



**HAL**  
open science

**LA MESURE DEMOGRAPHIQUE COMME  
INDICATEUR ET ÉLÉMENT CONSTRUCTION  
D'UNE POLITIQUE DE POPULATION. LE CAS DES  
MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES À  
DJIBOUTI.**

Véronique Petit

► **To cite this version:**

Véronique Petit. LA MESURE DEMOGRAPHIQUE COMME INDICATEUR ET ÉLÉMENT CONSTRUCTION D'UNE POLITIQUE DE POPULATION. LE CAS DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES À DJIBOUTI.. Colloque GEMDEV UNESCO La mesure du développement Paris,, Feb 2012, PARIS, Unesco, France. hal-00840281

**HAL Id: hal-00840281**

**<https://hal.science/hal-00840281v1>**

Submitted on 2 Jul 2013

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

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

LA MESURE DEMOGRAPHIQUE COMME INDICATEUR  
ET ÉLÉMENT CONSTRUCTION D'UNE POLITIQUE DE POPULATION.  
LE CAS DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES À DJIBOUTI.

VÉRONIQUE PETIT<sup>1</sup>

1. PROBLÉMATIQUE : LA MESURE COMME OUTIL DE POUVOIR

Les recherches relatives à la constitution de la démographie (Charbit, 2010, 2009), à la notion de population (Kertzer et Arel, 2002), à l'usage de la statistique (Desrosières, 1993) montrent que depuis l'Antiquité, la pratique des recensements est directement associée à la constitution des États (royaume, empire) et à leur gestion. En effet, les autorités politiques ont besoin de données relatives à leurs sujets afin de pouvoir prélever les impôts, catégoriser ces sujets en fonction de leurs droits politiques (esclaves, métèques, hommes libres, citoyens), distribuer le peuplement du pays ou de colonies, organiser la conscription. L'organisation des recensements, puis de grandes enquêtes, relève au fil du temps d'une administration de plus en plus spécialisée. Les outils de mesure, les indicateurs, le format des rapports sont de plus en plus systématiques, réguliers et structurés en fonction de formats offrant des possibilités de comparaisons. La quantification ne cessera d'englober de plus en plus de comportements, de pratiques et d'attitudes relevant même de la sphère de l'intimité (sexualité par exemple) des individus.

*Territoire, population et État : gestion du présent et anticipation du futur*

Pendant des siècles, ces données chiffrées furent considérées comme des secrets d'État (Desrosières, 1993 ; Foucault, 2009). La connaissance de ce type de savoirs traduisait inévitablement une position de pouvoir. Par exemple, le chiffre de la population française sous l'Ancien Régime est tenu secret car à cette époque la population du royaume de France est la plus élevée d'Europe occidentale et elle constitue une arme stratégique en cas de guerre. Après la Révolution, avec l'instauration du Bureau de la Statistique au début du XIXe siècle, Napoléon-Bonaparte déclare que les statistiques constituent « *le miroir de la nation* » (Desrosières, 1993). Les résultats des enquêtes sont dès lors édités et ainsi rendus accessibles à l'ensemble des citoyens. Offrant aux citoyens une image d'eux-mêmes, ils permettent tout à la fois de stigmatiser des groupes dont les comportements ne seraient pas ceux attendus ou valorisés par la société, ou au contraire de dessiner en quelque sorte l'idéal promu par le gouvernement.

Les indicateurs chiffrés permettent d'analyser et de réagir à la situation présente. Les analyses produites mettent en relation la variable « population » (taille et structure, qualités des individus la composant) avec un certain nombre de problématiques cruciales pour le pays : la production et les cours des « subsistances » (« les grains ») afin d'éviter les famines et jacqueries, la mesure des revenus afin d'assurer les prélèvements (taxes, impôts), les conditions de vie d'une classe sociale émergente (ouvriers au moment de l'industrialisation), le suivi d'une épidémie (peste, choléra,

---

<sup>1</sup> Professeur des Universités, UMR MIGRINTER, Université de Poitiers, veronique.petit@univ-poitiers.fr

vih/sida). Mais au-delà de la gestion des impératifs et des crises du moment, ils offrent la possibilité, à travers la modélisation et les projections démographiques, d'anticiper l'avenir à plus ou plus ou moins long terme en établissant des scénarii construits sur des différents jeux d'hypothèses. C'est ainsi que la croissance de la population mondiale, ou de tel ou tel groupe (migrants, population active), est prévue en fonction des niveaux variables de fécondité et de mortalité, de l'évolution de l'utilisation de contraceptifs modernes, de même les conséquences économiques et sociales du vieillissement peuvent être aussi anticipées. Néanmoins les chiffres ne constituent que des outils qui sont construits, utilisés, voire manipulés, en fonction d'idéologies, de philosophies, de doctrines politiques ou religieuses selon les contextes. Ils ne parlent pas d'eux-mêmes, on les fait parler, on les interprète.

### *Les politiques de population : un outil de gouvernement*

Dans cette tension vers un avenir projeté à plus ou moins long terme, les décideurs politiques disposent d'un outil, les politiques de population, afin d'orienter les pratiques et les comportements des individus vers de nouveaux modèles sociétaux. La politique de population peut être définie comme une « action politique visant à modifier le cours de l'évolution d'une population, voire en assumer les conséquences. Trop souvent réduit aux seules mesures (limitatives ou incitatives) prises pour peser sur la fécondité, le concept peut toutefois s'entendre de façon très large, ou, au contraire très restrictive. » (Vallin, 2011 : 337). Selon notre perspective, il ne s'agit pas de limiter « le ressort des politiques de population aux actions visant à modifier les paramètres démographiques (taille, croissance, structure) » d'une population, mais d'inclure également les politiques qui visent à produire un nouveau champ normatif visant à réguler, à adapter, voire à produire un nouvel être social (« un bon malade », « un bon migrant », bref un « bon citoyen »). Selon les sociétés, la mise en œuvre de ces politiques de population sera plus ou moins coercitive. L'articulation de la politique et de la population, de la biologie et de la médecine et de la vie sociale conduira à rapprocher donc la politique de population telle qu'elle est définie par les démographes et la biopolitique telle que sociologues, anthropologues et philosophes la construisent.

Michel Foucault développera le concept de gouvernementalité (Foucault, 2009 ; Lascoumes, 2004). Il caractérise ainsi la formation d'une forme de rationalité politique à partir du 17<sup>e</sup> siècle, une autorité centralisée exercera dès lors son pouvoir à travers un dispositif de « police » reposant sur un processus de technicisation et de rationalisation. « L'État ce n'est pas un universel : l'État ce n'est pas en lui-même une source autonome de pouvoir ; l'État ce n'est rien d'autres que des faits : le profil, la découpe mobile d'une perpétuelle étatisation ou de perpétuelles étatisations, de transaction incessantes qui modifient, qui déplacent, qui bouleversent, qui font glisser insidieusement, peu importe, les financements, les modalités de contrôles, les rapports entre pouvoirs locaux et autorité centrale. L'État ce n'est rien d'autre que l'effet mobile d'un régime de gouvernementalité multiple » (Foucault cité par Pierre Lascoumes, 2004 : 3-4). Son autorité s'exercera sur un ensemble clairement construit, la population, elle-même rattachée un territoire défini dans le cadre de frontières établies. Sa réflexion passera du gouvernement de la population et des biens à celle des corps (âmes, plaisir, sexualité) et débouchera sur les notions de biopolitique et de « souci de soi » (Fassin, 2006).

L'élaboration de ces politiques si elle se fait au niveau national, est également influencée par le contexte extérieur. Les bailleurs de fonds, que ce soit des agences internationales, des systèmes de coopération, ONG, cherchent en contrepartie des financements qu'ils procurent à infléchir soit la philosophie de la politique en construction, soit à discuter un aspect concret de sa mise en œuvre (exemple des États Unis en matière de santé de la reproduction : financer ou non les campagnes en faveur de l'avortement, choix du slogan « fidélité, abstinence, préservatif »). A ce mode de pression parfois explicite, se superpose un processus de normalisation dans un monde de plus en plus globalisé. Ce processus comporte deux dimensions qui sont liées. La première, la dimension juridique renvoie au fait que chaque État ratifie des protocoles, des conventions internationales qui vont dès lors contraindre son action. Même si chaque État est libre du moment et du choix des accords dans lesquels il s'engage, ces engagements signifient qu'à un certain degré l'État contractuel s'implique dans un processus d'adaptation, qu'il reconnaisse un certain cadre de pensée, qu'il adhère à certaines valeurs portées par ce droit. C'est ainsi que les politiques de population dans le domaine de la santé, de la santé de la reproduction<sup>2</sup>, de l'éducation, sont souvent porteuses de nouveaux droits pour la globalité de la population ou pour certaines catégories à protéger ou à défendre (les enfants, les mineurs, les femmes, les adolescents, les hommes, c'est-à-dire des « populations-cibles »). La deuxième dimension concerne au niveau régional (Afrique) et international, la mise en comparaison systématique à travers divers classements soutenus par des institutions internationales (PNUD, OMS, FMI, Banque mondiale, etc.). Ces classements à travers des indicateurs choisis (exemple : IDH) permettent de distinguer des États qui réussissent (exemple : la Thaïlande dans la lutte contre le VIH), d'indiquer à d'autres qu'ils leur restent des efforts plus ou moins conséquents à réaliser dans tel ou tel domaine. Ces politiques de population nationales sont alors définies par rapport à des objectifs définis à l'échelle internationale (incarnée par le système et les agences des Nations unies), comme par exemple les OMD. Dans l'exemple qui nous préoccupe, nous verrons que la politique visant à l'éradication de toutes formes de MGF à Djibouti a été conçue de manière concertée par des institutions nationales (Ministère de la santé, ministère de la promotion de la femme, Ministères des Affaires religieuses) et les agences des Nations unies concernées (UNFPA, UNICEF). Néanmoins cela ne signifie pas pour autant que ces différentes institutions soient porteuses des mêmes systèmes de valeurs, qu'elles y adhèrent avec une intensité égale ou qu'elles en aient le même usage. Il est possible d'observer des positionnements spécifiques au sein de ce qui pourrait paraître *a priori* être le cadre de références (système des Nations unies ou gouvernement). Ces institutions sont également prises dans des rapports de force et la production de chiffres est dans ce contexte, une arme de négociation, voire de pouvoir.

---

<sup>2</sup> La santé de la reproduction (concept défini en 1994 au moment de la conférence du Caire) recouvre les domaines suivants : le bien-être général, tant physique que mental et social, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement. La santé de la reproduction est décomposée en cinq dimensions : 1/ planification familiale, contraception ; 2/ lutte contre VIH/sida et infections sexuellement transmises (IST) ; 3/ lutte contre les mutilations génitales féminines ; 4/ lutte contre la mortalité infantile et maternelle ; 5/ lutte contre la stérilité. Le contrôle de la fécondité est englobé dans une approche large incluant la santé de la mère et de l'enfant.

## II. CONTEXTE ET POSITIONNEMENT

### *Contexte institutionnel et positionnement*

Cette communication rend compte d'une double recherche conduite par une équipe de chercheurs<sup>3</sup> appartenant à l'époque à l'EA *Population et Interdisciplinarité* (POPINTER) de l'Université Paris Descartes. Ce laboratoire de recherche lors d'une mission de son directeur, Yves Charbit<sup>4</sup>, avait été sollicité par le Ministère de la Santé et l'UNFPA afin de réaliser une enquête sur les MGF à Djibouti. Cette enquête comprenait deux phases successives : 1/ une mesure démographique de ces pratiques en mettant en place une méthodologie innovante, sur laquelle nous reviendrons plus en détail ultérieurement ; 2/ une enquête socio-anthropologique auprès de la population de la ville de Djibouti afin d'analyser les processus de décision relatifs à la pratique ou à l'abandon des MGF. Nous avons interrogés des femmes et des hommes de profils sociodémographiques différents dans l'ensemble des quartiers de la capitale djiboutienne, sachant que celle-ci rassemble environ 70% de la population du pays. Ces deux axes de recherche étaient complétés par des analyses secondaires de données d'enquêtes sociodémographiques (enquête PAFAM) réalisées par des chercheurs djiboutiens de la DISED et de l'Université de Djibouti (Belbéoch, Charbit et Houssein, 2008). Ce projet de recherche a été principalement financé par l'UNFPA auquel s'est joint ultérieurement l'UNICEF pour la partie socio-anthropologique du projet. Il a été réalisé entre 2005 et 2008.

### *Bref rappel historique*

Djibouti passe sous tutelle française en 1862. Différents groupes vont être attachés à ce territoire et un processus de sédentarisation et d'urbanisation va être entamé et poursuivi tout au long du XXe siècle. La puissance coloniale développe les activités portuaires, construit la ligne de chemin de fer reliant Djibouti à Addis-Abeba en Éthiopie. La visite du Général de Gaulle qui se fait dans un climat d'émeutes va entraîner la réalisation d'un référendum en 1967. A cette date Djibouti devient le Territoire des Afars et des Issas, dix ans plus tard, en 1977 il accède à l'indépendance. Les premières élections législatives sont organisées en 1981, le multipartisme est instauré en 1992. Une phase de tension et de conflits inter-ethniques s'ouvre au cours de la décennie 1990. Cette phase conflictuelle (1991-1998) sera résolue en 1999 par les élections présidentielles qui portent au pouvoir Ismaël Omar Guelleh qui sera réélu pour un second mandat. Djibouti est une république islamique. L'islam sunnite est la religion officielle. Faute d'un recensement récent, l'effectif de la population fait l'objet d'estimations. En 2005, elles varient entre 500.000 et 804 000 personnes. En 2008, le PNUD proposait 620.000 habitants et l'UNICEF 849.000<sup>5</sup>. La question du recensement n'est pas anodine, car du résultat du recensement dépend le numérateur (effectif de la population) d'un certain nombre d'indicateurs sociodémographique et économique qui conditionne l'aide et les facilités accordées à Djibouti. Ajoutons que d'un point de vue de la dynamique démographique, l'immigration contribue pour moitié au taux d'accroissement de la population (6% annuel). Djibouti accueille en effet un grand nombre de réfugiés en provenance des pays de la région (Somalie, Éthiopie, Érythrée, Yémen).

---

<sup>3</sup> Yves Charbit, Olivier Belbéoch, Véronique Petit, Séverine Carillon, Mababou Kébé et Barbara Meffe.

<sup>4</sup> Professeur de démographie, Directeur de l'UMR CEPED depuis 2008 (UMR dans laquelle l'EA POPINTER a été intégrée).

<sup>5</sup> Sources : <http://www.dj.undp.org/abtdj.html> consulté le 8 avril 2010.

[http://www.unicef.org/french/infobycountry/djibouti\\_statistics.html](http://www.unicef.org/french/infobycountry/djibouti_statistics.html) consulté le 8 avril 2010

Djibouti est dépourvue de ressources naturelles, l'agriculture représente moins de 3% du PIB. L'élevage, l'agriculture et la pêche sont peu développés. Aujourd'hui Djibouti tire principalement avantage de sa position géostratégique et de sa stabilité politique dans le contexte agité de la corne de l'Afrique : la France et les États-Unis versent une contribution significative à l'État djiboutien afin de disposer chacun d'une base militaire, la modernisation du port (construction d'un terminal pétrolier afin d'acheminer le pétrole en provenance du Tchad) et la création d'une zone franche stimulent les échanges commerciaux, les banques s'y installent afin d'accroître leurs activités financières dans la région. L'État est cependant le premier employeur du pays. Selon le *Rapport Mondial sur le Développement Humain* de 2004, Djibouti est classé 148e rang sur 177 pays. L'insuffisance du développement se traduit notamment par un faible niveau de l'alphabétisation et de la scolarisation et par les indicateurs sanitaires négatifs : une faible espérance de vie (environ 50 ans) et une mortalité infantile très élevée (114°/00).

Depuis l'accession au pouvoir de Ismaël Omar Guelleh en 1999, le pouvoir cherche à effacer les particularismes et les revendications ethniques au profit de la construction d'une identité nationale djiboutienne et religieuse. Cet effacement se traduit d'un point de vue statistique par la non diffusion de données sociodémographiques selon les origines ethniques. Sur la question des Mutilations génitales féminines (MGF), il est impossible d'avoir des données statistiques mettant en évidence des comportements spécifiques selon l'appartenance ethnique. Il nous a été également demandé dans les rapports rendus au Ministère de la santé, à l'UNFPA et à l'UNICEF de gommer toute description ou analyse mettant en lumière des différences sur une base d'appartenance ethnique.

### 3. DEFINITIONS D'UNE NORME

Nous partons de l'idée que les MGF constitue une norme dans la société djiboutienne au-delà des pluralités des pratiques que ce terme générique recouvre. L'OMS distingue quatre catégories de mutilations : le type 1 est dénommé *sunna* (incision, pincement, saignement), le type 2 est l'excision du clitoris et l'excision partielle ou totale des petites lèvres ; le type 3 désigne l'infibulation (excision totale et suture). Voyons sur quelles données reposent cette position.

#### *Normes sociales : des pratiques généralisées et intériorisées*

Mais plus encore que le caractère normatif défini par la fréquence statistique, la pratique des MGF constitue une norme au regard du consensus social et des discours produits et circulant dans l'espace public. C'est une pratique qui est transmise depuis des générations, elle est intériorisée par les femmes et les hommes. Elle est également intégrée à un système de valeurs et elle contribue également à la reproduction de l'organisation sociale. Quelle que soit le positionnement des individus vis-à-vis de la perpétuation ou non des MGF, les personnes interrogées, affirment qu'une femme « *non coupée* » ne trouvera de place dans la société, c'est-à-dire qu'elle aura du mal à trouver un époux et donc à accéder au statut de femme mariée.

L'infibulation ou l'excision ont pour fonction centrale de rendre les fillettes mariables. Les femmes ont pour rôle d'élever au mieux leurs filles en les préparant aux tâches qu'elles devront accomplir et aux rôles qu'elles devront tenir en étant à la hauteur de l'honneur et de la réputation de la famille.

Le processus de socialisation des filles, dont les MGF constituent une étape, doit permettre à la famille de disposer de filles dignes d'entrer dans l'échange matrimonial : « *Nos filles ne pourront jamais être mariées si elles ne sont pas excisées* » (F15). A ce titre, elles constituent une affaire de famille : « *C'était un bout de viande qu'il fallait enlever. Il fallait le faire rapidement avant que je grandisse pour trouver...tu sais ce que disaient nos parents? Pour trouver 'un bon mari' ! Pour avoir un bon mari, pour être intégrée, être une bonne mère, une bonne épouse* » (F2). Le marquage des corps témoigne « d'un changement d'état ou de statut d'un individu (naissance, puberté, initiation, mariage, mort). Le marquage corporel permet à l'ensemble d'une collectivité comme à chacun de ses membres d'exprimer la spécificité de son identité collective et individuelle » (Bonte et Izard, 2002 : 663).

Celles-ci doivent arriver vierges au mariage, elles doivent être ouvertes par leur mari la nuit de noce. Une jeune femme qui n'est pas infibulée est aussitôt suspectée d'avoir eu des relations pré nuptiales : « *C'était honteux de trouver à notre époque une fille qui n'était pas cousue. Parce que les gens de notre époque, surtout les hommes, lorsque cette fille elle va se marier et si la fille elle n'est pas cousue, elle était considérée comme une putain... il fallait que les toutes les filles soient cousues et infibulées pour qu'on ne puisse pas dire 'c'est une putain'* » (F5). Cette représentation est confirmée par un homme : « *L'histoire qu'on raconte sur les filles, si elles sont pas excisées, elles deviennent des filles faciles* » (H3). Il s'agit également de contrôler la sexualité des femmes qui est présentée comme étant « *débordante* » ou « *pulsion* ». L'infibulation et l'excision ont pour rôle d'amoindrir le désir féminin vu comme dangereux s'il n'est pas contrôlé, soumis. Une de leurs fonctions est d'éviter les relations sexuelles pré et hors mariage des filles. D'autre part, la virginité est conçue comme une garantie de la filiation. Le mariage constitue une étape essentielle dans la vie d'une femme, puisqu'il permet à la jeune fille d'accéder au statut d'épouse et de mère. « Les modalités concrètes de cette imposition de la procréation vont de l'intériorisation des normes par l'éducation jusqu'à la coercition, de la surveillance des événements physiologiques jusqu'au 'marquage' symbolique, mais aussi physique (mutilation), des femmes comme des corps reproducteurs, sans équivalence pour les hommes » (Bonte et Izard, 2002 : 663). Les MGF remplissent également une fonction esthétique : elles doivent rendre « *le sexe lisse* » pour reprendre une expression récurrente dans les entretiens. C'est-à-dire un sexe décrit comme étant « *propre, beau, pur* ». Cette esthétisation est également associée à aspect prophylactique. Un sexe lisse protégerait des maladies sexuellement transmissibles. Cette représentation s'oppose à celle d'un « *organe qui pend* », auquel femmes et hommes associent dans les entretiens les termes de « *souillure, impureté, saleté, maladie et honte.* »

Enfin, hommes et femmes se réfèrent spontanément à l'islam ou à la coutume pour expliquer cette pratique. Que ces pratiques soient recommandées par l'islam ou qu'elles constituent un héritage ancestral, il convient dans tous les cas de les perpétuer. Ces deux justifications se superposent plus ou moins selon les individus. Nombreux sont les Djiboutiens qui pensent que infibulation et excision correspondent à une prescription de l'islam : « *Tout le monde pensait que c'était écrit dans le Coran* » (F14). Deux hadiths sont supposés expliciter la position du Prophète sur cette question et sont cités. Ce dernier aurait dit de l'excision qu'elle « *est le mérite des filles* », et voyant un exciseuse opérer il aurait ajouté : « *Lorsque tu effectues une excision, garde toi bien de tout enlever. La femme demeurera épanouie et le mari en tirera plus de plaisir* ». Notons au passage qu'un glissement révélateur est opéré : alors que la pratique la plus répandue dans les générations des

femmes interrogées est l'infibulation, la référence religieuse concerne l'excision. Hommes et femmes déclarent agir au nom de la religion en invoquant leur souhait d'être considérés comme « de bons croyants » : « C'est quelque chose qui va les rendre... qui ne va pas leur causer du tort, de couper un peu, et qui va même nous soulager car on a accompli notre mission vis-à-vis du coran » (H5). Et ce d'autant plus que cette injonction est véhiculée par des imans : « Je l'ai fait parce que nous sommes des personnes qui connaissent la religion. Nous, on nous a appris qu'il fallait faire ça » (F5).

Au moment où cette recherche est conduite (2005-2008), excision et infibulation constituent des pratiques largement partagées et légitimées dans les discours et les représentations. Cependant on peut présupposer que ce consensus social est plus fragile en réalité car comme nous l'allons le voir de nouveaux discours ont émergé dans les décennies 1980 et 1990. Rares sont les familles, les chefs de famille et les femmes osant affirmer qu'ils veulent épargner leurs filles. Si dans les apartés, les confidences, les discussions privées, la pratique des MGF est parfois interrogée ou contestée, dans la sphère publique la revendication reste marginale. Elle paraît être vécue ou ressentie comme une transgression. La société djiboutienne est aussi une république islamique sunnite et le poids du conformisme est souligné par certains représentants de l'élite intellectuelle. Il est mal vu d'instiller la discorde au sein de la communauté. Les Sunnites, qui sont désignés en arabe comme les hommes de la *sunna* et de la communauté (*ahl al-sunna wa'l-djama'a*), sont attentifs à l'idée de consensus et de compromis. Selon Arnaldez, le sunnisme n'est ni un système, ni une doctrine, mais il est « en fait, et selon les circonstances, une attitude de perpétuel compromis » (Arnaldez, 1992 : 830-832). Cette attitude lui procure « souplesse dogmatique et réalisme politique » et elle explique peut-être l'attitude des imams à Djibouti qui prêchent aujourd'hui l'abandon de la pratique des MGF. Si le compromis est une attitude qui peut être positivement interprété dans une perspective de changement, il convient cependant de ne pas la surinterpréter car son corollaire est une très forte pression afin d'éviter les divergences (*ikhtilafat*) trop profondes au sein de la communauté. L'*ikhtilafat* apparaît comme le « mal radical » qu'il convient de combattre : « les gens de la Sunna ont le devoir d'éviter et de tenir à l'écart (...) tous ceux qui cherchent à semer la division dans la communauté » (Ibn Batta cité par Arnaldez). Le contrôle social peut être défini comme « l'ensemble des ressources matérielles et symboliques dont dispose une société pour assurer la conformité du comportement de ses membres à un ensemble de règles et de principes prescrits et sanctionnés. (...) Pour être efficace, le contrôle qu'exerce la société sur les individus ne peut-il être purement externe. (...) Durkheim parlait de l'éducation morale comme de la 'contrainte' la plus subtile et la plus efficace dont dispose la société à l'égard de ses membres. Par des chemins différents Freud en venait à une vue tout à fait voisine. C'est l'identification de ses membres à un modèle commun qui assure l'unité symbolique d'institutions comme l'armée ou l'église » (Boudon et Bourricaud, 1982 : 112-113). Hormis les femmes et les hommes engagés publiquement dans le combat contre les MGF ou l'infibulation, les individus redoutent d'être suspectés de se dérober à cette coutume, de devenir l'objet de l'opprobre ou de la rumeur au sein de la communauté.

#### *Norme statistique*

Si l'on s'en réfère aux chiffres disponibles au moment de l'enquête en 2005, 98% des femmes âgées de 15 à 49 ans sont concernées par une MGF selon l'enquête PAFAM (DISED, 2002). Ces résultats plaçaient par conséquent Djibouti dans la catégorie des États d'Afrique ayant la prévalence la plus élevée (Égypte, Soudan, Éthiopie, Érythrée, Somalie), c'est-à-dire supérieure à 85% (Andro

et Lesclingand, 2007). De surcroît, trois quarts des femmes interrogées dans l'enquête PAPPAM avaient déclaré avoir été infibulées (74,9% en milieu urbain, 81,3% en milieu rural), donc étaient concernées par la forme la plus violente des mutilations génitales féminines (tableau 1).

Tableau 1. Prévalence des MGF selon le type, l'âge et le lieu de résidence de la femme

		Aucune	Type 1 (sunna)	Type 2 (excision)	Type 3 (infibulation)	N
Djibouti	15 à 19 ans	0.0	20.0	15.0	65.0	40
	20 à 24 ans	3.2	18.6	19.1	59.0	188
	25 à 29 ans 30	2.0	12.3	18.5	66.7	351
	à 34 ans	2.9	8.0	12.5	76.5	311
	35 à 39 ans	1.9	8.5	12.0	77.5	316
	40 à 44 ans	2.7	6.1	14.1	76.8	263
	45 à 49 ans	1.3	9.4	11.3	78.1	160
	<i>Ensemble</i>	<i>2.3</i>	<i>10.4</i>	<i>14.7</i>	<i>72.5</i>	<i>1629</i>
Districts	15 à 19 ans	0.0	6.8	18.2	72.7	44
	20 à 24 ans	1.6	4.7	32.0	61.7	128
	25 à 29 ans 30	0.8	2.5	20.6	75.6	238
	à 34 ans	0.4	4.0	21.0	74.6	252
	35 à 39 ans	1.5	1.0	20.6	76.5	204
	40 à 44 ans	0.6	3.1	19.8	75.3	162
	45 à 49 ans	0.0	0.0	5.6	94.4	72
	<i>Ensemble</i>	<i>0.8</i>	<i>2.9</i>	<i>20.8</i>	<i>75.0</i>	<i>1100</i>

Source : Belbéoch, 2006, tableau 22, p.14 (enquête PAPPAM, 2002)

Ce double constat en termes de fréquence et d'intensité du phénomène va contribuer à transformer ces pratiques ancestrales en une question « *une affaire de femmes* », pour reprendre une expression du sens commun largement partagée et reprise, demandant à être réglée notamment par la constitution progressive d'une politique de population visant à leur éradication. Soulignons cependant que la constitution de ces chiffres en un problème de population ou en une question de société, nécessite que cette mesure soit problématisée au regard d'une idéologie ou d'une cause.

A cette première mesure de la fréquence statistique des MGF vient se superposer la question de la mesure des conséquences des MGF en termes de mortalité et de morbidité. Si ces effets sont difficiles à mesurer avec précision<sup>6</sup>, la longue liste des effets secondaires des MGF sur la santé génésique des femmes par l'OMS<sup>7</sup> vient renforcer l'image de pratiques brutales et sanguinaires venant d'un autre temps. La mesure des effets morbides des MGF implique aussi une volonté politique, elles doivent être identifiées comme une cause de mortalité, les médecins doivent être formés afin de les prendre en compte. Énoncer l'infibulation comme une cause de mortalité ou de morbidité, c'est aussi une manière de prendre position vis-à-vis d'une pratique présentée comme « normale » au regard de la tradition ou de la religion. D'un point de vue statistique, on peut

<sup>6</sup> Ce n'est pas ici notre propos.

<sup>7</sup> L'OMS distingue les complications immédiates des conséquences à long terme. Les premières impliquent : douleur violente, choc, hémorragie, tétanos ou septicémie rétention d'urine, ulcération génitale et lésion des tissus génitaux adjacents. Les infections récidivantes de la vessie et des voies urinaires, les kystes, les questions de stérilité, les interventions chirurgicales ultérieures afin de permettre les rapports sexuels et l'accouchement, les complications lors de l'accouchement constituent les conséquences à long terme.

avancer qu'avoir subi une mutilation génitale féminine constitue une norme, puisque quasiment aucune femme ne déclare avoir échappé à cette pratique. Cependant en raison du caractère pluri ethnique de Djibouti, être marquée par une « mutilation génitale féminine » recouvre une réalité plus complexe qu'il n'y paraît au premier abord. En effet, le type de mutilation et l'âge auquel le rite est pratiqué diffèrent selon son groupe d'appartenance ou la tradition dominante dans le cas d'unions mixtes.

#### 4. L'ÉMERGENCE DE LA LUTTE CONTRE LES MGF : PLURALITÉ DES ACTEURS ET DES RHÉTORIQUES

Cependant au début des années 1980 des voix s'élèvent dans la société djiboutienne remettant en cause ces pratiques. Examinons quels sont les acteurs impliqués dans ce combat, quelle est leur rhétorique et comment désignent-ils l'objet de leur combat. Mendras et Forsé soulignent que « Le changement, ce n'est pas seulement des forces historiques et macro sociales, c'est aussi l'interaction des stratégies multiples de très nombreux acteurs » (Mendras et Forsé 1983 : 11).

L'initiative revient à des femmes regroupées dans l'association 'l'Union Nationale des Femmes Djiboutiennes' (UNFD). Elles s'élèvent en premier lieu contre l'infibulation indépendamment de toute pression internationale. Elles expriment la revendication de femmes instruites, ayant fréquemment poursuivi des études supérieures en France, de voir une coutume physiquement et psychiquement traumatisante<sup>8</sup>, abandonnée. Ce mouvement de contestation enclenche une institutionnalisation de la question des MGF à Djibouti. En dépit du rôle central que l'UNFD a joué, et joue encore, ces femmes pionnières n'ont pas été vraiment reconnues et leur expérience n'a pas été utilisée dans les stratégies de sensibilisation et d'information. Elle n'intervient pas directement dans la construction de la politique nationale de lutte contre les MGF, mais elle constitue un lobby, un groupe de référence. Elle procure aussi une forme de soutien moral aux cadres féminins du Ministère de la Santé investies dans ce processus face à l'incompréhension ou aux manœuvres de leurs collègues masculins. Dans un micro État comme Djibouti, l'interconnaissance est forte et est transversale aux différentes institutions. Cette prise de parole sera légitimée politiquement par la création du Comité National de Lutte contre les Pratiques Néfastes (CNLPN) en 1984, puis par le Président Ismaël Omar Guelleh qui apportera son appui à la lutte contre les MGF, secondé par son épouse.

L'État créé en 1984 un Comité National de Lutte contre les Pratiques Néfastes, sans que l'excision et l'infibulation soient explicitement désignées en tant que telles puisque l'expression « *pratiques néfastes* » euphémise l'objet désigné. Ce même flou se retrouve en 1995 lorsque l'État modifie le code civil en introduisant l'article 333 qui désigne les MGF comme une violence faite aux femmes et par conséquent susceptible d'être sanctionnée par la loi. Dans cet article de loi, l'acronyme « *MGF* » n'est pas explicité, les pratiques qu'il est censé combattre ne sont pas clairement désignées : de l'excision, l'infibulation ou la *sunna*, on ne sait quelle est la ou les pratiques visées. On ne sait pas comment est définie une mutilation. Cette loi restera inopérante, aucune femme ne portera plainte contre une autre femme de sa famille, de son sang. Néanmoins cette loi introduit une rupture symbolique à Djibouti, car elle substitue à la norme sociale héritée une nouvelle norme

---

<sup>8</sup> Les effets en termes de mortalité et de morbidité des MGF sont difficiles à mesurer. Néanmoins les conséquences des MGF sont connues et décrites par l'OMS. Elles affectent les femmes tout au long de leur vie génésique.

juridique s'appuyant sur des sources extérieures de légitimation. Dans la perspective des dirigeants djiboutiens, il s'agit aussi d'inscrire cette décision dans un processus de modernisation du pays. L'ensemble des Ministères reprend la terminologie du CNLPN (Ministère de la santé, Ministère de la promotion de la femme, Ministère des Affaires religieuses). Ce comité a pour objectif de développer des actions en matière de sensibilisation auprès des femmes, des exciseuses, de la classe politique, et des représentants religieux. Donc auprès des victimes identifiées comme « population cible » (les femmes), des agents (les exciseuses) et des leaders d'opinions (leaders politiques et religieux) susceptibles de faire évoluer les opinions. En 1998 est lancé un programme national de lutte contre les MGF. Ce programme vise explicitement l'excision et l'infibulation. En 1999, le ministère de la santé dans le cadre de son programme national de maternité sans risque développe un projet spécifique de lutte contre les pratiques néfastes.

L'UNICEF utilisait dans les documents qu'elle produisait ou dans les débats auxquels se représentaient prenait part l'acronyme de E/MGF, c'est-à-dire « *Excision/Mutilations Génitales Féminines* ». Le fait de mettre en avant l'excision et de la distinguer des autres formes de mutilations génitales traduisait l'idée selon laquelle il ne s'agissait pas pour cette agence des Nations unies d'être dans une position maximaliste en prônant une politique ayant pour objectif un abandon total des MGF. Pour l'UNICEF, il n'était pas question en effet de promouvoir une rupture radicale, mais de défendre un changement construit en accord avec les populations et en respectant les spécificités culturelles des communautés concernées. Sa conception du développement est donc plus liée à celle d'évolution ou de changement social qu'à celle plus brutale de mutation. Elle repose sur l'idée que le changement doit être dans une certaine mesure compatible avec le système de valeurs pour être acceptable par les populations et donc pour être accepté.

Si l'on reprend le vocabulaire de l'UNICEF, toute innovation dans les pratiques doit faire l'objet d'une « convention sociale » pour reprendre la ligne de conduite défendue à l'époque et expérimentée dans d'autres pays [Digest Innocenti, 2005]. Cette position a été critiquée dans la mesure où elle s'inscrit dans la perspective d'un certain relativisme culturel, et qu'elle soulève la question de l'identification des acteurs décidant dans la société concernée des termes de cette convention sociale. En clair, quelle est la place réservée aux femmes dans ce processus ? Face à la dureté et à la violence que représente l'infibulation, l'excision apparaissait comme constituant une solution de compromis acceptable par les deux parties (UNICEF et les communautés). La population djiboutienne se voyait reconnaître le droit de poursuivre une pratique ancestrale apparaissant comme essentielle car structurante de l'organisation sociale, tandis que l'UNICEF en cas de succès pourrait se prévaloir d'avoir contribué à éliminer une pratique source de mortalité et de morbidité. Le passage de l'infibulation à l'excision constituait dans cette démarche une première étape préalable à une seconde, où l'objectif serait de glisser de l'excision à une forme encore plus légère ou à un arrêt de cette pratique. Telle est la position de l'UNICEF au moment où l'enquête socio-anthropologique démarre (2006).

De son côté, le FNUAP faisait référence aux « MGF » sans distinguer en aucune manière tel ou tel type de mutilations génitales féminines. Cette agence dont le slogan est « *la cause des femmes* » et l'objectif central la défense des droits des femmes en matière de santé de la reproduction adoptait ainsi une posture nettement plus radicale en cherchant à orienter la politique nationale de lutte contre les MGF en cours de construction, vers une stratégie dont l'objectif était clair et dépourvu d'ambiguïtés: l'éradication de l'ensemble des mutilations. Il convient donc de souligner que ces

deux agences du Système des Nations unies ne parlaient pas d'une voix identique et elles ne s'appuyaient pas sur le même registre argumentaire.

Dans les années 1990 et 2000 l'État djiboutien ratifie une série de conventions internationales sur les droits de la femme<sup>6</sup>, les droits des enfants<sup>7</sup>, adhérant ainsi au discours universaliste porté par les agences des Nations unies. Il ratifie notamment en 2005 le Protocole de Maputo qui élargit les droits des femmes (droit à la vie, droit à la dignité, à l'éducation, à l'intégrité et à la sécurité physique, à la protection politique, économique et sociale des droits de la santé de la reproduction). Les MGF sont alors considérées comme une violation des droits des fillettes et des femmes. Elles sont conçues comme le reflet d'une inégalité profonde entre les sexes et elles constituent une forme extrême de discrimination à l'égard des femmes. Étant pratiquées sur des mineures, elles constituent une violation des droits de l'enfant. Ces pratiques violent également les droits à la santé, à la sécurité et à l'intégrité physique, le droit d'être à l'abri de la torture et de traitements cruels, inhumains ou dégradants, ainsi que le droit à la vie car elles ont des conséquences mortelles. Cet ancrage de nouveau type d'argumentaire conduit en 2004 au lancement du projet « *Information, Éducation et communication en faveur de l'élimination des MGF* », des ateliers de plaidoyer, des campagnes de sensibilisation, des conférences, sont alors organisés et largement médiatisés.

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

## 5. LA MESURE COMME RUPTURE, COMME SOURCE DE RECONFIGURATION INSTITUTIONNEL

### *Repenser la recherche sur les MGF : produire une nouvelle mesure*

C'est dans ce contexte, qu'en 2005 à la demande de l'UNFPA, de l'UNICEF et du Ministère de la Santé, le CEPED a conduit une enquête démographique ayant pour objectif de mesurer les MGF selon une méthodologie innovante. Rompant avec les enquêtes déclaratives classiques auprès des femmes adultes, une mesure clinique des différents types de MGF définis par l'OMS a été effectuée par des médecins djiboutiens lors d'une visite médicale en milieu scolaire auprès de fillettes en primaire dans un échantillon d'école des districts du pays. Il est probable qu'un effet de sur-déclaration ne soit pas totalement à exclure dans les enquêtes déclaratives : face à un enquêteur ou à une enquêtrice issu de leur société, les femmes auront du mal à déclarer un comportement jugé déviant, à avouer ne pas être excisée ou à avoir évité cette opération à leurs filles. L'enquête de santé en milieu scolaire est menée auprès de garçons et de fillettes en classe de CM2 (échantillon

d'écoles et de classes sur un échantillon des districts de Djibouti). L'examen clinique de l'appareil génital est inclus dans une visite médicale couvrant l'ensemble des aspects classiques du suivi de la santé des enfants. L'examen permettant de voir si une fillette a subi une MGF est intégré à un dispositif général, par conséquent il n'apparaît comme un point spécifique de la visite médicale afin d'éviter de présenter cette pratique comme « un problème » et de la stigmatiser. La visite médicale concerne aussi bien les filles que les garçons et elle est réalisée par des médecins djiboutiens. Les parents doivent donner leur accord et si l'enfant est malade ils reçoivent alors gratuitement des médicaments de la part des médecins. L'ensemble des parents et des enseignants a fortement adhéré à ce suivi médical, exprimant au passage une demande sociale en matière de médecine scolaire préventive (Belbéoch, 2006).

Jusqu'alors les recherches conduites sur la question des MGF à Djibouti ont été déterminées par la manière dont ces pratiques étaient définies et dont la lutte était envisagée. Les enquêtes concernent uniquement sur les femmes, les MGF étant considérée comme « *une affaire de femmes* » de manière unanime par la société et également par les chercheurs, les institutions qui travaillent sur cette problématique. Elles sont à la fois les victimes et les actrices de la perpétuation de ces pratiques. Ces enquêtes sociodémographiques reposent sur une démarche quantitative, elles ont pour objectif de produire une mesure à travers les déclarations des individus interrogées. Outre la population des femmes âgées de 15-49 ans, ces enquêtes sont dirigées vers les exciseuses perçues/stigmatisées comme les agents de la reproduction de cette pratique.

#### *Des résultats inattendus*

Surprenant l'ensemble des observateurs les résultats montrent que presque un cinquième des fillettes de la capitale Djibouti n'ont pas été touchées (17,7%) et qu'un glissement s'est opéré de l'infibulation à l'excision (tableau 2). L'âge des fillettes semble rendre irréversible ce changement au regard de l'âge normal où l'excision, la sunna ou l'infibulation sont pratiquées. La pratique des MGF après 12 ans est en effet très marginale. Ce résultat traduit une rupture dans une population où la norme était encore récemment l'infibulation (75%), c'est « une évolution extrêmement rapide par rapport à PAPFAM » (Belbéoch, 2006 : 20).

Tableau 2. Prévalence des MGF par type pour le niveau CM2

	Djibouti	Districts	Ensemble pondéré
Aucune	<b>17.7</b>	2.9	14.2
Type 1 (sunna)	8.5	19.4	11.1
Type 2 (excision)	25.5	56.5	32.8
Type 3 (infibulation)	27.7	14.1	24.5
Ne sait pas	0.0	1.2	0.3
Refus	20.6	5.9	17.1
N	141	170	311
Age moyen	12.8 ans	12.3 ans	12.7 ans
Source : Belbéoch, Enquête pilote 2005-2006, tableau 30, p.19			

L'abandon d'une pratique peut être ferme et décisif, mais les observations et les entretiens révèlent qu'en réalité les femmes et les hommes qui s'engagent dans ce processus passent fréquemment par des phases de remises en question et d'atermoiements. Lors des entretiens des femmes nous ont rapporté que certaines fillettes de leur entourage avaient demandé à leur mère ou à leur tante de « *se faire couper* » lorsqu'elles avaient constaté qu'elles ne ressemblaient pas complètement à leurs

camarades de classe. Parallèlement d'autres femmes ayant réussi à protéger leur fille, nous avouent s'interroger sur la pertinence de leur choix lorsque leur enfant grandit car leur décision devient irrévocable. Elles disent alors se demander si elles ne devraient pas la faire exciser avant qu'elle ne soit trop âgée, car elles redoutent de voir leur enfant devenir difficile à marier et l'objet du quant dira-t-on. Nous avons pu constater par exemple qu'au sein d'une même fratrie, l'ensemble des sœurs pouvait ne pas avoir subi le même type de mutilation. Ce cas montre bien que ce qui peut apparaître au niveau macro social comme une mutation significative, peut se révéler au niveau microsociologique comme un processus familial plus chaotique et moins linéaire. Le « changement n'est pas une étape logique dans une évolution ou un progrès, ni un meilleur modèle d'organisation parce que plus rationnel, il est d'abord la transformation d'un système d'action. Pour qu'il y ait changement, il faut que le système tout entier se transforme, que les acteurs mettent en pratique de nouvelles relations et de nouvelles formes de contrôle social, qu'ils fassent l'apprentissage de nouveaux jeux, et pas seulement de nouvelles règles » (Crozier et Friedberg, 1977). Les parents, compte tenu de l'évolution de la société (urbanisation, nucléarisation des familles, éducation), de la pluralité des discours sur les MGF (Carillon et petit, 2009), sont désormais placés en position d'arbitrage. Les premières campagnes de sensibilisation, l'instauration d'une législation rendant illégale la pratique des MGF, en faisant de cette coutume un « *problème de société* » offrent aux hommes et aux femmes une nouvelle position vis-à-vis de leur culture et de leurs traditions, celles-ci sont en effet mesurées et interrogées au regard de standards étrangers occidentaux : « (...) la décision est un arbitrage entre ces diverses orientations lesquelles ne sont jamais données « à l'état pur », mais se trouvent incarnées dans des combinaisons institutionnelles complexes et contingente. » (Boudon et Bourricaud, 1982 : 603).

#### *Un argument central dans le débat*

Les rédacteurs de la définition de la nouvelle politique de population vont être contraints d'intégrer ce changement social qu'ils n'avaient ni anticiper, ni conceptualiser. En effet, les résultats de cette enquête ont mis en lumière le profond décalage entre les représentations des acteurs institutionnels quant à la population dont ils ont la charge et au changement et les attentes des individus. Les premiers (Ministères, agences des Nations unies) considèrent qu'un changement radical dans la pratique des MGF n'est envisageable que étalé sur plusieurs générations et qu'il doit être par conséquent conduit avec prudence et respect. Ce poids de la tradition justifie également un certain immobilisme politique ou du moins des lenteurs. Inversement les chiffres et les discours obtenus au cours de cette recherche montrent qu'à l'intérieur des couples et des familles, qu'entre les générations le débat est plus largement ouvert. Les migrations internationales, notamment celles des étudiant(e)s, le développement des NTIC, ont également contribué à la confrontation avec d'autres modèles culturels. La France qui a largement contribué à la formation de l'élite djiboutienne offre le modèle d'une société où les MGF sont interdites, où les exciseuses sont condamnées par les tribunaux, où le sexe blessé des femmes peut être l'objet d'une chirurgie réparatrice.

Face à ce résultat surprenant les acteurs les plus modérés sont obligés de revoir leur position et de s'aligner sur la position radicale de l'UNFPA : l'abandon total de toute forme de mutilation. Les femmes pionnières de l'UNFD regrettent a posteriori d'avoir accepté de discuter avec les autorités religieuses. Cette position conciliante, accepter la pratique de l'excision et de la sunna en échange de l'abandon de l'infibulation, leur vaut d' « *avoir perdu dix ans* » dans leur combat selon leurs propres termes. Cependant soulignons que la Représentation de l'UNFPA à Djibouti, elle-même a

été décontenancée par ce résultat. Alors que les chiffres étaient connus, ils sont restés de longs mois sous embargo. Il n'était pas question de les diffuser. Alors même que l'UNFPA a été l'initiateur et le bailleur de cette recherche, il a hésité sur l'usage des chiffres dont il disposait alors que ceux-ci confortaient pleinement sa position. Si la production de statistiques est une expression du pouvoir, celui-ci peut être à son tour surpris par les résultats de l'ingénierie sociale qu'il a lancé.

Au delà des résultats se posait également une seconde question centrale, celle du renouvellement de cette mesure et donc la production récurrente d'indicateurs. Outre la question des MGF, la démarche même de la recherche à travers un examen clinique lors d'une visite de santé à l'école est remise en question car elle contribue à créer une demande sociale en matière de santé scolaire. La nouvelle politique mise en place vise désormais à l'éradication de toute forme de MGF. Les registres argumentaires sont ceux du droit et de la santé. Cette radicalité a également eu des conséquences dans la méthodologie de la mesure dans les enquêtes suivantes et dans le suivi de la mesure. Si la mesure est réitérée afin de suivre l'évolution du changement, elle l'est de manière moins détaillée. En effet, les différents types de MGF ne sont plus distingués, la seule distinction faite d'un point de vue statistique est celle entre les fillettes ayant subi et une MGF et celles non touchées. Cette mesure est moins fine au niveau statistique puisqu'elle ne permet plus d'observer les glissements d'une pratique à une autre, mais seulement les abandons. Cependant elle est cohérente avec la nouvelle stratégie mise en place suite aux résultats de cette étude : l'abandon de toute forme de mutilation.

Les statistiques et leur diffusion deviennent un « miroir de la nation » qui interroge l'ensemble des acteurs impliqués dans le développement, y compris les chercheurs. Ces deux recherches, clinique et anthropologique, en bousculant les méthodologies et les idées reçues (intégrer les hommes à une recherche sur ce qui est considérée comme « une affaire de femmes ») a conduit à une redéfinition des objectifs de la politique de population. Il ne s'agit plus désormais de lutter contre les MGF et l'infibulation mais d'« éradiquer toutes formes de MGF ».

## BIBLIOGRAPHIE

- ANDRO Armelle et Marie LESCLINGAND, *Population et Sociétés*, n°438, octobre 2007.
- ARNALDEZ Roger, [1992], article « sunnisme » in *Encyclopaedia Universalis*, tome 21. Paris, pp. 830-832.
- BELBEOCH O., (POPINTER, UNFPA), *La médecine scolaire à Djibouti, Enquête pilote 2005-2006*, Paris, 2006, 24 p.
- BALLMER-CAO T-H., « Genre et régulation », L. PARINI, T-H. BALLMER-CAO et S. DURRER, *Régulations sociales et genre*. Paris, L'Harmattan, 2006 : 15-31.
- BELBEOCH Olivier, CHARBIT Yves et HOUSSEIN Souraya.H., *La population de Djibouti, recherches sociodémographiques*. Paris, L'Harmattan, 2008.
- BONTE Pierre et Michel IZARD (dir.), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris, PUF collection quadrige, 2002 (1<sup>e</sup> ed. 1991).
- CARILLON Séverine et Véronique PETIT, « La pratique des mutilations génitales féminines à Djibouti : une 'affaire de femmes' entre les mains des hommes » in *Autrepart*, 2009, 50, 13-30.

- CHARBIT Yves et Véronique PETIT, "From theory of change and response to comprehensive demography. A new agenda for population and development research" in *Population and Development Review*. June 2011, 37/2, 210-240.
- CHARBIT Yves,  
- *Economic, Social and demographic thought in the XIXth century. The population debate from Malthus to Plato*. Springer, 2009.  
- *The classical foundations of population thought. From Plato to Quesnay*, Springer, 2010.
- CROZIER Michel et E. FRIEDBERG, *L'acteur et le système*. Paris, Le Seuil, 1977.
- DESROSIERES Alain, *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*. Paris, la Découverte & Syros, 1993.
- Dictionnaire de l'islam, religion et civilisation*, Paris, Albin Michel, Encyclopaedia Universalis, 1997.
- Digest Innocenti, *Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l'excision/mutilation génitale féminine*, UNICEF, 2005.
- DIRECTION DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES DÉMOGRAPHIQUES, Ministère de la Santé, *Enquête Djiboutienne à Indicateurs Multiples*, Rapport préliminaire, Djibouti, 2006.
- DIRECTION DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES DÉMOGRAPHIQUES, *Enquête djiboutienne sur la santé de la famille, PAFAM*, Rapport principal. Djibouti, 2004.
- FASSIN Didier, « La biopolitique n'est pas une politique de la vie » in *Sociologie et sociétés*, Automne 2006, 38/ 2, 35-48.
- FASSIN Didier et Dominique MEMMI, « Le gouvernement de la vie, mode d'emploi » in *Le gouvernement des corps*. Paris, édition EHESS, 2004, pp. 9-33.
- FOUCAULT Michel, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France, 1977-1978*. Paris, hautes Études, Gallimard-Seuil, 2009.
- FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL D., HIRATA H., SENOTIER D., « Introduction. La violence, les mots, le corps », *Les cahiers du genre*, Paris, Éditions L'Harmattan, 2003 : 5-20.
- GARDET Louis, *L'Islam, religion et communauté*, Desclée de Brouwer, 1982.
- KERTTZER David et Dominique AREL, *Census and identity. The politics of race, ethnicity, and language in national census*. Cambridge University Press, 2002.
- MESLE France, Laurent TOULEMON, Jacques VERON, *Dictionnaire de démographie et des sciences de la population*. Paris, Armand Colin, 2011.
- MINISTERE DE LA PROMOTION DE LA FEMME, *Stratégie Nationale pour l'abandon de toutes formes d'excision*, 2006.
- LASCOUMES Pierre, 2004. La gouvernementalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir » in *Revue de philosophie et de sciences humaines* (numéro sur Foucault : usages et actualités), 2004, 13-14.
- PETIT Véronique et Séverine CARILLON, *Société, familles et individus face à une « question de femmes »*. *Déconstruire et analyser les décisions relatives à la pratique des MGF à Djibouti*. Paris, POPINTER, Rapport à l'intention de l'UNFPA, UNICEF, 2007.