

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But Une Foi



Année : 2012- 2013

U.S.T.T-B

N°...../

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

TITRE :

**Aspects épidémiologiques, cliniques
et socio économiques de l'excision
dans le district de Bamako.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 2013

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : M Aliou TRAORE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Professeur Toumani SIDIBE

Membre : Docteur Oumahane DIALLO

Co-directeur : Docteur Moustaph TOURE

Directeur de thèse : Professeur Maria SYLLA

DEDICACES ET REMERCIEMENTS



DEDICACES:

Louange à **ALLAH** qui a créé la terre et les cieux ainsi que ceux qui s'y trouvent. C'est lui le détenteur du savoir et il le donne à qui il veut. C'est par sa grâce que nous avons pu réaliser ce travail.

Gloire au prophète **MUHAMMAD** paix et salut soient sur lui, à toute sa famille, à tous ses compagnons et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

A la mémoire de mon père **Sory Ibrahim TRAORE**

Je m'incline devant la volonté divine qui t'a arraché à l'affection de ceux qui t'ont connu. Tu as guidé mes pas sur les sentiers de la réussite, me forgeant à ces principes qui fondent l'essence de notre société : le courage, la rigueur, la dignité, l'humilité et la détermination dans le travail.

Nous prions Dieu pour qu'il t'accueille dans son paradis.

A mes mères : Maimouna DIARRA dite Diassoun, Assitan DIAKITE et Fatoumata SIDIBE dite Tata

Mères vous m'avez entouré d'une attention et d'une affection sans pareille ; votre amour, votre courage, votre générosité, votre modestie ont contribué à la stabilité de notre famille. Ce travail est le fruit de vos efforts. Que Dieu vous accorde longue vie, bonne santé et beaucoup de bonheur.

A la mémoire de mon oncle Bakary TRAORE

J'aurai voulu que tu sois parmi nous en ce jour solennel. Le tout puissant en a décidé autrement en t'arrachant à l'affection de tous ceux qui t'ont connu. Dors en paix cher oncle

A mes frères et mes sœurs

Mamadou TRAORE, Oumou TRAORE, Bagnini TRAORE, Niagalé TRAORE, Cheick TRAORE, Yousouf TRAORE, Amadou TRAORE dit Bako, Moctar TRAORE, Modibo TRAORE, Badiallo TRAORE, Seydou TRAORE : c'est en assemblant les briques que l'on monte un mur. Restons

donc unis et solidaires pour un amour et un bonheur éternel. Sachez que jamais je ne faillirai à mon devoir de répondre à vos appels sans condition et sans délai. Ce travail est le résultat de vos prières, je vous dis sincèrement merci

A mes frère et sœur : Soumaila TRAORE, Fatoumata TRAORE in memorium !

Nous aurions voulu que vous assistiez tous à ce jour mémorable, mais Allah vous a rappelés plus tôt auprès de lui .Puisse Dieu vous accueillir tous dans son paradis éternel. Amen

A toute la famille TRAORE

Quoi de plus beau que d'être entouré par une famille exemplaire

A ma dulcinée : Adam DIARRA, Nous ne saurions comment te remercier, ta générosité, ta modestie et ton courage ont éclairé mon chemin. Les mots ne suffisent pas pour exprimer mon amour et ma reconnaissance.

Que Dieu exauce tes vœux et te garde près de moi pour toujours. Amen !

A ma fille Fatoumata TRAORE, ma raison d'être, je te souhaite d'être parmi les meilleurs de ce monde. En témoignage de mon amour pour toi qu'Allah t'assiste, te donne longue vie et beaucoup de bonheur.

A ma belle famille, les mots me manquent pour apprécier vos gestes. Merci pour votre soutien sans faille et de la confiance que vous portez à mon égard. Ce travail est le vôtre.

A mes oncles et tantes :

Abdoulaye DIARRA, Sékou DIARRA Sorofing DIARRA, Aminata DIARRA, Assan DIARRA, Papa MAGASSA

Toutes nos reconnaissances pour vos soutiens moraux et matériels, que le tout puissant vous soutienne, vous comble de bonheur et vous bénisse

A mon oncle et tuteur à Bamako Abdoulaye DIARRA et famille : je vous remercie pour votre soutien et vos conseils depuis mon arrivée dans votre famille. Nous avons reçu aussi de vous la tolérance, l'humilité, la sagesse.

L'occasion nous est donnée aujourd'hui de vous exprimer notre reconnaissance pour les sacrifices consentis à notre égard. Par la même occasion nous vous demandons pardon pour tous les torts que nous vous avons causés. Que Dieu vous récompense et vous donne longue vie.

A mes grands parents in memoriam, dormez en paix chers grands-parents dans la grâce de l'éternel. Nous vous garderons toujours dans nos cœurs

A tous mes oncles, merci pour votre soutien.

A toutes mes tantes, pour les bénédictions et les conseils.

Aux familles DIARRA à Kati (Médine et Malibougou)

A la famille TRAORE à Kolokani, Banamba et Bamako grand merci

.A mes cousins et cousines, reconnaissance.

A tous ceux qui souffrent des séquelles d'excision, sachez que nous sommes toujours auprès de vous pour lutter contre l'excision

REMERCIEMENTS

Je profite de cet instant pour :

-Rendre grâce à ALLAH :

Le Clément, le Miséricordieux, le Tout puissant par excellence et par essence à qui nous implorons aide et assistance, de m'avoir donné la santé, la force et le courage d'atteindre ce niveau. Qu'il nous guide sur le droit chemin .Amen !

-Remercier :

Mes maitres du primaire et du secondaire merci pour toutes les connaissances léguées

Le corps professoral, le personnel du décanat de la faculté de médecine et d'odontostomatologie du Mali. Merci pour l'encadrement exemplaire

Tout le personnel du service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré

Pr Toumani Sidibé, pour avoir dirigé notre travail avec rigueur et patience

Cher maître, vous ne serez jamais remercié assez pour la formation de qualité que nous avons bénéficié auprès de vous. Nous sommes fiers d'être parmi vos

élèves et de bénéficier de vos critiques pour le travail bien fait. Merci pour l'encadrement.

Dr Moustapha Touré

Cher maitre, mes mots sont très faibles pour vous exprimer toute ma gratitude. Vos qualités humaines, votre amour du travail bien fait et votre souci constant de la bonne formation des internes nous ont comblés.

Merci docteur pour votre inestimable soutien.

Tous les pédiatres du CHU Gabriel TOURE, vous avez fait preuve de courage et d'abnégation. Chers maitres merci pour l'encadrement

Mention spéciale à **Dr Fatoumata Léonie DIAKITE** qui a fortement contribué à l'amélioration de travail.

Tous mes collègues internes et anciens internes des hôpitaux : Dr Djénéba Konaté, Dr Adama Koné, Dr Balilé Herber, Dr Nouhoum Lalama Traoré. Vous avez rendu mon séjour agréable dans le service J'ai été fasciné par votre esprit de groupe, votre franche collaboration. Merci pour votre soutien et votre aide précieuse que vous avez apportée à l'élaboration de ce travail.

Tous les CES de la pédiatrie, pour les conseils, les enseignements et les bons moments passés ensemble. Mention spéciale pour : Dr DIARRA Mohamed, Dr DIALLO Ibrahima et Dr DIALLO Cheick Oumar merci de m'avoir témoigné une amitié sincère. Ce travail est le vôtre.

Mes cadets thésards et externes : Boubacar DIALLO, Mady Korenso, Dramane DIARRA, Bory TRAORE et Sidy TRAORE courage et persévérance

Mes amis d'enfance : Mamadou COULIBALY dit COULOU, Nouhoum BOUARE dit Benké, Amadou KONARE, Moussa TRAORE avec lesquels nous avons passé de merveilleux moments, vous avez été pour moi des conseillers, des complices, des compagnons de lutte durant les rudes épreuves de la vie. Que le tout puissant nous accorde le privilège de partager encore beaucoup d'autres choses.

Mes remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui, par leur soutien moral, et financier si modeste soit-il mais combien important pour moi, ont permis la réalisation de ce travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

➤ Professeur *Toumani SIDIBE*

Professeur titulaire de Pédiatrie ;

Chef de département Pédiatrie ;

Président de l'association malienne de pédiatrie;

Chevalier de l'Ordre National du Mali ;

Ancien Directeur de l'Hôpital Gabriel Touré

Ancien directeur du CREDOS ;

Ancien directeur national de la santé ;

Honorable Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en nous confiant ce travail tout en mesurant l'ampleur des difficultés.

Votre dévouement pour l'enseignement, votre rigueur scientifique, votre sérieux dans le travail ne sont plus à démontrer et font de vous un exemple exceptionnel à suivre. Vous nous avez enseigné le savoir et le savoir être.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

➤ **Docteur OUANE OUMAHANE DIALLO**

Médecin spécialiste en pédiatrie

Praticienne hospitalière

Membre de l'association malienne de pédiatrie « AMAPED ».

**Ancienne chef de service de l'unité de pédiatrie de l'hôpital mère enfant le
Luxembourg**

Cher maître,

l'intégrité, la rigueur, le courage et le sérieux sont des qualités irréfutables d'une femme admirable. Ces vertus que vous incarnez ont forcé notre admiration. Merci pour votre entière disponibilité et votre initiative d'apprécier l'impact de la sensibilisation dans la lutte contre l'excision à travers cette étude de l' « AMAPED ».

Trouvez ici, cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

➤ Docteur Moustapha TOURE

Maitre assistant à la faculté de médecine et odonto stomatologie;

Praticien hospitalier à l'hôpital du Mali;

Chef de service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du Mali;

Chevalier de l'ordre national du Mali ;

Cher maitre, c'est un privilège pour nous de vous avoir à nos cotés même le dernier jour de ce travail.

Votre disponibilité, votre simplicité, votre gentillesse et votre modestie ont forcé l'estime et l'admiration de tous

Veillez accepter, cher maitre l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE.

➤ Professeur Mariam SYLLA

Professeur agrégé de Pédiatrie ;

Première femme professeur en pédiatrie au Mali ;

Secrétaire générale de l'association malienne de pédiatrie ;

Praticienne hospitalière au CHU Gabriel TOURE ;

Chef du service de néonatalogie et du service des urgences de pédiatrie ;

Responsable du centre d'excellence de prise en charge du VIH de la pédiatrie du CHU Gabriel TOURE ;

Cher maître,

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail

Plus qu'une enseignante vous êtes une éducatrice, vous avez allié sagesse, écoute et conseil pour nous transmettre discipline disponibilité et ponctualité.

Fier d'être parmi vos élèves nous profitons de ce moment solennel pour vous réitérer notre profonde gratitude et notre sincère admiration.

Abréviations

A.N.R.M : Assemblée Nationale République du Mali

DNSI : Direction Nationale des Statistiques et de l'Informatique

DIRPA : Direction des Informations et des Relations Publiques de L'armée

J.C. : Jésus Christ

MGF : Mutilation Génitale Féminine

CIAF: Conférence Internationale Afrique Francophone

CHU: Centre Hospitalier et Universitaire

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

AMSOPT : Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles

APDF : Association pour le Progrès et la Défense des Droits des Femmes

ASDAP : Association de Soutien au Développement des Activités de Population

CI-AF : Comité Interafricain sur les pratiques traditionnelles Ayant effet sur la santé des Femmes et des enfants

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisée

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

ED : Enseignement Dirigé

GAMS : Groupement pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles

MSF : Mutilations Sexuelles Féminines

OGE : Organes Génitaux Externes

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

E.F : Excision Féminine

C.F : Circoncision Féminine

AMAPED : Association Malienne de Pédiatrie

P.N.L.E : Programme National de Lutte contre l'Excision

O.M.S : Organisation Mondiale de la Sante

I.N.E.D : Institut National d'Etudes Démographiques

C.R.E.D.O.S : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la
Survie de l'Enfant

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé

E.D.S : Enquête Démographique et de Santé

M.S.T : Maladies Sexuellement Transmissibles

I.S.T : Infection Sexuellement Transmissibles

I.E.C : Information Education Communication

V.I.H : Virus de l'Immunodéficience Humaine

S.I.D.A : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise

C.S.Ref : Centre de Santé de Référence

C.S.Com : Centre de Santé Communautaire

C.M.I.E : Centres Médicaux Inter-Entreprise

D.H.S : Demographic Health Survey, programme international des enquêtes
démographiques et de santé

Table des matières

I-Introduction

.....
...1

II-Généralités

.....
..5

1-Définition.....5

2-Historique.....5

3-Ampleur du problème.....6

4-Rappels anatomiques.....10

5-Rappels physiologiques17

6-Différents types d'excision22

7-Raisons de l'excision.....24

8-Les conséquences de l'excision26

III-Méthodologie33

1-Cadre de l'étude33

2-Type et durée de l'étude39

3-Population d'étude39

4-Echantillonnage39

5-Critères d'inclusion.....39

6-Technique et outils de collecte des données.....40

7-Préparation.....41

8-Traitement et analyse des données41

9-Ethique.....41

IV-Résultats.....42

V-Commentaires et Discussion.....67

Conclusion **et** **Recommandations**
.....73-74

Références75

I-INTRODUCTION

L'excision, encore appelée mutilation génitale féminine (M.G.F), est définie par l'OMS comme «toute intervention aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons culturelles ou autres, et non à des fins thérapeutiques».

D'après l'OMS [1], dans le monde entier des millions de femmes subissent l'excision. Au moins vingt-huit pays africains sont concernés par l'excision. On estime qu'il y a aujourd'hui plus de cent vingt millions de femmes et de fillettes victimes de cette pratique pour le seul continent africain, ce qui correspond à environ un tiers de sa population féminine. Selon cette même source, chaque année dans le monde, deux millions de fillettes sont soumises à cette coutume.

Longtemps cantonnée dans la région du Haut-Nil, où des momies [excisées et infibulées] ont été retrouvées, puis étendue à l'Afrique orientale, l'excision est une pratique animiste au moins bimillénaire, remontant à l'ère ptolémaïque. Dans de nombreuses cultures, le passage à l'état adulte s'opère par l'intermédiaire de rites initiatiques au cours desquels le corps est le plus souvent marqué. L'excision pratiquée sur les fillettes entre souvent dans le cadre de ces «blessures symboliques».

Certains auteurs attribuent l'excision à l'islam, même si des adeptes d'autres religions la pratiquent également. C'est le cas par exemple des chrétiens et des animistes du Mali, des coptes d'Egypte et des juifs Falasha d'Ethiopie.

Il existe de nombreuses pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la femme et de l'enfant au Mali. De toutes ces pratiques, l'excision apparaît comme celle qui pose le plus de défis.

Au Mali, elle consiste à l'ablation du clitoris et/ou des petites lèvres, suivie ou non de la fermeture de l'orifice vaginal. *Il existe quatre types selon l'étendue et la gravité des lésions. Le type II est le plus fréquent au Mali [30]*.

Selon l'enquête démographique et de santé (EDS IV)[2], la prévalence est de 85,6% entre 15 et 49 ans. Les régions où la pratique est encore très forte sont : Kayes (98%), Koulikoro (90%), Sikasso (95%), Ségou (92%) ; également à Bamako la prévalence reste encore élevée (93%). Dans la région de Mopti la prévalence est de 75%. Dans les régions Nord du pays l'excision ne fait pas partie des traditions : la prévalence est de 44% à Tombouctou et tombe à 2% à Gao et 1% à Kidal.

Cette pratique est traditionnelle dans les groupes ethniques au Sud du Mali (Bamanan, Soninké, Malinké, Sénoufo...), tandis qu'elle ne concerne qu'une minorité au sein des ethnies Sonhaï, Maures et Tamacheck au Nord du pays.

L'excision a fait l'objet de plusieurs études et publications de part le monde. Ces études sont classées en trois catégories :

Etudes faites par les ethnologues et anthropologues qui mettent l'accent sur le caractère initiatique et intégrateur de l'enfant dans la société.

Etudes faites par les organisations pour la santé et les associations féminines qui considèrent l'excision comme une pratique néfaste à la santé de la femme et de l'enfant.

Etudes faites sous le signe de la médecine et de la santé en général. Elles ont porté sur les complications de l'excision lors de l'accouchement. Nous citerons la thèse de médecine de DIALLO H. [3], le document de recherche de Mme Maiga Lala Dah [4], la thèse de doctorat de M. Fané T. [5]. En 2003, la thèse de Mme Aissata Sidibé [6] a porté sur les aspects épidémiologiques, socioculturels et anatomo-cliniques de l'excision.

En raison de son caractère culturel et traditionnel, l'excision ne peut pas seulement se voir opposer le droit. En effet, la complicité des familles et des proches rend cette lutte législative sans effet direct. Cette approche n'est possible qu'une fois les mentalités éclairées. De fait, de nombreux pays africains s'efforcent de faire disparaître cette coutume en employant des moyens plus participatifs.

Face à l'ampleur du phénomène, les pouvoirs publics se sont engagés dans la lutte pour son élimination ou tout au moins sa réduction. Le gouvernement du Mali qui a ratifié le Protocole de Maputo le 13 janvier 2005, a certes pris des mesures en vue de lutter contre l'excision notamment par la création du Programme National de lutte contre l'excision, mais il n'existe toujours aucune loi visant à interdire cette pratique qui affecte gravement la santé et le bien-être des jeunes filles et des femmes.

Notre étude a pour objet d'apporter la contribution de l'Association Malienne de Pédiatrie « AMAPED » à la lutte contre l'excision au Mali à travers une étude multicentrique qui permettra d'apprécier les aspects épidémiologiques, cliniques et socio économiques de l'excision dans le district de Bamako.

OBJECTIFS :

1. Objectif général :

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et socio économiques de l'excision chez les fillettes vues en consultation dans les différentes structures sanitaires de Bamako.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la prévalence de l'excision chez les fillettes de 0 à 15 ans
- Déterminer l'âge auquel l'excision est pratiquée.
- Evaluer la connaissance des parents sur les complications et les conséquences de l'excision.

II-GENERALITES

1-Définition

L'excision féminine (EF), également nommée « circoncision féminine » (CF), « mutilation génitale », et « ablation génitale des femmes », signifie l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux externes féminins pour des raisons culturelles, religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique[16]

2-Historique

L'origine exacte des MSF est inconnue mais elles semblent exister depuis le début de l'humanité. Pour certains l'Egypte ancienne serait le berceau des mutilations génitales dès 5000 - 6000 ans avant notre ère et elles se seraient ensuite répandues en Afrique et au Moyen Orient. L'infibulation, la mutilation la plus radicale, est encore appelée « excision pharaonique » [17].

Des auteurs comme Giorgis B. W, Taba A. H., Thiam A. et Camara S., soutiennent que l'excision était connue cinq siècles avant Jésus Christ par les Hittites, les Ethiopiens, les Egyptiens et les Romains. Giorgis B. W. ajoute que dans l'Egypte antique les jeunes filles ne pouvaient ni se marier, ni hériter, ni entrer dans une mosquée si elles n'étaient pas excisées. La pratique serait partie de la légende qui relatait que Sarah épouse d'Abraham avait excisé sa coépouse par suite de dégradation des rapports entre elles. Il faut noter que le Saint Coran n'évoque pas spécifiquement l'excision [18].

Mais le Prophète Mohamed en parlera s'adressant à une exciseuse « n'intervient pas de façon radicale, c'est préférable pour la femme » ainsi elle pourra garder la beauté de son visage. En enlevant trop de chair à une femme, son visage s'assombrirait et elle deviendra insignifiante aux yeux des hommes [19].

Les mythes bambaras disent que le clitoris, est l'équivalent du pénis chez la femme et si on ne l'élimine pas la femme n'aura pas la capacité de donner une nouvelle vie. Ces mêmes bambaras considèrent l'excision comme un rite

d'initiation qui permet de marquer le passage de l'enfance à l'âge adulte selon le professeur Lamine B Traoré du PNLE [19].

3-Ampleur du problème

a)Prévalence

L'OMS estime entre 100 et 140 millions le nombre de jeunes filles et de femmes dans le monde ayant été mutilé [34]. En Afrique, 92 millions de jeunes filles âgées de 10 ans ou plus auraient subi cette pratique, et 3 millions de jeunes filles seraient menacées d'être mutilées chaque année. Chaque jour, 6000 petites filles subissent le même sort.

En France, l'INED estime qu'entre 42 000 et 61 000 femmes adultes seraient excisées.

b) Répartition géographique

De nos jours, les mutilations sont pratiquées essentiellement en Afrique de l'Ouest, en Afrique de l'Est et dans les pays où ces populations ont émigré. On les retrouve aussi dans certaines populations du sud-est asiatique en Inde, Indonésie, Malaisie et dans certaines régions du Pakistan.

En Afrique, on recense 28 pays où les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées. La proportion de femmes excisées varie selon les pays.

Trois groupes peuvent être distingués (chiffres au début des années 2000):

1-les pays où la grande majorité des femmes sont excisées soit plus de 85 % : Djibouti, Égypte, Éthiopie, Érythrée, Guinée, Mali, Sierra Leone, Somalie, Soudan.

2-les pays où seules certaines fractions de la population étant touchées et où 25 à 85 % des femmes sont excisées, proportion variant selon l'ethnie, la catégorie sociale et la génération : Burkina Faso, Centrafrique, Côte d'Ivoire, Gambie, Guinée-Bissau, Kenya (bien qu'elle soit interdite depuis 2001), Liberia, Mauritanie, Sénégal, Tchad.

3-les pays où seules quelques minorités ethniques sont concernées et où la proportion d'excisées est inférieure à 25 % : Bénin, Cameroun, Ghana, Niger, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Tanzanie, Togo [20]. Au Mali la prévalence de l'excision chez les filles de 0 à 14 ans reste forte soit 84% ; ce résultat est comparable à ceux des femmes de 15 à 49 ans qui est de 85% selon EDSM IV [21].

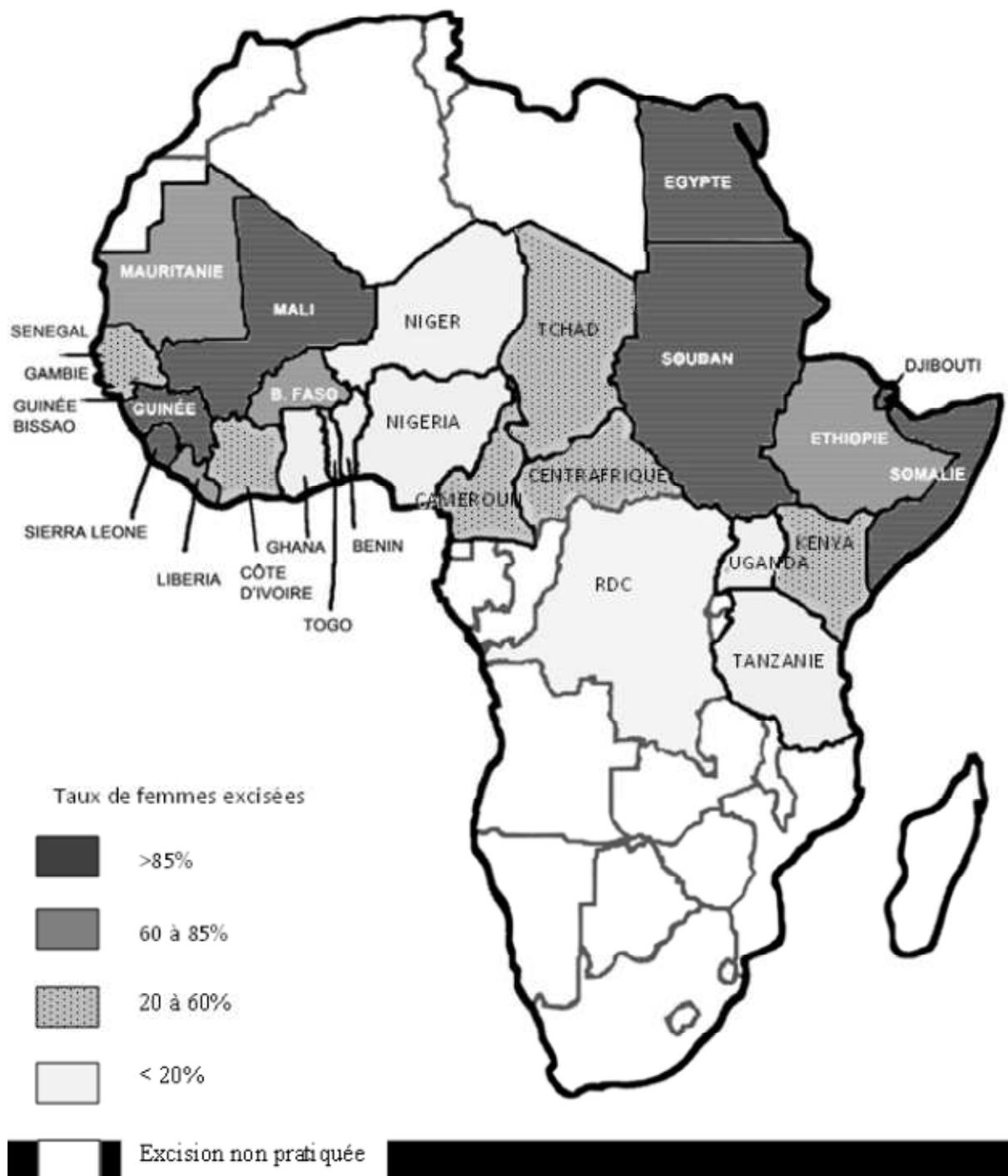


Figure 1 : Prévalence des MSF en Afrique [34]

Tableau I : Prévalence des MSF en Afrique [34]

PAYS	PREVALENCE (%)	SOURCE/ANNEE
Somalie	98 -100	DHS/1982,1993
Djibouti	98	UNICEF
Egypte	96	DHS/2005
Guinée Conakry	96	DHS/2005
Sierra Léone	90	UNICEF/1997
Erythrée	89	DHS/2002
Soudan	89	DHS/1989,1990
Mali	85	DHS/2006
Ethiopie	80	DHS/2000
Gambie	80	OMS/1985
Burkina Faso	77	DHS/2003
Mauritanie	71	DHS/2000,2001
Libéria	60	DHS/1984
Guinée Bissau	50	OMS
Côte d'Ivoire	45	DHS/1998,1999
Tchad	45	DHS/2004
Centrafrique	43	DHS/1994,1995
Cameroun	15-45% (selon l'ethnie)	DHS/2004
Kenya	32	DHS/2003
Sénégal	28	DHS/2005
Nigeria	19	DHS/2003
Bénin	17	DHS/2001
Tanzanie	15	DHS/2004,2005
Togo	12	DHS,OMS/1996
Ghana	5	DHS/2003
RDC	5	UNICEF
Ouganda	5	OMS
Niger	2	DHS/2006

4-Rappel anatomique de la vulve

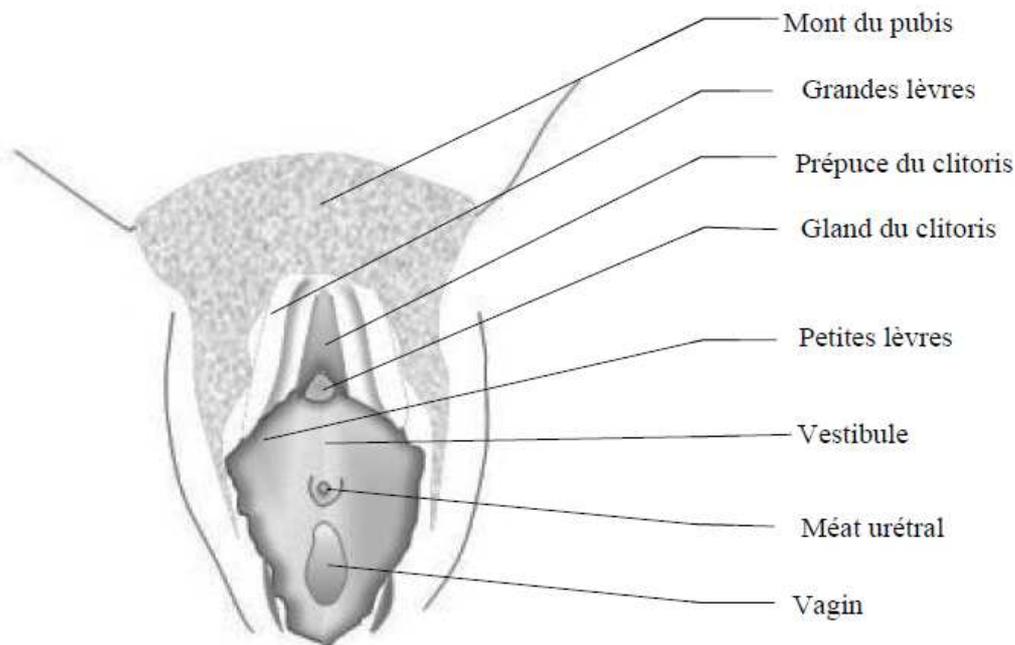


Figure 2 : Anatomie de la vulve [34]

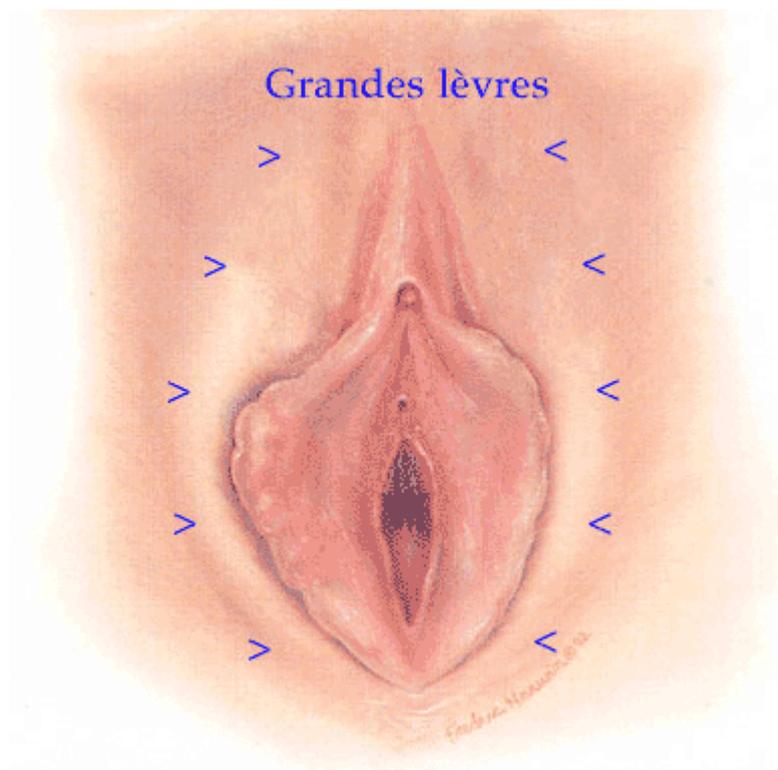
a) Mont du pubis

En avant, la vulve est limitée par le mont du pubis, essentiellement composé d'une couche adipeuse en continuité avec celle de l'abdomen et des grandes lèvres.

Lèvres vulvaires

- Grandes lèvres

Les grandes lèvres sont deux replis cutanés situés sous le mont du pubis. Leurs extrémités se réunissent en arrière pour former la commissure postérieure, distante de l'anus de 2,5 cm environ. Leur surface est composée de fibres musculaires lisses. En profondeur, le corps adipeux labial est une formation fibro-graisseuse très vascularisée, et un organe semi-érectile renforcé par les fibres élastiques qui l'amarrent aux structures anatomiques adjacentes (fascia criblé, prépuce du clitoris, centre tendineux du périnée).



[39]

Figure 3: Grandes lèvres

- *Petites lèvres*

Les petites lèvres délimitent le vestibule. Elles font environ 3 mm d'épaisseur, mais leur longueur est très variable. Elles se réunissent dans leurs parties antérieures en se dédoublant autour du gland du clitoris, formant ainsi en avant le prépuce clitoridien et en arrière le frein clitoridien. Leurs extrémités postérieures forment la fourchette vulvaire, dont la mobilisation, transmise au prépuce, participe à l'excitation mécanique du clitoris. Elles sont constituées de nombreuses fibres musculaires lisses qui leur donnent une possibilité d'érection au même titre que les mamelons.

Entre les grandes et les petites lèvres se situe le sillon inter labial, dans lequel on peut palper dans sa partie médiane antérieure le coude du clitoris.

La fente vulvaire est un espace virtuel situé entre les petites lèvres, qui comprend d'avant en arrière :

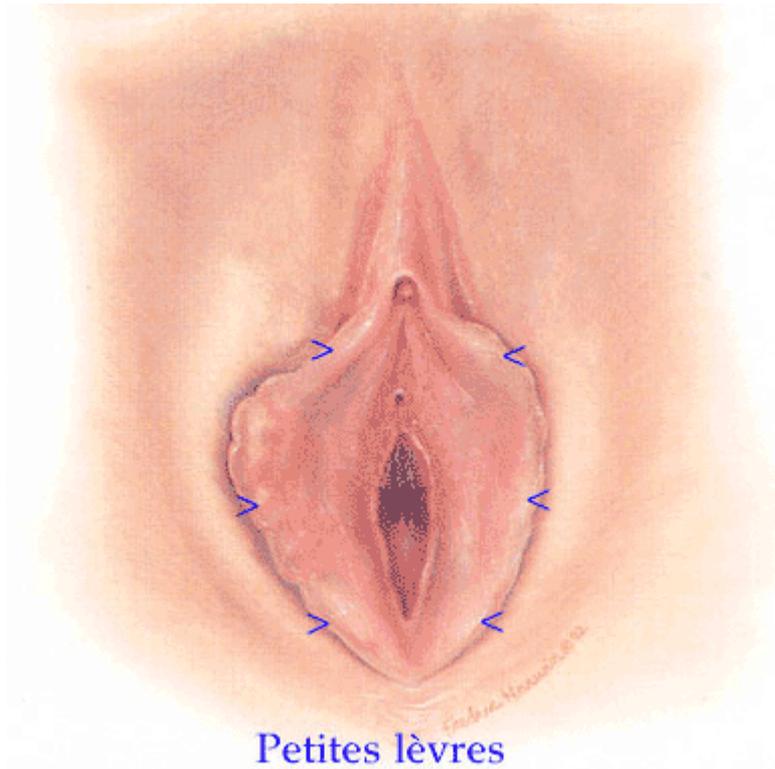


Figure 4 : Petites lèvres

b) Clitoris

Dédié entièrement au plaisir, cet organe est essentiel à la vie sexuelle féminine. Il est formé de deux corps érectiles pairs, les corps caverneux et les bulbes vestibulaires. Il comprend trois parties: les piliers, le corps et le gland.

- ***Piliers du clitoris***

Formés de la partie postérieure des corps caverneux, ils sont longs de 3 cm, et s'attachent sur la partie moyenne de la face interne des branches ischio-pubiennes. Ils s'adosent sous la symphyse pubienne pour former le corps du clitoris. Un septum incomplet médian marque cette fusion. Ils sont recouverts par les muscles ischio- caverneux.

- ***Corps du clitoris***

Il monte plus ou moins haut, devant la symphyse pubienne, puis s'infléchit (coude du clitoris) pour se porter en bas. Cette première portion, avant l'inflexion, est aussi appelé hampe du clitoris.

Il est solidement maintenu au niveau de son coude par le ligament suspenseur du clitoris. Celui-ci se détache de la ligne blanche et de la symphyse pubienne, se dédouble pour entourer latéralement et en bas le corps du clitoris. Il donne des expansions latérales vers l'host urétral externe (ou ligament pubo-urétral). Le corps est recouvert par le prépuce du clitoris.

- ***Gland du clitoris***

Extrémité libre du clitoris, il est renflé, conique et moussu. Il est constitué de tissu érectile spongieux provenant des bulbes vestibulaires.

- ***Fascia clitoridien***

Plus épais sur les piliers et le corps, il est riche en neurorécepteurs.



Figure 5 : Clitoris

c) **le vestibule :**

- **le méat urétral :** Il est bordé par les orifices des glandes para-urétrales (glandes de Skene). Les glandes de Skene sont aussi appelées « prostate

féminine » du fait de leur analogie de structure, de fonction et de pathologie avec la prostate masculine.

- **l'orifice inférieur du vagin** : Il est fermé par l'hymen chez la vierge, repli muqueux transversal de forme et de résistance variable.

- **les Bulbes vestibulaires**

Ils cernent les bords latéraux et antérieurs de l'orifice vaginal et sont fixés au fascia inférieur du diaphragme uro-génital. Ils sont ovoïdes et mesurent chacun 3,5 cm de longueur. Leurs extrémités postérieures sont en contact avec les glandes vestibulaires majeures. Leurs extrémités antérieures, amincies, s'unissent pour former la commissure bulbaire qui présente une expansion de tissu érectile pour le gland du clitoris. Par ailleurs, la commissure bulbaire est solidarisée au corps du clitoris par le plexus veineux intermédiaire qui unit la circulation veineuse des corps érectiles.

Les faces inférieures des bulbes vestibulaires sont cachées par les muscles bulbo-spongieux. Ils sont constitués d'un tissu érectile spongieux, analogue au corps spongieux masculin.

-**Glandes vulvaires**

Elles sont nombreuses et s'atrophient rapidement à la ménopause.

Glandes vestibulaires mineures

Ce sont des glandes sébacées et sudoripares disséminées à la surface des grandes lèvres essentiellement et occasionnellement sur la face externe des petites lèvres. Leur sécrétion participe à la formation du smegma.

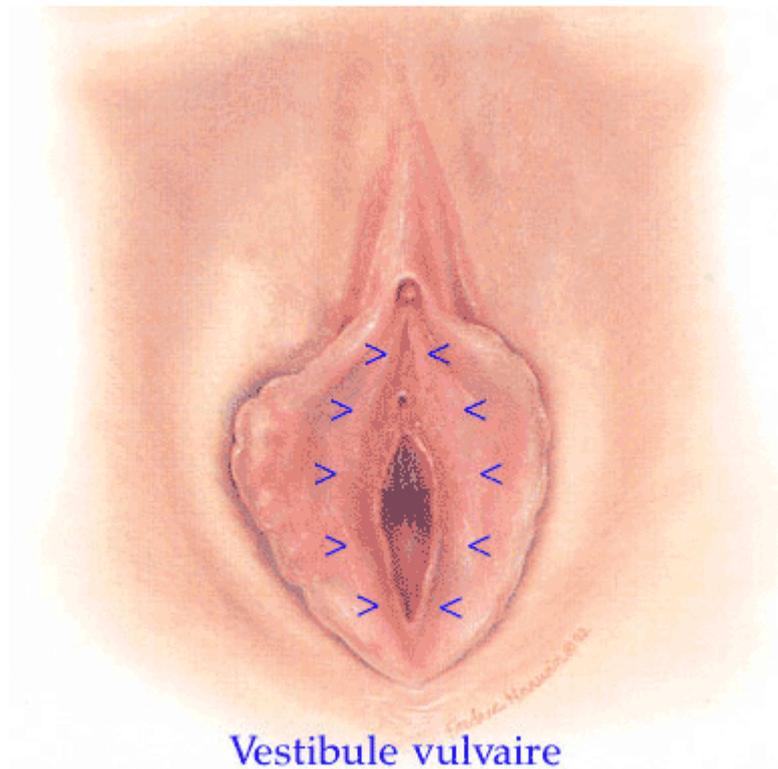
Glandes para- urétrales (glandes de Skène)

Elles correspondent aux deux plus volumineuses glandes urétrales dont les canaux excréteurs s'ouvrent de chaque côté de l'ostium externe de l'urètre.

Glandes vestibulaires majeures (glandes de Bartholin)

Elles se projettent sur la moitié postérieure des lèvres. Ce sont des glandes mucipares ovoïdes, longues d'environ 1,5 cm. Leur face médiale répond à la paroi vulvaire. Leur face latérale est adjacente au bulbe vestibulaire et au muscle

bulbo spongieux. Le bord supérieur est en rapport avec le fascia inférieur du diaphragme uro-génital. Le conduit excréteur, long de 1 à 2 cm, se porte en avant et médialement pour s'ouvrir dans le sillon vestibulaire à 5 et 7 heures. C'est une glande tubulo-alvéolaire, dont les lobes sont séparés par des myofibrilles lisses. Elles sont facilement palpables lorsqu'elles sont dilatées.



[39]

Figure 6 : Vestibule Vulvaire

d) Vascularisation

- **Artères**

Une ligne horizontale, passant par le gland du clitoris, divise la vulve en deux territoires artériels:

- le territoire antérieur est vascularisé par les artères pudendales externes supérieure et inférieure, branches de l'artère fémorale, et accessoirement par une branche terminale de l'artère obturatrice et par l'artère funiculaire;

- le territoire postérieur est sous la dépendance de l'artère pudendale interne qui donne en particulier les artères dorsale et profonde du clitoris, urétrale, bulbaire et des rameaux pour les glandes vestibulaires majeures.

- *Veines*

Le drainage du mont du pubis, du prépuce et de la partie antérieure des lèvres se fait par les veines pudendales externes vers la grande veine saphène. Le drainage du clitoris, des bulbes vestibulaires et de la partie postérieure des lèvres se fait par les veines pudendales internes. Les anastomoses entre les veines vulvaires et les plexus veineux pelviens sont nombreuses.

- *Lymphatiques*

La vulve est recouverte d'un riche réseau lymphatique dont le relais principal est constitué de nœuds inguinaux superficiels supérieurs médians et inférieurs. Ces derniers sont anastomosés avec les nœuds inguinaux superficiels supéro-latéraux. Ils se drainent dans les nœuds inguinaux profonds, situés sous le fascia criblé et dans le canal fémoral, et dans les nœuds iliaques externes. Le drainage iliaque interne est accessoire, sauf pour le clitoris.

e) Innervation

- *somatique*

Le nerf somatique principal de la vulve est le nerf pudental qui innerve les deux tiers postérieurs des grandes lèvres, des petites lèvres, le bulbe et le clitoris. Les branches génitales des nerfs ilio- hypogastrique, ilio-inguinal et génito-fémoral innervent le mont du pubis et le tiers antérieur des grandes lèvres. Ces nerfs forment par ailleurs, autour de la vulve, une sorte d'aura sensitive précédant la stimulation vulvaire.

- *végétative*

Les nerfs végétatifs proviennent des plexus hypogastriques inférieurs qui donnent, en particulier, les nerfs caverneux.

- *neurorécepteurs vulvaires*

Dans les formations tégumentaires sont situés essentiellement les extérocepteurs. Dans les formations sous-cutanées se localisent les corpuscules génitaux près et dans les corps érectiles; dans les muscles et les fascias sont situés les propriocepteurs. La grande richesse de la vulve en neurorécepteurs comparée au vagin fait d'elle le véritable organe sexuel de la femme.

5-Rappel physiologique

La vulve est très sensible aux œstrogènes qui améliorent sa trophicité et la rendent plus étoffée et de coloration plus foncée. Elle intervient dans trois fonctions: la miction, l'accouchement et le coït.

- *Vulve et miction*

Au cours de la miction, le jet urinaire sortant du méat est canalisé par les petites lèvres qui le dirigent. La proximité de la vulve et de l'anus favorise la colonisation du vestibule par des germes d'origine intestinale qui remontent l'urètre et déclenchent la cystite.

- *Vulve et accouchement*

Pendant l'accouchement, l'orifice vulvaire se déplisse et se distend. Chez la primipare, la déchirure des vestiges hyménaux donne un léger saignement. La présentation continuant sa progression comprime la vulve qui s'amincit davantage, en particulier au niveau de la commissure postérieure. C'est à ce niveau que siègent les déchirures vulvo-périnéales.

- *Réactions sexuelles de la vulve*

Les lèvres vulvaires, en raison de leur structure, se comportent comme deux corps érectiles entourant le vestibule.

Les grandes lèvres, sous l'action de la contraction du dartos et de la mise en tension des fibres élastiques, s'amenuisent et s'aplatissent contre le périnée au cours de la phase d'excitation, dégageant ainsi le vestibule. Le retour à la configuration normale après l'orgasme est plus rapide chez la nullipare.

Les petites lèvres subissent des modifications plus profondes, dénommées "réactions de la peau sexuelle". Elle est pathognomonique de l'imminence de

l'orgasme. Pendant la phase de l'excitation, les petites lèvres se déplissent, s'épaississent et se dressent. A la phase de plateau, elles virent au rouge foncé, plus intense chez la nullipare.

L'activité sécrétrice des glandes vestibulaires majeures est un facteur négligeable dans la lubrification de la vulve, car elles n'émettent que deux à trois gouttes durant la phase en plateau. La lubrification vulvaire est dévolue à la transsudation vulvo-vaginale.

Les corps érectiles se dilatent et se congestionnent. En phase d'excitation, on note un allongement et une dilatation du corps et du gland. Pendant la phase en plateau et pendant l'orgasme, ils se rétractent, puis reprennent rapidement leur morphologie et leur topographie normales.

Le corps est le foyer principal de la réponse sexuelle. La stimulation de ses récepteurs au cours du coït est directe et indirecte par la traction du prépuce provoquée par l'étirement rythmique des petites lèvres sous l'action du pénis qui déprime le frein vulvaire.



Figure 7 : Vulve non excisée [39]

6- Différentes types d'excisions pratiquées au Mali [20]

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe l'excision, sous trois formes d'opérations sur le sexe féminin c'est-à-dire : la clitoridectomie, l'excision et l'infibulation mais il existe une quatrième forme ^[20].

Type1 : La clitoridectomie : C'est l'ablation partielle ou totale du clitoris et / ou du prépuce. Cette opération appelée minima ou Sunna est pratiquée au Mali et dans plusieurs autres régions d'Afrique [34].

Type2 : L'excision complète : est l'ablation du clitoris et du prépuce avec ablation partielle ou totale des petites lèvres. Elle est faite par les sociétés animistes, musulmanes et chrétiennes dispersées en Afrique ^[20].

Type 3 : L'infibulation, c'est l'ablation de toutes les parties extérieures des organes génitaux féminins avec fermeture de l'orifice vaginal. C'est l'une des formes les plus graves de l'excision. Au Mali l'infibulation est pratiquée à 1% par certains Soninkés et peulhs du Macina ^[20].



Figure 8 : Infibulation

Type 4: Cette forme regroupe toutes les autres formes d'excision : Les pratiques non classées telles que, l'étirement, la ponction, le percement, l'incision du clitoris, la cautérisation par brûlure du clitoris et tissus environnants, la scarification, l'incision du vagin, l'introduction de substances ou d'herbes corrosives dans le vagin pour provoquer le saignement ou pour resserrer ^[20].

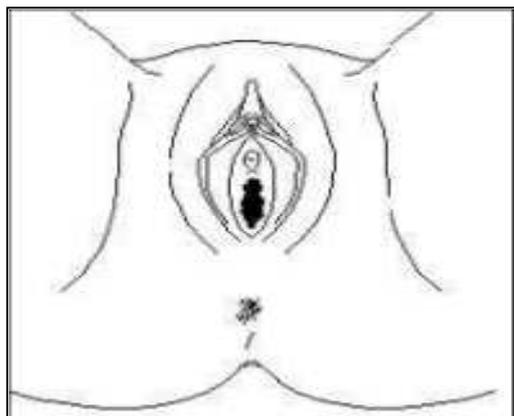


Figure 1a : Type I avant l'opération

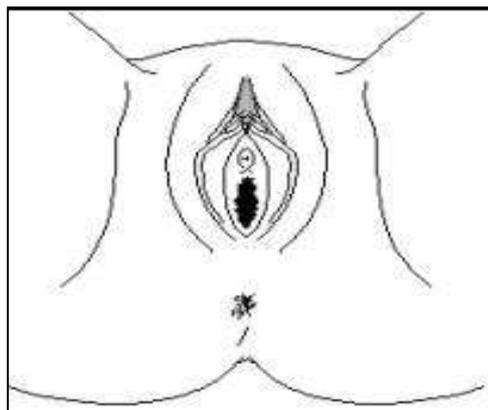


Figure 1b : Type I après l'opération

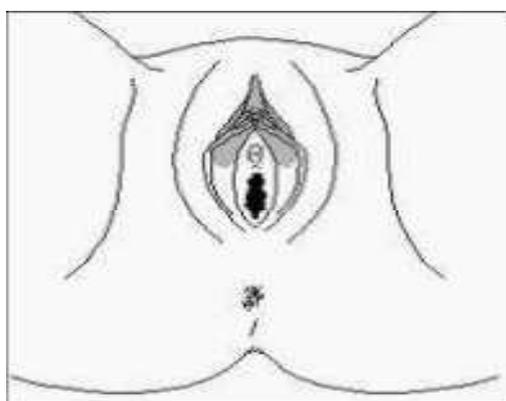


Figure 2a : Type II avant l'opération

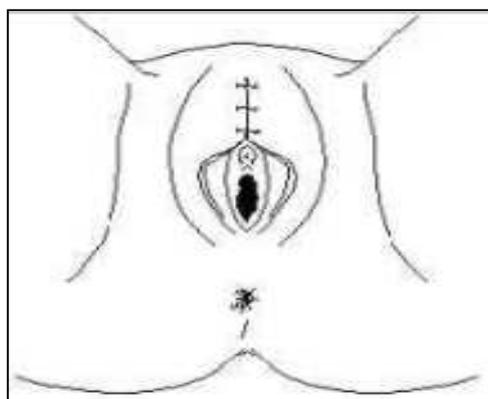


Figure 2b : TYPE II après l'opération

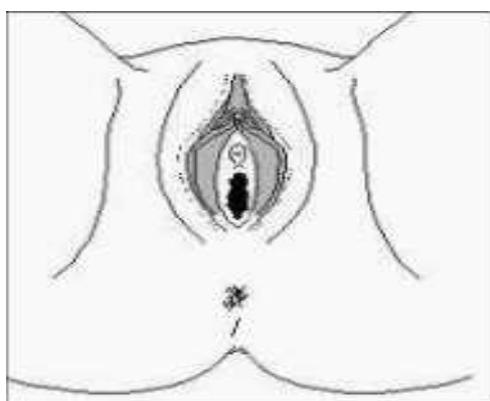


Figure 3a : Type III avant l'opération

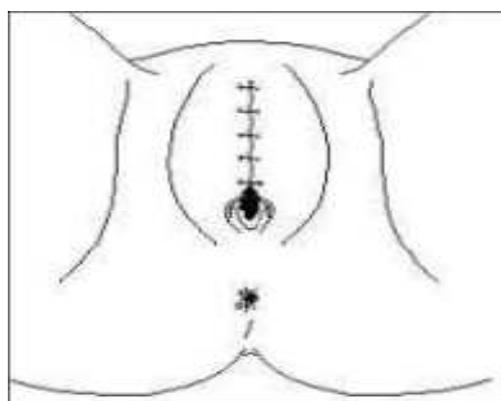


Figure 3b : Type III après l'opération

Figure 9 : Les différents types de mutilations génitales féminines ^[17]

7-Raisons de l'excision : (Justification idéologique) [34]

Les arguments couramment avancés sont :

- **La théorie de l'hygiène** : « ça rend propre la fille » ; s'y ajoute parfois la notion de « beauté ». Ceci est lié à la perception de l'honneur « *hòrònya* » et des perspectives de mariage.

La théorie de la tradition

Elle est de loin la théorie la plus fréquemment avancée, souvent sans autre explication par les hommes et femmes, jeunes et vieux et toutes les aires culturelles confondues. Dans la compréhension traditionnelle, l'excision des filles est étroitement liée à la circoncision des garçons. Dans les langues bambara, malinké et soninké, les mots pour désigner l'excision et la circoncision sont les mêmes le '*bolokoli*'.

Une Phrase est fréquemment entendue « je l'ai trouvé ici », qui exprime aussi cette valeur de la tradition transmise par les ancêtres.

Tout ce qui nous reste aujourd'hui [comme pratiques traditionnelles]... et qui a de la valeur, c'est le mariage, le '*bolokoli*' [excision & circoncision], et le baptême.

S'il faut qu'on abandonne l'excision, tu ne pourras plus connaître les traditions de nos parents, tu seras perdu dans le monde et tu ne te retrouveras plus.

-La maîtrise de la sexualité

Elle est la plus importante après l'argument de la tradition. L'excision vise ainsi à diminuer la sensibilité sexuelle de la femme afin qu'elle puisse :

- s'abstenir et / ou éviter un appétit sexuel démesuré ;
- ressentir de la « gêne » devant les hommes ;
- garder sa virginité avant le mariage ;
- être fidèle après le mariage.

La réduction de la sensibilité clitoridienne est, dans la perception des gens, directement liée à une réduction de la sexualité féminine : selon eux, avec

clitoris une femme aurait un « appétit sexuel démesuré » jusqu'à devenir insupportable pour l'homme. Dans le même ordre d'idée, l'expression du plaisir sexuel pour une femme est plutôt honteuse.

La notion de « honte » est parfois utilisée dans le sens de « gêne », qu'une femme doit avoir vis-à-vis de la sexualité. C'est seulement à travers cette démarcation qu'elle peut sauvegarder son « honneur » et celui de la famille.

La sauvegarde de l'honneur est intimement liée à la virginité pour les jeunes filles et à la fidélité pour les femmes. Ainsi, l'excision est présentée comme un moyen social qui permet à la femme de sauvegarder sa dignité et son honneur.

La théorie de la religion

Certains avancent le motif religieux (les Soninké et les Peulh), pour perpétuer les M.S.F . Toutefois celle-ci existait avant l'avènement de l'islam et du christianisme, et leur pratique a évolué plus en fonction du territoire que de la religion. **Ainsi, des femmes appartenant aux trois religions monothéistes comme des femmes animistes ont été et sont encore mutilées.**

Cette théorie soulève les plus grandes polémiques au sein des différents groupes pro et anti excision. Certains soutiennent le fait qu'il s'agit purement d'une pratique traditionnelle, d'autres avancent l'argument d'une prescription religieuse. Selon ces derniers, le Prophète même aurait ordonné de faire l'excision en coupant seulement un tiers du clitoris. Cette pratique serait donc une obligation pour la femme musulmane, le clitoris étant source d'impureté la femme non-excisée ne serait pas pure pour la prière [30].

-La prophylaxie : comme mesure d'hygiène en aplanissant cette zone pour limiter les microbes et embellir la femme. **Contrairement à cette idée reçue les mutilations exposent aux infections.**

-La théorie de la propreté

Elle est très répandue à Bamako, à Kolokani, et surtout en pays Malinké. Chez les Peulh du Macina c'est avant tout l'esthétique et la pureté qui sont évoquées.

Pour certains musulmans, l'excision est nécessaire pour la propreté et la pureté exigées par l'Islam. La notion de rendre la fille « propre » a donc un double sens :

- propre dans le sens hygiénique, sans saleté.
- dans le sens métaphorique « pur », « chaste », et « bien ».

Parfois, cette notion de « Sélidji » est utilisée comme définition de l'excision. Dans certains milieux, le clitoris est perçu en lui-même comme « une saleté », par exemple chez les Soninkés.

C'est chez les **Malinkés** du plateau manding que la théorie de la propreté est prédominante.

-Le renoncement à l'androgynie : nécessite d'éliminer ce micro-pénis féminin, qui pourrait pendre entre les jambes, gêner les rapports sexuels, rendre stérile la femme ou tuer l'enfant à la naissance. Beaucoup de Bambara et Sénoufo, mais aussi des Peulh, perçoivent l'excision comme un rite de passage,

C'est pourquoi selon cette conception, une fille ne devient femme que lorsqu'on la débarrasse de l'organe sexuel mâle qu'est le clitoris.

-Le conformisme social

La théorie de la norme sociale repose sur la marginalisation et la stigmatisation de la femme non excisée. La pression sociale peut se manifester sous différents angles :

- la pression sociale de l'entourage de l'habitat ;
- une image dévalorisante de la femme non excisée ;
- les perspectives de mariage ;
- les moqueries et insultes.

Selon la norme sociale, épouser une femme non excisée c'est courir le risque d'avoir une femme infidèle, qui peut déshonorer le mari et la famille.

La lutte pour l'abolition de l'excision est délicate et nécessite, outre la capacité de comprendre une autre culture, beaucoup de patience.

8-Conséquences

La mutilation génitale féminine est un rite cruel dont les conséquences se répercutent tout au long de la vie. Ces conséquences sont nombreuses. On peut les classer selon deux grands types : les conséquences sanitaires, psychosociales et médico-légales.

8.1-Conséquences sanitaires [22]

Comme tout acte sanglant, l'excision est la porte à des complications qui peuvent survenir : à court, moyen ou long terme.

8.1.1- A court terme (10 premiers jours)

-L'hémorragie :

C'est la complication la plus fréquente mais qui est généralement bénigne. Elle survient à la suite de la section de l'artère dorsale du clitoris. Elle est variable dans sa durée et dans son abondance. Ses conséquences peuvent aller de l'état de choc ou même la mort à une simple anémie passagère. Elle est généralement attribuée au mauvais sort, sorciers ou aux mécontentements des ancêtres dans le milieu traditionnel, mais non à une maladresse de l'exciseuse. Cette complication est l'une des motivations des bamakois à vouloir médicaliser la pratique.

-La blessure urétrale :

Du fait du voisinage du méat urétral, une blessure accidentelle de l'urètre peut survenir lors de l'excision lorsque, sous la douleur, l'enfant se débat car l'opération se faisant " à vif ". Cette blessure peut alors entraîner une incontinence urinaire chez l'excisée due à l'atteinte du sphincter de l'urètre.

-Le tétanos :

Il est également secondaire à ces différentes pratiques (souillures, manque d'aseptie, usage d'hémostatique comprenant des extraits telluriques)

8.1 .2-A moyen terme (dans les mois ou années qui suivent)

-Les cicatrices cutanées vulvaires :

La survenue de cicatrices tels que les chéloïdes, kystes dermoïdes et brides au niveau de la région excisée est assez fréquente.



Figure 10 : Multiples chéloïdes vulvaires après excision [26]

-L'atrésie vulvaire :

Elle est due à une mauvaise cicatrisation qui provoque un accolement des deux grandes lèvres. Elle réalise l'aspect de vulve infibulée.

-L'hématocolpos :

Dans les cas d'infibulation ou d'atrésie vulvaire cicatricielle, le problème d'hématocolpos survient lorsqu'apparaissent les premières règles. Ne trouvant pas d'issue vaginale, les règles forment une véritable masse qui est douloureuse et dont l'évacuation demande une nouvelle intervention sur la région vulvaire.

Par ailleurs, chaque menstruation est accompagnée de difficultés d'évacuation et de douleurs plus ou moins intenses selon le degré d'obstruction de l'orifice vaginal.

-Troubles urinaires :

Il est classique d'affirmer que la cicatrice qui résulte de la plaie vulvaire peut être à l'origine d'un obstacle à l'élimination de l'urine et d'infection ascendante.

Rétention aiguë d'urine : Elle survient :

- soit par phénomène réflexe : du fait des brûlures lors de la miction, l'enfant s'abstient d'uriner. Ceci entraîne à la longue une rétention urinaire qui se résout d'elle-même.
- soit à cause de l'atrésie vulvaire qui a oblitéré le méat urinaire. Une intervention chirurgicale s'avère alors nécessaire.

-L'infection pelvienne chronique :

Une plaie d'excision infectée car mal ou non traitée peut être à l'origine d'abcès de la vulve ou d'une infection ascendante qui pourrait même provoquer une stérilité.

8.1.3- A long terme :

-Séquelles anatomiques : l'excision peut être à l'origine de cicatrices vulvaires, de kystes liquidiens, sébacés ou dermoïdes.

-Conséquences obstétricales :

D'après Maïga L [18], un groupe de sages-femmes maliennes interrogées a émis les opinions suivantes : l'excision serait responsable de :

- lenteurs à l'expulsion (90% d'opinions),
- déchirures périnéales (63%),
- difficultés de réparations du périnée (58%),
- hémorragies (32%),
- fistules vésico-vaginales (11%).
- Séquelles physiologiques :
- La dyspareunie :

L'apparition de cicatrices cutanées est parfois à l'origine d'un rétrécissement vulvaire qui peut entraîner une dyspareunie.

L'excision peut également être à l'origine de volumineux corps de niger formés par la desquamation de la muqueuse vaginale qui provoque de sévères douleurs au cours des rapports sexuels.

- Les troubles des règles :

Nous avons vu précédemment que la survenue d'un hématocolpos peut être à l'origine d'importantes difficultés pour l'élimination des règles.

- Les douleurs permanentes dans certains points sectionnés de la vulve.
- La complication la plus douloureuse et la plus insupportable de l'excision est le développement d'un névrome au point de section du nerf dorsal du clitoris.

-L'excision et la transmission du Sida :

Il suffit d'assister à un certain nombre d'excisions pratiquées en milieu traditionnel pour pouvoir affirmer qu'elle peut constituer une cause majeure de diffusion du Sida.

En effet, c'est avec la même lame ensanglantée que l'exciseuse opère toutes les filles au cours de la même journée.

8.2-Conséquences Psycho-sociales [23]

Les conséquences psychologiques sont importantes :

Pour Sidibé. M [23] comme conséquences psychologiques, il s'agira de l'état de choc, d'anxiété qui précède l'opération, de l'angoisse et de la dépression qui la succéderont. Il y a aussi la terreur de l'enfant et de l'insupportable douleur du sentiment d'humiliation de l'impression d'avoir été trahi par les parents et aussi de la frustration chez certain du fait de n'avoir pas été mutilée. L'anxiété est un sentiment affectif qui se caractérise par un sentiment d'inquiétude, d'insécurité, de troubles diffus, physiques et psychiques, d'atteinte d'un danger déterminé devant lequel on est impuissant.

Ce danger se trouve chez toutes les sujettes qui doivent subir ces dures épreuves. Celles qui seront infibulées tomberont dans cet état d'anxiété au moins trois fois durant leur vie : le premier état d'anxiété se fait au moment de l'infibulation, le deuxième la veille de son mariage, puisqu'elle doit être désinfibulée pour permettre l'acte sexuel. Et, enfin, le troisième, après son premier accouchement : la ré-infibulation.

Certaines femmes qui connaissent des troubles névrotiques et des angoisses sentant qu'elles ne peuvent donner satisfaction à leur mari sont prises de peur de la polygamie. En effet, dans beaucoup de cas, les époux finissent par se résoudre à prendre une seconde femme ou une maîtresse lorsque sur le plan sexuel les relations avec l'épouse ne donnent pas satisfaction. Cet état de fait finit par perturber l'harmonie dans le foyer et peut même déboucher sur le divorce.

Il faut également noter que certaines conséquences sévères de l'excision peuvent déboucher sur l'exclusion de la femme non seulement de son ménage, mais également de sa famille d'origine, par exemple la fistule vésico-vaginale.

8.3-Conséquences médico-légales : [22]

En France l'article le plus fréquemment évoqué est l'article 312 du code Pénal français, qui dispose que « quiconque aura volontairement porté des coups à un enfant âgé de moins de 15 ans aura commis à son encontre des violences ou voie de fait, à l'exclusion des violences légères ». Les peines encourues peuvent atteindre la réclusion criminelle à perpétuité.

A également été évoqué l'article sur la castration.

En ce qui concerne le corps médical, l'article 22 du code Déontologique Français dispose qu'« aucune mutilation ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et sauf urgence ou impossibilité qu'après information des intéressées et avec leur consentement. Les prélèvements d'organes ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévus de la loi ».

Par ailleurs, l'article 45 du même code ainsi que l'article 378 du code Pénal Français (modifié en 1971) autorisent un médecin à dénoncer aux autorités

médicales ou administratives une affaire de sévices ou privations sur la personne d'un enfant de moins de 15 ans, mais ne l'y obligent pas (c'est le cas de l'excision).

Ainsi certains pays africains ont une loi spécifique contre les MSF. C'est le cas : [17]

- Bénin : 2003
- Burkina Faso : 1997
- Côte d'Ivoire : 1998
- Djibouti : 1995
- Egypte : 1997, MSF interdites même avec le consentement de la victime et de ses parents, sauf s'il y a nécessité médicale ; depuis juillet 2007 interdiction définitive à tout membre du corps médical de pratiquer des MSF
- Ghana : 1994
- Guinée Conakry : 2001
- Kenya : 1982
- Libéria : 1994
- République Centrafricaine : 1996
- Sénégal : 1998
- Sierra Léone : 1953
- Somalie : 1978
- Soudan : 1946, interdiction de l'infibulation
- Tanzanie : 1998
- Togo : 1998

Il n'existe actuellement aucun article du code Pénal Malien pouvant s'appliquer en cas de pratique d'excision. Seulement un acte administratif : la lettre circulaire N° 0019/Msp-As-Sg du 07 janvier 1999 du ministère de la santé interdit l'excision au personnel de santé. L'état Malien tente de voter un projet de loi par l'assemblée nationale interdisant la dite pratique.

Mais il existe des associations de lutte contre les mutilations génitales féminines au Mali (A.M.S.O.P.T ; A.P.D.F ; A.S.D.A.F Centre Djoliba) qui font des campagnes de sensibilisation ; Des exciseuses sont incitées à exercer d'autres activités génératrices de revenus et à abandonner leur pratique d'exciseuse. Certains villages de la région de Kayes (Coumaré, Dramébougou, Gouméra...) se prévalent d'avoir abandonné l'excision.

II- METHODOLOGIE

1-Cadre de l'étude

Il s'agit d'une étude multicentrique qui s'est déroulée dans différentes **structures sanitaires du district de Bamako** : les services de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital Mère-Enfant le Luxembourg, de l'Hôpital du Mali ; les 6 centres santé de référence du district de Bamako et deux CSCOM par CSRéf et la Clinique 2 M Plus à Magnambougou.

Bamako est la capitale du Mali, sur le fleuve Niger, dans le sud-ouest du pays. En 2012, la ville comptait 1 926 748 habitants, appelés Bamakois. Son rythme de croissance urbaine est actuellement le plus élevé d'Afrique (et le sixième au monde). Bamako est le centre administratif du pays, un important port fluvial et un centre commercial pour toute la région. La capitale Bamako est érigée en district et subdivisée en six communes dirigées par des maires élus. Un maire central est élu il existe aussi un gouvernorat du district [38].

Histoire : Le site de Bamako a été occupé dès la Préhistoire comme l'ont confirmé les fouilles archéologiques de Magnambougou. Bamako, originellement bàmakõ (« marigot du caïman » en langue bambara), a été fondée à la fin du XVI^e siècle par les Niaré, anciennement appelés Niakaté, qui sont des Sarakolés à l'origine. Les trois caïmans qui symbolisent Bamako trouvent leur origine à partir des trois marigots qui traversaient Bamako : Lido, Diafarana et Bèlèsôkô. Les marigots se rejoignaient environ à 500 mètres à l'est de l'Hôtel de l'Amitié de Bamako (fruit de la coopération Egypto-malienne aux lendemains des indépendances) pour ensuite se jeter dans le Niger [40].

Santé : le Centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré qui porte le nom d'un jeune médecin et humaniste soudanais né en 1910 à Ouagadougou et mort en 1935 après avoir été contaminé par un malade atteint de la peste pulmonaire. Il a été créé le 17 janvier 1959 à la place d'un ancien dispensaire.

Un nouvel hôpital, dénommé *Hôpital du Mali*, dont le contrat d'exécution de la construction a été signé le 27 décembre 2008 est déjà en pleine activité au cœur du quartier Yirimadio (rive droite de Bamako) dans la commune VI. Il comprend un département mère-enfant (pédiatrie et gynécologie-obstétrique), un département de médecine interne, d'imagerie médicale et un service d'hospitalisation de 150 lits, ainsi qu'un service d'urgence-réanimation, un service technique de blocs opératoires, une unité d'hospitalisation du jour ou de courte durée. Cet hôpital a été financé et équipé par la coopération chinoise. L'Assemblée nationale a adopté le 6 mai 2010 à l'unanimité des présents le projet de loi dotant cette structure d'un statut officiel. En dépit de ces hôpitaux chacune des 6 communes du district de Bamako dispose d'un C.S.Ref auquel sont rattachés des CSCom. Les cliniques et les cabinets médicaux aussi jouent un rôle important pour la couverture sanitaire de Bamako.

Religion

Comme pour l'ensemble du Mali, la principale religion est l'Islam, avec environ 95 % de Musulmans, avec néanmoins une présence animiste et des minorités chrétiennes.

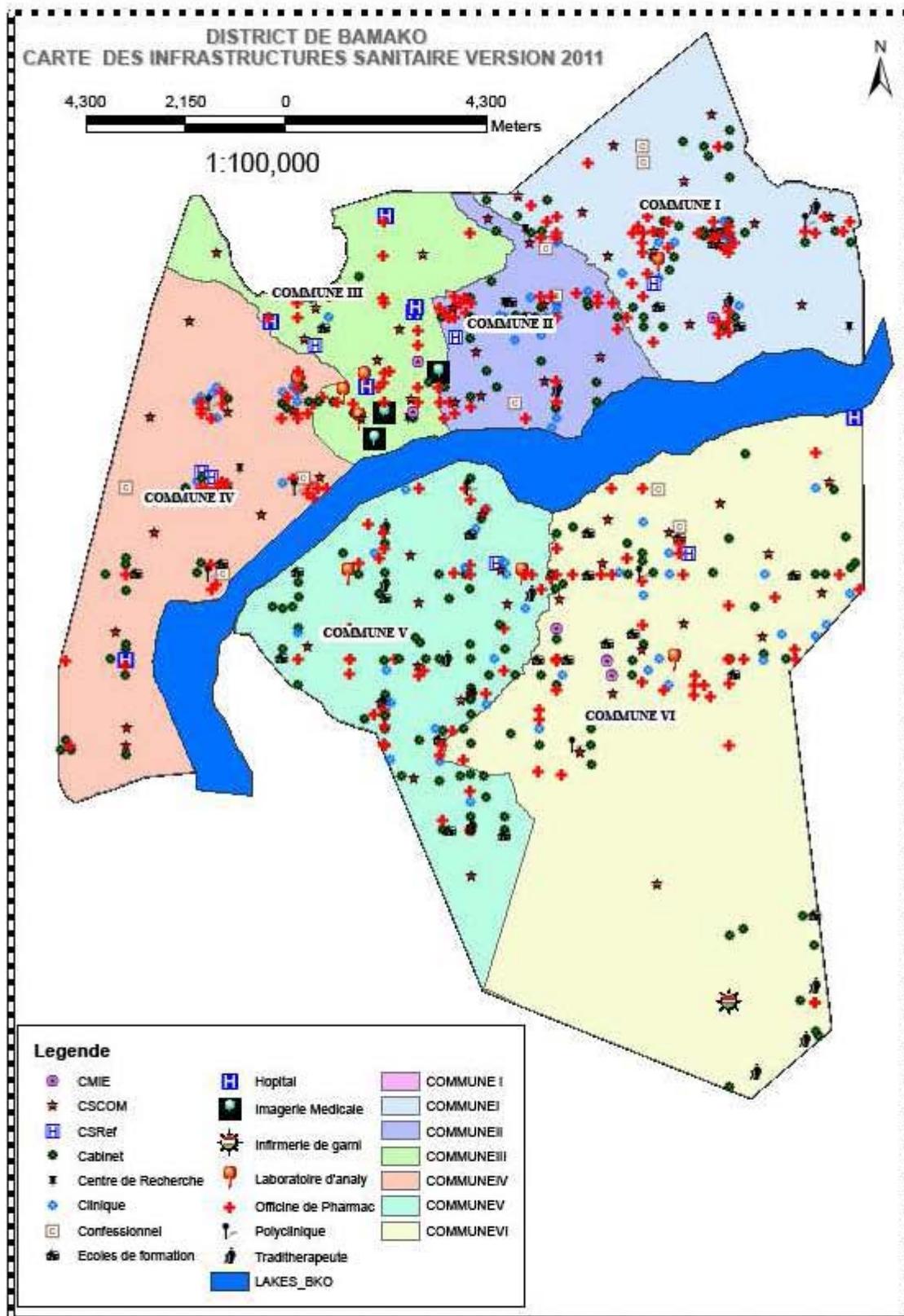


Figure 11 : Bamako ensemble des infrastructures 2011 [38]

2-Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée du 1^{er} avril au 30 juin 2012, soit une période de 03 mois.

3-Population d'étude : l'inclusion se faisait de façon aléatoire, elle devrait concerner 2 712 filles âgées de 0 à 15 ans vues en consultation médicale après consentement de leurs parents.

4-Echantillonnage

Le choix des enquêtées était aléatoire dans les sites concernés.

Dans les hôpitaux et CSRéf, 15 fiches devaient être remplies par semaine →180 fiches pendant les 3 mois dans chacune de ces structures soit un total de 1620 fiches d'enquête.

Pour les CSCOM et la clinique 2 M Plus, 7 fiches d'enquête /semaine devaient être remplies. Ce qui correspond à un total de 1092 filles enquêtées.

Pendant la période d'étude, 2 712 filles devaient être incluses dans cette étude.

5-Critères d'inclusion : Ont été incluses dans notre étude toutes les fillettes âgées de 0 à 15 ans vues à la consultation médicale, accompagnées par un parent capable de répondre au questionnaire et dont les parents ont donné leur consentement.

6-Critères de non inclusion

Ont été exclues de cette étude toutes les fillettes âgées de plus de 15 ans ou celles non accompagnées par un parent et celles dont les parents ont refusé leur participation à l'enquête.

7-Technique et outils de collecte des données :

- Technique : le questionnaire et l'examen physique
- Outils de collecte avec les variables

- épidémiologiques

Age

Ethnie

Résidence

Niveau d'instruction des parents

-socio-culturelles

Lieu de l'excision

Moment de l'excision

Instrument utilisé

Raison de la pratique

-économiques

Profession des parents

Somme payée à l'exciseuse

Autres récompenses

-cliniques

Motif de consultation

Complications lors de l'excision

Nous avons également recueilli les données concernant les connaissances des parents sur les complications et les conséquences de l'excision.

8-Préparation :

- ❖ Enquête axée sur les données de l'interrogatoire et surtout de l'examen physique qui nous a permis de vérifier si elles étaient ou pas excisées, toute chose qui donne à notre étude toute sa spécificité.
- ❖ Réunion des enquêteurs pour :
 - expliquer l'objet de l'enquête et obtenir leur adhésion
 - expliquer comment remplir les fiches d'enquête
- ❖ Exposé sur l'excision, les différents types les complications et les séquelles

- ❖ **Supervision :** Le coordonnateur de l'étude se rendait sur les différents sites, une fois par mois, pour collecter les fiches d'enquête après vérification de la qualité du remplissage.

9- Traitement et analyse des données

Les données ont été collectées sur les fiches d'enquête puis saisies et analysées sur les logiciels : Microsoft Office (Word et Excel) et SPSS version 12.0. Comparaison avec le test statistique χ^2 avec un $P < 0,05$.

10-Ethique :

Consentement : dans le cadre du respect de la confidentialité et de la personne humaine, nous avons obtenu le consentement éclairé des parents et l'assentiment de la grande fille avant la collecte des données.

Les enquêteurs ont eu l'occasion d'être orientés et informés pendant une journée sur la problématique et les conséquences de l'excision.

I- Résultats globaux

1.1- Caractéristiques socio démographiques

Tableau I : Répartition des filles selon leur âge

Age	Effectif	%
< 1 mois	115	5,8
1 à 11 mois	684	34,5
12 à 59 mois	853	43,1
2 à 9 ans <	239	12,1
10 à 15ans	89	4,5
Total	1980	100

La majorité des filles avait un âge compris entre 12 et 59 mois soit 43,1%.

Tableau II : Répartition des patientes selon leur ethnie

Ethnie du patient	Effectif	%
Bambara	549	27,7
Sarakolé	339	17,1
Peulh	301	15,2
Malinké	262	13,2
Sonrhäï	125	6,3
Dogon	76	3,8
Senoufo	62	3,1
Bobo	32	1,6
Bozo	30	1,5
Maure	28	1,4
Forgeron	8	0,6
Autres	168	8,5
Total	1980	100

Les bambara étaient les plus représentés soit 27,7 % suivis des Sarakolés, des peulhs et des malinkés avec respectivement (17,1%) ;(15,2%) et (13,2%).

Tableau III : Répartition des patientes selon leur résidence

Lieu de résidence	Effectif	%
Commune CVI	517	26,1
Commune IV	411	20,8
Commune CV	297	15
Commune I	251	12,7
Commune II	196	9,9
Commune III	126	6,4
Autres Régions du Mali	182	9,1
Total	1980	100

La rive gauche était la plus représentée soit 50 %.

Tableau IV : Répartition des "mères" selon leur âge

Age de la mère	Effectif	%
≤ 19 ans	178	9,1
20 - 29 ans	1050	53,8
30 - 39 ans	612	31,4
40 - 49 ans	101	5,2
≥ 50 ans	11	0,5
Total	1952	100

La majorité des mères soit 53,8 % avait un âge compris entre 20 et 29 ans.

Tableau V : Répartition des "mères" selon leur niveau d'instruction

Niveau d'éducation de la mère	Effectif	%
Analphabète	785	39,6
Secondaire	530	26,8
Primaire	497	25,1
Supérieur	168	8,5
Total	1980	100

Les analphabètes étaient les plus représentée soit 39,6% des mères.

Tableau VI : Répartition "des mères "selon leur profession

Profession de la mère	Effectif	%
Ménagère	1347	68
Fonctionnaire	219	11
Etudiante/Elève	215	10,9
Commerçante	168	8,5
Ouvrière	31	1,6
Total	1980	100

Les ménagères étaient les plus fréquentes soit 68%.

Tableau VII : Répartition des pères selon leur âge

Age du père	Effectif	%
≤ 19 ans	2	0,1
20 à 29 ans	213	11,8
30 à 39 ans	829	46,1
40 à 49 ans	538	30,0
≥ 50 ans	216	12,0
Total	1798	100

La tranche d'âge de 30 à 39 ans était la plus fréquente soit 46,1%.

Tableau VIII : Répartition des pères selon leur niveau d'instruction

Niveau d'éducation du père	Effectif	%
Analphabète	636	32,2
Secondaire	521	26,3
Supérieur	456	23,0
Primaire	367	18,5
Total	1980	100

Les analphabètes étaient les plus représentés 32,2% des pères.

Tableau IX : Répartition des pères selon leur profession

Profession du père	Effectif	%
Commerçant	659	33,2
Fonctionnaire	546	27,6
Ouvrier	425	21,5
Paysan	315	15,9
Etudiant/Elève	35	1,8
Total	1980	100

Les commerçants étaient les plus représentés soit 33,2%.

Tableau X : Répartition selon le statut marital des parents

Statut marital des parents	Effectif	%
Marié	1810	91,4
Célibataire	138	7
Divorce	17	0,9
Veuf	15	0,7
Total	1980	100

Les mariés étaient les plus représentés soit 91,4 %.

Tableau XI : Répartition des patientes selon régime matrimonial actuel des parents

Régime matrimonial actuel	Effectif	%
Monogamie	1027	55,8
Polygamie	815	44,2
Total	1842	100

La monogamie était la plus représentée soit 55,8 %.

Tableau XII : Répartition des exciseuses selon leur ethnie

Ethnie de l'exciseuse	Effectif	%
Bambara	387	37,7
Ne sait pas	211	20,5
Forgeron	136	13,2
Malinké	82	8
Peulhs	71	6,9
Sarakolé	70	6,8
Sonrhäï	18	1,8
Senoufo	14	1,4
Bozo	13	1,2
Bobo	10	1
Dogon	8	0,8
Maure	7	0,7
Total	1027	100

Dans 37,7 % des cas l'exciseuse était bambara.

Tableau XIII : répartition des exciseuses selon leur âge

Age de l'exciseuse	Effectif	%
≤ 50 ans	470	60,7
> 50 ans	304	39,3
Total	774	100

La majorité des exciseuses avaient un âge inférieur ou égal à 50 ans soit 60,7 %.

1.2-Caractéristiques liées à l'excision

Tableau X IV : Répartition des patientes selon le résultat de l'examen physique

Excisée	Effectif	%
Oui	1027	51,9
Non	953	48,1
Total	1980	100

Plus de la moitié des fillettes étaient excisées soit 52 %.

Tableau XV : Répartition des patientes selon leur âge au moment de l'excision

Age au moment de l'excision	Effectif	%
< mois	294	28,6
1 à 11 mois	619	60,3
12 à 59 mois	101	9,8
5 à 9 ans	9	0,9
10 à 14 ans	4	0,4
Total	1027	100

Dans 89 % les fillettes étaient excisées avant leur premier anniversaire soit 28,6 % avant 1mois de vie avec une moyenne d'âge de 4,6mois, un minimum de 4 jours et un maximum de 10 ans.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'excision en groupe

Excisée avec d'autres fillettes	Effectif	%
Non	611	59,5
Oui	416	40,5
Total	1027	100

Dans 40,5 % des cas l'excision était organisée en groupe.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le moment de l'excision

Moment de l'excision	Effectif	%
Tôt le matin	990	96,4
Dans la journée	23	2,2
Soir	12	1,2
Ne sait pas	2	0,2
Total	1027	100

La quasi-totalité des excisions avaient lieu tôt le matin soit 96,4%.

Tableau XVIII : Répartition selon l'instrument utilisé

Instruments	Effectif	%
Couteau	579	56,4
Lame de rasoir	292	28,6
Rasoir	103	10
Ciseaux	53	5,0
Total	1027	100

Le couteau était l'instrument le plus utilisé soit 56,4%.

Tableau X IX : Répartition des patientes selon la présence d'autres parents dans la concession

Les parents de l'enfant vivent-ils avec d'autres personnes (grands-parents, tantes, oncles)		
	Effectif	%
Oui	710	69,1
Non	317	30,9
Total	1027	100

Les parents des filles vivaient avec d'autres personnes dans 69,1% des cas.

Tableau XX : Répartition des patientes selon que le motif de la consultation soit lié à l'excision

Motif de la consultation lié à l'excision	Effectif	%
Non	1015	98,8
Oui	12	1,2
Total	1027	100

Dans 1,2 % des cas la consultation avait un lien avec l'excision.

Tableau XXI : Répartition des patientes selon les différents motifs évoqués

Motifs évoqués	Effectif	%
Troubles urinaires	4	33,3
Infection à VIH secondaire	2	16,7
Hémorragie	2	16,7
Douleur	2	16,7
Chéloïde	1	8,3
Prurit vulvaire	1	8,3
Total	12	100

Les troubles urinaires étaient les plus représentés soit 33,3 %, suivis de 2 cas d'infection à VIH (16,7%).

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la survenue de complications lors de l'excision

Complications	Effectif	%
Non	996	97
Oui	31	3
Total	1027	100

Dans 3 % des cas l'excision était émaillée de complications.

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon les complications citées

Complications	Effectif	%
Hémorragie	12	39
Troubles urinaires	10	32
Œdème vulvaire	4	13
Infection à VIH	2	6,4
Douleur	2	6,4
Suppuration	1	3,2
Total	31	100

L'hémorragie était la plus représentée soit 39 %, suivie des troubles urinaires 29,4% et deux cas d'infection à VIH.

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon les plaintes signalées après l'excision

Plaintes	Effectif	%
Douleur	37	47,4
Infection génitales	20	25,6
Hémorragie	9	11,5
Dysurie	7	9
Infibulation	2	2,6
Suppuration	2	2,6
Rétention d'urine	1	1,3
Total	78	100

La douleur pelvienne était la plus fréquente soit 47,4%.

Tableau XXV : Répartition des patientes selon la raison de l'excision

Raisons de la pratique	Effectif	%
Sociale	535	52,1
Religieuse	333	32,4
Fidélité	88	8,6
Ne sait pas	59	5,7
Esthétique	11	1,1
Socio religieuse	1	0,1
Total	1027	100

La raison sociale était la plus fréquente suivie de la raison religieuse avec respectivement 52,1% et 32,4 % des cas.

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le décideur de l'excision

Décideur de l'excision	Effectif	%
Grands-parents	471	46
Père	297	29
Mère	219	21,2
Tante	35	3,4
Autre personne	4	0,3
Ami famille	1	0,1
Total	1027	100

Dans 46 % des cas l'excision était décidée par les grands -parents.

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le lieu de l'excision

Lieu de l'excision	Effectif	%
A domicile	797	77,6
Chez l'exciseuse	195	19
Structures sanitaires	22	2,1
Autres lieux	10	1
Ne sait pas	3	0,3
Total	1027	100

L'excision était réalisée à domicile dans 77,6 % des cas.

Tableau XXVIII : Répartition selon la somme payée par cliente

Somme payée	Effectif	%
1000 à 2499 FCFA	523	65,5
2500 à 4999 FCFA	204	25,6
5000 à 9999 FCFA	59	7,4
10 000 FCFA et plus	12	1,5
Total	798	100

Les exciseuses ont perçu entre 1000 et 2499 FCFA dans 65,5% des cas.

Tableau XX IX: Répartition en fonction des autres récompenses perçues par l'exciseuse.

Autres natures	Effectif	%
Savon	365	67,6
Pagne	60	11,1
Mil	46	8,5
Beure de karité	28	5,2
Sucre	21	3,9
Colas	20	3,7
Total	540	100

Le savon était le plus représenté soit 67,6 %.

1.3-Connaissances et attitude des parents sur l'excision

Tableau XXX: Répartition selon les complications (possibles) citées par les parents

Complications	Effectif	%
Dystocie	287	30 ,1
Hémorragie	210	22
Stérilité	123	13
IST/SIDA	98	10,3
Rapports douloureux	80	8,4
Problèmes Urinaires	50	5,2
Décès	30	3,1
Frigidité	30	3,1
Tétanos	18	1,9
Infibulation	13	1,4
Troubles psychiques	11	1,2
Non précisée	3	0,3
Total	953	100

La dystocie était la plus fréquente soit 30,1%.

Tableau XXXI : Répartition selon les maladies citées par les parents

Maladies	Fréquence	%
Dystocie	302	24
Rapport douloureux	281	22,3
Césarienne	278	22,1
VIH/SIDA	107	8,5
Troubles urinaires	89	7,1
Stérilité	83	6,6
Frigidité	60	4,8
Infections	56	4,4
Ne sait pas	2	0,2
Total	1258	100

La dystocie était la plus représentée soit 24 %.

Tableau XXXII : Répartition selon l'avis des parents sur la différence entre excisée et non excisée

Différence femme excisée et les autres	Effectif	%
Non	1102	55,6
Oui	839	42,4
Ne sait pas	39	2
Total	1980	100

Dans 55,6 % des cas les parents estiment qu'il n'y a pas de différence, 2 % ne se prononcent pas.

Tableau XXXIII : Répartition selon les différences citées par les parents

Différences citées	Effectif	%
Baisse de la libido	197	23,4
Fidélité	165	19,7
Dystocie	128	15,2
Respect social	116	13,8
Frigidité	81	9,7
Satisfaction lors de rapport	52	6,2
Hygiène	44	5,2
Causes religieuses	31	3,7
Rapport douloureux	25	3
Total	839	100

La baisse de la libido était la plus représentée soit 23,4 %.

Tableau XXX IV : Répartition selon l'acceptation de la belle fille non excisée

Acceptation de la belle fille non excisée	Effectif	%
Oui	1443	72,9
Non	518	26,1
Ne sait pas	19	1
Total	1980	100

Dans 26,1% des cas les parents ne voulaient pas d'une belle fille non excisée.

Tableau XXXV : Répartition des causes du refus des parents

Raison de non acceptation de belle fille non excisée	Effectif	%
Raisons Sociales	151	29,1
Raisons religieuses	105	20,3
Tradition ou coutumes	102	19,7
Infidélité	90	17,4
Hygiène	34	6,6
Non préciser	27	5,2
Esthétique	9	1,7
Total	518	100

La raison sociale était la plus représentée soit 29,1 %.

II – Résultats analytiques :

Tableau XXXVI : Répartition des filles excisées et non excisées selon leur âge

Age du patient	Excisée			
	Oui	%	Non	%
< 1 mois	20	2	95	10
1 à 11 mois	289	28,1	395	41,4
12 à 24 mois	491	47,8	362	38
2 à 9 ans	163	15,9	76	8
10 à 15ans	64	6,2	25	2,6
Total	1027	100	953	100

La tranche de 12 à 24 mois était la plus représentée chez les filles excisées soit 47,8 % tandis que celle de 1 à 11 mois prédominait chez les filles non excisées soit 41,4 %.

Tableau XXXVII : Répartition des filles excisées et non excisées en fonction de leur ethnie

Ethnie du patient	Excisée			
	Oui	%	Non	%
Bambara	326	31,7	266	28
Sarakolé	264	25,7	235	24,6
Peulhs	180	17,5	201	21,1
Malinké	157	15,4	185	19,4
Autres	100	9,7	66	6,9
Total	1027	100	953	100

$X^2 = 10,34$

$P = 0,01589$

degré de liberté = 3

Les bambaras étaient les plus représentées dans les deux cas soit 31,7% des filles excisées et 28 % des filles non excisées. La différence est statistiquement significative.

Tableau XXXVIII : Répartition des filles excisées et non excisées selon leur lieu de résidence

Lieu de résidence	Excisée			
	Oui	%	Non	%
Commune I	151	14,7	100	10,5
Commune II	121	11,8	75	7,9
Commune III	64	6,2	62	6,5
Commune IV	173	16,8	238	25
Commune CV	168	16,4	129	13,5
Commune CVI	250	24,4	267	28
Commune Kati	96	9,3	76	8
Autres Régions du Mali	4	0,4	6	0,6
Total	1027	100	953	100

$X^2 = 36,6$

$P = 2,1.10^{-6}$

degré de liberté = 6

La rive gauche était la plus représentée dans les deux cas soit 50 % pour chacun des deux groupes : excisées et non excisées. La différence est statistiquement significative.

Tableau XXX IX : Répartition des mères des filles excisées et non excisées selon leur âge

Age de la mère	Excisée			
	Oui	%	Non	%
≤ 19 ans	77	7,6	101	10,8
20 à 29 ans	548	54	502	53,5
30 à 39 ans	323	31,9	289	30,8
40 à 49 ans	59	5,8	42	4,5
50 ans et plus	7	0,7	4	0,4
Total	1014	100	938	100

$X^2 = 7,87$ $P = 0,0963$ degré de liberté = 4

La tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus représentée dans les deux cas soit 54 % pour les mères des filles excisées et 53,5 % pour celles des filles non excisées. La différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau XL: Répartition des mères des filles excisées et non excisées selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction (Mères)	Excisée			
	Oui	%	Non	%
Primaire	284	27,7	214	22,5
Secondaire	221	21,5	309	32,4
Supérieur	40	3,9	128	13,4
Analphabète	340	33,1	254	26,7
Coranique	142	13,8	48	5
Total	1027	100	953	100

$X^2 = 126,91$ $P = 10^{-8}$ degré de liberté = 4

Chez 33,1 % des filles excisées les mères n'avaient reçu aucune instruction contre 26,7 % des filles non excisées. La différence est statistiquement significative.

Tableau XLI : Répartition des mères des filles excisées et non excisées selon leur profession

Profession de la mère	Excisée			
	Oui	%	Non	%
Ménagère	695	67,7	510	53,5
Fonctionnaire	83	8	136	14,3
Commerçante	86	8,4	82	8,6
Paysanne	9	0,9	14	1,5
Ouvrière	15	1,5	16	1,6
Etudiante/Elève	83	8	132	13,8
Autres	56	5,5	63	6,7
Total	1027	100	953	100

$$X^2 = 51,33 \quad P = 10^{-8} \quad \text{degré de liberté} = 6$$

Les ménagères étaient les plus représentées dans les deux cas soit 67,7 % pour les mères des filles excisées et 53,5 % pour celles des non excisées. La différence est statistiquement significative.

Tableau XLII : Répartition des pères des filles excisées et non excisées selon leur âge

Age du père du patient	Excisée			
	Oui	%	Non	%
≤ 19 ans	1	0,1	1	0,1
20 à 29 ans	104	11,2	109	12,5
30 à 39 ans	400	43,3	429	49,1
40 à 49 ans	298	32,3	240	27,5
50 ans et plus	121	13,1	95	10,8
Total	924	100	874	100

$$X^2 = 9,13 \quad P = 0,0579 \quad \text{degré de liberté} = 4$$

La tranche d'âge de 30 à 39 ans était la plus représentée dans les deux cas soit 43,3 % pour les pères des filles excisées et 49,1 % pour ceux des non excisés. La différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau XLIII : Répartition des pères des filles excisées et non excisées selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction du père	Excisée			
	Oui	%	Non	%
Primaire	214	20,8	160	16,8
Secondaire	238	23,2	283	29,7
Supérieur	171	16,7	285	30
Analphabète	239	23,3	157	16,4
Coranique	165	16	68	7,1
Total	1027	100	953	100

$X^2 = 94,91$ $P = 10^{-8}$ degré de liberté = 4

Dans 23,3 % des cas les pères des filles excisées n'avaient reçu aucune instruction contre 16,5 % pour ceux des non excisées. La différence est statistiquement significative.

Tableau XLIV : Répartition des pères des filles excisées et non excisées selon leur profession

Profession du père	Excisée			
	Oui	%	Non	%
Commerçant	323	31,4	236	24,8
Paysan	267	26	196	20,5
Ouvrier	221	21,5	156	16,4
Fonctionnaire	199	19,4	347	36,4
Etudiant/Elève	17	1,7	18	1,9
Total	1027	100	953	100

$X^2 = 73,12$ $P = 10^{-8}$ degré de liberté = 4

Les commerçants étaient les plus représentés chez les pères des filles excisées soit 31,5 % tandis que les fonctionnaires l'étaient chez ceux des non excisées soit 36,4 %. La différence est statistiquement significative.

Tableau XLV : Répartition des filles excisées et non excisées selon le statut marital des parents

Statut marital	Excisées			
	Oui	%	Non	%
Marié	951	92,6	859	90,1
Célibataire	53	5,2	85	9
Divorce	10	1	7	0,7
Veuf	13	1,2	2	0,2
Total	1027	100	953	100

$X^2 = 17,95$ $P = 0,00044.10^{-4}$ degré de liberté = 3

Les mariés étaient les plus représentés dans les deux cas soit 92,6% pour les excisées et 90,1 % pour les non excisées. La différence est statistiquement significative.

Tableau XLVI : Répartition des filles excisées et non excisées selon le régime matrimonial des parents

Régime matrimonial	Excisée			
	Oui	%	Non	%
Polygamie	495	50,8	320	36,9
Monogamie	479	49,2	548	63,1
Total	974	100	868	100

$X^2 = 36,23$ $P = 10^{-8}$ degré de liberté = 2

La polygamie était le régime le plus représenté chez les filles excisées soit 50,8 % et la monogamie chez les non excisées soit 63,1 %. La différence est statistiquement significative.

Tableau XLVII : Répartition des filles excisées et non excisées selon les maladies citées par les parents.

Maladies	Excisée			
	Oui	%	Non	%
Dystocie	15	12,6	287	25,2
Rapport douloureux	13	11	268	23,5
Césarienne	30	25,2	248	21,8
VIH/SIDA	14	11,8	93	8,2
Troubles urinaires	12	10	77	6,8
Frigidité	9	7,6	51	4,4
Infections	11	9,2	45	4
Stérilité	14	11,8	69	6
Ne sait pas	1	0,8	1	0,1
Total	119	100	1139	100

$X^2 = 54,64$ $P = 10^{-8}$ degré de liberté = 6

La dystocie était le trouble le plus fréquemment évoqué chez les filles non excisées soit 25,2 % tandis que la césarienne était la plus représentée chez les filles excisées soit 25,2 %. La différence est statistiquement significative.

Tableau XLVIII : Répartition des filles excisées et non excisées selon les différences citées par les parents

Différences	Excisée			
	Oui	%	Non	%
Baisse de la libido	174	31,6	23	8
Fidélité	123	22,4	42	14,5
Dystocie	49	9	79	27,3
Respect social	108	19,6	8	2,8
Frigidité	1	0,2	80	27,7
Satisfaction	36	6,5	16	5,5
Hygiène	31	5,6	13	4,5
Causes religieux	24	4,4	7	2,4
Rapports douloureux	4	0,7	21	7,3
Total	550	100	289	100

$X^2 = 310,60$ $P = 10^{-8}$ degré de liberté = 8

La baisse de la libido était la plus représentée chez les filles excisées soit 31,6 % tandis que la frigidité était la plus fréquente chez les non excisées soit 27,7 %.

V- Commentaires et discussion

Il s'agit d'une étude multicentrique prospective qui s'est déroulée du 1^{er} Avril au 30 juin 2012 dans différentes structures sanitaires du district de Bamako : les services de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital Mère-Enfant le Luxembourg, de l'Hôpital du Mali ; les 6 centres santé de référence du district de Bamako et deux CSCOM par CSRéf et la Clinique 2 M Plus à Magnambougou.

Pendant la dite période nous avons colligé conformément aux critères d'inclusion 1980 filles âgées de 0 à 15 ans dont 1027 excisées. Toutefois l'étude avait souffert de quelques limites ou insuffisances, entre autres :

- Le refus de certaines "mères " d'aborder le sujet donc de participer à l'enquête.
- Difficultés à répondre à certaines questions

Le problème qui revenait le plus fréquemment était :

-Q7b : numéro de téléphone	} la majorité refusait de répondre à ces questions
-Q14a : le nom de l'exciseuse	
-Q14b : l'ethnie de l'exciseuse	

- Les CSCOM devaient envoyer par semaine les fiches d'enquête remplies dans les CSRef ceci n'a pas été le cas sauf la *Maternité René Cissé*.
- Le mauvais remplissage de certaines fiches d'enquête auquel on a essayé de palier par un suivi régulier sur le terrain pour apporter les corrections.
- La mauvaise volonté de certaines structures sanitaires d'ou l'élimination des deux CSCOM du CSRef C III (*ASACODES, ASACOB*) car ils n'ont pas pu faire de recrutement. La participation était volontaire et non rétribuée.

A-Aspect épidémiologique

1-Prévalence de l'excision :

La prévalence reste élevée. Sur 1980 filles vues en consultation 1027 étaient excisées soit une prévalence de 52 %. Ce résultat est en dessous des résultats de l'étude de Diakité .F.L, de Sidibé. A, de l'enquête nationale sur le phénomène de l'excision et de l'EDS IV qui sont respectivement 73%, 82%, 84% et 85%.

Cette divergence pourrait s'expliquer par le fait que :

- ✚ les structures sanitaires constituent un milieu sélectif. Les filles vues en consultation pouvaient être des enfants malades retardant ainsi leur excision.
- ✚ Dans notre série l'excision a été constatée, ce qui n'est pas le cas dans des autres études. On peut penser que toutes celles qui se disent excisées ne le sont pas (elles ont honte d'avouer la vérité).

La prévalence de notre étude est plus faible que celle du Burkina-Faso en 2005 (72,5 %) et de la Guinée en 2005 (95,5 %). Par contre elle est plus élevée que celle du Sénégal en 2005 (28,8%). [29]

2-Age au moment de l'excision :

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 1 à 11 mois, suivie de celle de 0 à 29 jours ; DIAKITE .F.L [30] avait eu les mêmes résultats. Par contre Sidibé .A [13] dans son étude avait trouvé que les fillettes de moins de 2 mois étaient les plus représentées. Cette différence tient à la méthodologie utilisée. Dans notre étude 89 % des fillettes ont été excisées avant leur premier anniversaire, la moyenne d'âge était de 4,6 mois avec un minimum de 4 jours et un maximum de 10 ans.

Plus l'excision est pratiquée tôt, plus le dommage encouru par la fille est grand, parce que les organes génitaux externes n'étant pas bien différenciés [34].

L'excision au Mali avait lieu traditionnellement sur les filles de 8 à 13 ans, souvent déjà fiancées et parfois remises à leur mari par la même occasion, car des cérémonies étaient organisées pour la pratique de l'excision. Elle permettait

le passage du monde des adolescentes au monde des adultes par l'acquisition des connaissances et l'adoption des comportements psycho-sociaux compatibles avec leur double statut de femme et d'épouse.

De nos jours, l'excision est devenue plutôt un rite sur la petite enfance. On observe, de plus en plus, un rajeunissement de l'âge à l'excision sur les fillettes de moins de 05 ans.

En 2001, l'EDS III avait trouvé que 80% des filles aînées des femmes enquêtées ont été excisées avant l'âge de 05 ans. On remarque que les filles sont excisées dès le 3^{ème} ou le 7^{ème} jour après leur naissance dans les centres urbains. [30].

Ces résultats traduisent le fait que l'excision a perdu toute sa valeur initiatique, elle ne dépend plus que des pesanteurs socio culturelles : on ne sait plus très bien pourquoi on excise, mais on le fait par conformisme social.

3-Ethnies :

La majorité des filles excisées était des bambaras dans 31,7 %, des Sarakolés dans 25,7%, des peulh dans 17,5% et malinké dans 15,4%. D'importantes études réalisées au Mali, montraient la prévalence de l'excision élevée dans ces groupes ethniques. Ces ethnies étant les plus représentées à Bamako pratiquent plus l'excision pour des raisons socioculturelles [12, 13, 14, 26] ce qui explique leur prédominance.

4-Instruction des parents :

Dans notre série :

➤ 23,3 % des pères des filles excisées n'avaient reçu aucune instruction contre 16,5 % pour ceux des filles non excisées.

➤ 33 % des mères des filles excisées n'avaient reçu aucune instruction par contre ce taux est de 26,7 % chez les mères des filles non excisées.

Une étude réalisée au Burkina Faso avait montré que la fréquence de la pratique des MGF est inversement proportionnelle au niveau d'instruction des parents, avec une différence statistiquement significative entre les catégories " aucun " et " secondaire et plus (+) " : $p = 0,000$ [37].

Ceci pourrait être un élément d'espoir pour l'abandon de cette pratique combien néfaste car le taux de scolarisation est en hausse

5-Lieu de la pratique

L'excision était pratiquée dans 77,6 % à domicile. Cependant malgré un niveau toujours faible, elle a été pratiquée dans 2,1 % des cas dans des structures sanitaires. Ces résultats sont superposables à ceux de Sidibé A en 2004 [13] qui révèlent que 89 % des filles ont été excisées à domicile, 4 % dans les hôpitaux et 2,2 % dans les CSCom. DIAKITE .F.L. avait trouvé 93 % à domicile, 5 % des cas dans les CSCom et dans 1% des cas dans les CSRef et les cliniques

De même les résultats de l'EDS IV en 2006 [12] révèlent 92% à domicile et 4 % dans les structures sanitaires.

6-Décision d'exciser

Dans notre étude la décision venait souvent des grands-mères dans 46 %, dans 29% des pères et les mères dans 21,3 %. Ces résultats sont superposables à ceux de DIAKITE .F.L qui avait trouvé des résultats similaires qui étaient respectivement : 40% et 39,3%.

B-Aspect socio économique :

Au Mali, l'excision est traditionnellement pratiquée par des femmes de la caste des forgerons La pratique confère à celles-ci respect et prestige car leur travail est perçu comme une contribution au bien-être et à la socialisation des femmes et filles de la communauté. C'est pourquoi, pour beaucoup d'exciseuses, le côté lucratif n'était point la motivation première de leur activité. Aujourd'hui, contrairement à la tradition, la pratique n'est plus réservée aux seules femmes de caste et le gain économique est en train de prendre le pas sur le prestige social. L'EDSM-III a montré que la très grande majorité des femmes enquêtées (90,7%) ont été excisées par des exciseuses traditionnelles.

En dépit des considérations socio culturelles l'excision revêt aussi une dimension économique d'autant plus qu'elle est organisée en groupe. Dans notre

étude 40,5 % des excisions étaient organisées en groupe et la quasi-totalité des exciseuses était rémunérée (99,8%) bien qu'il n'y a pas de montant fixe pour la pratique. La majorité des exciseuses (65,6 %) avaient perçu entre 1000 et 2499 F CFA avec un maximum de 10.000 F CFA de quoi les motiver sans compter les autres récompenses :le savon 67,6 % ;les pagnes 11,1% ,le mil 8,5 % ; le sucre 3,7%

C-Connaissances et attitudes des mères sur l'excision :

L'excision est définie comme toutes les interventions qui altèrent ou lèsent intentionnellement les organes génitaux externes de la femme pour des raisons non médicales.

1-Raisons de la pratique

Les mutilations génitales féminines continuent parce que la population croit que ce sont les exigences de la société et qu'elle ne peut donc pas y déroger.

Les raisons qui justifieraient cette pratique seraient pour 52,1 %, liées à la société. D'autres raisons ont été avancées telles que la recommandation religieuse (islamique) dans 32,4 %, la fidélité 8,6%, l'esthétique et l'ignorance.

L'excision serait garante d'une vie chaste, éviterait l'adultère à la femme et assurerait que la virginité de la jeune fille soit préservée jusqu'au jour du mariage [35]. L'excision favoriserait la position de la femme au sein de son foyer et même la naissance des fils si précieux.

Dans notre étude 26,1% des parents interrogés ne voulaient pas d'une belle fille non excisée, et pour des raisons d'ordre : social dans 29,1% des cas ; religieux dans 20,3% des cas ; coutumiers dans 19,7 % des cas ; infidélité 17,4 % des cas ; d'autres raisons étaient évoquées telles que l'hygiène et l'esthétique

Selon le Dr. Kouyaté, la pression familiale joue un rôle important : les belles-mères issues d'ethnies qui pratiquent l'excision n'acceptent pas une belle fille non excisée au sein de la famille, elle la juge impure et refuse qu'elle prépare les repas. Elle est la risée des autres membres et doit supporter les quolibets des

coépouses [36]. Ces résultats montrent l'implication de la société dans la persistance de l'excision.

2-Complication de l'excision

La pratique de l'excision n'est pas sans inconvénient à court, moyen et long terme sur la santé de la fille. Dans notre étude 52 % des parents interrogés pensent que l'excision n'entraîne pas de complications ; seulement 48 % des parents disaient qu'elle a des effets néfastes qui sont : la dystocie (30,1 %), les hémorragies (22 %), la stérilité (13%), I.S.T/SIDA dans (10,3%), les rapports douloureux dans 8,4 %, les problèmes urinaires dans 5,2%. Ces résultats sont superposables à ceux de DIAKITE .F.L qui avait trouvé respectivement 20,8 % ; 57,1 % ; 8% ; 5,2 % et 2,6%.

D-Aspects cliniques :

1-Incidents –Accidents :

L'excision est une pratique redoutable susceptible d'entraîner des complications invalidantes. Notre étude a révélé dans 1,2 % des cas l'existence d'un rapport entre le motif de consultation et l'excision et parmi les motifs retrouvés on notait les troubles urinaires dans 33,3 % des cas de suivi de l'hémorragie dans 16,7 %, de douleur dans 16,7 % des cas et des chéloïdes dans 8,3 % des cas. En dépit de ces motifs sus cités, deux cas de VIH secondaire à ont été retrouvés dont :

- ✚ l'une des filles âgée de 144 mois (lors de l'enquête) est née à Bamako mais ramenée à l'âge de 2 ans par ses tantes paternelles à Kéfinanéé , cercle de Yélimané, région de Kayes ou elle fut excisée avec d'autres filles du village. Devenue séropositive par la suite alors que ses deux parents ne le sont pas, elle était suivie à l'hôpital mère enfant le Luxembourg. Elle est décédée courant janvier 2013.
- ✚ L'autre fille âgée de 156 mois (lors de l'enquête) dont les deux parents sont séronégatifs, est née à Sélingué , grandit à Sélingué , excisée à

Sélingué précisément dans le quartier de Kangaré. Deux autres filles excisées dans le même groupe pendant la même période sont décédées. DIAKITE .F.L avait trouvé les mêmes complications hormis les deux cas d'infection à VIH secondaire à l'excision.

Des complications immédiates après l'excision ont été signalées chez 3 % des filles qui sont l'hémorragie dans 39 % des cas, les troubles urinaires dans 32 % des cas, l'œdème vulvaire dans 13 % des cas et la suppuration dans 3,2 % des cas. Les plaintes ont été retrouvées chez 7,6 des filles excisées. On notait surtout la douleur dans 47,4 %, la fièvre dans 25,6 % des cas et la dysurie dans 10,3 %. Malgré ces complications l'excision ne semble pas être perçue par les parents comme une pratique dangereuse.

CONCLUSION :

Notre étude montre que la pratique de l'excision est profondément incrustée dans la société malienne. En effet, la prévalence de l'excision était de 52% dans notre série. Dans 88,6 % des cas les filles ont été excisées avant leur premier anniversaire et dont 28,6 % avant un mois de vie, avec une moyenne d'âge de 4,6 mois, un minimum de 4 jour et maximum 10 ans. Notre série révèle dans 1,2 % des cas l'existence d'un rapport entre le motif de consultation et l'excision et parmi les motifs retrouvés on notait les troubles urinaires dans 33,3 % des cas de suivi de l'infection à VIH.

Les politiques de lutte contre l'excision se heurtent ainsi à des croyances très profondes. La prise en compte des aspects socio-anthropologiques devient incontournable dans cette lutte.

Recommandations

A la lumière de ces résultats nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités

Intensification de l'I.E.C. en faveur de l'abandon de la pratique

Veiller au respect de la décision ministérielle qui interdit la pratique de l'excision au personnel de la santé.

Pénaliser les professionnels de santé qui pratiquent les mutilations sexuelles féminines.

.

Aux personnels de santé

Ne pas souscrire à une médicalisation de la pratique des MGF

A la population

Abandonner la pratique de l'excision.

Références Bibliographiques

- [1] OMS. Female Genital Mutilation: Report of a Technical Working Group. Genève : OMS, 1996.
- [2] Trechsel S., Schlauri R. Les mutilations génitales féminines en Suisse. UNICEF Suisse, Zurich 2004.
- [3] UNICEF. Fiche d'information : Mutilations génitales féminines/Excision
- [4] Fofana P.H. Mutilation génitales féminines, Archive, Juillet 2000.
www.arts.awa.edu.au/AFLIF/MGF.html (20-08-2012)
- [5] Najat M'Jid. Etude sur les Mutilations génitales féminines au Togo, DGPF, UNFPA, UNICEF, Juillet 2008
- [6] Bodiang C. K. La lutte contre les mutilations génitales féminines : Défis et perspectives pour les programmes de santé. Deutsche Gesellschaft für, Novembre 2002
- [7] Andro. A et Lesclingand. M, « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France ». *Population et Sociétés, numéro 438, Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques, Octobre 2007.*
- [8] Mas E. Excision et autres mutilations sexuelles dans le monde et au Burkina Faso. French Doctor, 5 juin 2010.

[9] Déclaration universelle des droits de l'homme, 10 déc.1948, Doc. A/810 at. 71. 1948

<http://www.un.org>.(17-12-2012)

[10] Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée le 20 novembre 1989. Résolution 44/25 de l'Assemblée générale. 44 UN GAOR Supp. N° 49, UN Doc. A/44/49, 2 septembre 1990.

[11] UNICEF. Fiche d'information sur la protection de l'enfant : les mutilations génitales féminines/Excision. UNICEF New York, Mai 2006.

[12] EDS VI – Mali : Samaké S., Traoré S.M : Enquête démographique et de santé phase VI-Mali. CPS/MS, Macro-International, INC, Clavetons Maryland USA 2006. OU

[12] Siby F., Diop M., Mariko S. Excision : Enquête démographique et de santé phase VI-Mali. CPS/MS, Macro-International, INC, Clavetons Maryland USA 2006 ; 285-305P.

[13] Sidibé A. Excision : aspects épidémiologiques, socioculturels et Anotomo-cliniques à propos de 1000 cas. Pédiatrie HGT, Thèse FMPOS, 2004 92.

[14] Schumacher R. et Ouédraogo D. Enquête Nationale sur le Phénomène de l'Excision au Mali: Rapport de synthèse. MPFEF, PNLE, KFW, Déc.2009.

[15] Assemblée générale des Nations unies: conseil des droits de l'homme. A/HRC/8/50/Add.1, 25 août 2008, P2.

- [16] Buitys J.V. Le rôle de sage femme dans la prévention des mutilations génitales féminines. Mémoire d'étudiante sage-femme, Paris, 2006.
- [17] Wehenke M. Dépistage et prévention des mutilations sexuelles féminines et de leurs complications en médecine générale. Thèse de Doctorat, Paris 6, 2007, N°2007PA06G057
- [18] Maïga L. M. D. Conséquences gynéco-obstétricales de l'excision chez la femme malienne à Bamako. Diplôme de Fin d'Etudes C. E. S. S. J, Dakar, 1984.
- [19] Koné M. Communication et excision en milieu scolaire urbain au mali : cas du district de Bamako. Mémoire de DEIC, ISSIC Mai 2006.
- [20] Situation sur l'excision dans le monde, Wikipedia, fr.wikipedia.org/wiki/Excision.(06-01-2013)
- [21] Ouédraogo D. Enquête Nationale sur le Phénomène de l'Excision au Mali: Volet quantitatif. MPFEF, PNLE, KFW, Déc.2009.
- [22] Keïta M.I. Etude des points de vue des cliniciens et des religieux sur la pratique de l'excision a Bamako. Thèse FMPOS, 2008, 08M347.
- [23] Sidibé M. Les Mutilations Sexuelles Féminines au Mali, origines-pratiques- conséquences. ENSUP, DERPPP (mémoire de fin étude), 1993.
- [24] .Gynécologie sans Frontière, Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines, Ministère de la santé et des sports, 2010. Disponible sur le site : <http://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf> (24-09 2012)

[25] Coulibaly H. Statistique du département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré, 2010.

[26] Atji F. Aspects socio-sanitaires de l'excision à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G, Thèse FMPOS, Bamako 2008, 07M108.

[27] Sagara S. Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon. Thèse FMPOS 2008.

[28] Kanté I. Complications gynéco-obstétricales et génitaux- urinaires liées à l'excision. Thèse FMPOS ; Bamako Mali : 2001

[29] OMS. Eliminer les mutilations sexuelles féminines, Déclarations interinstitutionnelles. 2008, P45.

[30] Diakité.F.L .Connaissances, attitudes et pratiques des mères des enfants excisés dans le département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de Bamako Mémoire C.E.S Pédiatrie F.M.O.S. 2012.

[31] **CADY JEAN**

Anatomie petit bassin et périnée 1998

[32] **KAMINA. P**

Anatomie gynécologique et obstétricale 3^{ème} édition.1979, P : 423-440

[33] MALOINE

Dictionnaire des termes de médecine Flammarion, 3^{ème} édition.1889

[34] M^{me} LAURENS DOUCOURE : Les Internes en Médecine Générale
Face aux Mutilations Sexuelles Féminines : Connaissances, Attitudes,
Enseignement. Thèse F.M.P.D (Paris V) 2011.P 95

[35] Awa Thiam. La parole aux Négresses. Paris: Denoël, 1978, p.93 et Chantal
Patterson. "Les mutilations sexuelles féminines: l'excision en question" Présence
Africaine, no. 141,1987

[36] Véronique Ahiyi. "Médecin-gynécologue. Henriette Kouyaté Carvalho
d'Alvarengo" Amina no. 324, avril 1997, p.30

[37]* Source EDS-Burkina Faso: 1998 et 2003

[38] ANONYME

L'excision au mali : guide de dialogue avec les décideurs

PASAF 2002

[39] http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/images/gif/vulve/Hymen_morphologie/hymen_morphologie.gif (16-07-2013)

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE :

CENTRE D'ENQUETE/

A- IDENTIFICATION DE L'ENFANT

N° FICXHE : /___/___/ Date : /___/___/___/___/___/___/

Q1: Nom: Q2: Prénom:

Q3: Age: /___/___/ (mois) Q4 : Poids : /___/___/

Q5a : Ethnie : (parental : /___/ (1=Bambara, 2=Peulh, 3=Malinké, 4=Bozo, 5=Sonrhaï, 6=Sarakolé, 7=Bobo, 8=Sénoufo, 9=Dogon, 10=Maure, 11=Autres)

Q5b : Autres ethnies :

Q6a : Lieu de résidence (Quartier) :

.....

Q6b} Autres résidence : (hors Bamako)

Q7a : Accompagnant : /___/ (1=mère, 2=père, 3=sœur , 4=frère, 5=tante, 6=oncle, 7=autres

Q7b : N° de contact téléphonique :

.....

B- IDENTIFICATION DES PARENTS

Q8a : Age de la mère : /___/___/ Q8b : Ethnie d'origine de la mère : /___/

Q9a : Niveau d'éducation de la mère : /___/ (1=primaire, 2=secondaire, 3=supérieur, 4=analphabète, 5=coranique, 6=autres)

Q9b : Profession : /___/ 1=ménagère, 2=fonctionnaire, 3=commerçante, 4=paysanne, 5=ouvrière, 6=élève/ étudiante,

7=autres :

Q10a : Age du père : /___/___/

Q10b : Niveau d'éducation du père : /___/ (1=primaire, 2=secondaire, 3=supérieur, 4=analphabète, 5=coranique, 6=autres)

Q10c : Profession du père : /___/ (1=fonctionnaire, 2=commerçant, 3=paysan, 4=ouvrier, 5=élève/étudiant, 6=autres)

Q11a : Statut marital des parents : /___/ (1=marié, 2=célibataire, 3=divorcé, 4=veuf(ve)

Q11b : Régime matrimonial actuel : /___/ (polygamie, 2=monogamie)

Q11c : Type de concession : /___/ (1=grande famille, 2=famille isolée)

C- CONSULTATION

Q12a : Excisée : /___/ (1=oui, 2=non)

Si non reste de question C n'est plus applicable

Q12b : si oui il ya t-il eu des complications : /___/ (1=oui, 2=non)

Préciser le type de complications :

.....

Q13a : Age au moment de l'excision : /___/___/___/ (en mois)

Q13b : Avait-elle été excisée avec d'autres fillettes le même jour : /___/ (1=oui, 2=non)

Q13c : A quel moment : /___/ (1=tôt le matin, 2=dans la journée, 3=le soir)

Q13d} Avec quel instrument l'excision a été faite : /___/ (1=couteau, 2=rasoir, 3=ciseaux, 4=autres, 5=NSP)

Q14a : Nom exciseuse :Q14bEthnie exciseuse : /___/

Q147c : Age moyen de l'exciseuse : /___/___/

Q14d : Les parents de l'enfant vivent-ils avec d'autres parents (grands parents, tantes, oncles) : /___/ (1=oui, 2=non)

Q15a : Rapport entre l'excision et la consultation : /___/ (1=oui, 2=non)

Q15b : si oui à préciser les problèmes :
.....

Q15c : Y a-t-il eu des problèmes juste après l'excision dans le passé : /___/ (1=oui, 2=non)

Q15d : Si oui à préciser les plaintes :
.....

Q15e : Ya t-il eu des plaintes signalées par l'enfant ou les parents : /___/ (1=oui, 2=non)

Q15f : Si oui à préciser les plaintes
.....

Q15g : Quelles sont les raisons de cette pratique : /___/ (1=religion, 2=sociale, 3=fidélité, 4=autres, 5=NSP)

Q15h : Quelle est la personne ayant décidé de l'excision : /___/ (1=père, 2=mère, 3=grand parents, 4=tante, 5=un ami de la famille, 6=autre personne)

Q16 : Quelle est la personne ayant accompagné l'enfant chez l'exciseuse : /___/ (1=père, 2=mère, 3=le frère ou la sœur, 4=tante ou l'oncle, 5=grand-mère, 6=autres)

Q17 : Préciser le lieu de l'excision : /___/

1= à domicile, 2=chez l'exciseuse, 3=structure sanitaire, 4=autre lieu (à préciser)

Q18 : Y a-t-il eu des frais ou récompenses payés à l'exciseuse : /___/ (1=oui, 2=non)

Q19 : Si oui préciser la nature : /___/

1. Argent (montant à préciser) :
2. Autre nature (à préciser)

D- CONNAISSANCE SUR LES COMPLICATIONS DE L'EXCISION

Q20a : A votre avis l'excision peut-elle entraîner des complications : /___/
(1=oui, 2=non)

Q20b : Si oui pouvez vous les citer :

1 :2 :3 :
.....

4 : 5 :6 :
.....

Q20c : Savez vous que l'excision peut entraîner les maladies ou troubles suivants (encadrer les bonnes réponses)

1=stérilité, 2=accouchement difficile, 3=césarienne

4= dysurie, 5=pollakiurie, 6=rappports douloureux, 7=frigidité, 8=VIH-SIDA,
9=infections génitales et/ou urinaires, 10=NSP, 11= refus, 12=autres :

.....

E- GENERAL

Q21a : Une femme excisée est-elle différente des autres : /___/ (1=oui, 2=non)

Q21b : Si oui en quoi ?

.....

Q21c : Accepteriez vous que votre fils épouse une fille non excisée : /___/
(1=oui, 2=non)

Q21d : Si non, pourquoi :

.....

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : ALIOU

Titre : Aspects épidémiologiques, cliniques et socio économiques de l'excision dans le district de Bamako.

Année de soutenance : 2012-2013

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, et d'odontostomatologie

Ville de soutenance : BAMAKO

Secteur d'intérêt : Pédiatrie

Résumé

Durant la période d'étude, nous avons recruté 1980 filles dont 1027 étaient excisées soit une prévalence de 52 %. Dans 88,6 % des cas les filles ont été excisées avant leur premier anniversaire dont 28,6 % avant un mois de vie, avec une moyenne d'âge de 4,6 mois, un minimum de 4 jours et maximum 10 ans. L'excision a été réalisée dans 77,6 % des cas chez l'exciseuse et dans 19 % à domicile et 99,8 % des exciseuses avaient reçu une récompense, dans 65,5 % elles avaient reçu un montant compris entre 1000 - 2500 CFA et ou des savons dans 67,6 % des cas.

Dans 1,2 % des cas il existait un rapport entre le motif de consultation et l'excision et parmi les motifs retrouvés on notait les troubles urinaires dans 33,3 % des cas de suivi respectivement de l'infection à VIH secondaire à l'excision dans 16,7 % des cas, de l'hémorragie dans 16,7 % , et de douleur dans 16,7 % des cas et des chéloïdes dans 8,3 % des cas.

Conclusion

La pratique de l'excision est profondément incrustée dans la société malienne. En effet, sa prévalence était de 52 % dans notre série.

Ainsi notre étude prouve que la prévalence de l'excision est en diminution progressive au Mali. Les acteurs impliqués dans la lutte doivent renforcer leur bataille pour mettre fin à cette pratique.

Mots Clés: Excision, Filles, Epidémiologie, Cliniques, Socio- Economiques

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leur père.

*Que les hommes m'accordent leurs estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

Je le jure !!!