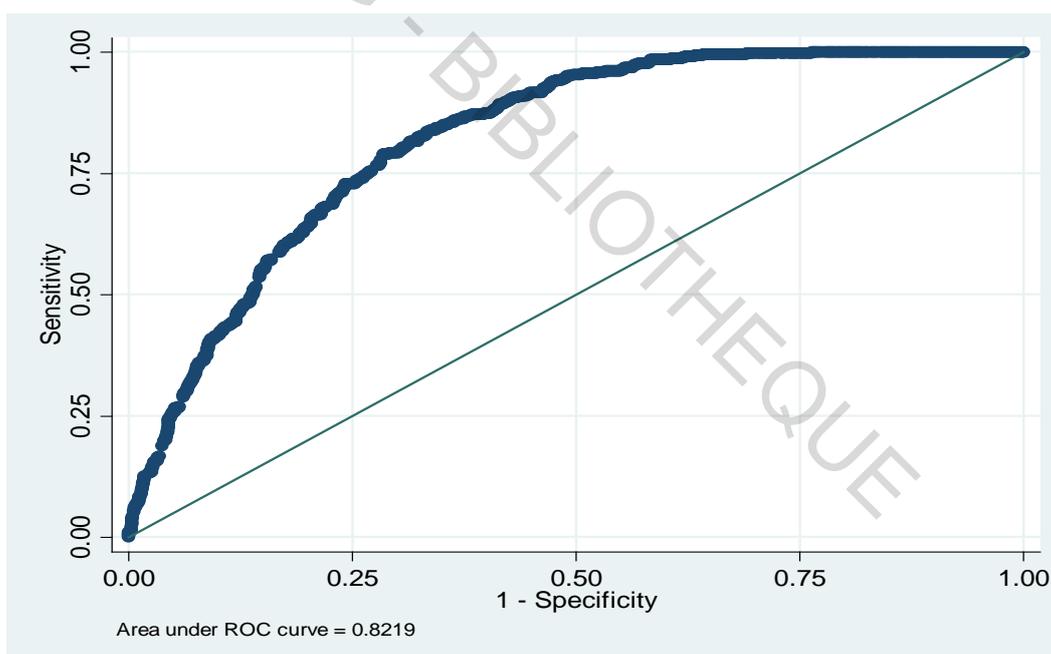
Likelihood-ratio test	LR chi2(29)	=	645.91
(Assumption: model_contra~1 nested in	model_noncon~1)	Prob > chi2	=0.0000

La p_value associée au test est nulle et donc inférieure au seuil de significativité de 5%. On conclut que le modèle est globalement significatif.

II.2.2.2 La courbe ROC

La courbe ROC montre que l'aire située en dessous de la courbe vaut 82,19%. Nous concluons que le modèle effectue bien les discriminations dans le classement des individus.

Figure 2 : Représentation de la courbe ROC



Source : EDS-CI 2012, nos calculs

II.2.2.2 Niveau de prédiction du modèle

La prédiction du modèle permet de savoir s'il est sensible ou spécifique, et quel degré. Les résultats montrent ceci :

Tableau 4 : Niveau de prédiction du modèle

Sensitivity	Pr(+ D)	40.17%	
Specificity	Pr(~D)	91.01%	
Positive predictive value	Pr(D +)	60.26%	
Negative predictive value	Pr(~D -)	81.76%	
False + rate for true ~D	Pr(+~D)	8.99%	
False - rate for true D	Pr(- D)	59.83%	
False + rate for classified	+	Pr(~D +)	39.74%
False - rate for classified	-	Pr(D -)	18.24%
Correctly classified		78.13%	

Source : EDS-CI 2012, nos calculs

Selon les résultats, le modèle est spécifique. Il arrive à classer à 91% les femmes n'ayant pas de filles excisées parmi les femmes n'ayant pas effectivement de filles excisées. Le modèle se trompe sur le classement de 9 femmes sur 100 en les considérant comme ayant des filles excisées alors qu'elles n'en n'ont pas du tout.

II.2.3 Facteurs explicatifs de la pratique des MGF

Suite aux diagnostics du modèle réalisé, il ressort que les variables suivantes sont celles qui se trouvent significativement liées à la pratique de la mutilation génitale **au seuil de 5%**. Ce sont :

- *La région*
- *Le lieu de résidence*
- *Le niveau d'instruction de la femme*
- *Le niveau d'instruction du partenaire*
- *L'ethnie*
- *L'occupation de la femme*
- *Le statut d'excision de la femme*
- *Le fait de croire que la MGF est une pratique religieuse*

L'interprétation des coefficients vise à montrer le sens du lien entre les variables explicatives et la variable dépendante. Elle s'appuie sur le signe du coefficient. S'il est positif, alors on dira que la probabilité de faire mutiler ou exciser sa fille croît avec le facteur concerné. Un signe négatif, par contre, signifiera que la probabilité d'exciser ou de mutiler sa fille baisse

avec la variable correspondante. **Toutes les interprétations dans la suite du document sont faites au seuil de 5%.**

La modalité de référence de l'interprétation est *la pratique de l'excision par la femme*. Autrement dit, les coefficients des variables significatives seront interprétés en fonction de la probabilité de faire mutiler sa fille. Ainsi, selon les résultats¹², la probabilité pour une femme de faire mutiler sa fille décroît lorsqu'elle se trouve à l'ouest du pays comparativement à celles du nord. Le coefficient étant de -0,72 avec une p_value de 0,003. En effet, ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les régions du nord sont limitrophes au Burkina- Faso et au Mali, deux pays à forte prévalence de la pratique des MGF. Le brassage culturel et le déplacement des populations seraient une cause de ce résultat.

Par ailleurs, il apparaît que les femmes en milieu rural, relativement à celles du milieu urbain, ont une forte probabilité de faire exciser leurs filles, le coefficient étant de 0,36 avec 0,046 comme la p_value.

Lorsque nous abordons la question du niveau d'instruction du couple, il ressort que, lorsque la femme et son conjoint sont instruits, la chance de ne pas faire mutiler leurs filles s'accroît. En particulier, pour la femme, la probabilité de pratiquer l'excision est beaucoup plus faible lorsqu'elle a au moins le niveau secondaire. Les coefficients respectifs pour le niveau d'instruction de la femme et de son partenaire sont de -1,8 et -0,65. En outre, bien qu'il soit significatif même à 1%, l'ethnie est faiblement liée à la pratique des MGF car son coefficient est de 0,51%.

Aussi, le type d'occupation de la femme apparaît comme déterminant dans la pratique des MGF. Par rapport aux commerçantes et cultivatrices, les femmes exerçant dans les pratiques traditionnelles (par exemple, les guérisseuses, le fétichisme, les devins, etc.) ou dans les petits métiers non qualifiés ont beaucoup plus tendance à faire exciser leur fille. Les coefficients étant de 2,41 et de 1,31 respectivement. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces femmes n'ont pas une activité génératrice de revenu pouvant leur permettre d'être autonomes. Et donc la pratique de la mutilation est une source de revenu étant donné que les familles des concernées offrent des présents en espèce mais beaucoup plus en nature aux pratiquantes

¹² Voir annexe 3 pour l'estimation des paramètres

(exciseuses). Ces résultats confirment ceux de l'étude réalisée au Togo en 2008 par le ministère de l'action sociale.

Enfin, la pratique de l'excision est aussi bien une question d'ordre héréditaire que d'une conviction religieuse. En effet, pour une femme déjà excisée, la probabilité de faire exciser sa fille est plus grande que celle n'ayant pas été excisée. Son coefficient est de 3,79 avec une p_value nulle. Pour ce qui est de la conviction religieuse, la chance de faire mutiler sa fille est forte lorsque la femme croit que cet acte est une pratique religieuse recommandée. Le coefficient associé est de 1,19 avec une p_value nulle.

II.3 FACTEURS DISCRIMINANTS LE COMPORTEMENT DES FEMMES SUR LA CONTINUITÉ DE LA MGF

II.3.1 Résultat du test de Chi2

Un test de chi2 a été réalisé entre la variable dépendante (l'intention de continuer ou abandonner la pratique des MGF) et les autres variables. Les résultats de ce test sont consignés dans le tableau suivant où l'hypothèse nulle du test est l'indépendance entre les deux variables testées et l'hypothèse alternative est l'existence d'un lien entre les deux. Si la p_value associée au test est inférieure à 5%, alors on rejette l'hypothèse nulle. Dans le cas contraire l'hypothèse est acceptée.

Tableau 5 : Tableau récapitulatif des tests de khi-2

	Variables exogènes	P_value	décisions
<i>Variables d'intérêt</i> Intention de la femme de continuer l'excision ou pas (g119)	Région	0.000	Existence de lien
	Milieu	0.000	Existence de lien
	Niveau d'instruction de la femme	0.000	Existence de lien
	Situation matrimoniale de la femme	0.000	Existence de lien
	Ethnie de la femme	0.000	Existence de lien
	Religion de la femme	0.000	Existence de lien
	Groupe d'âge	0.304	Indépendance
	Occupation de la femme	0.000	Existence de lien
	Niveau d'instruction du mari	0.000	Existence de lien
	Occupation du mari	0.000	Existence de lien
	Fréquence de lecture du journal ou magazine par la femme	0.000	Existence de lien
	Fréquence d'écoute de la radio par la femme	0.000	Existence de lien

	Fréquence de suivi de la télévision par la femme	0.000	Existence de lien
	Statut d'excision de la femme	0.000	Existence de lien
	Connaissance du SIDA	0.000	Existence de lien
	Connaissance de la loi sur l'excision	0.000	Existence de lien
	Religion et excision	0.000	Existence de lien

Source : Nos calculs sous STATA

II.3.2 Résultats de la mise en œuvre de l'ACM

La mise en œuvre, sous le logiciel SPAD, permet d'avoir les éléments suivants :

- L'histogramme des valeurs propres qui indique la part d'information restituée par chaque axe factorielle;
- Les contributions des modalités dans la formation des axes factoriels et les coordonnées de ces variables sur ces axes (voir annexe 6);
- Le graphique du nuage des variables

Les variables nominales actives considérées dans la construction des axes factoriels sont les dix (10) suivantes : Région, Connaissance du SIDA, Milieu, Niveau d'instruction du mari, Niveau d'instruction de la femme, Religion de la femme, Occupation de la femme, connaissance de loi sur l'excision, Statut d'excision de la femme, Religion et excision. Quant aux variables nominales illustratives, nous n'avons retenu que la variable d'intérêt, c'est-à-dire : Intention de la femme de continuer l'excision ou pas.

Graphique 7 : Histogramme des valeurs propres

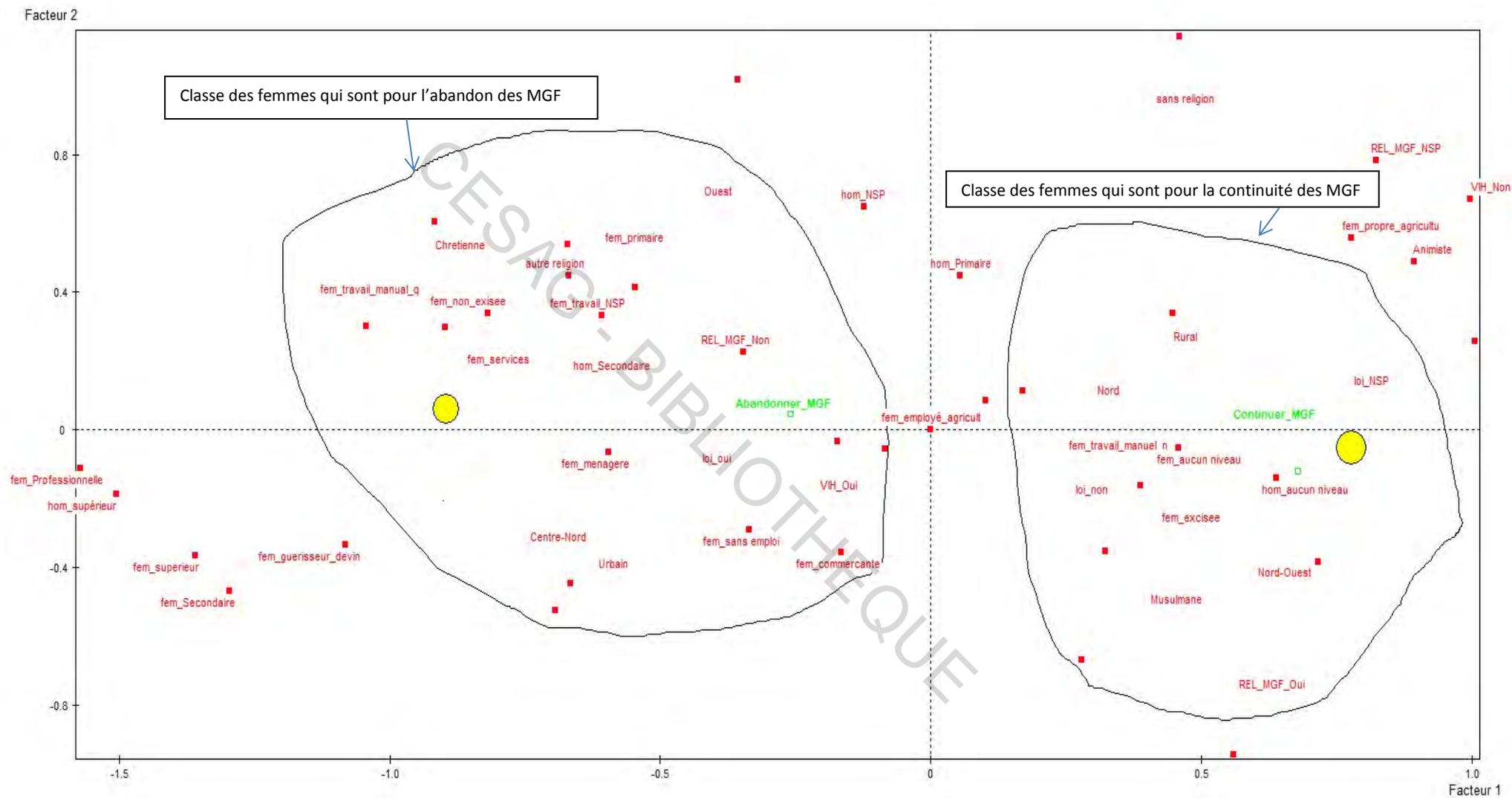
VALEURS PROPRES			
Aperçu de la précision des calculs : Trace avant diagonalisation. ... 2.4000			
Somme des valeurs propres 2.4000			
Histogramme des 24 premières valeurs propres			
Num	Valeur Propre	Pourcen - Tage	Pourcentage Cumulé
1	0.2983	12.43	12.43
2	0.1773	7.39	19.82
3	0.1429	5.95	25.77
4	0.1384	5.77	31.54
5	0.1151	4.80	36.34
6	0.1124	4.68	41.02
7	0.1076	4.48	45.50
8	0.1031	4.30	49.80
9	0.1007	4.19	53.99
10	0.0990	4.13	58.12
11	0.0963	4.01	62.13
12	0.0941	3.92	66.05
13	0.0883	3.68	69.73
14	0.0861	3.59	73.32
15	0.0834	3.47	76.79
16	0.0800	3.33	80.13
17	0.0786	3.27	83.40
18	0.0706	2.94	86.34
19	0.0682	2.84	89.18
20	0.0617	2.57	91.75
21	0.0557	2.32	94.07
22	0.0507	2.11	96.18
23	0.0482	2.01	98.19
24	0.0434	1.81	100.00

Source : nos calculs sous SPAD

D'après le critère du coude associé à celui du taux d'inertie totale, nous conserverons les informations des seize (16) premiers axes factoriels qui fournissent 80,13% de l'inertie totale. Ces axes factoriels permettent de construire A_{16}^2 (ce qui équivaut à 240 plans factoriels) couples d'axes. Mais pour la construction du nuage des variables, le plan composé des axes 1 et 2 seront retenus car fournissent beaucoup plus d'informations.

Le graphique ci-dessous est celui du nuage de variables. Il donne la position de ces variables dans le plan composé des axes 1 et 2, et permet d'observer les classes ou groupes d'individus selon la position des variables sur les axes factorielles.

Graphique 8 : Nuage des variables



Source : Nos calculs sous SPAD

II.3.3 Résultats de l'analyse factorielle Discriminante

Comme nous l'avons signifié plus haut, l'analyse discriminante est une technique statistique ayant pour but la recherche des caractéristiques qui sont spécifiques à des groupements d'individus. La variable endogène de cette analyse étant qualitative à deux (02) modalités (intention de continuer ou d'abandonner), et les variables exogènes également de type qualitatif, nous ferons alors une analyse discriminante binaire sur variables qualitatives appelée aussi méthode DISQUAL (discrimination par les variables qualitatives). On considèrera comme « bonne femme », celle qui a l'intention d'abandonner la pratique des MGF et « mauvaise femme », celle qui veut continuer cette pratique. Les interprétations se feront sur la base de la modalité de référence : celle de continuer la pratique des MGF.

Les caractéristiques de la régression montrent que le modèle est globalement significatif avec une p_value nulle. Aussi, 73,37% des individus de la base de données sont bien classés dans leurs groupes respectifs. Autrement dit, notre modèle arrive à bien classer sept (07) femmes sur dix (10) dans leurs groupes d'origine. Le tableau ci-dessous donne la classification interne.

Tableau 6 : Tableau de classement

TABLEAU DE CLASSEMENT	POURCENTAGES DES CLASSEMENTS		
	BIEN CLASSES	MAL CLASSES	TOTAL
GROUPES D'ORIGINE			
Continuer_MGF	705.00 (69.87)	304.00 (30.13)	1009.00 (100.00)
Abandonner_MG	1984.00 (74.70)	672.00 (25.30)	2656.00 (100.00)
TOTAL	2689.00 (73.37)	976.00 (26.63)	3665.00 (100.00)

Source : Nos calculs sous SPAD

L'analyse de la fonction discriminante obtenue montre que les modalités significatives à fort pouvoir de discrimination entre les deux groupes de femmes sont les suivantes :

Tableau 7 : Modalités significatives à fort pouvoir de discrimination entre les deux groupes de femmes

	Intention de continuer la MGF	Intention d'abandonner la MGF
Modalités discriminantes	<ul style="list-style-type: none"> - Région : nord-ouest - Religion : musulmane - Occupation de la femme : travail manuel non qualifié/domestique - Connaissance du SIDA : Non 	<ul style="list-style-type: none"> - Région : centre-nord - Religion : chrétienne - Fréquence de lecture de journaux : au moins une fois/semaine

	<ul style="list-style-type: none"> - Religion et excision : oui - Connaissance de la loi sur les MGF : non 	<ul style="list-style-type: none"> - Statut de la femme : non excisée - Niveau d'instruction de la femme : secondaire
--	--	---

Source : Nos calculs sous SPAD

Selon le tableau ci-dessus, il ressort que les modalités répertoriées dans la deuxième colonne sont celles qui discriminent les femmes qui ont l'intention de continuer la pratique des MGF aux autres. Ainsi, il conviendrait de mener des actions sur les facteurs relevant de ces modalités pour espérer faire reculer le taux d'intention de continuité de la pratique. Toutefois, il importe de prioriser les activités ou les interventions afin d'obtenir des résultats efficaces. Et pour cela, nous proposons une clé de répartition qui est : le nombre de cas de mutilation évitable pour chaque domaine d'intervention.

II.3.4 Calcul du nombre de mutilations évitables sur facteurs discriminants

Le calcul du nombre de mutilations évitables sur facteurs discriminants utilise les effets marginaux relatifs aux modalités discriminantes citées plus haut. Toutefois, il est important de donner quelques caractéristiques sur la régression effectuée.

II.3.4.1 Effets marginaux des modalités discriminantes

En effet, les effets marginaux sont obtenus à la suite de la régression logistique constituée des variables de l'analyse discriminante et dont la variable endogène est l'intention de continuer ou pas la pratique des MGF. Le modèle est globalement significatif, la p_value associée au test de rapport de vraisemblance est nulle. De plus l'aire en dessous de la cour Roc est de 82,92% et le niveau de prédiction est de 78,47%. Le modèle est sensible, c'est-à-dire qu'il a une forte capacité à bien classer une femme qui a l'intention d'abandonner la MGF dans le groupe de femmes qui a effectivement l'intention d'abandonner, et ce dans 92,18% des cas. (Voir annexe 10). Le tableau suivant donne les coefficients des effets marginaux ainsi que leurs interprétations. Celles-ci sont faites par rapport à l'abandon de la pratique. Nous nous accentuerons sur les effets marginaux des quatre (04) dernières modalités discriminantes.

Tableau 8 : Tableau des effets marginaux des modalités discriminantes

Modalités discriminantes	Effets marginaux	Interprétations
Région : nord-ouest	-7% par rapport à la modalité, Région =centre-nord	Pour une femme, le passage de la région centre-nord à celle du nord-ouest diminue sa probabilité d'abandonner la pratique des MGF de 7%.
Religion : musulmane	7,33% par rapport à la modalité, Religion = musulmane	Pour une femme, le passage de l'islam au christianisme, augmente sa probabilité d'abandonner la pratique des MGF de 7,33%.
Occupation de la femme : travail manuel non qualifié/domestique	-21,94% par rapport à la modalité, Occupation de la femme = agriculture	Pour une femme, le passage des activités domestiques ou non qualifiées aux activités agricoles, augmente sa probabilité d'abandonner la pratique des MGF de 21,94%
Connaissance du SIDA : Non	10,17% par rapport à la modalité, Connaissance du SIDA =Non	Pour une femme, le passage de la non connaissance du VIH à la connaissance de cette maladie augmente la probabilité d'abandonner la pratique des MGF de 10,17%.
Religion et excision : oui	-21,43% par rapport à la modalité, Religion et excision = Non	Pour une femme, le passage de sa croyance que la pratique des MGF est un rituel religieux à la non croyance en cela, augmente la probabilité d'abandonner la pratique des MGF de 21,43%.
Connaissance de la loi sur les MGF : non	-30,82% par rapport à la modalité, Connaissance de la loi sur les MGF =oui	Pour une femme, le passage de sa non connaissance de la loi sur les MGF à la connaissance de cette loi, augmente sa probabilité d'abandonner la pratique des MGF de 30,82%.

Source : Nos calculs sous SPAD

II.3.4.2 Estimation du nombre total de naissances féminines dont les mères ont l'intention de continuer la pratique des MGF

Selon la formule mentionnée dans la partie méthodologie (chapitre 1), nous déduisons le tableau suivant.

Tableau 9 : Récapitulatif du calcul des cas de fillettes exposées à la MGF

	Effectif de femme voulant continuer la MGF (a)	ISF (b)	Rapport de féminité (c)	Nombre moyen de fille à mettre au monde (d=b*c)	Nombre moyen de fille déjà mis au monde (e)	Nombre moyen de filles restantes à mettre au monde (f= d-e)	Nombre net de naissances féminines attendues (g=f*a)
Centre-Nord	152	5,4	0,488	2,6352	1,36	1,2752	193,83
Nord	182	6,1	0,488	2,9768	1,64	1,3368	243,3
Nord-Ouest	458	6,8	0,488	3,3184	1,75	1,5684	718,33
Ouest	217	5,4	0,488	2,6352	1,55	1,0852	235,49
						Total	1390,95

Source : Nos calculs

Au total, ce sont 1391 filles environ qui sont exposées car leurs mères ont l'intention de le faire.

II.3.4.3 Estimation du nombre de mutilation évitable par Facteur discriminant

Le nombre de mutilations évitables par facteur discriminant est égal au produit de la valeur absolue de l'effet marginal de chaque modalité discriminante par le nombre de filles exposées à la MGF. Nous avons mis l'accent sur les quatre modalités les plus significatives issues des effets marginaux. Cela nous donne le tableau suivant :

Tableau 10 : Nombre de mutilation évitable par facteur discriminant

Variables discriminantes	Nombre de filles exposées à la MGF	Coef. Effet marginal	Nombre de mutilations évitables
Activité économique	1391	21,94%	305
Connaissance du VIH/SIDA	1391	10,17%	142
Relation entre excision et religion	1391	21,43%	298
Connaissance de la loi sur les MGF	1391	30,82%	429

Source : Nos calculs

CHAPITRE III: COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS DES RESULTATS DE L'ETUDE

Ce dernier chapitre commente et discute les résultats présentés dans le chapitre précédent. Il s'agit notamment des résultats sur les déterminants de la pratique et ceux des facteurs discriminants de la MGF.

III.1 ANALYSE DES FACTEURS DETERMINANTS DE LA PRATIQUE DE LA MGF

III.1.1 Analyse fondée sur les effets marginaux

Les effets marginaux permettent d'apprécier l'effet de la variation des variables explicatives sur la variable d'intérêt. Ici, la modalité de référence de l'interprétation est la pratique de la mutilation. Les variations seront faites relativement à la probabilité de faire exciser sa fille.

De manière globale, avec les variables disponibles, la probabilité prédite par le modèle, de faire mutiler sa fille vaut 12,18%. Mais pris individuellement, les variations sont assez divergentes.

Ainsi, par rapport aux régions du nord, la probabilité de mutiler les filles dans l'ouest décroît de 6,57%. De même, les femmes du milieu rural ont plus tendance à exposer les filles à l'excision comparativement à celles de la ville, la variation étant de 3,65%. Aussi, il se trouve que, la probabilité de pratiquer la mutilation baisse de 10,65% lorsque la femme a au moins le niveau secondaire par rapport à celles analphabètes. Cette tendance est pareille chez le partenaire de la femme. La probabilité de faire exciser sa fille décroît de 6,02% lorsque le conjoint a au moins le niveau primaire relativement à celui qui n'a aucun niveau d'étude. Par ailleurs, par comparaison aux femmes investies dans l'agriculture ou le commerce, celles qui exercent des pratiques traditionnelles comme signifier plus haut, ont une probabilité de mutiler leurs filles augmentant de 48,49%. Quant à celles ayant subi la mutilation, la probabilité de faire exciser leurs filles augmente de 24,05% par rapport à celles non excisées. Enfin, le fait de croire que la pratique de la mutilation est un commandement saint augmente la probabilité d'exciser de 15,51% comparativement aux femmes qui n'y croient pas.

III.1.2 Analyse fondée sur les rapports de cote (Odd Ratio)

Comme en épidémiologie, l'ODD Ratio est un instrument qui mesure la force d'association entre un facteur et la survenue d'un événement. Dans notre cas, le facteur est chacune des

variables significatives et l'évènement est la pratique de la mutilation de la fille. Lorsqu'il est inférieur à 1, on dit que le facteur est un facteur de protection dans la survenue de l'évènement. Quant au contraire, il est supérieur à 1, on dit que le facteur est un facteur de risque. Enfin lorsque la valeur de l'Odd ratio est égale à 1, alors le facteur n'a aucune influence dans la réalisation de l'évènement.

Ainsi, les résultats montrent que comparativement aux zones de la région nord de la Côte d'Ivoire, celles de l'ouest constituent un facteur protecteur de la pratique des MGF. Le rapport de côte est de 0,49. Autrement dit, le fait de résider dans des régions éloignées du nord protège de la pratique des MGF. Comme cela a été signifié plus haut, le déplacement de la population et le brassage culturel entre les villes du nord de la Côte d'Ivoire et celles du Burkina-Faso et du Mali où la prévalence des MGF est forte, ralentissent l'abandon de la pratique. Quant au milieu de résidence, les habitants du milieu rural ont 1,43 fois plus de chance de faire exciser les filles que ceux de la zone urbaine.

Par ailleurs, il ressort que l'ethnie est un facteur de risque dans la pratique de la mutilation génitale féminine. En effet, appartenir à un groupe ethnique sous-entend, s'identifier à une communauté, alors qu'une communauté est caractérisée par des normes sociales. Par conséquent, être membre d'une communauté où la mutilation est une norme sociale expose par défaut la fille à l'excision.

En outre, le niveau d'instruction aussi bien de la femme que de son partenaire est un facteur protecteur dans la pratique de la mutilation génitale féminine. Cela voudrait dire que des parents instruits contribuent à protéger la fille de l'excision. Un autre aspect, c'est celui de l'activité de la femme. D'après les résultats, il y a 11 fois plus de chance pour une femme exerçant dans les pratiques traditionnelles (guérisseuses, fétichismes, devin, etc.) de faire exciser sa fille que celles travaillant dans l'agriculture ou le commerce. Quant aux femmes faisant les petits métiers non qualifiés, elles ont environ 4 fois plus de chance de faire exciser leurs filles que celle de l'agriculture ou les commerçantes.

Enfin, considérer que les MGF sont des rituels religieux ou être une femme excisée constituent des facteurs de risque pour la pratique de la mutilation. Une femme déjà excisée a 44 fois plus de chance de faire exciser sa fille que celle n'ayant pas été mutilée. Le fait de croire que la pratique de l'excision est un acte saint offre 3,3 fois plus de chance aux femmes qui y croient de faire exciser leurs filles comparativement à celles qui n'y croient pas.

III.2 ANALYSE DES FACTEURS DISCRIMINANTS LE COMPORTEMENT DES FEMMES SUR LA CONTINUITE DE LA PRATIQUE DE LA MGF

Ici, nous analysons et commentons les profils de femmes dégagés lors de l'analyse des correspondances multiples. Aussi, nous discutons les résultats du calcul de mutilations évitables par facteur discriminant.

III.2.1 Profils des femmes

Le nuage des variables présenté dans les résultats de l'ACM dégage deux grandes tendances de femmes dont les profils sont donnés comme suit :

Classe 1 : Femmes ayant l'intention d'abandonner la pratique des MGF

Ce groupe est constitué de femmes vivant généralement à l'ouest et au centre-ouest de la Côte d'Ivoire, en milieu urbain et à majorité chrétienne soit 86,65%. Au moins 81,26% d'entre elles ont un niveau d'étude primaire et exercent soit dans le commerce, les travaux manuels de type qualifié, mais il y en a certaines qui ne font aucune activité. Pour celles qui sont mariées, leurs époux ont un niveau d'étude supérieure dans la plupart des cas, soit 96,77%. La plupart de ces femmes n'ont pas subi la mutilation génitale et sont d'accord pour l'abandon de cette pratique avec respectivement une proportion de 79,35% et 57,19%. Cette classe regroupe 89,2% de toutes les femmes ayant déclaré leur intention d'abandonner la MGF. Aussi, 98,42% de toutes celles qui ont connaissance du SIDA et de ses méfaits se retrouvent dans la classe 1 et 94,13% de l'ensemble des femmes informées de la loi sur la pratique des MGF sont également présentes dans cette classe.

Classe 2 : Femmes ayant l'intention de continuer la pratique des MGF

Cette seconde classe regroupe les femmes résidant dans le nord et le nord-ouest du pays en particulier en zone rurale. Pour plusieurs, elles sont musulmanes et travaillent dans l'agriculture mais de type non qualifié. 73,84% des femmes de cette classe n'ont aucun niveau d'étude, ce qui représente 92,81% de toutes les femmes analphabètes. Il en est de même pour leurs partenaires qui n'ont aucun niveau scolaire pour 82,28% de ces femmes. Les femmes mutilées de ce groupe représentent 87,61% de toutes celles qui ont subi cette pratique. 81,76% de la classe sont favorables à la continuation des MGF. Il est constaté qu'elles n'ont pas notions sur le SIDA et de ses dangers dans 90,56% des cas. Par ailleurs, la majeure partie d'entre elles ne connaissent pas la loi sur la pratique des MGF, soit 5,87% de toutes celles qui en connaissent. Enfin, 81,58% des femmes de cette classe pensent que la mutilation génitale féminine est une pratique religieuse.

III.2.2 Commentaire sur les cas de mutilations évitables

Comme signifié dans les résultats, au total, ce sont 1391 filles qui sont exposées à la mutilation génitale féminine. Mais la proportion de mutilations qui pourraient être évités diffère d'un facteur discriminant à un autre. Ce qui nous mène à dire que :

Si la femme exerce une activité génératrice de revenu ou s'investi dans l'agriculture avec des outils qualifiés, en lieu et place de travaux manuel non qualifié ou activités ménagères, ce sont près de 305 (1391 x 21,94%) filles qui seront épargnées de l'excision.

Si la femme est éduquée sur les modes de transmission du VIH/SIDA en insistant sur la relation existante avec la pratique des MGF, l'on pourrait sauver 142 (1391 x 10,17%) filles de la mutilation.

Si la femme change de mentalité en ne pensant plus que l'excision est une pratique religieuse, cela permettrait d'éviter que 298 (1391 x 21,43%) filles aient la zone génitale coupée ou cousue.

Si la femme a connaissance de l'existence de loi interdisant la pratique des MGF et de ces droits, alors ce sont 429 (1391 x 30,82%) cas de mutilations qui seront évitées.

RECOMMANDATIONS

Suites aux résultats obtenus, nous formulons les recommandations suivantes à l'endroit :

- ❖ Des autorités nationales notamment les ministères à charge de la santé, de la lutte contre le VIH, de la femme et de l'action sociale.
 - ▶ Mettre l'accent sur la diffusion de la loi sur la pratique des mutilations génitales féminines (à travers les radios locales, les émissions télé, des campagnes de sensibilisation, etc. par exemple)
 - ▶ Créer des projets de création d'activités génératrices de revenus pour les femmes (afin qu'elles s'occupent et qu'elles soient autonomes...)
 - ▶ Continuer les campagnes de sensibilisation sur le SIDA en insistant sur le lien d'avec la pratique des MGF
 - ▶ Faire des études sociologiques et anthropologiques dans les zones fortement touchées pour comprendre la culture qui sous-entend cette pratique

- ❖ Aux Organisations Non Gouvernementales
 - ▶ Créer des centres d'alphabétisations et d'éducation
 - ▶ Développer en la femme la connaissance de ses droits (modèle de l'ONG Tostan au Sénégal)
 - ▶ Mettre en œuvre des microprojets pour les femmes
 - ▶ Continuer les activités de communication pour le changement de comportement à l'égard du VIH et de la MGF
 - ▶ Etre un relais au Gouvernement dans le cadre de la diffusion de la loi.

- ❖ Aux autorités religieuses et traditionnelles
 - ▶ Faire des exposés ou des temps d'échanges sur la question des MGF pour éclairer les populations
 - ▶ Faire des IEC sur les MGF et ce, par catégorie de population (chef et notables, groupement de femme, groupe d'homme et de jeunes, groupement de jeunes filles, etc.)

CONCLUSION

La question de la pratique des mutilations génitales féminines est un sujet qui demeure toujours d'actualité étant donné ses répercussions négatives sur la santé de la femme. L'objet de cette étude était de mettre en évidence les déterminants de cette pratique en Côte d'Ivoire d'une part. D'autre part il s'agissait de déterminer le profil des femmes quant à l'intention de continuer ladite pratique et d'estimer le nombre de mutilation évitable.

Ainsi, les résultats de l'étude concluent que la persistance des MGF s'explique par les quatre dimensions suivantes : l'environnement, la culture, le niveau d'instruction et le statut économique. Par ailleurs, le comportement des femmes qui ont l'intention de continuer la pratique et celles qui n'en ont pas diffèrent fortement par la région, la religion, l'occupation de la femme, la connaissance du SIDA, la connaissance sur la loi de l'excision et en la croyance que la MGF est un rituel religieux. En outre l'estimation des cas évitables de mutilation en fonction des variables discriminantes a permis de mieux apprécier les priorités d'actions sur la problématique que constitue la MGF. L'établissement des priorités d'intervention en santé publique est important pour l'efficacité des objectifs et cette estimation vient apporter une orientation quant aux activités à entreprendre pour réduire la prévalence de la MGF en Côte d'Ivoire afin de donner une meilleure santé à la jeune fille et à la femme. Toutefois, ce processus de réduction doit être participatif pour espérer de meilleurs résultats. Dès lors un système intégré de lutte contre la pratique des mutilations génitales féminines composé d'acteurs nationaux, internationaux, confessionnels, traditionnels et caritatifs doit être mis en place pour un plan d'action percutant.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Avdeev Alexandre. Cours d'analyse démographique [en ligne]. Université paris 1 panthéon Sorbonne : Institut de démographie ; 2013, [consulté le 07 Mars 2014] |Disponible : www.dmo.econ.msu.ru/Teaching/demo/PDF/1-Lexis.pdf
- [2] Baya B. Excision et comportement sexuel des femmes au Burkina Faso. African population studies [en ligne]. 2011. vol 25, PP 646-679, [consulté le 27 Mai 2014] |Disponible : www.bioline.org.br/pdf?ep11046
- [3] Boujahma D. Les mutilations sexuelles féminines : Etat des lieux et prise en charge. [Mémoire de recherche]. France : Faculté libre de médecine de Lille ; 2007. 84p
- [4] Cappa C. Spéciale excision/mutilation génitale : bilan statistiques. Développement et santé. 2014 ;(n°205). PP 2-5
- [5] Centre International de Statistiques et d'Informatique Appliquées. Manuel de prise en main SPAD version 5 [en ligne]. Paris : CISIA-CERESTA. 2001. 340p, [consulté le 19 juillet 2014] |Disponible : <http://www.cisia.com>
- [6] Chitou B. Econométrie des "categorical limited dependant variables". Abidjan : ENSEA ; 84p
- [7] Diagne M. les différents types d'études en épidémiologie- mesures et associations. Dakar : CESAG. 2014 ; 88P
- [8] Diakité S. Analyse des données. Dakar : ENSAE-Sénégal. 2013; 64p
- [9] Hohlfeld P, C. Thierfelder, F. Jäger et Al. Les mutilations génitales féminines. Bulletin des médecins suisses [en ligne]. 2005 ; N°16. PP 961 -971, [consulté le 09 juillet 2014] |Disponible : www.hebamme.ch/x_data/news.../guideline_gynecologie%20suisse.pdf
- [10] Hurlin C. Econométrie des variables qualitatives. [En ligne]. Orléans : Université d'Orléans ; 2009, [consulté le 24 juillet 2014] |Disponible : www.univ-orleans.fr/deg/masters/ESA/CH/Qualitatif_Chapitre3.pdf
- [11] Kirk K. L'Abandon de l'Excision au Sénégal d'ici 2015: Une analyse de la Collaboration entre l'ONG Tostan et le Ministère de la Famille. [En ligne]. ISP Collection : Dakar : SIT Study Abroad ; 2009. Consulté le 15 juillet 2014] |Disponible : http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/767
- [12] Marchioli A. Marketing social et efficacité des campagnes de prévention de santé publique : apports et implications des récents modèles de la communication Persuasive. Communication & Marketing. 2006 ; (N°1). PP 37- 46
- [13] Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille. Programme national de lutte contre la pratique de l'excision : prise en charge médicale, psychosociale et juridique des complications liées aux MGF/Excision. [En ligne]. Bamako : Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille ; 2008. 118P, [consulté le 27 mai 2014] |Disponible : www.pnle.gouv.ml/RAPPORT_National_2008_VERSION__26_05_09.pdf
- [14] Ministère de l'action sociale, de la promotion de la femme, de la protection de l'enfant et des personnes âgées. Etude sur les mutilations génitales féminines au TOGO. [En ligne]. Lomé : Ministère

de l'action sociale, de la promotion de la femme, de la protection de l'enfant et des personnes âgées ; 2008. 147p, [consulté le 19 mai 2014]

[Disponible : www.unicef.org/wcaro/wcaro_togo_fgm_rapport.pdf

[15] Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA. Rapport de l'enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples. [En ligne]. Abidjan: Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA ; 2011. 591p, [consulté le 12 juillet 2014]

[Disponible : www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR272/FR272.pdf

[16] Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA. Plan National de Développement Sanitaire. Abidjan : Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA ; Mai 2012. 92 P

[17] Nations Unies. Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes [en ligne].

Conférence mondiale sur les femmes ; 1996 ; Beijing ; New York : Nations Unies. 245p, [consulté le 04 mars 2014]

[Disponible : www.un.org/womenwatch/daw/beijing/.../Beijing%20full%20report%20F.pdf

[18] Okonofua A F. Femal genital mutilation and reproductive health in Africa. African journal of reproductive health. [En ligne]. August 2006. Vol. 10. N°2. PP7-9, [consulté le 27 mai 2014]

[Disponible: www.bioline.org.br/request?rh06020

[19] Organisation Mondiale de la Santé. Eliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration interinstitution HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM. [En ligne]. Genève : OMS ; 2008. 51P, [consulté le 09 février 2014]

[Disponible : whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596441_fre.pdf

[20] Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines : OMS, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA. [En ligne]. Genève : OMS ; 2010. 29 P, [consulté le 09 février 2014]

[Disponible : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/rhr_10_9/fr/

[21] Organisation Mondiale de la Santé. Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains. [En ligne]. Genève : OMS ; 2006. 8P, [consulté le 22 janvier 2014] | Disponible : www.who.int/reproductive-health

[22] Population Council. Mutilations génitales féminines au Mali: Revue de la littérature et des actions menées, Projet de recherche opérationnelle et d'assistance technique en Afrique. [En ligne]. Bamako : Population Council ; 1997.43P, [consulté le 15 février 2014]

[Disponible : www.popcouncil.org/uploads/pdfs/frontiers/OR_TA/mal4.pdf

[23] Population Council et Comité national de lutte contre la pratique de l'excision. Analysis of the evolution of the practice of female genital mutilation/cutting in Burkina Faso. [En ligne]. Ouagadougou : Population Council et Comité national de lutte contre la pratique de l'excision ; 2008 56 P, [consulté le 22 janvier 2014]

[Disponible : www.popcouncil.org/uploads/pdfs/.../BurkinaFaso_FGMAnalysis.pdf

[24] Population Services International and Promarco. Rapport de l'enquête TRaC pour le suivi et l'évaluation de l'abandon de la pratique des mutilations génitales féminines dans les régions du centre-est, de l'est, du plateau Central, des hauts-bassins et du sud-ouest du Burkina Faso. Washington : Personal Services International ; 2010. 23P

- [25] Population Services International. Rapport final : les attitudes et les comportements en matière de mutilations génitales féminines à Bamako. Washington : Personal Services International ; 2007. 18P
- [26] Population Services International. Rapport d'enquête TRaC de base sur la pratique de l'excision en Guinée. Washington : Personal Services International ; 2009. 17P
- [27] Poulain A. Les mutilations sexuelles féminines : les pratiques professionnelles dans les maternités de seine-saint- Denis. [Thèse]. France : Université Paris Val-de-Marne ; 2007. 76p
- [28] Rakotomalala R. Pratique de la régression logistique [En ligne]. France : Université Lumière Lyon 2 ; 2011, 272 P, [consulté le 16 juillet 2014]
|Disponible : http://eric.univ-lyon2.fr/~ricco/cours/cours_regression_logistique.html
- [29] Sidibe K. Facteurs explicatifs de la pratique des mutilations génitales féminines au Mali. [Mémoire d'étude]. Cameroun : IFORD. 2010. 97P
- [30] Unicef. Statistical profile on female genital mutilation/cutting in Côte d'Ivoire. [En ligne]. New York : UNICEF ; 2013. 4P, [consulté le 07 Mars 2014]
|Disponible : www.unicef.org/media/.../UNICEF_FGM_report_July_2013_Hi_res.pdf
- [31] Wellfens E. Système informatique et de gestion aux fins de santé de la reproduction. Abidjan : ENSEA. 2011 ; 17 P

TABLE DE MATIERE

DEDICACE	ii
AVANT PROPOS	v
REMERCIEMENTS	vi
SIGLES ET ABREVIATIONS	vii
LISTE DES ILLUSTRATIONS	ix
RESUME.....	x
ABSTRACT	xii
INTRODUCTION	1
JUSTIFICATION ET CONTEXTE	1
Intérêt de l'étude.....	2
PROBLEMATIQUE.....	3
OBJECTIF GENERAL	4
OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	4
HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	5
PARTIE I : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE ET REVUE DE LA LITTERATURE.....	6
CHAPITRE I : CADRE DE L'ETUDE	7
I.1 SITUATION GEOGRAPHIQUE ET ADMINISTRATIVE.....	7
I.2 SITUATION DEMOGRAPHIQUE	8
I.3 SITUATION ECONOMIQUE.....	8
I.4 SITUATION SOCIOCULTURELLE.....	8
I.5 ÉTAT DES LIEUX DE LA PRATIQUE DES MGF EN COTE D'IVOIRE.....	9
CHAPITRE II : DEFINITIONS DE CONCEPTS.....	11
II.1 MUTILATION GENITALE FEMININE.....	11
II.2 MARKETING SOCIAL	11
II.3 ENQUETE TRaC	12
II.4 FACTEURS D'OPPORTUNITE, DE CAPACITE ET DE MOTIVATION.....	12
II.5 SANTE MATERNELLE.....	13
II.6 MORTALITE MATERNELLE ou DECES MATERNEL	13
a) Décès par causes obstétricales directes.....	14
b) Décès par causes obstétricales indirectes	14
II.7 SANTE DE LA REPRODUCTION OU SANTE REPRODUCTIVE	14
II.8 INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE (ISF)	15
II.9 TAUX BRUT DE NATALITE (TBN)	15
II.10 TAUX BRUT DE MORTALITE (TBM)	15

CHAPITRE III : REVUE DE LA LITTERATURE.....	16
III.1 ORIGINE DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES.....	16
a) Motifs religieux	16
b) Motifs psycho- Sexuels.....	16
c) Motifs sociologiques	17
d) Motifs esthétiques et hygiéniques.....	17
e) Motifs liés à la fécondité.....	17
III.2 TYPOLOGIE DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES	17
III.3 CONSEQUENCES LIEES A LA PRATIQUE DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES	18
III.3.1 Conséquences immédiates ou à court terme	18
III.3.2 Conséquences à moyen et long termes.....	19
III.4 MUTILATIONS GENITALES FEMININES ET DROITS HUMAINS.....	20
III.4.1 Au niveau international	20
III.4.2 Au niveau régional	21
III.4.3 Au niveau national	22
III.5 QUELQUES ETUDES SUR LES DETERMINANTS DE LA PRATIQUE DE LA MUTILATION GENITALE FEMININE	22
PARTIE II : CADRE METHODOLOGIQUE, RESULTATS ET DISCUSSIONS	28
CHAPITRE I:CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE.....	29
I.1 SOURCE DE DONNEES	29
a) Type de données.....	29
b) Population de l'étude.....	29
I.2 VARIABLES DE L'ETUDE	29
I.3 METHODOLOGIE POUR L'ANALYSE DES DETERMINANTS DE LA MGF	30
I.3.1 Approche descriptive	30
I.3.2 Approche explicative	30
I.3.2.1 Diagnostic du modèle.....	32
I.3.2.2 Qualité du modèle.....	32
I.4 METHODOLOGIE POUR L'ANALYSE DISCRIMINANTES DU COMPORTEMENT DES FEMMES SUR LA CONTNUITE DE LA MGF.....	34
I.4.1 Démarche de l'analyse factorielle discriminante.....	34
I.4.2 Méthodes de calcul de mutilations évitables	35
I.5 LOGICIELS UTILISES.....	36
CHAPITRE II: PRESENTATION DES RESULTATS.....	37
II.1 ANALYSE DESCRIPTIVE DES DONNEES.....	37
II.1.1 Caractéristiques sociodémographiques.....	37
II.1.2 Situation de la mutilation génitale féminine	40
II.2 FACTEURS DETERMINANTS DE LA PRATIQUE DE LA MUTILATION GENITALE FEMININE.....	42

II.2.1 Diagnostic du modèle	42
II.2.2 Qualité du modèle et de la prédiction.....	43
II.2.2.1 Le test de rapport de vraisemblance.....	43
II.2.2.2 La courbe ROC	43
II.2.2.2 Niveau de prédiction du modèle	43
II.2.3 Facteurs explicatifs de la pratique des MGF.....	44
II.3 FACTEURS DISCRIMINANTS LE COMPORTEMENT DES FEMMES SUR LA CONTINUITE DE LA MGF.....	46
II.3.1 Résultat du test de Chi2.....	46
II.3.2 Résultats de la mise en œuvre de l'ACM	47
II.3.3 Résultats de l'analyse factorielle Discriminante	50
II.3.4 Calcul du nombre de mutilations évitables sur facteurs discriminants	51
II.3.4.1 Effets marginaux des modalités discriminantes.....	51
II.3.4.2 Estimation du nombre total de naissances féminines dont les mères ont l'intention de continuer la pratique des MGF.....	53
II.3.4.3 Estimation du nombre de mutilation évitable par	53
CHAPITRE III: COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS DES RESULTATS DE L'ETUDE	54
III.1 ANALYSE DES FACTEURS DETERMINANTS DE LA PRATIQUE DE LA MGF	54
III.1.1 Analyse fondée sur les effets marginaux.....	54
III.1.2 Analyse fondée sur les rapports de cote (Odd Ratio).....	54
III.2 ANALYSE DES FACTEURS DISCRIMINANTS LE COMPORTEMENT DES FEMMES SUR LA CONTINUITE DE LA PRATIQUE DE LA MGF	56
III.2.1 Profils des femmes.....	56
<i>Classe 1 : Femmes ayant l'intention d'abandonner la pratique des MGF.....</i>	56
<i>Classe 2 : Femmes ayant l'intention de continuer la pratique des MGF.....</i>	56
III.2.2 Commentaire sur les cas de mutilations évitables	57
RECOMMANDATIONS	58
CONCLUSION	59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	60
TABLE DE MATIERE.....	63
ANNEXES	66

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau synthétique des conséquences des MGF

Conséquences immédiates	
Infections	Infection locale
	Infection généralisée
	Choc septique
	Infection VIH
	Tétanos
	Gangrène
Problèmes urinaires	Rétention urinaire
	Œdème de l'urètre
	Dysurie
Blessures	Lésions des organes adjacents
	Fractures (fémur, clavicule, humérus)
	Traumatisme psychiques
Saignements	hémorragie
	Choc hémorragique
	Anémie
	décès
Conséquences à long terme	
Gynécologie/Sexualité/Menstruations	Dyspareunie, dysfonction sexuelle
	Sténose vaginale
	Infertilité, stérilité
	Endométrite chronique, annexites
	Dysménorrhée
	Ménorragie
Problèmes urinaires	Infection urinaires à répétition
	Vaginite chronique
	Troubles de la miction
	Incontinence urinaire
	Calculs vaginaux
Problèmes cicatriciels	Abcès récidivants
	Chéloïdes, kystes dermoïdes, névromes
	Hématocolpos
Problèmes durant la grossesse et l'accouchement	Sous-alimentation (pout tenter d'éviter la naissance d'un gros bébé)
	Difficultés lors des examens vaginaux
	Impossibilité de cathétériser la vessie
	Impossibilité de mesurer le PH subpartum
	Augmentation de la durée de la 2ème phase du travail
	Déchirures périnéales
	Hémorragie du post-partum
	Infection de plaies périnéales
	Fistules vésico-ou recto- vaginales
	Augmentation de la mortalité périnatale
Problèmes psychiques	Dépression
	Syndrome posttraumatique

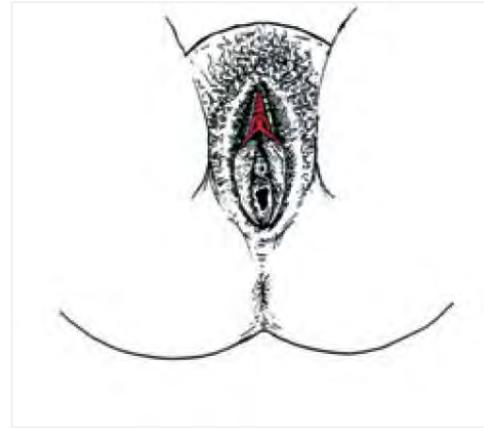
Source : bulletin des médecins suisses (2005), Editores Medicorum Helveticorum, N°16

Annexe 2 : anatomie des différentes formes de mutilation génitale féminine

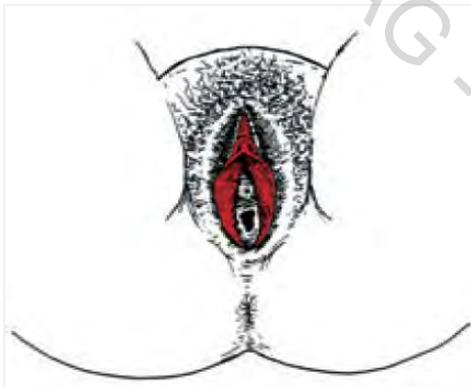
Type I : excision du prépuce clitoridien, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris



Type II : excision du clitoris, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris



Type III : infibulation



Type IV : regroupe toutes les interventions non classées

- Piqûre, perforation ou incision du clitoris et/ou des petites et des grandes lèvres.
- Etirement du clitoris et/ou des lèvres

Annexe 3: estimation des paramètres de la régression logit

Logistic regression	Number of obs	=	1847
	LR chi2(29)	=	518.16
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -786.36144	Pseudo R2	=	0.2478

<u>_Ifillexcis_1</u>	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
_Iv024_5	.0638845	.2039024	0.31	0.754	-.3357568 .4635259
_Iv024_7	-.2120028	.1899861	-1.12	0.264	-.5843687 .160363
_Iv024_8	-.7186092	.2444116	-2.94	0.003	-1.197647 -.2395712
_Iv025_2	.361058	.1811976	1.99	0.046	.0059173 .7161988
_Iv106_1	-.626623	.242119	-2.59	0.010	-1.101167 -.1520786
_Iv106_2	-1.795579	.6991123	-2.57	0.010	-3.165814 -.4253436
_Iv106_3	0	(omitted)			
v130	-.0098098	.0119911	-0.82	0.413	-.033312 .0136924
v131	.0050738	.0019197	2.64	0.008	.0013112 .0088363
_Iv701_1	-.6558281	.1886533	-3.48	0.001	-1.025582 -.2860744
_Iv701_2	-.471787	.2541895	-1.86	0.063	-.9699893 .0264152
_Iv701_3	0	(omitted)			
_Iv701_8	-1.286455	.6466328	-1.99	0.047	-2.553832 -.0190778
_Iv701_9	.3740794	1.046674	0.36	0.721	-1.677365 2.425523
v705	-.014762	.0098526	-1.50	0.134	-.0340726 .0045487
_Iv717_1	0	(omitted)			
_Iv717_2	2.419239	.9354229	2.59	0.010	.5858435 4.252634
_Iv717_3	.4481099	.1847363	2.43	0.015	.0860334 .8101864
_Iv717_4	.3864313	.1703427	2.27	0.023	.0525657 .7202969
_Iv717_6	1.399502	.9920412	1.41	0.158	-.544863 3.343867
_Iv717_7	-1.09102	.7867692	-1.39	0.166	-2.633059 .4510194
_Iv717_8	.6475305	.4882879	1.33	0.185	-.3094963 1.604557
_Iv717_9	1.307337	.5074439	2.58	0.010	.3127655 2.301909
_Iv717_98	0	(omitted)			
_Iv751_1	.4550273	.244257	1.86	0.062	-.0237077 .9337623
_Igl02_1	3.788857	.5984314	6.33	0.000	2.615953 4.961761
_Igl18_1	1.188949	.1417121	8.39	0.000	.9111988 1.4667
_Igl18_8	-.2648592	.2424865	-1.09	0.275	-.740124 .2104056
_Igl18_9	.5892586	.5999536	0.98	0.326	-.5866288 1.765146
v150	-.0432716	.028558	-1.52	0.130	-.0992442 .012701
v157	-.6907275	.4991509	-1.38	0.166	-1.669045 .2875904
v158	-.018173	.0866701	-0.21	0.834	-.1880433 .1516972
v159	-.0362197	.0754678	-0.48	0.631	-.1841338 .1116945
_cons	-6.09077	.7945537	-7.67	0.000	-7.648067 -4.533474

Annexe 4: les effets marginaux après régression logit

Marginal effects after logit

$$y = \text{Pr}(\text{_Ifillexcis_1}) \text{ (predict)}$$

$$= .12182995$$

variable	dy/dx	Std. Err.	z	P> z	[95% C.I.]	X
_Iv024_5*	.0069219	.02238	0.31	0.757	-.036939 .050783	.238766
_Iv024_7*	-.0220851	.01947	-1.13	0.257	-.060239 .016069	.330265
_Iv024_8*	-.0656732	.02009	-3.27	0.001	-.105051 -.026295	.200866
_Iv025_2*	.0364896	.01772	2.06	0.039	.001765 .071214	.714131
_Iv106_1*	-.0571064	.01958	-2.92	0.004	-.095478 -.018735	.155929
_Iv106_2*	-.1064557	.02271	-4.69	0.000	-.150966 -.061945	.045479
v130	-.0010495	.00129	-0.82	0.415	-.003571 .001472	3.25555
v131	.0005428	.0002	2.67	0.008	.000144 .000942	154.189
_Iv701_1*	-.0601749	.01601	-3.76	0.000	-.091545 -.028805	.182999
_Iv701_2*	-.0443258	.02126	-2.08	0.037	-.086003 -.002648	.133189
_Iv701_8*	-.0868784	.02638	-3.29	0.001	-.138582 -.035175	.021115
_Iv701_9*	.0459667	.14612	0.31	0.753	-.240426 .332359	.002166
v705	-.0015793	.00107	-1.48	0.138	-.003667 .000509	5.31132
_Iv717_2*	.4849617	.22213	2.18	0.029	.049594 .92033	.00758
_Iv717_3*	.0513848	.0231	2.22	0.026	.006119 .096651	.300487
_Iv717_4*	.0425776	.01971	2.16	0.031	.003952 .081203	.406064
_Iv717_6*	.2375288	.22825	1.04	0.298	-.209837 .684894	.003249
_Iv717_7*	-.0787654	.03597	-2.19	0.029	-.149273 -.008258	.020574
_Iv717_8*	.0871174	.08031	1.08	0.278	-.070295 .24453	.015701
_Iv717_9*	.2150694	.11301	1.90	0.057	-.006418 .436557	.013535
_Iv751_1*	.0420137	.01977	2.12	0.034	.003257 .080771	.927991
_Igl102_1*	.2405531	.01506	15.97	0.000	.211037 .27007	.771521
_Igl118_1*	.1550587	.02617	5.92	0.000	.103761 .206357	.285328
_Igl118_8*	-.0261327	.02216	-1.18	0.238	-.069563 .017298	.095831
_Igl118_9*	.0780044	.09585	0.81	0.416	-.109863 .265871	.007038
v150	-.0046295	.00309	-1.50	0.134	-.010686 .001427	2.87872
v157	-.0738991	.05289	-1.40	0.162	-.177565 .029767	.07634
v158	-.0019443	.00927	-0.21	0.834	-.020122 .016233	.459123
v159	-.0038751	.00809	-0.48	0.632	-.019726 .011976	.669735

Annexe 6: coordonnées, contribution et cosinus carré des modalités actives

COORDONNEES, CONTRIBUTIONS ET COSINUS CARRÉS DES MODALITÉS ACTIVES

AXES 1 A 5

MODALITES		COORDONNEES					CONTRIBUTIONS					COSINUS CARRÉS						
IDEN	LIBELLE	P.REL	DISTO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1 . Region																		
RE01	Centre-Nord	2.70	2.71	-0.67	-0.45	-0.22	0.01	-0.42	4.0	3.0	0.9	0.0	4.2	0.16	0.07	0.02	0.00	0.07
RE02	Nord	2.25	3.45	0.17	0.11	-0.69	-0.96	0.69	0.2	0.2	7.4	15.0	9.2	0.01	0.00	0.14	0.27	0.14
RE03	Nord-Ouest	3.00	2.33	0.72	-0.38	0.12	0.54	-0.29	5.2	2.5	0.3	6.4	2.2	0.22	0.06	0.01	0.13	0.04
RE04	Ouest	2.06	3.86	-0.36	1.02	0.87	0.25	0.23	0.9	12.1	10.8	0.9	0.9	0.03	0.27	0.20	0.02	0.01
CONTRIBUTION CUMULEE = 10.3 17.7 19.4 22.3 16.4																		
2 . Type of place of residence																		
MI01	Urbain	3.92	1.55	-0.69	-0.53	-0.01	0.14	0.38	6.3	6.1	0.0	0.5	5.0	0.31	0.18	0.00	0.01	0.10
MI02	Rural	6.08	0.65	0.45	0.34	0.01	-0.09	-0.25	4.1	3.9	0.0	0.3	3.2	0.31	0.18	0.00	0.01	0.10
CONTRIBUTION CUMULEE = 10.4 10.1 0.0 0.9 8.3																		
3 . Religion																		
RE01	Musulmane	5.30	0.89	0.28	-0.67	0.12	0.01	0.12	1.4	13.4	0.5	0.0	0.7	0.09	0.50	0.02	0.00	0.02
RE02	Chretienne	2.77	2.60	-0.92	0.60	0.20	-0.01	-0.31	7.8	5.6	0.8	0.0	2.3	0.32	0.14	0.01	0.00	0.04
RE03	Animiste	0.50	18.92	0.84	0.49	-0.82	0.75	-1.48	1.2	0.7	2.3	2.1	9.5	0.04	0.01	0.04	0.03	0.12
RE04	sans religion	1.43	6.01	0.45	1.14	-0.53	-0.27	0.67	1.0	10.5	2.8	0.8	5.5	0.03	0.22	0.05	0.01	0.07
CONTRIBUTION CUMULEE = 11.3 30.2 6.4 2.8 18.0																		
9 . Husband/partner's education level																		
NI01	hom_aucun niveau	4.76	1.10	0.64	-0.14	-0.14	-0.28	-0.09	6.5	0.5	0.7	2.6	0.3	0.37	0.02	0.02	0.07	0.01
NI02	hom_Primaire	1.34	6.45	0.05	0.45	0.64	0.05	-0.60	0.0	1.5	3.9	0.0	4.2	0.00	0.03	0.06	0.00	0.06
NI03	hom_Secondaire	1.09	8.16	-0.55	0.42	1.19	0.13	0.79	1.1	1.1	10.7	0.1	6.0	0.04	0.02	0.17	0.00	0.08
NI04	hom_supérieur	0.25	38.41	-1.50	-0.19	-0.08	-0.01	-0.86	1.9	0.0	0.0	0.0	1.6	0.06	0.00	0.00	0.00	0.02
NI05	hom_NSP	0.21	47.22	-0.12	0.65	0.63	-0.84	1.57	0.0	0.5	0.6	1.1	4.5	0.00	0.01	0.01	0.01	0.05
9_	*Reponse manqua*	2.35	3.26	-0.90	-0.21	-0.68	0.55	0.11	6.4	0.6	7.5	5.1	0.2	0.25	0.01	0.14	0.09	0.00
CONTRIBUTION CUMULEE = 15.9 4.2 23.4 8.9 16.8																		
11 . Respondent's occupation (grouped)																		
V101	fem_sans emploi	3.06	2.27	-0.34	-0.29	-0.46	0.41	-0.23	1.2	1.4	4.5	3.8	1.4	0.05	0.04	0.09	0.07	0.02
V104	fem_commercante	2.94	2.41	-0.19	-0.36	0.64	-0.15	0.59	0.3	2.1	8.5	0.5	8.9	0.01	0.05	0.17	0.01	0.15
V105	fem_propre_agri	3.18	2.14	0.75	0.55	-0.19	-0.29	-0.28	6.0	5.4	0.8	2.0	2.1	0.26	0.14	0.02	0.04	0.04
V108	fem_services	0.41	23.11	-0.85	0.24	0.17	0.43	0.70	1.0	0.1	0.1	0.6	1.8	0.03	0.00	0.00	0.01	0.02
V109	fem_travail_man	0.41	23.60	-1.12	0.23	0.12	-0.15	-1.07	1.7	0.1	0.0	0.1	4.1	0.05	0.00	0.00	0.00	0.05
CONTRIBUTION CUMULEE = 10.2 9.2 13.9 6.8 18.3																		
12 . Ever heard of AIDS																		
CO01	VIH_Non	0.78	11.81	1.00	0.67	-1.17	0.71	0.52	2.6	2.0	7.4	2.9	1.8	0.08	0.04	0.11	0.04	0.02
CO02	VIH_Oui	9.22	0.08	-0.08	-0.06	0.10	-0.06	-0.04	0.2	0.2	0.6	0.2	0.2	0.08	0.04	0.11	0.04	0.02
CONTRIBUTION CUMULEE = 2.8 2.1 8.0 3.1 2.0																		
13 . Respondent circumcised																		
FE01	fem_non_exisee	3.21	2.11	-0.82	0.34	-0.34	0.25	-0.33	7.2	2.1	2.5	1.5	3.0	0.32	0.05	0.05	0.03	0.05
FE02	fem_excisee	6.79	0.47	0.39	-0.16	0.16	-0.12	0.16	3.4	1.0	1.2	0.7	1.4	0.32	0.05	0.05	0.03	0.05
CONTRIBUTION CUMULEE = 10.6 3.1 3.8 2.1 4.5																		
14 . Female circumcision required by religion																		
V101	REL_MGF_Non	6.49	0.54	-0.35	0.23	-0.12	-0.33	-0.02	2.6	1.9	0.7	5.0	0.0	0.22	0.10	0.03	0.20	0.00
V102	REL_MGF_Oui	2.44	3.09	0.56	-0.95	0.46	0.13	-0.28	2.6	12.3	3.7	0.3	1.6	0.10	0.29	0.07	0.01	0.03
V103	REL_MGF_NSP	1.06	8.40	0.82	0.78	-0.31	1.68	0.76	2.4	3.7	0.7	21.7	5.4	0.08	0.07	0.01	0.34	0.07
CONTRIBUTION CUMULEE = 7.6 17.9 5.1 27.0 7.0																		
16 . Is FGC legal																		
V101	loi_oui	8.41	0.19	-0.17	-0.03	-0.07	-0.24	-0.05	0.8	0.1	0.3	3.5	0.2	0.16	0.01	0.02	0.30	0.01
V102	loi_non	0.22	44.81	0.32	-0.35	1.95	0.44	-0.99	0.1	0.2	5.8	0.3	1.9	0.00	0.00	0.09	0.00	0.02
V103	loi_NSP	1.37	6.32	1.01	0.26	0.09	1.40	0.47	4.6	0.5	0.1	19.4	2.6	0.16	0.01	0.00	0.31	0.03
CONTRIBUTION CUMULEE = 5.6 0.7 6.2 23.2 4.6																		
18 . Highest educational level																		
V101	fem_aucun niveau	6.77	0.48	0.45	-0.05	-0.08	-0.13	-0.04	4.6	0.1	0.3	0.9	0.1	0.42	0.01	0.01	0.04	0.00
V102	fem_primaire	1.89	4.28	-0.68	0.53	0.80	0.20	-0.23	3.0	3.0	8.5	0.5	0.9	0.11	0.07	0.15	0.01	0.01
V103	fem_Secondaire	1.34	6.48	-1.31	-0.48	-0.73	0.39	0.52	7.7	1.7	5.0	1.4	3.2	0.26	0.03	0.08	0.02	0.04
CONTRIBUTION CUMULEE = 15.2 4.8 13.8 2.8 4.1																		

Annexe 7: caractérisation des classes par les modalités des variables

➤ Classe 1/2

†

CARACTERISATION PAR LES MODALITES DES CLASSES OU MODALITES
DE Coupure 'a' de l'arbre en 2 classes
CLASSE 1 / 2

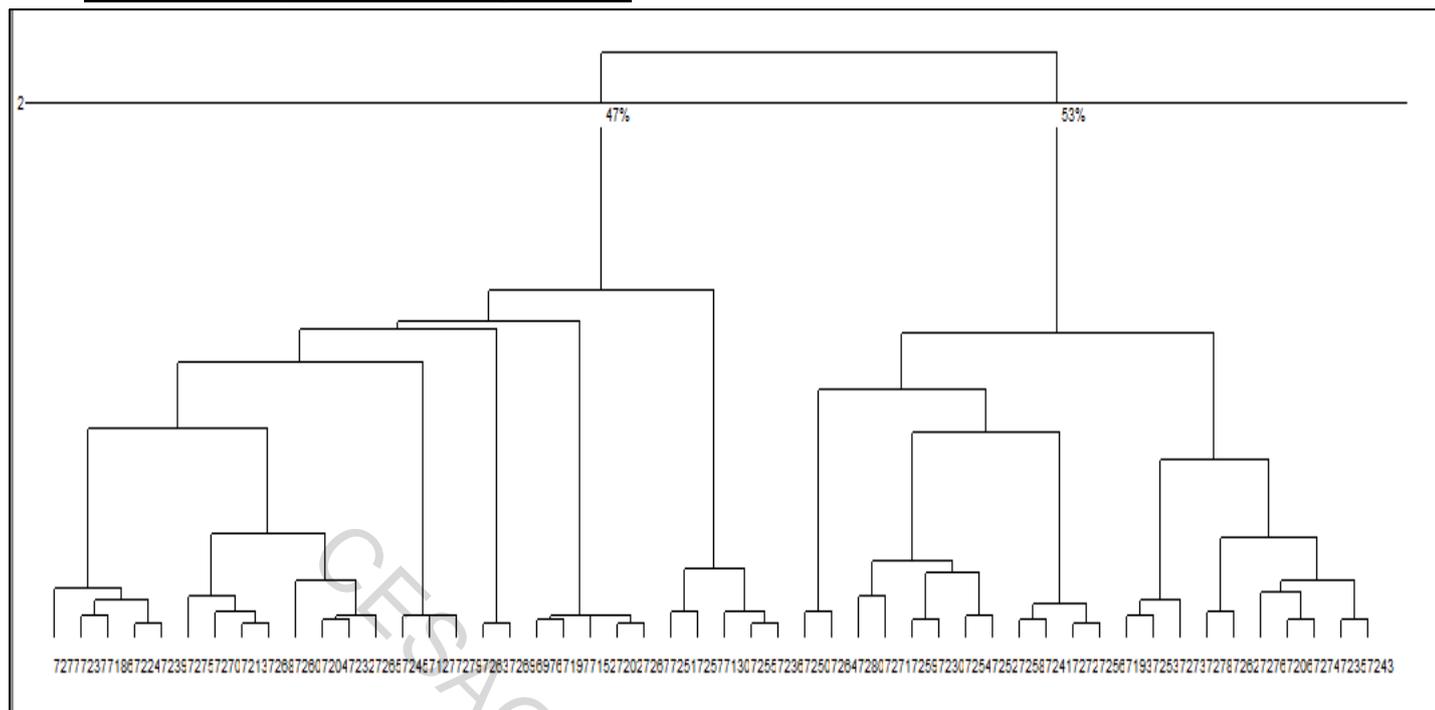
V.TEST	PROBA	CLA/MOD	MOD/CLA	POURCENTAGES GLOBAL	MODALITES CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES	IDEN	POIDS
				46.47	CLASSE 1 / 2		aa1a	1703
31.18	0.000	86.65	51.44	27.59	Chretienne	Religion	RE02	1011
30.06	0.000	76.70	64.77	39.24	Urbain	Type of place of residence	MI01	1438
28.01	0.000	79.35	54.84	32.11	fem_non_exisee	Respondent circumcised	FE01	1177
26.02	0.000	97.27	27.19	12.99	fem_Secondaire	Highest educational level	V103	476
25.37	0.000	61.41	85.79	64.91	REL_MGF Non	Female circumcision required by religion	V101	2379
25.13	0.000	82.91	41.87	23.47	*Reponse manquante*	Husband/partner's education level	9_	860
21.80	0.000	57.19	89.20	72.47	Abandonner_MGF	Female circumcision: continue or be stopped	G102	2656
20.66	0.000	81.26	32.59	18.64	fem_primaire	Highest educational level	V102	683
19.91	0.000	73.21	42.51	26.98	Centre-Nord	Region	RE01	989
16.02	0.000	51.98	94.13	84.15	loi_oui	Is FGC legal	V101	3084
15.45	0.000	82.00	19.26	10.91	hom_Secondaire	Husband/partner's education level	NI03	400
14.04	0.000	49.60	98.41	92.20	VIH_Oui	Ever heard of AIDS	CO02	3379
13.35	0.000	68.04	30.12	20.57	Ouest	Region	RE04	754
10.68	0.000	96.77	5.28	2.54	hom_supérieur	Husband/partner's education level	NI04	93
8.59	0.000	57.35	36.88	29.88	fem_sans emploi	Respondent's occupation (grouped)	V101	1095
8.50	0.000	57.59	35.41	28.57	fem_commercante	Respondent's occupation (grouped)	V104	1047
8.27	0.000	82.26	5.99	3.38	fem_services	Respondent's occupation (grouped)	V108	124
7.29	0.000	80.56	5.11	2.95	fem_travail_manual_q	Respondent's occupation (grouped)	V109	108
4.26	0.000	71.05	3.17	2.07	hom_NSP	Husband/partner's education level	NI05	76
-8.89	0.000	32.93	15.91	22.46	Nord	Region	RE02	823
-9.89	0.000	12.36	1.29	4.86	Animiste	Religion	RE03	178
-10.79	0.000	24.95	7.57	14.11	sans religion	Religion	RE04	517
-11.56	0.000	19.74	4.52	10.64	REL_MGF_NSP	Female circumcision required by religion	V103	390
-14.04	0.000	9.44	1.59	7.80	VIH_Non	Ever heard of AIDS	CO01	286
-16.01	0.000	34.07	38.81	52.93	Musulmane	Religion	RE01	1940
-16.96	0.000	13.17	3.88	13.67	loi_NSP	Is FGC legal	V103	501
-20.01	0.000	18.42	9.69	24.45	REL_MGF_Oui	Female circumcision required by religion	V102	896
-21.80	0.000	18.24	10.80	27.53	Continuer_MGF	Female circumcision: continue or be stopped	G101	1009
-23.56	0.000	17.74	11.45	29.99	Nord-Ouest	Region	RE03	1099
-26.80	0.000	14.69	9.75	30.83	fem_propre_agricultu	Respondent's occupation (grouped)	V105	1130
-28.01	0.000	30.91	45.16	67.89	fem_excisee	Respondent circumcised	FE02	2488
-30.06	0.000	26.94	35.23	60.76	Rural	Type of place of residence	MI02	2227
-34.26	0.000	17.72	18.14	47.59	hom_aucun niveau	Husband/partner's education level	NI01	1744
-36.83	0.000	26.16	37.87	67.29	fem_aucun niveau	Highest educational level	V101	2466
-99.99	0.000	0.00	0.00	0.00	fem_employé_agricult	Respondent's occupation (grouped)	V106	0

➤ Classe 2/2

†
CLASSE 2 / 2

V.TEST	PROBA	---- POURCENTAGES ----			MODALITES		IDEN	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES		
				53.53	CLASSE 2 / 2		aa2a	1962
36.83	0.000	73.84	92.81	67.29	fem_aucun niveau	Highest educational level	V101	2466
34.26	0.000	82.28	73.14	47.59	hom_aucun niveau	Husband/partner's education level	NI01	1744
30.06	0.000	73.06	82.93	60.76	Rural	Type of place of residence	MI02	2227
28.01	0.000	69.09	87.61	67.89	fem_excisee	Respondent circumcised	FE02	2488
26.80	0.000	85.31	49.13	30.83	fem_propre_agricultu	Respondent's occupation (grouped)	V105	1130
23.56	0.000	82.26	46.08	29.99	Nord-Ouest	Region	RE03	1099
21.80	0.000	81.76	42.05	27.53	Continuer_MGF	Female circumcision: continue or be stopped	G101	1009
20.01	0.000	81.58	37.26	24.45	REL_MGF_Oui	Female circumcision required by religion	V102	896
16.96	0.000	86.83	22.17	13.67	loi_NSP	Is FGC legal	V103	501
16.01	0.000	65.93	65.19	52.93	Musulmane	Religion	RE01	1940
14.04	0.000	90.56	13.20	7.80	VIH_Non	Ever heard of AIDS	CO01	286
11.56	0.000	80.26	15.95	10.64	REL_MGF_NSP	Female circumcision required by religion	V103	390
10.79	0.000	75.05	19.78	14.11	sans religion	Religion	RE04	517
9.89	0.000	87.64	7.95	4.86	Animiste	Religion	RE03	178
8.89	0.000	67.07	28.13	22.46	Nord	Region	RE02	823
-4.26	0.000	28.95	1.12	2.07	hom_NSP	Husband/partner's education level	NI05	76
-7.29	0.000	19.44	1.07	2.95	fem_travail_manual_q	Respondent's occupation (grouped)	V109	108
-8.27	0.000	17.74	1.12	3.38	fem_services	Respondent's occupation (grouped)	V108	124
-8.50	0.000	42.41	22.63	28.57	fem_commercante	Respondent's occupation (grouped)	V104	1047
-8.59	0.000	42.65	23.80	29.88	fem_sans emploi	Respondent's occupation (grouped)	V101	1095
-10.68	0.000	3.23	0.15	2.54	hom_supérieur	Husband/partner's education level	NI04	93
-13.35	0.000	31.96	12.28	20.57	Ouest	Region	RE04	754
-14.04	0.000	50.40	86.80	92.20	VIH_Oui	Ever heard of AIDS	CO02	3379
-15.45	0.000	18.00	3.67	10.91	hom_Secondaire	Husband/partner's education level	NI03	400
-16.02	0.000	48.02	75.48	84.15	loi_oui	Is FGC legal	V101	3084
-19.91	0.000	26.79	13.51	26.98	Centre-Nord	Region	RE01	989
-20.66	0.000	18.74	6.52	18.64	fem_primaire	Highest educational level	V102	683
-21.80	0.000	42.81	57.95	72.47	Abandonner_MGF	Female circumcision: continue or be stopped	G102	2656
-25.13	0.000	17.09	7.49	23.47	*Reponse manquante*	Husband/partner's education level	9_	860
-25.37	0.000	38.59	46.79	64.91	REL_MGF_Non	Female circumcision required by religion	V101	2379
-26.02	0.000	2.73	0.66	12.99	fem_Secondaire	Highest educational level	V103	476
-28.01	0.000	20.65	12.39	32.11	fem_non_exisee	Respondent circumcised	FE01	1177
-30.06	0.000	23.30	17.07	39.24	Urbain	Type of place of residence	MI01	1438
-31.18	0.000	13.35	6.88	27.59	Chretienne	Religion	RE02	1011
-99.99	0.000	0.00	0.00	0.00	fem_employé_agricult	Respondent's occupation (grouped)	V106	0

Annexe 8: classification hiérarchique directe



Annexe 9: résultats de la fonction discriminante

R2 =	0.24589	F =	119.14451	PROBA =	0.000
D2 =	1.63342	T2 =	1194.37964	PROBA =	0.000
.....					
FONCTION LINEAIRE DE FISHER RECONSTITUEE A PARTIR DES VARIABLES D'ORIGINE					
VARIABLES		COEFFICIENTS		ECARTS	T
.....		FONCTION REGRESSION		TYPES	STUDENT
NUM	IDEN	LIBELLE	DISC.	(RES. TYPE REG.)	
.....					
1	RE01	Centre-Nord	-6.4254	-2.1655	0.1661 13.04 0.000
1	RE02	Nord	-4.3254	-1.4577	0.1924 7.58 0.000
1	RE03	Nord-Ouest	8.5200	2.8714	0.1185 24.23 0.000
1	RE04	Ouest	0.7307	0.2463	0.1591 1.55 0.122
2	MI01	Urbain	-1.2768	-0.4303	0.0764 5.63 0.000
2	MI02	Rural	0.8244	0.2779	0.0493 5.63 0.000
3	RE01	Musulmane	3.7236	1.2549	0.0773 16.23 0.000
3	RE02	Chretienne	-6.0865	-2.0513	0.1117 18.36 0.000
3	RE03	Animiste	-0.7416	-0.2499	0.3080 0.81 0.417
3	RE04	sans religion	-1.3773	-0.4642	0.1672 2.78 0.006
3	RE05	autre religion	-11.9072	-4.0130	0.7318 5.48 0.000
5	FR01	magazine_jamais	0.2577	0.0869	0.0258 3.37 0.001
5	FR02	magazine_moins d'une	-0.7325	-0.2469	0.2817 0.88 0.381
5	FR03	magazine_au moins une	-4.3619	-1.4701	0.3582 4.10 0.000
5	FR04	magazine_presque tou	0.0000	0.0000	0.0000 0.00 1.000
6	V701	radio_jamais	0.2562	0.0864	0.0552 1.56 0.118
6	V702	radio_moins d'une fo	-0.5423	-0.1828	0.1931 0.95 0.344
6	V703	radio_au moins une f	-0.5068	-0.1708	0.1730 0.99 0.324
6	V704	radio_presque toujou	0.0000	0.0000	0.0000 0.00 1.000
7	V801	tele_jamais	0.2914	0.0982	0.0584 1.68 0.093
7	V802	tele_moins d'une foi	1.7018	0.5735	0.2036 2.82 0.005
7	V803	tele_au moins une fo	-1.1968	-0.4033	0.0835 4.83 0.000
7	V804	tele_presque toujours	0.0000	0.0000	0.0000 0.00 1.000
9	NI01	hom_aucun niveau	1.2075	0.4070	0.0648 6.28 0.000
9	NI02	hom_Primaire	-2.5212	-0.8497	0.2355 3.61 0.000
9	NI03	hom_Secondaire	-1.0245	-0.3453	0.2236 1.54 0.123
9	NI04	hom_supérieur	-1.7117	-0.5769	0.5488 1.05 0.293
9	NI05	hom_NSP	4.9071	1.6538	0.5640 2.93 0.003
10	OC01	hom_sans emploi	1.4838	0.5001	0.7720 0.65 0.517
10	OC02	hom_Professionnel	-1.2989	-0.4378	0.3777 1.16 0.246
10	OC03	hom_guerisseur_devin	8.6116	2.9023	0.4545 6.39 0.000

Logistic regression

Number of obs = 2805

LR chi2(40) = 913.93

Prob > chi2 = 0.0000

Pseudo R2 = 0.2625

Log likelihood = -1283.9487

_Igl19_2	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
_IRegion_2	.1085441	.168824	0.64	0.520	-.2223449	.4394331
_IRegion_3	-.3729975	.1570033	-2.38	0.018	-.6807182	-.0652767
_IRegion_4	-.6326802	.1782131	-3.55	0.000	-.9819715	-.2833888
_Imilieu_re_2	-.0479205	.144766	-0.33	0.741	-.3316567	.2358156
_IReligion_2	.4291804	.1684889	2.55	0.011	.0989482	.7594126
_IReligion_3	-.0879717	.218078	-0.40	0.687	-.5153966	.3394533
_IReligion_4	-.1748982	.1555702	-1.12	0.261	-.4798101	.1300137
_IReligion_5	-.545198	.8259209	-0.66	0.509	-2.163973	1.073577
ethnie	-.00277	.0012028	-2.30	0.021	-.0051275	-.0004124
_Ifrequence_2	1.051517	.3628061	2.90	0.004	.3404298	1.762604
_Ifrequence_3	.9389688	.5741778	1.64	0.102	-.1863991	2.064337
_Ifrequence_9	-.0879021	1.490386	-0.06	0.953	-3.009005	2.833201
_Iniv_instr_2	.3840441	.1423785	2.70	0.007	.1049875	.6631007
_Iniv_instr_3	.2852609	.1734678	1.64	0.100	-.0547297	.6252515
_Iniv_instr_4	.6605556	.5088891	1.30	0.194	-.3368486	1.65796
_Iniv_instr_5	1.000926	.3810588	2.63	0.009	.2540645	1.747788
_Ioccupatio_2	.2886165	.4923921	0.59	0.558	-.6764543	1.253687
_Ioccupatio_3	.0740273	.660744	0.11	0.911	-1.221007	1.369062
_Ioccupatio_4	-.4199501	.4516955	-0.93	0.353	-1.305257	.4653569
_Ioccupatio_5	-.1558591	.4283823	-0.36	0.716	-.9954731	.6837548
_Ioccupatio_7	1.974293	1.219336	1.62	0.105	-.4155623	4.364149
_Ioccupatio_8	-.1198544	.4715916	-0.25	0.799	-1.044157	.8044481
_Ioccupatio_9	-.132318	.4410041	-0.30	0.764	-.99667	.7320341
_Ioccupatio_10	-.2454812	.582944	-0.42	0.674	-1.38803	.897068
_Ioccupatio_11	.4408661	.7485456	0.59	0.556	-1.026256	1.907988
_Ioccupatioa2	-1.004456	.8476505	-1.18	0.236	-2.66582	.6569086
_Ioccupatioa3	-.3182598	.5908822	-0.54	0.590	-1.476368	.839848
_Ioccupatioa4	.0116385	.1401236	0.08	0.934	-.2629986	.2862756
_Ioccupatioa5	-.1994382	.1354213	-1.47	0.141	-.464859	.0659827
_Ioccupatioa7	.1521699	.8987961	0.17	0.866	-1.609438	1.913778
_Ioccupatioa8	-.105144	.3557792	-0.30	0.768	-.8024583	.5921704
_Ioccupatioa9	-.455162	.3717379	-1.22	0.221	-1.183755	.273431
_Ioccupatioa10	-.9948464	.413387	-2.41	0.016	-1.80507	-.1846227
_Ioccupatioa11	-1.059503	1.306083	-0.81	0.417	-3.619378	1.500372
_Iconnaissa_2	.5059397	.1774774	2.85	0.004	.1580903	.8537891
_Ifemme_exc_2	-1.596056	.1710049	-9.33	0.000	-1.93122	-1.260893
_Ireligion_2	-1.059877	.1178512	-8.99	0.000	-1.290861	-.8288927
_Ireligion_3	-.4303663	.1649245	-2.61	0.009	-.7536123	-.1071202
_Iconnaissaa2	-1.355659	.2999295	-4.52	0.000	-1.94351	-.7678085
_Iconnaissaa3	-1.880134	.1443746	-13.02	0.000	-2.163103	-1.597165
_cons	3.158008	.533639	5.92	0.000	2.112095	4.203922

Marginal effects after logit
 $y = \text{Pr}(_Igl19_2)$ (predict)
= .76100111

variable	dy/dx	Std. Err.	z	P> z	[95% C.I.]	X
_IRegi~2*	.0194411	.02978	0.65	0.514	-.038934	.077816	.232442	
_IRegi~3*	-.0700225	.03033	-2.31	0.021	-.129478	-.010567	.329768	
_IRegi~4*	-.1253317	.03767	-3.33	0.001	-.199164	-.051499	.212834	
_Imili~2*	-.0086759	.02608	-0.33	0.739	-.059797	.042445	.681996	
_IReli~2*	.0733342	.02679	2.74	0.006	.020838	.125846	.233155	
_IReli~3*	-.0163238	.04127	-0.40	0.692	-.097214	.064566	.057041	
_IReli~4*	-.032819	.03007	-1.09	0.275	-.091761	.026123	.148663	
_IReli~5*	-.1122828	.18796	-0.60	0.550	-.480677	.256111	.003922	
ethnie	-.0005038	.00022	-2.31	0.021	-.000931	-.000077	154.968	
_Ifreq~2*	.1447336	.03494	4.14	0.000	.076243	.213224	.047059	
_Ifreq~3*	.1314381	.05773	2.28	0.023	.018297	.244579	.022816	
_Ifreq~9*	-.0163513	.28336	-0.06	0.954	-.571736	.539033	.00107	
_Iniv~2*	.0652597	.02251	2.90	0.004	.021146	.109373	.175401	
_Iniv~3*	.049097	.02817	1.74	0.081	-.006118	.104312	.142602	
_Iniv~4*	.1007676	.06285	1.60	0.109	-.022418	.223953	.033155	
_Iniv~5*	.1379393	.03711	3.72	0.000	.065195	.210683	.027094	
_Iocc~_2*	.0490269	.07762	0.63	0.528	-.103115	.201169	.065597	
_Iocc~_3*	.0132097	.11563	0.11	0.909	-.213417	.239836	.013191	
_Iocc~_4*	-.0832462	.09654	-0.86	0.389	-.27247	.105977	.07344	
_Iocc~_5*	-.0280804	.07646	-0.37	0.713	-.177938	.121777	.614617	
_Iocc~_7*	.1992136	.05052	3.94	0.000	.100192	.298235	.00713	
_Iocc~_8*	-.0223968	.09047	-0.25	0.804	-.19972	.154926	.058111	
_Iocc~_9*	-.0246867	.08434	-0.29	0.770	-.189998	.140625	.123351	
_Ioc~_10*	-.0473591	.11875	-0.40	0.690	-.280104	.185386	.016399	
_Ioc~_11*	.0710683	.10524	0.68	0.500	-.135205	.277341	.009982	
_Iocc~a2*	-.222071	.20984	-1.06	0.290	-.633351	.189209	.008556	
_Iocc~a3*	-.0624622	.12411	-0.50	0.615	-.305719	.180795	.009982	
_Iocc~a4*	.0021142	.02542	0.08	0.934	-.047714	.051942	.297683	
_Iocc~a5*	-.0367486	.02528	-1.45	0.146	-.086293	.012796	.372193	
_Iocc~a7*	.0265794	.15048	0.18	0.860	-.268361	.32152	.004278	
_Iocc~a8*	-.0196174	.06803	-0.29	0.773	-.152956	.113721	.026025	
_Iocc~a9*	-.0917847	.08175	-1.12	0.262	-.252012	.068442	.019964	
_Ioc~a10*	-.2194285	.10219	-2.15	0.032	-.419717	-.01914	.012478	
_Ioc~a11*	-.2362763	.32556	-0.73	0.468	-.874363	.40181	.00107	
_Icon~_2*	.1017261	.03888	2.62	0.009	.025528	.177924	.920499	
_Ifemm~2*	-.2320782	.01802	-12.88	0.000	-.267395	-.196762	.750446	
_Ireli~2*	-.2142533	.02559	-8.37	0.000	-.264412	-.164094	.269162	
_Ireli~3*	-.0848208	.03482	-2.44	0.015	-.153076	-.016566	.113012	
_Icon~a2*	-.3081904	.07397	-4.17	0.000	-.453161	-.16322	.022103	
_Iconn~3*	-.4167712	.03278	-12.71	0.000	-.481022	-.352521	.149733	