

Année 1989

N° 49

**ASPECTS SOCIO-SANITAIRES
DE L'EXCISION AU MALI**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Juillet 1990 devant
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

par

Habibatou DIALLO

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



JURY

Président: Pr. Aly Nouhoum DIALLO

Assesseurs: Pr. Sidi Yaya SIMAGA
Dr. Hubert BALIQUE
Pr. Mamadou Lamine TRAORE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNE UNIVERSITAIRE 1989-1990

Professeur	Sambou SOUMARE	Directeur Général
Professeur	Moussa TRAORE	Directeur Général Adjoint
Docteur	Hubert BALIQUE	Conseiller Technique
Monsieur	Bakary M. CISSE	Secrétaire Général
Monsieur	Hama B. TRAORE	Economiste

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALISTES CHIRURGICALES

1 PROFESSEURS

Professeur	Mamadou Lamine TRAORE	Chef de D. E. R. Chirurgie
Professeur	Aliou BA	Ophthalmologie
Professeur	Bocar SALL	Ortho. Traumat. Secourisme
Professeur	Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Professeur	Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur	Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur	Abdoul Alassane TOURE	Orthopédie-Traumat.

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Professeur	Bénitiéni FOFANA	Gynécologie-Obstétrique
Docteur	Mme SY Aïda SOW	Gynécologie-Obstétrique
Docteur	Amadou Ingré DOLO	Gynécologie-Obstétrique
Docteur	Kalilou OUARTARA	Urologie
Docteur	Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur	Djibril SANGARE	Chir. Générale Soins Infirmiers
Docteur	Salif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur	Massaoulé SAMAKE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur	Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Docteur	Alhousseïni Ag MOHAMED	O.R.L.
Docteur	Mme Fanta Sambou DIABATE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur	Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Docteur	Sidi Yaya TOURE	Anesthésie-Réanimation

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur	Bréhima KOUMARE	Chef de D.E.R. Microbiologie
Professeur	Siné BAYO	Anatomie Pathologie Histologie-Embryologie
Professeur	Abdel Karim KOUMARE	Anatomie
Professeur	Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur	Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur	Amadou DIALLO	Biologie-Génétique

3. DOCTEURS 3^{ème} CYCLE

Professeur	Moussa HARAMA	Chimie Organique-Minérale
Professeur	Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur	Mme THIAM Aïssata SOW	Biophysique
Professeur	Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Professeur	Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur	Mamadou KONE	Anatomie Physique Humaine

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur	Abderhamane Sidèye MAIGA	Parasitologie
Docteur	Anatole TOUNKARA	Immunologie

5. MAITRES-ASSISTANTS

Docteur	Hama CISSE	Chimie Générale
Docteur	Amadou TOURE	Histo-Embryologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur	Souleymane SANGARE	Chef de D.E.R. Pneumo-Phtisiologie
Professeur	Abdoulaye Ag-RHALY	Médecine Interne
Professeur	Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur	Mamadou Kouréissi TOURE	Cardiologie
Professeur	Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur	Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Professeur	Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur	Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur	Issa TRAORE	Radiologie
Professeur	Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Professeur	Eric PICHARD	Médecine Interne

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur	Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Docteur	Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur	Dapa Ali DIALLO	Hématologie-Médecine Interne
Docteur	Somita M. KEITA	Dermato. Léprologie

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGE

Professeur	Boubacar CISSE	Chef de D.E.R. Toxicologie
------------	----------------	----------------------------

2. MAITRES ASSISTANTS

Docteur	Boukassoum HAIDARA	Légit. Gestion Docteur Pharmacétiques
Docteur	Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur	Arouna KEITA	Matière Médicale
Docteur	Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

3. DOCTEUR 3ème CYCLE

Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU Pharmacie Galénique

D.E.R. DE SANTÉ PUBLIQUE

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Sidi Yaya SIMAGA Chef de D.E.R. Santé Publique
Docteur Hubert BALIQUE Maître de conférence en
Santé Publique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Sory Ibrahima KABA Epidémiologie
Docteur Sanoussi KONATE Santé Publique
Docteur Moussa MAIGA Santé Publique
Docteur Georges SOULA Santé Publique
Docteur Bocar Garba TOURE Santé Publique

DOCTEURS 3ème CYCLE

Professeur Bouba DIARRA Microbiologie
Professeur Niamanto DIARRA Mathématiques
Professeur N'Golo DIARRA Botanique
Professeur Souleymane TRAORE Physiologie Générale
Professeur Salikou SANOGO Physique
Professeur Daouda DIALLO Chimie Minérale
Professeur Bakary SACKO Biomichie

CHARGES DE COURS

Monsieur Modibo DIARRA Diététique-Nutrition
Docteur Boubacar KANTE Pharmacie Galénique
Docteur Alou KEITA Pharmacie Galénique
Docteur Souleymane GUINDO Gestion
Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU Pharmacie Galénique
Monsieur Cheick Tidiani TANDIA Hygiène du milieu
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du milieu

ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur	Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur	Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Docteur	Kader TRAORE	Médecine Interne
Docteur	Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Docteur	Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
Docteur	Moussa I. MAIGA	Gastro Entérologie
Docteur	Flabou BOUGODOGO	Microbiologie
Docteur	Mamadou A. CISSE	Urologie
Mme	COUMARE Fanta COULIBALY	T.P. Soins infirmiers
Docteur	Daba SOGODOGO	Chirurgie Générale
Docteur	Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Docteur Mme	KONARE Habibatu DIAWARA	Dermatologie Léprologie
Docteur	Drissa DIALLO	Matière Médicale

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur	Oumar SYLLA	Pharmacie Chimique
Professeur	Alaine GERAULT	Biochimie
Docteur	Alain LAURENS	Chimie
Monsieur	Sidiki DIABATE	Bibliographie
Professeur	GENIAUX	C.E.S. Dermatologie
Professeur	LAGOUTTE	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur	E.A. YAPPO	Biochimie
Professeur	Théophile SODOGANDJI	Pharmacodynamie
Professeur	Tchqke LEOPOLD	Pharmacie Chimique
Professeur	Ababacar FAYE	Pharmacodynamie.

DEDICACES

A la cause des femmes du Monde entier soumise à cette
pratique.....

A mon Père,

Je souhaite de tout mon coeur qu'il trouve dans ce travail une
réponse à tous les efforts qu'il n'a cessé d'accomplir afin que
ses enfants entrent dans la vie avec les atouts qu'il a voulu
leur donner.

Qu'il y trouve une marque de toute l'affection qu'une fille peut
avoir pour son père.

A mes mères,

Ce travail est le fruit de toute la tendresse que vous m'avez
toujours manifestée.

Jamais vous ne serez privées de la mienne.

A mes frères et soeurs,

C'est grâce à tout ce qui nous unit et à votre présence à mes
côtés que j'ai pu franchir le cap de mes études.

A mes oncles et tantes,

A mes cousins et cousines,

A ma grand mère, mon homonyme,

Ne doutez jamais de mes sentiments les plus affectueux,

A mes beaux frères,

Mamadou Y. Diallo,

Nouhoum Diakité,

Ali B. Baby,

Ibrahim Diakité.

Bakary Koné,

Ibrahim A. Doumbia,

Zana S. Coulibaly,

A Dumar Ouattara,

Qu'il trouve ici un témoignage de toute mon affection,

A tous mes amis et plus particulièrement à :

Cheick T. Tall,
Amadou Sy
Sadio Yéna,
Gacoussou Keita,
Mohamed H. Traore,
Kardigué Camera,
Ibrahim N'Diaye,

Makadidia Sokona,
Haoua Dembélé,
Kadiatou Tall,
Bintou Keita,
Aissata Touré,
Mariam Diallo,
Kady Cissé.

et à leurs familles,

A tous les membres du Club de la Jeunesse Active,

A toute la promotion 1983-1989 de l'ENMP,

Je tiens à remercier tout particulièrement,

Le Professeur Issa Traoré,

Le Professeur Souleymane Sangaré,

Je ne saurai jamais assez vous dire toute ma reconnaissance pour l'aide constante que vous m'avez apportée tout au long de mes études,

Le personnel du Service de Chirurgie C de l'Hôpital du Point G,

A NOTRE PRESIDENT DE JURY,

le Professeur Ali Nouhoum Diallo,

Professeur-Agrégé de Médecine Interne,
Chef de Service de Médecine Interne A et B de l'Hôpital du
Point G,
Professeur de Pathologie Infectieuse à l'ENMP,

Nous vous remercions pour tout l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

Votre engagement personnel, vos qualités humaines et votre grande compétence professionnelle constituent pour nous des exemples que nous ne saurons oublier.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY,

le Professeur Sidy Yaya Simaga,

Professeur-Agrégé de Santé Publique,
Chef du DER de Santé Publique de l'ENMP,

Vous avez suivi ce travail tout au long de sa réalisation avec une constante disponibilité.
Soyez assuré de toute notre reconnaissance.

le Docteur Hubert Baliqne,

Maître de Conférence en Santé Publique,

Nous vous remercions pour tous les conseils que vous nous avez apportés dans la réalisation de ce travail.

le Professeur Mamadou Lamine Traoré,

Professeur-Agrégé de Chirurgie Générale,
Chef du DER de Chirurgie à l'ENMP,
Professeur de Chirurgie Générale et de Médecine légale à l'ENMP,

Nous sommes fier d'avoir compté parmi vos élèves, bénéficiant non seulement de votre compétence et de votre expérience, mais aussi de vos nombreuses qualités humaines.

Vous êtes l'initiateur de ce travail. Nous vous remercions de la confiance que vous avez placée en nous en nous le confiant.

-SOMMAIRE-

1-INTRODUCTION.....	1
1-1-Importance du sujet.....	1
1-2-Objectifs de la thèse.....	2
1-3-Méthodologie.....	3
2-L'EXCISION.....	5
2-1-Définitions.....	5
2-2-Importance de l'excision dans le monde et au Mali.....	6
2-2-1-Dans le monde.....	6
2-2-2-Au Mali.....	8
2-3-Quelles sont ses origines ?.....	11
2-4-Description de l'excision en milieu bamana.....	19
2-5-Quelles sont ses conséquences.....	22
2-5-1-Rappels anatomiques.....	22
2-5-2-Rappels physiologiques.....	24
2-5-3-Les conséquences et les complications.....	26
2-6-Les efforts entrepris contre l'excision.....	31
3-RECITS D'EXCISION.....	35
3-1-Discussions avec des exciseuses.....	35
3-2-Village de Kanika.....	36
3-3-Village de Tiembougou.....	40
4-RESULTATS DES ENQUETES.....	42
4-1-L'enquête comparative entre femmes excisées et non excisées.....	42
4-1-1-Présentation des femmes enquêtées.....	42
4-1-2-Etude de la répartition des excisions.....	48
4-1-3-Etude des caractéristiques des excisions.....	50
4-1-4-Etude des complications.....	53
4-1-5-Les problèmes lors de l'accouchement.....	62
4-1-6-Résultats de l'enquête appariée.....	67
4-2-L'enquête auprès des responsables sanitaires.....	69
5-DISCUSSION.....	83
6-CONCLUSIONS.....	87
7-ANNEXES	
8-BIBLIOGRAPHIE	

1-INTRODUCTION

*Au Mali, l'excision constitue un sujet qui jusqu'à ce jour n'a jamais été abordé dans le cadre de la santé publique.

Il est cependant fréquent d'entendre le corps médical évoquer sa responsabilité dans certaines pathologies ou devant certains problèmes obstétricaux

L'excision constitue également un sujet fréquemment abordé par les psychosociologues et commence à trouver sa place au sein des préoccupations de l'Union Nationale des Femmes du Mali.

*L'excision est par ailleurs l'objet de nombreuses publications et de multiples prises de position sur la scène internationale. Elle y est présentée comme une mutilation portant atteinte à l'intégrité physique et morale des femmes qui l'ont subie.

Les propos qui en découlent ont pris, selon nous, une allure critique qui ne fait certainement pas avancer le débat et peut même être à l'origine d'un retard quant à la prise de conscience du problème.

En effet, tout laisse penser que l'excision est contraire à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui précise que "la Santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais un état de complet bien-être, tant physique, mental que social". Il doit donc avoir pleinement sa place au sein des préoccupations du Ministère de la Santé.

Dépendant, nous considérons comme essentiel que soient conduits des travaux de recherche qui devront permettre d'en connaître la réalité et de trouver les arguments nécessaires à l'ouverture du dialogue sans lequel aucun véritable progrès ne pourra être enregistré.

C'est avec l'ambition d'effectuer une première tentative que nous avons choisi ce sujet.

1.2 Objectifs de la thèse

Ce travail s'est donné pour objectifs de:

1° Faire le point sur les connaissances actuelles concernant l'excision dans les pays du monde où elle est pratiquée, et plus précisément au Mali,

2° Décrire le déroulement de l'excision au Mali, en précisant notamment la technique employée,

3° Mesurer la répartition de l'excision au sein d'un échantillon de la population malienne et procéder à son analyse,

4° Mesurer les conséquences de l'excision sur l'état de santé des femmes et des enfants concernés.

Pour ce faire, il s'est, plus précisément, agi de:

*Mesurer l'importance des complications immédiates de l'excision (hémorragies, infections, tétanos, décès..)

*Comparer la survenue de problèmes gynécologiques entre une série de femmes excisées et une série de femmes non excisées

*Comparer le déroulement de l'accouchement entre une série de femmes excisées et une série de femmes non excisées.

*Comparer l'incidence des infections urinaires et génitales entre une série de femmes excisées et une série de femmes non excisées

5° Etablir la cartographie des excisions au Mali

1.3 Méthodologie

Elle s'est appuyée sur la réalisation de trois enquêtes complémentaires:

1° Une enquête auprès de 487 femmes dont 327 femmes excisées et 160 non excisées venues accoucher dans les maternités des différentes régions du Mali (à l'exception de celles de Tombouctou et de Koulikoro),

2° Une enquête comparative sur le déroulement des accouchements entre une série appariée de 67 femmes excisées et 67 femmes non excisées,

3° Une enquête sur les conséquences immédiates des excisions dont se souviennent les agents du service de santé.

1-3-1-L'enquête n°1 a été réalisée auprès des femmes venant accoucher dans différentes maternités.

- .à Bamako, les maternités:
 - .de l'Hôpital Gabriel Touré,
 - .de Sogoninko,
 - .d'Hamdallaye,
 - .de Missira,
 - .de Korofina,
 - .de l'Hôpital du point G.
- .à Kayes, les maternités:
 - .de l'Hôpital régional,
 - .du centre de santé de la ville.
- .à Sikasso, les maternités:
 - .de l'Hôpital régional,
 - .de Mankourani.
- .à Ségou, la maternité de l'Hôpital régional.
- .à Mopti, les maternités:
 - .du centre de santé de la ville,
 - .de Sévaré.
- .à Gao, la maternité du centre de santé.

*Nous avons remis aux sages femmes de ces différentes formations sanitaires un lot de fiches d'enquête dont le nombre a été déterminé selon leur degré d'activité respectif.

Nous leur avons demandé de remplir une de ces fiches pour chacune des femmes qui venaient accoucher en leur présence à la maternité.

Le questionnaire qui figure en annexe 1 comprenait 4 parties:

- un interrogatoire portant sur les caractéristiques de la femme enquêtée (âge, profession, ethnic, résidence, état civil, degré d'alphabétisation, lieu d'origine, ...)
- un interrogatoire sur l'existence de problèmes urinaires (présence d'une infection urinaire) ou gynécologiques (douleurs, infection génitale, troubles des règles)

-un examen clinique des organes génitaux externes pour confirmer l'excision et préciser:

- .son type,
- .la présence de cicatrices et leur type,
- .la présence de complications telles qu'une fistule vésico-vaginale, une fistule recto-vaginale, un prolapsus utérin...

-une description du déroulement de l'accouchement précisant:

- .la durée du travail,
- .la survenue d'une déchirure du périnée.

1-3-2-L'enquête n°2 a été réalisée dans 3 maternités de Bamako:

- .la maternité de Gabriel Touré,
- .la maternité de Sogoninko,
- .la maternité de l'Asacoba.

Le questionnaire que nous avons établi et qui figure en annexe 2 devait permettre de montrer l'influence de l'excision sur le déroulement de l'accouchement en comparant deux séries de femmes aussi semblables que possible, afin de réaliser une série appariée.

Nous l'avons rempli nous même à la maternité de Gabriel Touré et une sage femme a été choisie dans chacune des deux autres maternités.

1-3-3-L'enquête n°3 a consisté à adresser à chaque responsable de formations sanitaires du Mali un questionnaire qui figure en annexe 3.

Il y était demandé à chaque agent de se rappeler les cas de complication d'excision qu'il avait rencontrés au cours de sa vie professionnelle et d'en préciser les caractéristiques.

2-L'EXCISION

2 L'EXCISION

2.1 Définitions

*D'après le Dictionnaire "Larousse", exciser c'est "enlever avec un instrument tranchant".

Le terme "excision" est employé pour désigner un acte traditionnel qui est pratiqué en Afrique et au Moyen Orient. Il correspond à la circoncision de l'homme, mais varie dans ses modalités de réalisation selon les zones géographiques et selon les ethnies.

Il s'agit de la section sanglante d'une partie de l'organe génital externe de la femme (clitoris et petites lèvres), accompagnée dans certains pays par ce que l'on appelle l'infibulation (de "fibula" qui signifie en latin "aiguille") et qui correspond à l'obturation partielle de l'orifice génital externe.

*Une classification des excisions proposée par Verzin (21) semble être universellement adoptée.

Elle répartit l'excision en 4 types:

.le type I ou circoncision féminine vraie, qui consiste en l'ablation du prépuce clitoridien. On l'appelle "sunna" (qui signifie tradition) dans les pays arabes où elle semble dominer.

.le type II qui consiste en l'ablation du gland clitoridien ou de la totalité du clitoris et qui s'accompagne habituellement de l'ablation d'une partie ou de la totalité des petites lèvres. Il est le plus couramment rencontré en Afrique Noire, et en particulier au Mali.

.le type III ou infibulation ou circoncision pharaonique, qui consiste en la fermeture partielle de l'orifice vaginal après incision et ablation d'une quantité variable du tissu vulvaire. Il peut s'accompagner d'une clitoridectomie partielle. On le rencontre principalement dans les pays de la Corne de l'Afrique.

.le type IV ou introcision, qui consiste à élargir le vagin manuellement ou avec un instrument tranchant. Il est exceptionnel et n'existerait que dans certaines tribus primitives d'Australie.

*Au Mali, l'excision est désignée sous les termes bamanan de "bolokoli", de "seliji" ou de "ka sigi nege koro".

Il s'agit d'expressions cachées qui signifient respectivement: "le lavage des mains" en ce qui concerne "bolokoli", "ablution" pour "seliji" et "s'asseoir sous le fer" pour "ka sigi nege koro".

Toute personne reconnaît en ces expressions la circoncision s'il s'agit d'un garçon et l'excision s'il s'agit d'une fille.

2.2 Importance de l'excision dans le monde et au Mali

2.2.1 Dans le monde

*Ainsi que le montre la carte n°1, l'excision est pratiquée dans l'ensemble de l'Afrique à l'exception de certains pays (le Gabon, le Congo, le Zaïre, la Guinée équatoriale, l'Angola, la Rhodésie, l'Afrique du Sud,...)

Hosken (25) estime que plus de 80 millions de femmes africaines ont subi cette mutilation. Elle précise que l'excision est pratiquée dans 40 pays d'Afrique et du Moyen orient.

1-Ethiopie	2-Soudan	3-Somalie	4-Kénya
5-Egypte	6-Ouganda	7-Tanzanie	8-Djibouti
9-Centrafrrique	10-Nigéria	11-Ghana	12-Burkina
13-Côte d'Ivoire	14-Mali	15-Guinée	16-Sierra Léone
17-Sénégal	18-Gambie	19-Mauritanie	20-Libéria
21-Togo	22-Bénin	23-Cameroun	24-Congo
25-Gabon	26-Zaïre	27-Tchad	28-Niger
29-Libye	30-Algérie	31-Yemen du Sud	32-Arabie Saoudite
33-Angola	34-Zambie	35-Mozambique	36-Sahara Occidental
37-Maroc	38-Rwanda	39-Burundi	40-Malawi

Le Minority Rights Group (31) y ajoute le Botswana, le Lesotho et la République d'Oman.

Selon l'OMS (33), elle affecterait 75 millions de femmes et enfants.

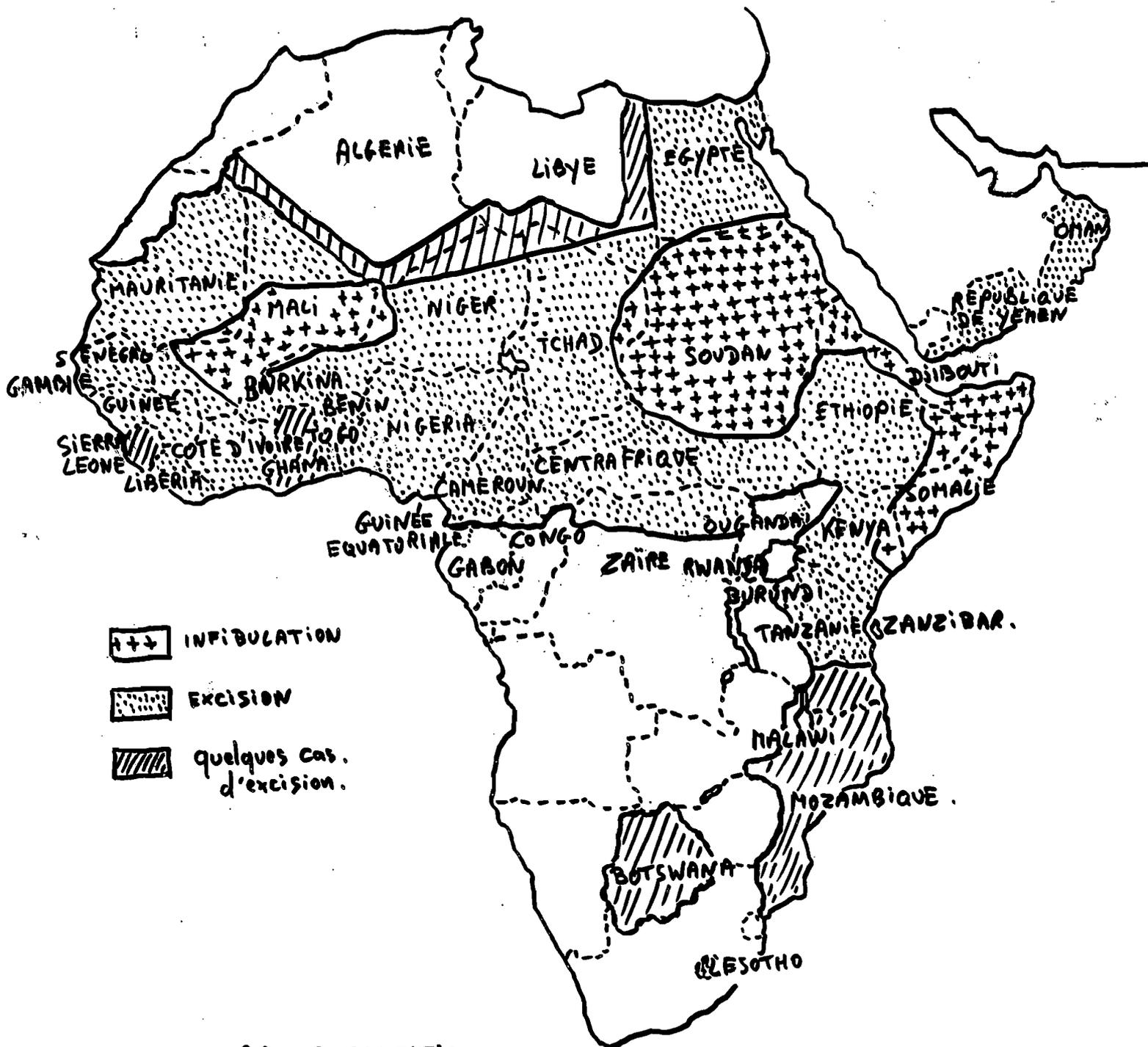
Cependant, elle est surtout rencontrée dans les pays d'Afrique Noire et de la Corne de l'Afrique.

D'après le rapport du séminaire tenu à Bamako en 1985 (40)
.en Guinée, il n'y aurait pas une seule ethnie qui ne pratiquerait pas l'excision.

.au Bénin, aucune fille n'échapperait à ce rite,
.en Côte d'Ivoire, 30% des parturientes hospitalisés au CHU de Cocody auraient subi cette opération.

En Afrique du Nord, seule l'Egypte la pratique régulièrement. Dans les pays magrébins, elle ne concerne que les populations ayant pour origine le Sud du Sahara, essentiellement les populations noires et la Libye.

*On la rencontre également au Moyen Orient (Jordanie, Syrie, Emirats Arabes, Yemen du Sud, Sultanat d'Oman, Arabie Saoudite,...)



CARTE N°1: REPARTITION DE L'EXCISION ET DE L'INFIBULATION EN AFRIQUE. (d'après le minority Rights Group)

Elle est également pratiquée, mais sous des formes moins sévères, dans certaines régions musulmanes de Malaisie et d'Indonésie. Sa présence aurait également été signalée en Birmanie où elle aurait été introduite par des commerçants arabes au début du XVI^{ème} siècle.

*En Europe, les seuls cas recensés concernent des clitoridectomies à but thérapeutique (psychiâtrie) et les populations immigrées.

2.2.2 Au Mali

2.2.2.1 Importance sociale

*Au Mali, l'excision est pratiquée par la totalité des ethnies à l'exception de 3 d'entr'elles:

- .les maures,
- .les touaregs
- .certains groupes songhaï

Elle constitue encore à l'heure actuelle un aspect très important de la vie sociale et culturelle.

Elle est si profondément ancrée dans la tradition que rares sont les familles maliennes dans lesquelles on pourrait envisager de ne pas exciser un enfant.

Maïga L. (29) rapporte que 28 femmes à qui elle a demandé les raisons pour lesquelles elles feront exciser leur fille ont donné les réponses suivantes:

.C'est la tradition qui le veut	16 (57,2%)
.Pour des raisons d'esthétique	4 (14,3%)
.C'est la religion qui l'exige	2 (7,1%)
.Cela permet à la fille d'être sérieuse	2 (7,1%)
.Cela rend la femme plus féconde	2 (7,1%)
.Cela facilite l'accouchement	1 (3,6%)
.Cela permet d'avoir un mari	1 (3,6%)

*Cependant, une prise de conscience est en train d'apparaître dans les classes sociales les plus éduquées.

La première manifestation officielle contre l'excision au Mali semble avoir été celle de la communauté chrétienne du diocèse de San en 1966.

Depuis lors, les initiatives contre l'excision se sont limitées à des prises de position ponctuelles de la part d'intellectuelles africaines.

C'est ainsi que Assitan Diallo a été la première sociologue malienne à oser ouvrir le dossier de l'excision dans le cadre d'un mémoire de l'Ecole Normale Supérieure en 1978 (16).

Prenant à son tour conscience du problème, l'Union Nationale des Femmes du Mali (UNFM) a organisé en 1985 un séminaire sur ce sujet et a décidé d'entreprendre une grande enquête sur l'excision au Mali (40).

Depuis lors, plusieurs séminaires ont été organisés sur le sujet: conférence-débat du Centre Djoliba et conférence-débat de l'École Nationale de Médecine et Pharmacie en 1988; conférence-débat organisée par le club UNESCO de l'ENMP au Carrefour des Jeunes en 1989; séminaire-atelier organisé par l'UNFM en 1989.

Par ailleurs, de nombreux articles ont été publiés dans la presse malienne (3, 41).

Une émission radiodiffusée a été consacrée à ce sujet en Juin 1990.

Aujourd'hui, le problème de l'excision semble définitivement entré sur la scène du développement social au Mali.

D'après l'étude de Katy DOLO (18) réalisée auprès de 120 hommes et femmes du district de Bamako:

."70% des hommes et 71,67% des femmes se sentent obligés de pratiquer l'excision par respect de la coutume, à cause des préjugés que la société a sur les filles non excisées et à cause de la pression des autres membres de la famille" (p. XVIII),

."41,67% des hommes et 41,86% des femmes lui ont trouvé des avantages contre 56,25% des hommes et 46,51% des femmes qui lui ont trouvé des inconvénients" (p. XVIII),

."40% de l'ensemble des parents trouvent qu'il n'y a aucun mal à ce que leur fille ne soit pas excisée" (p. XIX),

."76,67% des hommes et 51,67% des femmes pensent que l'excision disparaîtra si on la démystifie et si une action d'information et de sensibilisation est menée auprès de la population" (p. XIX).

2.2.2.2 Importance quantitative

Trois grandes études permettent de faire le point sur la répartition de l'excision au Mali.

a) Assitan Diallo (16) en 1978 a interrogé un échantillon de 200 personnes habitant Bamako, Ségou et sa banlieue et a donné les réponses suivantes:

*Femmes

Avez vous été excisée? (n=100)	oui	97%
	non	3%
Si oui, à quel âge? (n=97)	Avant 1 an	38%
	de 1 à 4 ans	9%
	de 5 à 9 ans	27%
	10 ans et plus	26%

*Hommes

Votre fille est-elle excisée? (n=65)	oui	83%
	non	14%
Si oui, à quel âge (n=54)	Avant 1 an	54%
	1 à 7 ans	44%
	8 à 12 ans	0%
	13 ans et plus	2%

b) Une étude de l'UNFM (40) a été effectuée en 1985 et a donné les résultats suivants:

	Excisées	Non excisées
Malinkés	85,1%	10,6%
Kassonkés	75%	30,5%
Sarakolés	62%	8%
Bambaras	61,6%	27,2%
Sénoufos et Miniankas	35,9%	49,2%
Maures et Touaregs	9,3%	83,3%
Bwa	9,2%	73,8%
Sonrhais	0,5%	89,1%

c) L'étude de Maïga Lalla Mint Dah (29) réalisée en 1984, a montré sur un échantillon de 80 femmes de plus de 15 ans examinées ces résultats globaux:

non excisées	16,25%	
excisées	83,75%	
dont type 1		17,5%
type 2		62,5%
type 3		3,75%
dont Bambara	35/35	
Peulh	10/10	
Sarakolé	9/9	
Sénoufo	5/5	
Dogon	5/5	
Malinké	2/2	
Sonrhai	0/9	
Touareg	0/4	

2.3 Quelles sont ses origines?

*Il est indiscutable que l'excision remonte à la nuit des temps. Les traces les plus anciennes en parlent cinq siècles avant notre ère.

Erlich signale (19) que René Nelli, dans "Erotique et civilisation" estime que chez les égyptiens, l'excision remonte à 5-6 000 ans avant JC et qu'elle a été d'usage courant dans toute l'humanité protohistorique.

L'un de ses arguments réside dans le fait que l'excision se pratique dans la zone qui correspond au foyer de la première néolithisation occidentale, à savoir l'Égypte, l'Éthiopie, la Syrie et la Perse.

Ceci pourrait être confirmé par des momies qui ont montré que l'excision était pratiquée en Égypte du temps des pharaons (XVIème Siècle avant JC) (25). C'est même la technique ainsi constatée qui a été à l'origine du terme "d'excision pharaonique".

Dans le monde arabe et byzantin, l'excision existait avant l'Islam, ainsi que le confirme des textes de Aetius d'Amida (19 p.46): l'argument évoqué fait allusion à la taille excessive du clitoris qui aurait notamment pour conséquence d'être à l'origine d'un plus grand désir sexuel chez les femmes.

Avicenne et les médecins du monde arabe parlent de l'excision et de l'infibulation (19).

Les divers témoignages semblent établir une relation entre l'excision et l'inconduite conjugale, qui caractériserait les populations non excisées (Grèce, Inde, Perse,...)

Ce lien avec la taille du clitoris et l'excès de désir sexuel qui pourrait en résulter est également évoqué en ce qui concerne l'Égypte et les pays de la Corne de l'Afrique

"Fabrice d'Acquapendente (1649) stipule qu'il y a 3 motifs à l'excision chez les égyptiens:

.le premier afin de supprimer un organe hypertrophié qui gêne la pénétration,

.le second, parce qu'ils tiennent pour une chose abominable que la femme fasse l'office du mâle,

.le troisième pour rendre les femmes plus modestes et briser l'insatiable lubricité qui les travaille en ces pays là."

(19 p.55)

"Tronchin (1736) invoque également pour justifier l'opération l'hypertrophie constitutionnelle du clitoris chez les égyptiennes et les éthiopiennes " (19 p.58).

Dionis (en 1736) précise que l'excision a également été pratiquée à l'égard des européennes, qui, souffrant d'une hypertrophie clitoridienne, "peuvent en abuser et se polluer avec d'autres femmes" (19 p.58). Elle aurait notamment été préconisée pour lutter contre la masturbation féminine.

Hatin (en 1832) recommande la méthode de Levret, c'est à dire l'excision réalisée dans un cadre chirurgical, pour lutter contre la nymphomanie (19 p.65).

*Il nous semble que plusieurs théories ont cherché à expliquer le "pourquoi" de l'excision.

.Des théories d'ordre économique:

Selon des marxistes, l'excision serait l'expression d'une loi économique qui, cherchant à imposer la famille patriarcale en tant qu'unité économique de base, aurait concrétisé l'assujettissement d'un sexe par l'autre.

Ceci semble confirmé par Mary Jane Sherfey, psychiatre américaine, qui estime qu'à l'origine les femmes étaient dotées d'une "capacité orgasmique immodérée, incompatible avec le développement de la sédentarité monogame".

Ainsi, selon elle, l'hypersexualité qui caractériserait les femmes serait un obstacle à supprimer, en particulier par l'excision, pour permettre au règne de l'homme de se réaliser (19).

.Des théories d'ordre médico-psychologique:

.Certains auteurs (dont Diderot dans son encyclopédie) émettent l'idée que l'excision est due à l'angoisse des hommes de voir grossir exagérément le clitoris, conduisant la femme épousée à devenir "une mère phallique", alors que le phallus doit rester un attribut de la fonction paternelle.

Ils rejoignent l'idée de nombreux auteurs médicaux, dont Diepgen (19) qui "précise que l'opération était prescrite dans les cas d'hypertrophie clitoridienne, pour des raisons esthétiques et fonctionnelles (réduction de l'hyperexcitabilité sexuelle)."

.Des théories d'ordre religieux:

.Il est généralement admis que les religions n'ont fait que justifier à posteriori des pratiques qui leur étaient bien antérieures et qu'elles ont prises à leur compte. C'est ce que confirme la réalité malienne, où tout le monde admet que l'excision est bien antérieure à la venue de l'Islam.

Qu'il s'agisse de la religion égyptienne, du judaïsme, du christianisme ou de l'Islam, il n'existe dans aucun texte religieux la moindre recommandation concernant sa pratique.

Néanmoins la religion ne reste pas indifférente à la pratique de l'excision, puisque elle en parle.

C'est notamment le cas des "hadith", textes portant sur des traditions orales para-religieuses qui s'ajoutent au Coran. Ils précisent que le prophète (Paix et Salut sur lui) ayant surpris une séance d'excision a dit que s'il était absolument nécessaire de la pratiquer, il fallait veiller à ce que le geste soit léger. Il aurait donc autorisé la pratique de l'excision, mais en introduisant une certaine tempérance, puisqu'il a précisé: "ne détruit pas" ou "ne va pas en profondeur". D'après Assaad (?) citant Ibn El Athir, le Prophète (Paix et Salut sur lui) aurait ajouté que "la circoncision est obligatoire pour l'homme, honorable pour la femme".

Pour Belkis Wolde Giorgis, la pratique de l'excision serait issue d'une légende qui affirme que Sarah, épouse d'Abraham, aurait excisée elle-même sa coépouse Hagar dont elle était jalouse.

Méinardus rapporte qu'au XIIème siècle, Michael a fait référence à ses origines bibliques: "Après que Sarah eût chassé Hagar de sa maison avec son fils Ismaël, la Loi affirme qu'ils allèrent à Yathrib... Ismaël grandit, devint fort et beau et fut demandé en mariage. Sa mère dit: nous sommes des circoncis hommes et femmes, et nous n'épousons que ceux qui le sont également. Et les femmes se circoncirent et Ismaël les épousa et Dieu remplit ses espérances et lui donna 12 princes. Et la circoncision se répandit dans le pays et dans les contrées avoisinantes..." (19 p.48)

Léon l'Africain aurait affirmé que selon Mahomet l'excision était obligatoire, mais seulement en Egypte et en Syrie. Ceci pourrait confirmer le fait que l'Islam a pu être un véhicule de l'excision dans certains pays qui l'ignoraient auparavant, alors qu'elle n'a aucune justification religieuse. Il y aurait eu alors confusion entre rites et fondements de la foi.

Il en est de même des chrétiens coptes d'Egypte et d'Ethiopie qui pratiquent l'excision et dont les prêtres l'autorisent.

L'Afrique Centrale et Occidentale aurait-t-elle subi les influences de la corne orientale ? C'est ce que prétendent certains qui argumentent le fait que l'infibulation est surtout rencontrée chez les peuples pasteurs.

Certains accordent une place à l'âge auquel se situe l'excision, à savoir entre 7 ans et la puberté, afin que la "douleur s'enracine dans la mémoire, rappellent constamment à la fille qu'elle est cette femme coupée pour son édification morale et religieuse..." (8 p.152)

Mais comment interpréter la tendance actuelle qui conduit à pratiquer l'excision dès les premiers jours de la naissance, afin, comme nous l'a dit le mari de l'exciseuse K.C. de Kolokani "de ne plus avoir "pitié" des souffrances de nos grandes filles".

*Concernant l'islam on peut conclure à sa neutralité, qui permet aux différentes populations musulmanes de pratiquer en toute quiétude ou d'ignorer l'excision.

Le fait que le Prophète en ait eu connaissance et ne l'ait pas condamnée permet aux musulmans qui la pratiquent de la justifier.

Quant au christianisme, on peut constater:

.que les coptes d'Egypte ont toujours pratiqué l'excision,
.qu'en Afrique Noire et notamment au Mali, les chrétiens excisent. Si le clergé ne soutient pas cette pratique, il s'abstient généralement de toute opinion.

.Des théories d'ordre idéologique:

Pour les féministes, l'excision est l'acte le plus élaboré que l'homme ait inventé pour soumettre la femme. Elles prétendent qu'il a pour finalité de réduire, voire même de supprimer tout désir sexuel, afin qu'elle n'ait pas à ressentir la moindre revendication d'une quelconque autonomie vis à vis de son mari, qui doit constituer son seul maître.

N'est-il pas révélateur de voir Séverine Auffret (8) parler de castration à propos de l'excision, comme si ce geste privait autant la femme de sa sexualité que l'est indiscutablement un homme castré !

Mais à l'inverse, ce même auteur relate que chez les Zandés le clitoris et les petites lèvres sont présentés comme sources d'impureté qui s'opposeraient à une pleine jouissance: l'excision serait présentée comme l'accès à une sexualité qui serait exclusivement vaginale, le vagin étant considéré comme seule source d'un plaisir féminin complet.

Ainsi, il apparaît que l'excision serait une recherche tendant non pas à l'abolition du plaisir sexuel, mais au contraire à celle d'un plaisir plus complet.

Doit-on penser que cette excision qui pousse la femme à rechercher la pénétration de l'homme renforce son rôle d'épouse et de mère, ce qui, pour des féministes, constituerait des atteintes symboliques à leur indépendance et donc à leur liberté, puisque l'homme deviendrait alors indispensable à l'exercice de leur sexualité ?

.Des théories d'ordre anthropologique:

L'explication la plus satisfaisante, concernant le Mali, provient selon nous des anthropologues.

*Pour Germaine Dieterlen (17), l'excision s'inscrit dans la pensée cosmogonique bamanan.

Elle l'attribue au premier être femelle de l'existence appelé "musokoroni" à la suite de sa mésentente avec son mari, le premier être mâle, appelé "Penba".

Rendue folle de jalousie par les infidélités de son compagnon, "sa fureur la poussa à circoncire et à exciser avec ses ongles et ses dents tous les êtres humains qu'elle rencontra" (17 p.40). Elle "révéla aux hommes tout ce que Penba lui avait appris et qui devait rester secret; elle communiqua à tout ce qu'elle touchait l'impureté acquise par sa trahison" (17 p.40).

"Le wanzo, force néfaste constituée à l'origine de l'impureté de musokoroni...qu'elle transportait avec elle pénétra ainsi le genre humain".

"Depuis lors, tout enfant, à sa naissance, reçoit le wanzo, parole de musokoroni, dans son sang et sur sa peau, au moment du contact avec la terre sur laquelle il naît. Cette force...se transmet à tout ce que touche le porteur. Elle siège plus particulièrement dans le prépuce chez l'homme, le clitoris chez la femme et représente dans l'individu le désordre...De plus elle s'oppose à la fécondité.

Pour devenir un être stable, pour se marier, procréer, sacrifier, l'enfant doit être débarrassé de son wanzo. Cet effet est obtenu au cours de la circoncision, de l'excision et des rites qui terminent la retraite des opérés. La plus grande part des forces s'écoule dans la terre avec le sang de l'organe mutilé. Le reste de la force s'échappe avec la fumée du feu par dessus lequel les enfants sautent...avant de rentrer dans leur demeure...Mais le Wanzo ne disparaît pas: il est capté dans les masques de la société du Ndomo à laquelle appartiennent les incirconcis. De même, lorsqu'un enfant meurt avant d'avoir été circoncis, les rites appropriés ont pour effet de capter le Wanzo et de le diriger dans le masque pour l'empêcher de nuire...C'est seulement lorsqu'un adolescent a perdu son wanzo qu'il est admis à se marier: tout individu refuserait d'épouser un partenaire qui n'en aurait pas été complètement débarrassé"(17. p.88 et 89).

Par ailleurs, Germaine Dieterlen précise que "la notion de bisexualité de l'être est fondamentale: les principes spirituels sont sexués comme le corps, dont l'ambivalence est flagrante pendant l'enfance: le garçon est féminin dans son prépuce, la fille est mâle dans son clitoris. L'un des buts de la circoncision et de l'excision est de promouvoir l'enfant dans le sexe auquel il est apparemment destiné en supprimant l'organe du sexe opposé."

Il apparaît dans la société bamana que circoncision et excision s'inscrivent dans un cadre initiatique qui a pour but de faire entrer l'enfant dans la société des adultes.

Autrefois, les hommes bambara étaient circoncis vers l'âge de 18 ans. Ils subissaient à cette occasion leur dernière grande période initiatique.

Alors qu'avant cette étape ils étaient considérés comme des enfants ("bilakorow") et portaient un simple cache sexe ("limpé"), une fois circoncis, ils étaient autorisés à porter le pantalon ("kulusi") à se marier et à prendre les armes.

De même, les jeunes filles bambara étaient excisées vers l'âge de 16 ans.

Leur excision constituait également leur dernière étape initiatique et leur permettait de quitter le limpé pour le pagne. Une fois leurs plaies cicatrisées, elles étaient l'objet d'une grande fête ("fura ci") au terme de laquelle elles étaient autorisées à rejoindre leur mari.

*Marcel Griaule évoque dans "Dieu d'eau" (23) l'origine mythique de l'excision dans la tradition dogon:

"...Et ce corps est une femme, orienté nord-sud, posé à plat, face au ciel. Une fourmilière est son sexe, une termitière son clitoris. Amma, qui est seul et veut s'unir à cette créature, s'approche d'elle.

C'est alors que se produit le premier désordre de l'Univers... Au moment où Dieu s'approche, la termitière se dresse, barre le passage et montre sa masculinité. Elle est l'égale du sexe étranger, l'union n'aura pas lieu.

Pourtant Dieu est tout puissant. Il abat la termitière rebelle et s'unit à la terre excisée. Mais l'incident originel devait marquer à jamais la marche des choses: de l'union défectueuse naquit, au lieu des jumeaux prévus, un être unique, le "thos auréus", le chacal, symbole des difficultés de Dieu....

Dieu eut d'autres rapports avec sa femme et cette fois rien ne vint troubler leur union, car l'excision avait fait disparaître la cause du premier désordre. L'eau, semence divine, pénétra donc au sein de la terre et la génération poursuivit les cycles réguliers de la gemelliparité. Deux êtres se modelèrent."
(23 p.16)

"Ainsi, chaque être humain dès l'origine fut nanti de deux âmes de sexes différents, ou plutôt de deux principes correspondants à deux personnes distinctes à l'intérieur de chacun. Pour l'homme, l'âme femelle siègea dans le prépuce. Pour la femme, l'âme fut supportée par le clitoris...La vie des hommes ne pouvait s'accommoder de ces êtres doubles; il fallait décider chacun à verser dans le sexe pour lequel il était apparemment le mieux fait. Le Nommo circoncit donc l'homme, rayant ainsi en lui toute la féminité du prépuce. Mais celui ci se métamorphosa en un animal qui n'est "ni serpent ni insecte mais qui est classé avec les serpents".

Cet animal porte le nom de "nay"...

Alors l'homme s'unit à sa compagne. Plus tard elle accoucha des deux premiers enfants d'une série de huit, qui devaient être les ancêtres du peuple dogon.

A ce moment la souffrance de la parturition se concentra dans son clitoris qui, excisé par une main invisible, se détacha d'elle et s'éloigna, métamorphosé en scorpion. La poche et le dard symbolisait l'organe, le venin étant l'eau et le sang de la douleur." (23 p.21)

"Elle est aussi par sa qualité terrestre, le rappel et le témoin de la dette que chacun doit à la terre, car c'est de glèbre que fut formé le premier couple. Et cette dette doit se payer, par versement de sang lors de la circoncision, de l'excision, lors des périodes menstruelles." (23 p.133)

"Tant qu'il conserve son prépuce ou son clitoris, supports du principe de sexe contraire au sexe apparent, masculinité et féminité sont de même force. Il n'est donc pas juste de comparer l'incircocis à une femme; il est, comme la fille non excisée, à la fois mâle et femelle. Si cette indécision où il est quant à son sexe devait durer, l'être n'aurait jamais aucun penchant pour la procréation.

En effet, le clitoris qu'a reçu la fille est un jumeau symbolique, un pis aller mâle avec lequel elle ne saurait se reproduire et qui, au contraire, l'empêcherait de s'unir à un homme. De même que Dieu a vu se dresser devant lui l'organe de la terre, de même l'homme qui s'unirait à une femme non excisée serait "piqué" et l'opportunité de sa présence discutée par l'organe qui se prétendrait son égal.

L'individu, d'autre part, ne peut se conduire normalement sous une double direction. Il est nécessaire que l'un des principes prenne définitivement le pas sur l'autre.

L'enfant ne peut rien faire de sérieux et on ne peut rien lui faire de sérieux tant qu'il n'est pas circoncis.

C'est ainsi qu'il ne peut ni recevoir sa devise, ni assurer un culte, ni supporter de remèdes donnés par les guérisseurs contre les maladies, ni utiliser d'amulette. Cette pratique en effet suppose des va et vient de forces vitales trop violents pour un être dont l'âme n'est encore "fixée" (23 p.149).

"L'écoulement du sang de la circoncision..est comparable au fait d'offrir une victime aux autels. Et c'est la terre qui vient boire le sang." (23 p.149)

"Il semble qu'à l'idée de dette se joint aussi une idée de force néfaste prise par la personne en même temps que sa condition terrestre. D'où la nécessité de se débarasser, à la fin de l'enfance, de cet élément que l'on renvoie à son lieu d'origine.

Ce sont donc des raisons diverses qui expliquent la circoncision et l'excision: nécessité de débarasser l'enfant d'une force mauvaise, nécessité pour lui de payer une dette de sang, et de verser définitivement dans un sexe. A cela, il convient d'ajouter que l'homme doit par solidarité souffrir dans son sexe comme la femme." (23 p.150)

*Quant à l'infibulation, elle suscite moins d'hypothèses; il est généralement admis qu'elle n'a qu'une seule fonction: garantir la chasteté de la fille puis de la femme. En effet, aucune recherche ne donne d'explication mythique à l'infibulation.

*Ainsi, l'excision semble avoir deux origines totalement différentes et indépendantes.

-une origine qui aurait pris naissance chez les coptes d'Egypte et les Abyssins d'Ethiopie. Elle aurait été transmise aux arabes, bien avant la venue du Prophète, qui auraient assuré sa diffusion.

Ceci expliquerait l'amalgame qui est parfois effectué entre l'excision et l'Islam.

-une origine noire africaine, qui serait d'ordre symbolique et s'inscrirait dans un cadre purement initiatique.

Il n'est donc pas surprenant que l'arrivée de l'Islam dans les populations d'Afrique Noire qui pratiquaient l'excision n'a fait que renforcer sa place dans la société.

Le fait qu'à l'heure actuelle on assiste au rajeunissement de l'âge de cette pratique peut être considéré comme le témoin de la disparition progressive des fondements traditionnels de l'unité culturelle qui prévaut aujourd'hui.

2.4 Description de l'excision en milieu bamanan

*Germaine Dieterlen décrit l'excision de la façon suivante (17)
"L'opération est exécutée par une potière, femme de forgeron, avec un petit couteau de fer. La lame, qui est mâle, représente le soleil; le manche, femelle, est à la fois clitoris et lune. La femme se protège du wanzo des opérées en portant des bracelets et des amulettes et en s'enduisant les yeux d'une pommade noire.

L'opération est effectuée en plein jour, aux abords du village, devant la parentée réunie. Dans certaines localités, elle a lieu près du foyer des potières. Chaque fillette est assise à son tour sur une pôteerie retournée et opérée tandis que des prières sont récitées. De même qu'on blesse la cuisse d'un garçon dont le prépuce est mal conformé, de même une fille est considérée comme excisée si dans le même cas on lui fait subir une épreuve qui remplace l'excision. L'opératrice place une peau de hérisson entre ses cuisses qu'elle serre fortement pour faire jaillir le sang.

Les jeunes filles ne doivent ni pleurer ni gémir; au contraire, elles chantent pour exalter le départ du wanzo... On dit d'une jeune fille bien excisée qu'elle est sage et se tient dignement. Au contraire d'une fille de moeurs légères on dit que ses mains n'ont pas été lavées proprement ce qui signifie qu'elle a été excisée d'une manière défectueuse" (17 p.212).

*Qui pratique l'excision ?

L'excision est en principe exclusivement effectuée par les forgeronnes, de même que les forgerons se chargent des circoncisions masculines.

Cependant, des agents de santé se mettent de plus en plus à effectuer eux mêmes ces pratiques.

*A quel âge s'effectue l'excision ?

C'est en principe entre 8 et 13 ans que les filles bambara sont excisées.

En fait, en milieu traditionnel l'âge de l'excision dépend de la qualité des récoltes et du plus ou moins grand nombre de filles de la même classe d'âge.

En effet, l'excision est un évènement collectif qui nécessite la présence de plusieurs filles. Il s'agit par ailleurs d'un évènement social qui impose aux familles de lourdes dépenses et la consommation de grandes quantités de mil.

On assiste cependant à une diminution croissante de l'âge de l'excision, au fur et à mesure qu'évolue le processus de déculturation et l'extension de la mentalité "moderne". C'est ainsi qu'à Bamako, les petites filles sont excisées dans les premières semaines de leur vie.

L'excision perd donc son caractère initiatique pour ne devenir plus qu'une habitude sociale, s'éloignant de plus en plus de sa signification profonde.

*Où pratique-t-on l'excision ?

Selon les villages, l'excision se pratique dans l'enceinte réservée aux toilettes ou en dehors du village, dans un lieu touffu isolé de regards.

En ville, l'excision traditionnelle s'effectue dans les toilettes.

*Comment se pratique l'excision ?

Katy Dolo (18 p 34-35) raconte:

"L'exciseuse est avertie à l'avance...L'excision se pratique de bonne heure. Les filles sont regroupées dans une chambre et sont conduites les unes après les autres dans l'enclos de la latrine où se trouvent l'exciseuse et deux ou trois femmes assistantes. La fille est entièrement déshabillée. On la fait asseoir sur une pierre plate, les jambes bien écartées. Selon son âge et son courage, la fille reste tranquille sans qu'on ait besoin de la maîtriser. Plus la fille est jeune, plus elle s'agite, donc les femmes assistantes ont pour rôle de l'immobiliser. Ainsi la région à exciser est bien découverte. L'exciseuse tient le clitoris et les petites lèvres entre 3 doigts d'une main et de l'autre elle tient le petit couteau bien aiguisé et les tranche d'un trait.

La région est ensuite bien lavée à grande eau pour vérifier la plaie afin d'appliquer une poudre noire à base de recettes de plantes ou de la bouse de vache etc... comme hémostatique. On fait porter à la fille une garniture d'étoffe et on la réhabilite de son pagne noir et de sa camisolle. Elle est enfin conduite dans la chambre de réclusion où elle restera jusqu'à la guérison qui survient au bout de deux semaines. La plaie est soignée régulièrement par l'application de beurre de vache. Pour atténuer la brûlure de la plaie au moment de la miction, la vieille qui s'occupe des excisées projette un jet d'une infusion de plantes médicinales du début jusqu'à la fin de la miction. La vieille a également pour rôle d'éloigner des excisées les mauvais esprits. Le soir, elle apprend aux jeunes filles toutes sortes de chants et tout ce qu'elles devraient savoir sur le mariage, sur leur rôle d'épouse, l'obéissance inconditionnelle qu'elles doivent à leur mari ainsi que leur devoir vis à vis des beaux parents.

...En ville...la pratiquante se fait aider par une ou deux collègues pour immobiliser l'enfant. Le clitoris et les petites lèvres sont tenues par une pince et à l'aide d'une paire de ciseaux, ils sont sectionnés d'un trait de façon partielle. Ils sont rarement sectionnés entièrement sauf si les parents le demandent expressément.

Une fois la section faite une ampoule d'hémostatique...est versée sur la plaie pour faire hémostase; ensuite un pansement à base de pommade (antibiotique)...est fait. Ce pansement est renouvelé jusqu'à la guérison qui dure moins d'une semaine ou une semaine au plus."

2.5 Quels sont ses conséquences?

2.5.1 Rappels anatomiques

L'appareil genital de la femme se compose de 3 grandes parties:

-les ovaires. Il s'agit de deux glandes qui produisent hormones féminines et ovules.

-l'utérus. Il constitue le "nid" dans lequel se développera l'oeuf fécondé et comprend:

.deux trompes qui ont pour fonction essentielle de conduire les ovules jusqu'au corps de l'uterus .

.un corps qui héberge le foetus pendant toute l'évolution de la grossesse et assure son expulsion par ses contractions.

-le vagin et la vulve. Ce sont les organes de l'acte sexuel; ils permettent par ailleurs la sortie de l'enfant lors de l'accouchement.

Le sujet de notre étude nous conduit à limiter notre description à cette dernière partie.

a) Le vagin:

Etendu du col utérin à la vulve ,le vagin constitue un conduit situé derrière la vessie et l'urètre, devant le rectum. Sa longueur moyenne est de 8 cm .

Il présente deux faces: une antérieure et une postérieure.

.La première répond dans ses deux tiers supérieurs à la vessie et à la portion terminale des deux uretères, dans son tiers inférieur à l'urètre.

.La seconde répond au cul-de-sac de Douglas dans son quart supérieur et à l'ampoule rectale dans ses trois quarts inférieurs. Vagin et rectum sont alors séparés par la cloison recto-vaginale.

Le vagin débouche au fond du vestibule dont il est séparé par l'hymen.

b) La vulve:

Partie externe des organes génitaux féminins, la vulve (voir schéma) est marquée à sa partie moyenne par une dépression médiane: le vestibule, au fond duquel s'ouvrent l'urètre et le vagin.

Le vestibule est limité de chaque coté tout d'abord par les petites lèvres qui se rejoignent en avant au niveau du clitoris, puis plus en dehors par les grandes lèvres qui se perdent en avant du même clitoris sur une saillie médiane :le pénil ou mont de vénus.

A la vulve sont annexées les deux glandes de Bartholin.

*Les grandes lèvres:

Sont deux replis cutanés allongés sagittalement sur une longueur d'environ 8 cm. Elles présentent une face externe recouverte de poils, séparée de la cuisse par le sillon génito-crural et une face interne qui est lisse et séparée de la petite lèvre par le sillon interlabial. Leur extrémité antérieure se perd sur le mont de vénus tandis que l'autre s'unit à celle du côté opposé par la commissure postérieure.

Elles comprennent:

- la peau,
- une couche de fibres musculaires lisses formant le dartos des grandes lèvres,
- une couche graisseuse,
- une membrane fibro-élastique,
- une deuxième masse adipeuse.

*Le mont de vénus:

Il s'agit d'une saillie médiane qui est couverte de poils; elle est comprise entre les deux plis de l'aîne et se continue en haut avec la paroi abdominale, en bas et en arrière avec les grandes lèvres.

*Les petites lèvres:

Ce sont deux replis cutanés situés en dedans des grandes lèvres et formant la paroi latérale du vestibule. Leurs extrémités postérieures s'unissent pour former la fourchette; leurs extrémités antérieures bifurquent en deux replis antérieurs et postérieurs.

Les deux replis antérieurs s'unissent au dessus du clitoris pour en former le capuchon, tandis que les replis postérieurs s'unissent au dessous de lui pour en former le frein.

Par leur base supérieure les petites lèvres répondent aux bulbes du vagin.

Entre l'orifice vaginal et la fourchette se trouve une dépression appelée fossette naviculaire.

*Le clitoris:

Organe érectile, il est formé par la juxtaposition des corps caverneux et par les enveloppes

-Les corps caverneux: analogues à ceux de la verge chez l'homme, ils s'unissent pour former le corps du clitoris qui s'inscrit en prolongation des corps caverneux puis change de direction et se coude pour former le genou du clitoris. Il se termine par une extrémité arrondie: le gland du clitoris.

-Les enveloppes: il s'agit de:

la peau qui forme le capuchon du clitoris. Elle est bridée en dessous par le frein, sur la ligne médiane duquel se trouve une bandelette sagittale ou bride qui va de la face inférieure du clitoris au méat urétral. Ce revêtement cutané contient des corpuscules sensitifs très particuliers et très nombreux.

.une couche celluleuse,
.le fascia clitoridien qui est semblable au fascia pénis.
Les glandes de Bartholin sont situées de chaque côté de la moitié postérieure du vestibule .

*Vaisseaux et nerfs de la vulve:

-Les artères viennent en avant des artères honteuses externes, branches de la fémorale; en arrière de la périnéale superficielle, branche de la honteuse interne; au centre des artères caverneuse, bulbaire et bulbo-urétrale et dorsale du clitoris venues de la honteuse interne.

-Les veines: elles ont des territoires analogues.

-Les lymphatiques: ils vont aux ganglions inguinaux superficiels (groupe supéro-interne). Seuls les lymphatiques du gland clitoridien vont aux ganglions inguinaux profonds et retro-cruraux.

-Les nerfs: ils proviennent en avant des filets génitaux des abdomino-génitaux et du génito-crural, en arrière du nerf périnéal et du rameau périnéal externe venus du nerf honteux interne .

-les corps érectiles: ils reçoivent leurs filets vasomoteurs du sympathique.

2.5.2 Rappels physiologiques

Bien que beaucoup de choses aient été dites ou écrites sur leur compte, les mécanismes qui conduisent la femme au plaisir sexuel sont encore peu connus.

Les travaux de William Masters et Virginia Johnson, ainsi que beaucoup d'autres, affirment avoir établi que tout orgasme chez la femme trouve son origine dans le clitoris, bien qu'elle puisse le ressentir d'une autre manière.

Le rapport Hite (31) précise: " La région clitoridienne et vaginale (un réseau de nerfs, de veines et d'artères) constitue la plus grande partie érectile du corps féminin. Ces structures sous jacentes ont aussi un homologue d'une taille sensiblement égale, le pénis de l'homme. Elle devient engorgée de la même manière que le pénis le devient. Quand il est pleinement gonflé, le système clitoridien, dans son ensemble, devient brusquement trente fois plus large que le gland et le corps externe clitoridien qui est communément désigné sous l'appellation de clitoris.

Les organes sexuels de la femme, bien qu'internes et pas aussi facilement visibles que ceux de l'homme , se dilatent durant l'excitation...En fait, la seule réelle différence entre l'érection des hommes et celle des femmes consiste en ce que celle des hommes s'effectue à l'extérieur de leur corps, alors que celle des femmes se fait à l'intérieur...

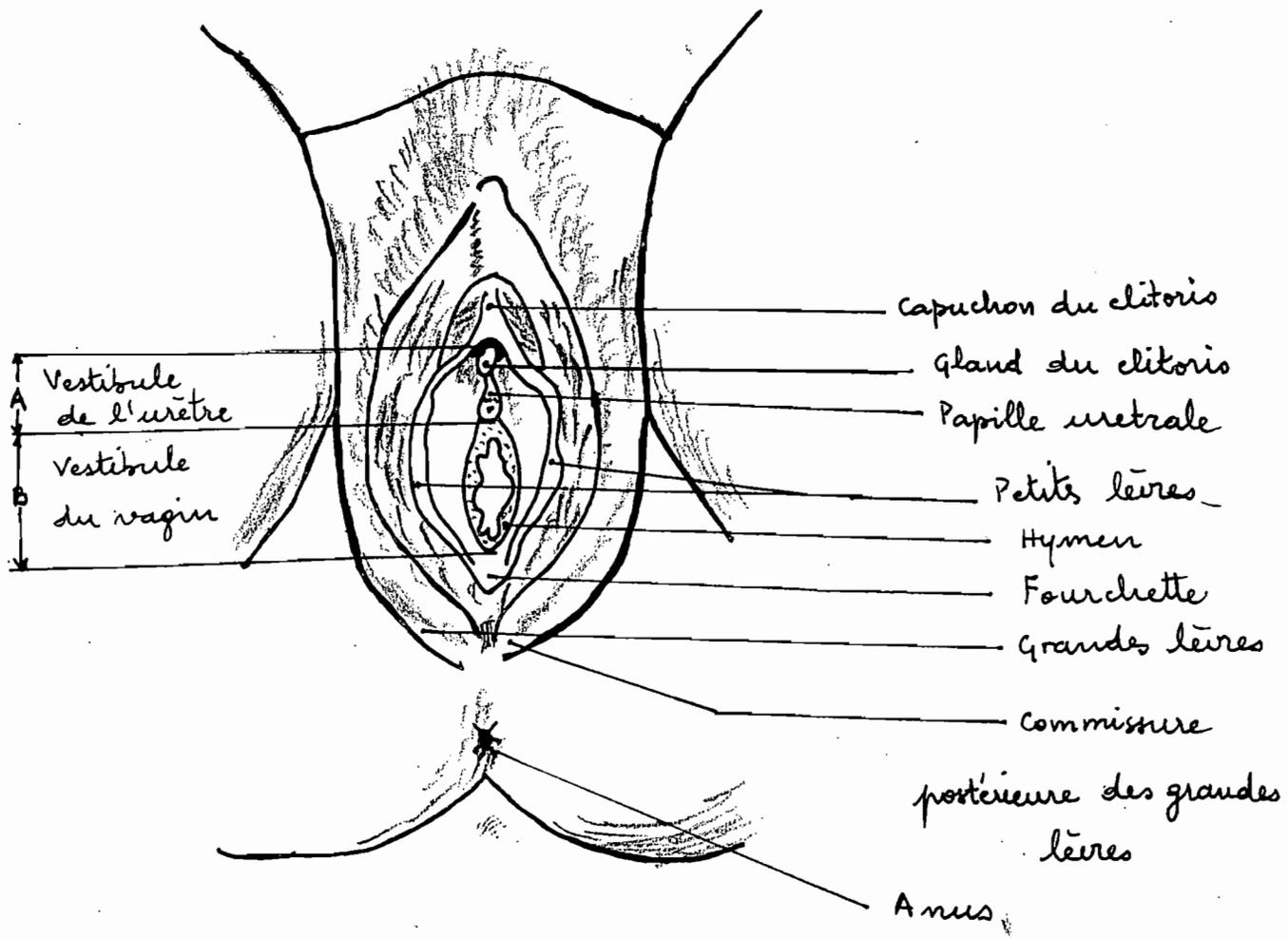


Schéma de la vue d'ensemble des organes
 génitaux externes féminins après
 écartement des grandes lèvres.

Les stimulations clitoridiennes évoquent l'orgasme féminin qui se localise au plus profond du corps autour du vagin et d'autres structures, de même que les stimulations de l'extrémité du pénis évoquent l'orgasme masculin qui se localise dans la partie basse du corps de l'homme" (31 p.5)

*Concernant les conséquences de l'excision, certains affirment que plus tôt elle est réalisée, plus grand est le dommage, car la masturbation infantile et adolescente révèlent à l'organisme et à la conscience le mécanisme normal de la réaction sexuelle. Ils précisent qu'aucune technique chirurgicale ne peut réparer une clitoridectomie pour restaurer la sensibilité érogène de l'appareil amputé.

*Pour les physiologistes, l'exécution de l'acte sexuel sous l'égide du cerveau reste de mécanisme incertain. Ils pensent que la congestion vaginale, la transsudation séreuse, la distension du fond du vagin avec redressement de l'utérus et turgescence des bulbes, homologue de l'érection, sont sous la commande de la voie parasympathique sacrée.

L'orgasme féminin s'accompagne de contractions périnéales qui précèdent l'éjaculation et de contractions utérines qui en principe la suivent. Les secondes en général faiblement perçues, dominent chez quelques unes, ce qui rendrait compte de certaines anorgasmies après hystérectomie. Les points de départ de l'arc réflexe sont innombrables (peau, muqueuses, images psychiques), mais la stimulation clitoridienne est électivement efficace, au contraire du contact vaginal très inconstamment érogène: la fonction de reproduction et de plaisir érogène sont remarquablement indépendantes dans le sexe féminin. L'efficacité des stimulations est fortement modulée par les représentations psychiques qui leurs sont associées et la qualité des relations qui unissent les partenaires sexuels. Ces auteurs précisent également que chez l'excisée, l'orgasme féminin ne se produit qu'après une excitation sexuelle prolongée. (30)

*En fait, nous n'avons pas réussi à trouver de travaux abordant la physiologie du plaisir sexuel chez la femme excisée. L'orgasme existant indiscutablement chez elles, tout laisse à penser que l'organisme privé de clitoris développe de nouveaux chemins pour assurer le plaisir.

Il est possible, comme cela a été dit précédemment, que l'obtention de l'orgasme soit alors plus exigeant dans la conduite de l'acte sexuel.

2.5.3 Les conséquences et les complications

Comme tout acte sanglant, l'excision est la porte à des complications qui peuvent survenir:

- .de façon immédiate,
- .de façon différée
- .ou à long terme.

a) Immédiates:

*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. Ainsi ses conséquences peuvent aller de l'état de choc et même de la mort à la simple anémie.

*Le choc: Il peut être secondaire à la douleur intense provoquée par l'excision ou à une hémorragie trop abondante.

*La blessure urétrale: Du fait du voisinage du méat urétral, une blessure involontaire de l'urètre peut survenir lors de l'excision lorsque, sous la douleur, l'enfant se débat (l'opération se faisant sans anesthésie). Cette blessure peut entraîner alors une incontinence urinaire chez l'excisée.

b) A court terme (dans les 10 premiers jours):

*L'hémorragie: Une mauvaise hémostase ou la survenue de blessures ultérieures peuvent être à l'origine de saignements continus et répétitifs qui, à la longue, provoquent une anémie gravissime pouvant aller jusqu'au décès.

*L'infection: Le matériel utilisé pour la pratique ainsi que les traitements traditionnels peuvent être sources de souillure. L'infection induite peut remonter dans la filière génitale entraînant une infection pelvienne ou encore être la cause de tétanos ou même de septicémie mortelle.

*Le tétanos: Il est également secondaire à ces différentes pratiques

*La rétention aigue 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 résoud d'elle même.
- . soit à cause de l'atrésie vulvaire qui a oblitéré le méat urinaire. Une intervention chirurgicale s'avère alors nécessaire.

c) A moyen terme (dans les mois ou années qui suivent)

*Les cicatrices cutanées vulvaires: La survenue de cicatrices telles que les chéloïdes, kystes dermoïdes et brides au niveau de la région excisée est assez fréquente.

*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, lorsqu'apparaissent les premières règles se pose le problème d'hématocolpos. Ne trouvant pas d'issue pour s'écouler, le sang menstruel se coagule et forme dans la cavité vaginale 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'ouverture de l'orifice vaginal.

*Conséquences 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 être source d'infection ascendante.
Nous n'avons retrouvé aucune étude scientifique prouvant que l'excision constituait un tel facteur de risque.

*L'infection pelvienne chronique: Là encore il est classique de dire qu'une plaie d'excision infectée 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.

d) A long terme:

*Séquelles anatomiques:

L'excision peut être à l'origine de cicatrices vulvaires, de kystes liquidiens, sébacés ou dermoïdes.
(35).

*Conséquences obstétricales:

D'après Maïga L. (29), 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%)
- . fistules vésico-vaginales (11%)
- . hémorragies des tissus (32%)

*Séquelles psychologiques

Peu de recherches ont été faites sur les aspects psychologiques des mutilations sexuelles féminines.

Les seules observations dont nous avons eu connaissance ont été rapportées par le Dr.T.A Baasher (9) qui relate plusieurs cas rencontrés au Soudan:

-Le premier cas est celui d'une fillette de 7 ans qui présentait des profondes manifestations d'anxiété nocturnes indiscutablement liées à la peur de l'excision.

-Le deuxième concerne une femme mariée de 32 ans. Elle présentait les symptômes d'une dépression réactionnelle, qu'il a lié aux conséquences physiques d'une plaie secondaire à son excision.

-Le troisième cas se rapporte à une femme de 30 ans. Elle a présenté un état d'excitation psychotique qui pouvait être attribué à la présence d'une tumeur kystique de la taille d'une balle de tennis située sous la cicatrice de circoncision et recouvrant l'orifice vaginal.

Quant à Awa Thiam, elle laisse entendre (38 p.81 à 84) que l'excision est à l'origine de traces indélébiles chez les femmes, qui gardent de cet événement l'image de souffrances, de cruauté, d'épuisement, etc..

Son témoignage s'appuie sur des faits réels, mais peut être contesté par de nombreuses affirmations contraires qui montrent que l'excision est aussi vécue comme un acte de joie qui était attendu, même s'il est redouté, car c'est lui qui fera de l'enfant une femme et qui lui donnera son identité d'adulte.

Le Dr.T.A.Baasher précise (9):

"Il est bien évident que le simple fait d'une action chirurgicale dans la zone extrêmement sensible des organes génitaux constitue une menace sérieuse pour l'enfant, et que la douloureuse opération est une source de traumatisme majeur aussi bien physique que psychologique."

*Conséquences sur la sexualité:

Pour certains auteurs européens, il est admis comme indiscutable que l'excision diminue le plaisir sexuel et rend même les femmes frigides.

Une étude faite au Soudan par A. Bu-El-Futuh auprès de 4 024 femmes sur leur aptitude à l'orgasme a donné les résultats suivants qui pourraient confirmer cette idée (31) :

	Nombre de femmes	Jamais d'orgasme	< 50%	50-74%	75% et +
Circoncision Pharaonique	3 013	2 520 (83,6%)	162 (5,4%)	180 (5,9%)	151 (5%)
Circoncision Sunnite	807	98 (12,1%)	139 (17,2%)	300 (37,2%)	270 (33,5%)
Femmes non circoncises	204	14 (6,9%)	29 (14,2%)	61 (29,9%)	100 (49%)

Les résultats de cette étude sont suffisamment éloquentes en eux mêmes.

Cependant, ils ne donnent aucune information sur les conséquences de l'excision type II qui est pratiquée au Mali.

Les sages femmes interrogées par Maïga L. ont estimé que l'excision était responsable des conséquences suivantes :

- .diminution de la sensibilité (42% des opinions)
- .frigidité (68%)
- .dyspareunies (5%)

Il serait utile que des études complémentaires soient réalisées au Mali pour donner des informations plus fiables sur les conséquences sexuelles de l'excision.

*Séquelles physiologiques:

-La dyspareunie:

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

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

-Les troubles des règles:

Nous avons vu précédemment que la survenue d'un hématoocolpos peut être à l'origine d'importantes difficultés à 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.

*Conséquences médico-légales:

Deux procès intentés à des parents ayant fait exciser leur enfant ont fait la chronique des journaux français.

Le premier concerne le décès d'une petite malienne de 3 mois survenu dans la région parisienne des suites d'une excision pratiquée en 1982. Il a débouché sur l'inculpation de son père pour non assistance à personne en danger.

Au cours de ce procès, un autre cas d'excision a été révélé, mais celui ci n'a pas entraîné la mort de l'enfant.

Le deuxième concerne une femme malienne de 26 ans qui a été condamnée en 1989 pour avoir fait exciser sa fille en 1984, sans qu'il y ait eu non plus de décès consécutif.

Ces procès ont posé des problèmes juridiques, car d'une part il n'existait pas de jurisprudence puisqu'aucun cas d'excision n'avait été jugé jusqu'alors en France, d'autre part les avis divergeaient quant aux articles du code pénal à prendre en considération dans de tels cas.

L'article le plus fréquemment évoqué est l'article 312 du code pénal français, qui s'applique à "quiconque aura volontairement porté des coups à un enfant agé de moins de 15 ans ou 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 précise "qu'aucune mutilation ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et sauf urgence ou impossibilité qu'après information des intéressés et avec leur consentement. Les prélèvements d'organe ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévus par 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" (ce qui est le cas de l'excision).

Nous avons vu précédemment que les mutilations sexuelles étaient interdites au Soudan, en Suède et en Suisse.

Il semble qu'actuellement aucun article du code pénal malien ne pourrait être applicable en cas d'affaire d'excision.

*L'excision et la transmission du Sida:

Il suffit d'assister à une série d'excisions pratiquées en milieu traditionnel pour 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.

2.6 Les efforts entrepris contre l'excision

*La première tentative d'interdiction de l'infibulation a été attribuée au roi d'Ethiopie Zar'a Yakob (1434-1468): il aurait affirmé qu'elle était contraire aux textes canoniques et fait condamner pour homicide les partenaires masculins en cas de décès au cours de l'ouverture de la vulve (19).

Peney (1859) précise que l'infibulation a été "combattue sans succès par les autorités égyptiennes du Soudan et en Erythrée où des matrones furent même pendues".

D'après Gruenbaum, les britanniques ont fait une nouvelle tentative infructueuse au Soudan à l'occasion de l'inauguration de la première école de sage-femmes à Khartoum en 1920.

Des campagnes analogues contre l'excision se sont déroulées à la même époque au Nigéria et au Kenya sous l'impulsion des missions anglaises.

Au Kenya, une action intensive contre l'excision a été conduite par les missions anglicanes à partir de 1929-1930. En 1930, l'évêque de Monbassa a condamné l'excision, ce qui a provoqué toute une série de grèves scolaires dans les écoles des missions.

*En 1931, au cours d'une conférence sur la situation des enfants africains organisée sous les auspices de la Société pour la Sauvegarde de l'Enfance, des délégués européennes demandèrent une action auprès de leurs gouvernements afin d'abolir ces pratiques qualifiées de barbares et payennes. La décision qui fut prise en réponse à cette requête mit l'accent sur l'éducation des masses.

*En 1939, dans un journal soudanais "An-nil", le Dr. As Sayyid Abd Al Hadi rejette l'infibulation, mais considère l'ablation du clitoris comme souhaitable. (19 p.84)

*En 1946, une loi soudannaise prévoyait des peines allant jusqu'à 7 ans de prison en cas d'infibulation. (19 p.84)

*En 1953, on rapporte qu'au Kenya des tentatives d'interdiction de la circoncision féminine ont abouti au résultat inverse de celui qui était souhaité (19 p.85)

*En 1955, une exciseuse bagishu d'Ouganda est condamnée pour homicide involontaire après le décès post excision d'une fillette. (19 p.85)

*En 1958, le Parti Démocratique de Guinée lance une campagne de "démystification" de l'excision.

La même année, le Conseil Economique et Social des Nations Unies invite l'OMS à se pencher sur le problème des opérations rituelles chez les filles, en vue de leur suppression.

*En 1959:

-l'OMS estime "que les opérations rituelles en question résultent de conceptions sociales et culturelles dont l'étude n'est pas de sa compétence."

-une résolution du Ministère de la Santé Publique d'Egypte précise que l'excision doit être partielle et se dérouler exclusivement en milieu médical.(19 p.85)

*En 1962, publication par l'Egyptien Youssef el Masry d'un ouvrage: "le drame sexuel de la femme dans l'orient arabe".

*En 1976:

-l'Organisation Voltaïque des femmes mène une campagne contre l'excision.

-publication de l'ouvrage de la Française Benoitte Groult: "Ainsi soit-elle".

*En 1977:

-l'ONG humanitaire "Terre des Hommes" présente au cours d'une conférence de presse à Genève divers documents médicaux et témoignages directs de mutilations génitales féminines, afin d'attirer l'attention de l'opinion internationale.

-un groupe de travail sur la circoncision féminine a été créé par une vingtaine d'Organisations Non Gouvernementales, grâce au soutien de l'OMS.

*En 1978, la Sénégalaise Awa Thiam parle de l'excision en Afrique Occidentale Francophone dans son ouvrage: "la parole aux négresses".

*En 1979:

-ce groupe de travail débouche sur un colloque organisé par l'OMS à Khartoum, en présence de nombreuses délégations de pays africains et asiatiques (péninsule arabe).

-une conférence des nations unies se déroule à Lusaka.

*En 1980:

-l'UNESCO organise à Alexandrie une réunion sur le même sujet.

-publication de l'ouvrage de Pierre Leuliette: "le viol des viols".

*Pendant toute cette période, plusieurs journaux français (Le Monde, Temps modernes, F magazine, ...) publient des articles sur ce sujet.

*En 1981:

-en Angleterre, l'Antislavery Society et le Minority Rights Group conduisent une campagne contre l'excision.

-publication de l'ouvrage de Renée Saurel: "l'enterrée vive".

*En 1982:

-le Président Arap Moi du Kenya condamne publiquement l'excision dans son pays et l'interdit le 26 Juillet de la même année.

-le 5 Octobre 1982, comparait pour la première fois en France devant un tribunal correctionnel un malien accusé d'homicide involontaire sur la personne de sa fille âgée de 3 mois, morte d'une hémorragie profuse après une excision à domicile. (19 p.86).

La loi en vigueur ne mentionne pas expressément l'excision, mais la condamne au titre des violences exercées sur un enfant de moins de 15 ans (article 312 du code pénal).

-le IV ème congrès des enfants maltraités se penche sur les mutilations génitales féminines.

Le terme de "mutilations" y est rejeté par des participantes africaines qui, par ailleurs, dénoncent la connotation négative que porte l'occident sur ces pratiques en insistant sur le fait que toute réflexion les concernant devrait provenir des intéressées elles-mêmes et ne devrait pas être dissociée des problèmes de sous développement et d'oppression féminine dans les sociétés considérées.

-les mutilations sexuelles sont interdites en Suède

-publication de l'ouvrage de l'Égyptienne Nawal el Sadawi: "la face cachée d'Eve"

-publication de l'ouvrage de la Soudanaise Asma el Dareer: "Women, why do you weep? Circumcision and its consequences"

*En 1983:

-le Ministère Français des Droits de la Femme a lancé une grande campagne d'information destinée à sensibiliser à ces problèmes les 20 000 femmes africaines vivant dans ce pays.

-aux USA, le rapport "Hosken", du nom de la féministe qui l'a initié et rédigé, est publié. Il rassemble toute une série de documents relatifs aux mutilations génitales féminines à travers le monde.

-les mutilations sexuelles féminines sont interdites en Suisse.

-déclaration du chef de l'Etat Voltaïque contre l'excision.

-publication de l'ouvrage de Severine Auffret: "Des couteaux contre les femmes".

*En 1984:

-un Comité Interafricain est créé: le CIAF.

-en Angleterre, Lord Kennet, membre du Parlement, dépose à la chambre des Lords un projet de Loi interdisant ces pratiques sur le sol britannique.

-déclaration contre l'excision du chef de l'Etat Sénégalais.

-publication d'un ouvrage portant sur: "les mutilations du sexe des femmes aujourd'hui en France", faisant le point sur la pratique de l'excision dans les communautés de migrants africains.

*En 1985:

-publication de l'ouvrage de l'Égyptienne Wodad Zonje Ziegler: "la face voilée des femmes d'Égypte"

-publication de l'ouvrage de Renée Saurel: "Bouches cousues"

*En 1990:

-prise de position publique (et même télévisée avec retransmission dans toute l'Afrique) du Président Hissen Habré du Tchad contre l'excision.

-émission radiodiffusée sur l'excision au Mali.

3-RECITS D'EXCISIONS

3 RECITS D'EXCISIONS

3.1 Discussions avec des exciseuses

a) Nyamabougou:

Nyamabougou est un village Bamanan situé à une quinzaine de kilomètres au Nord de Kolokani.

Nous y avons rencontré une vieille exciseuse traditionnelle. Il s'agit d'une forgeronne qui était connue du service santé de cercle, car elle avait participé à des recyclages d'accoucheuses traditionnelles une dizaine d'années auparavant.

Elle est la seule exciseuse du village et se rend dans certaines localités alentour.

Actuellement elle dit exciser par séance de 3 à 10 enfants âgées de moins de 7 ans.

Elle reconnaît l'existence de certaines complications. Les complications immédiates sont les hémorragies "basi bon" dont la survenue dépend de l'excisée et de son "téré". Elle dispose de nombreuses connaissances "feere" pour empêcher leur survenue. Elle reconnaît que l'excision peut dans certains cas être à l'origine d'atrésie vulvaire "noroli" et poser des problèmes à l'accouchement et parfois même dès le mariage. Ces complications sont liées à la mauvaise qualité de la cicatrisation.

Elle se fait payer sous forme d'argent, de mil, de beurre de karité ou de poulet.

Elle nous a fait savoir qu'elle était une des rares femmes de la région à pouvoir exciser les albinos.

b) Koumi

L'exciseuse de Koumi est une vieille forgeronne qui ne pratique plus depuis longtemps, à cause de son âge. Elle a transmis son couteau à sa fille: "a ye muru di a denmuso ma"

Elle nous a dit n'avoir jamais procédé à l'excision d'un albinos, car cela aurait représenté pour elle un véritable suicide. Mais celles qui le font exigent de la famille de l'excisée une chèvre. Il en est de même pour l'excision d'un enfant aveugle.

Pour elle aussi, l'excision s'effectue avant l'âge de 7 ans. Il y a cependant encore quelques villages où on excise des enfants de 13-14 ans.

Cette évolution est due à l'islam, car si une enfant meurt avant d'avoir été excisée, son corps doit être considéré comme impur.

c) Autres informations:

*Le mari d'une forgeronne (K.C. de Kolokani) nous a dit que l'on n'excisait plus les grandes filles, car d'une part on avait "pitié", d'autre part "c'est une honte pour la famille quand une grande fille manifeste sa douleur au cours de l'excision."

*Les deux exciseuses que nous avons rencontrées à Kolokani (une forgeronne et une griote) nous ont toutes deux affirmé qu'elles n'utilisaient jamais de produits modernes et se cantonnaient dans l'emploi de techniques traditionnelles.

*Pendant l'excision, les pieds de l'enfant ne doivent jamais toucher l'exciseuse. Il s'agit d'un interdit qui nous a été signalé par K.C. de Kolokani.

*Après l'excision, personne ne doit toucher au clitoris "marakisé" qui a été coupé. Le clitoris est ramassé par une vieille de la famille qui le jette dans un trou de souris. On dit que si c'est une souris mâle qui mange ce morceau de chair, le premier enfant de la fille sera un garçon.

3.2 Village de Kanika

a) Circonstances de la visite:

Ayant été avisée 5 jours avant la date prévue, nous nous sommes rendue chez l'exciseuse le matin de très bonne heure et sommes parties ensemble pour le village de Kanika, qui se trouve dans le cercle de Banamba, à 120 Km de Kolokani.

Au passage, nous nous sommes arrêtées à Boron pour y prendre une autre forgeronne qui devait servir d'aide exciseuse.

Le village était censé être averti, mais en fait personne ne nous attendait et ce d'autant moins que le Jeudi est jour de marché à Boron qui n'est situé qu'à 6 Km de Kanika.

Arrivées dans le village, nous nous sommes immédiatement rendues dans la famille de l'Imam qui était lui même absent.

Nous avons donc informé son épouse de notre venue pour procéder à des excisions, conformément à la demande qui avait été formulée.

L'information se mit alors à courir dans le village, mais nous dûmes attendre le milieu de l'après midi pour voir apparaître les premières mamans et leurs petites filles.

Ceci était conforme aux habitudes, car l'excision ne se pratique qu'en début ou en fin de journée et jamais en pleine chaleur, afin d'éviter les trop grands saignements.

b) Le déroulement des excisions:

Dix fillettes furent excisées ce jour là.

Une fois arrivées devant la case où se reposait l'exciseuse, les mamans ou les grands mères attendaient, leur enfant dans les bras.

Les excisions eurent lieu dans les toilettes de la concession. Mais avant d'y pénétrer, l'exciseuse demanda pardon aux mamans présentes pour ce qui allait se passer: "nbolo b'ne ko aw yé".

Les petites filles entraient les unes après les autres, totalement nues. Elles étaient introduites par une vieille femme tandis que leur maman restait à l'extérieur.

L'aide exciseuse allongea la première qui se présenta par terre, sur le dos.

Les bras de l'enfant furent maintenus par les pieds de l'aide, tandis qu'elle écartait ses jambes de ses mains.

Avant de commencer la séance, l'exciseuse fit des incantations sur son couteau, dont certaines étaient destinées aux sorcières qui auraient envisagé de se manifester.

En débutant la première excision, elle croqua un morceau de cola, le mastiqua et le cracha sur la vulve de l'enfant.

Elle saisit ensuite le clitoris entre le pouce et l'index de sa main gauche et le sectionna d'un coup rapide de son couteau. Puis elle saisit les petites lèvres l'une après l'autre pour les trancher.

La première excisée fut alors assise dans une bassine d'eau pendant quelques minutes, tandis que K.C. procédait à une deuxième excision.

La deuxième petite fille prit la place de la première qui fut nettoyée avec de l'eau, avant d'être traitée par une application successive de poudre noire puis de bouse de vache mélangée à la même poudre noire.

L'exciseuse attacha le "limpé" apporté par la famille autour de la taille de l'enfant puis fit passer le linge entre ses jambes.

Six autres excisions furent faites en série, les enfants étant assises à même le sol après l'opération.

Elles furent ensuite introduites les unes après les autres dans la bassine où elles furent lavées et reçurent le même traitement traditionnel.

Une fois que tout le monde fut sorti des toilettes et que les mamans eurent retrouvé leur enfant, l'exciseuse s'approcha de chacune d'elle pour poser sa main sur le sommet de leur crâne et prononcer des incantations.

Elle fit alors savoir à haute voix que son travail avait été très bien fait, mais que si par la suite il arrivait un malheur ce serait l'oeuvre des sorcières.

Les mamans s'acquittèrent alors de leur dû.

Deux petites filles retardataires arrivèrent au moment de notre départ.

Nous repartîmes donc dans les toilettes pour procéder à la même opération.

Tous les enfants excisées à Kanika avaient entre deux et quatre ans.

De retour à Boron, l'exciseuse se rendit dans une famille où l'attendait une enfant d'environ 1 mois.

Elle l'excisa dans les toilettes, appliqua son traitement et s'en alla.

c) Aspects particuliers:

*L'exciseuse:

L'exciseuse que nous avons accompagnée est la belle fille d'une très vieille et très réputée exciseuse de Kolokani.

Cette forgeronne qui dit avoir excisé presque toutes les femmes de la ville et de nombreux villages du Bélé Dougou nous a expliqué qu'elle était trop vieille et "qu'elle avait donc transmis son couteau" à la femme de son fils.

Agée d'une trentaine d'années, K.C. est également forgeronne et exerce depuis quatre ans. Sa réputation semble être déjà bien établie puisque nous avons pu constater qu'elle est appelée de très loin.

Elle considère qu'elle travaille selon la tradition. C'est pourquoi elle refuse d'employer toute technique nouvelle: il n'est pas question pour elle d'utiliser un autre type de lame, ni de faire appel à des médicaments modernes.

*Le paiement:

Comme paiement de son travail, K.C. demande:

- .une somme de 600 F par enfant,
- .quatre "mouré" de mil,
- .un morceau de savon traditionnel,
- .unealebasse,
- .une "galama" (sorte de cuiller enalebasse)

Elle précise cependant que certaines circonstances exigent des mesures particulières:

.une réintervention pour une excision non complète (le clitoris n'a pas été enlevé en totalité) exige une somme de 1 000 F plus un pagne,

.l'excision d'un enfant paralytique nécessite qu'il arrive sur le lieu de l'excision à dos d'âne ou à défaut de chèvre. L'animal sera offert à l'exciseuse accompagné de 1000 F.

.l'excision d'un albinos ou d'une "gonbellé" (enfant "rouge") nécessite une chèvre, un poulet et 1000 F. Mais il s'agit d'un acte dangereux que ne peut pas effectuer n'importe quelle "bolokolila".

Après avoir servi, le couteau doit être planté dans le tronc d'un "toro" ou à défaut d'un karité et ne doit plus servir aux autres excisions. Ce geste provoque la tombée des feuilles de l'arbre, ce qui manifeste la puissance de l'exciseuse.

.l'excision d'un enfant aveugle nécessite qu'il soit conduit par une chèvre et que celle ci assiste à l'excision. La chèvre est ensuite donnée à l'exciseuse, en plus de 1000 F.

.les enfants excisées qui ont un "téré" particulier sont l'objet de tarifs spéciaux.

*Le jour de l'excision:

Chez les sarakolés, l'excision peut avoir lieu chaque jour. Cependant les jeudi et les vendredi sont les jours les plus indiqués.

Par contre, chez les bambara, l'excision doit se faire obligatoirement le jeudi et éventuellement le vendredi. La période la plus favorable est la période d'obscurité de la lune.

*Aspects médicaux:

Pour l'exciseuse, un jet de sang après la section du clitoris montre que l'excision a été bien faite: cela prouve que "l'os du clitoris" a été enlevé; il n'y donc pas de risque de "repousse".

Elle considère que la poudre noire qu'elle applique a une action coagulante, tandis que la bouse de vache a un effet cicatrisant.

3.3 Village de Tiembougou

a) Circonstances:

De retour de notre voyage à Kanika, K.C. nous a proposé de l'accompagner le Jeudi suivant dans le village de Tiembougou, situé à une dizaine de kilomètres de Kolokani.

Etant arrivée après son départ, nous la rejoignîmes dans le village indiqué. Elle se trouvait dans la famille d'un thérapeute traditionnel, réputé pour son "kolonkalani" (pilon magique qui sert à retrouver les voleurs).

Des vieilles femmes nous conduisirent peu après à quelques 800 mètres en dehors du village, au milieu d'un fourré touffu. Elles transportaient avec elles unealebasse d'eau et deux petits pagnes de coton teints à l'indigo.

Au beau milieu du bosquet, l'une des vieilles aménagea un petit espace d'environ 1 mètre de rayon en y enlevant tout ce qui pouvait trainer à terre.

Une autre vieille femme qui nous suivait s'était arrêtée à 100 mètres de là.

Lorsque l'exciseuse fut prête, elle appela le premier enfant. Il s'agissait d'une grande fille de 13 ans environ, que marquait une poitrine bien développée.

La vieille qui l'accompagnait retira la couverture qui l'enveloppait et toute nue, elle alla s'asseoir, jambes écartées, au milieu de l'espace préalablement préparé.

L'exciseuse se pencha sur elle et lui demanda de s'allonger. Deux assistantes s'assirent à ses côtés pour maintenir ses cuisses.

Les vieilles du village lui demandèrent de fermer les yeux et de montrer son courage.

L'exciseuse cracha sur le bas ventre des morceaux de cola en prononçant des incantations, puis réalisa l'excision selon la même technique qu'à Kanika.

Les vieilles invitèrent la grande fille à se lever et à s'asseoir de côté, jambes allongées et serrées l'une contre l'autre. Un petit trou avait été creusé dans le sol pour y recevoir le sang de la blessure.

A aucun moment l'excisée ne manifesta le moindre signe de souffrance. Les vieilles lui firent savoir combien elles étaient fières de son courage.

L'exciseuse appela alors le deuxième enfant. Il s'agissait d'une petite fille de 6 à 7 ans.

Elle vint s'asseoir au même emplacement que la précédente et subit son excision de la même manière.

Cependant, elle se mit à pleurer au moment de la section, puis s'efforça très vite de sécher ses larmes.

Elle alla s'asseoir également dans un coin de l'espace aménagé. L'exciseuse appella alors la grande fille et lava sa plaie en utilisant l'eau de laalebasse.

Le sang qui s'était plus ou moins arrêté se remit à couler.

L'exciseuse déposa de la poudre noire sur la plaie, puis du beurre de karité.

Les vieilles ayant oublié d'amener la bouse de vache, elle leur dit qu'elle la rajouterait de retour au village.

On lui attacha alors le limpé de l'enfant, avant de l'entourer d'un pagne.

L'exciseuse procéda de la même manière avec la petite fille.

Une fois l'excision terminée, tout le monde repartit vers le village en empruntant le même chemin qu'à l'aller.

De retour au village, les familles des excisées firent apporter des plats à l'exciseuse, puis vinrent lui régler ce qu'elles lui devaient: une somme de 1 000 F et un morceau de savon pour chaque enfant.

Avant de partir, elle affirma de nouveau que tout s'était bien passé et que s'il y avait des problèmes dans les jours à venir, il faudrait s'en prendre aux sorcières.

4-RESULTATS DES ENQUETES

4 RESULTATS DES ENQUETES

4.1 L'enquête comparative entre femmes excisées et non excisées

4.1.1 Présentation des femmes enquêtées

4.1.1.1 Répartition selon l'âge

Les femmes enquêtées se répartissaient selon les classes d'âge suivantes:

	N	%	% cumulé
< 20	102	22,2	22,2
20-24	122	26,5	48,7
25-29	112	24,3	73
30-34	69	15	88
35-39	46	10	98
40 et +	9	2	100
Total	460	100	

Tableau 1: Répartition des femmes enquêtées selon leur classe d'âge.

4.1.1.2 Répartition selon la parité

Leur répartition selon la parité se présentait ainsi:

Nombre d'accouchements	Nombre de femmes	%	% cumulés
1	101	36,3	36,3
2	39	14	50,3
3	27	9,7	60
4	24	8,6	68,6
5	28	10,1	78,7
6	22	7,9	86,6
7	16	5,8	92,4
8	12	4,3	96,7
9	2	0,7	97,4
10	6	2,2	99,6
11	1	0,4	100
Total	278	100	

Tableau 2: Répartition des femmes enquêtées selon leur parité.

4.1.1.3 Répartition selon l'ethnie

Elles appartenaient aux ethnies suivantes:

ETHNIES	N	%
Bambara	128	27,9
Peulh	52	11,4
Malinké	39	8,5
Sarakolé	39	8,5
Sénoufo	17	3,7
Dogon	17	3,7
Bobo	34	7,4
Songhaï	92	20,1
Autres	40	8,7
Total	458	

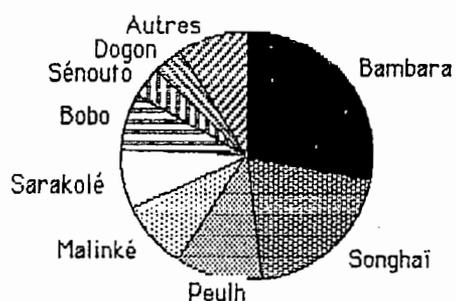


Tableau 3 et graphique 1: Répartition des femmes enquêtées selon leur appartenance ethnique.

4.1.1.4 Répartition selon la profession

Elles se répartissaient selon 11 catégories professionnelles:

PROFESSION	N	%
Ménagères	424	90,8
Vendeuses	14	3
Secrétaires	6	1,3
Enseignantes	5	1,1
Etudiantes	5	1,1
Sages femmes	3	0,6
Couturières	2	0,4
Aide soignante	2	0,4
Ajointe administ.	1	0,2
Teinturières	1	0,2
Commerçantes	1	0,2
Autres	13	2,8
Total	467	100

Tableau 4: Répartition des femmes enquêtées selon leur profession.

4.1.1.5 Répartition selon le degré d'alphabétisation

Leur degré de scolarisation se répartissait ainsi:

DEGRE	N	%
Non alphabétisées	328	71,1
Ecole premier cycle	97	21
Ecole second cycle	33	7,2
Enseignement supérieur	3	0,7
Total	461	

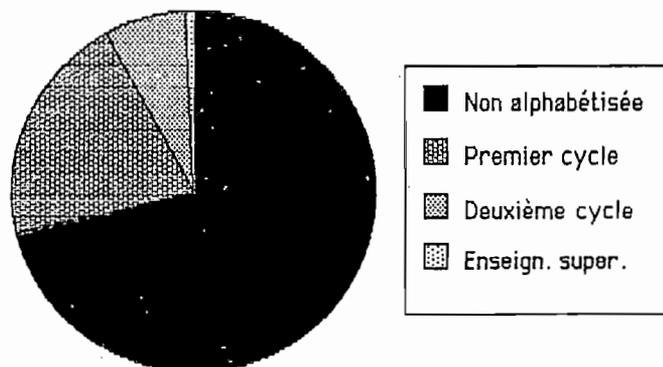


Tableau 5 et graphique 2: Répartition des femmes enquêtées selon leur degré de scolarisation.

4.1.1.6 Répartition selon le lieu d'origine

Les femmes interrogées étaient originaires des différentes régions du Mali, selon la répartition de fréquence suivante:

REGION	N	%
Ségou	70	16,9
Gao	65	15,7
Bamako	61	14,7
Koulikoro	53	12,8
Sikasso	45	10,8
Kayes	43	10,4
Mopti	35	8,4
Tombouctou	25	6
Etranger	18	4,3
Total	415	100

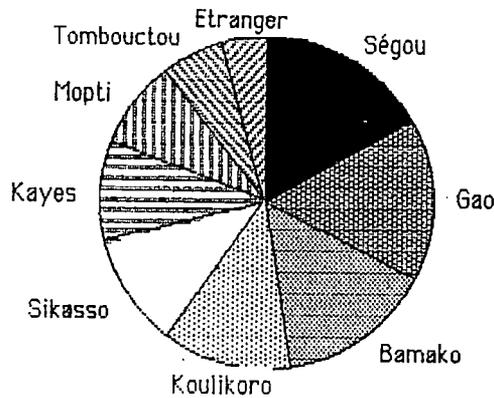


Tableau 6 et graphique 3: Répartition des femmes enquêtées selon leur région d'origine.

4.1.1.7 Répartition selon le lieu de résidence

426 femmes , soit 92,2 % vivaient en milieu urbain, tandis que 36 soit 7,8 % vivaient en milieu rural.

	N	%
milieu urbain	426	92,2
milieu rural	36	7,8
Total	462	

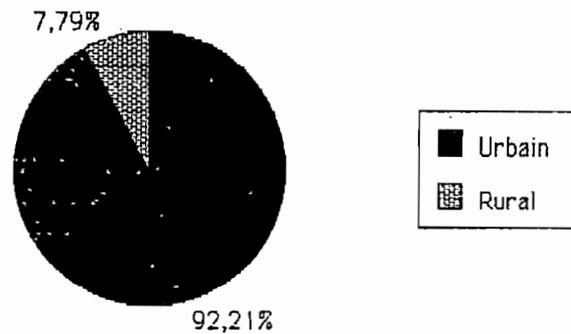


Tableau 7 et graphique 4: Répartition des femmes enquêtées selon leur lieu de résidence.

4.1.1.8 Répartition selon l'état civil

Le statut social des femmes interrogées se répartissait selon le tableau suivant:

STATUT SOCIAL	N	%
mariée	398	86,9
célibataire	56	12,2
veuve	2	0,4
divorcée	2	0,4
Total	458	100

Tableau 8: Répartition des femmes enquêtées selon leur état civil.

4.1.2 Etude de la répartition des excisions

4.1.2.1 Selon l'âge et selon l'ethnie

	< 25 ans			25 et +		
	E	NE	%	E	NE	%
Bambara	70	3	95,9	54	0	100
Sarakolé	17	1	94,4	21	0	100
Malinké	14	1	93,3	23	0	100
Peulh	25	5	83,3	20	2	90,9
Dogon	3	3	50	9	2	81,8
Sénoufo	7	0	100	7	3	70
Bobo	5	8	38,5	2	19	9,5
Songhaï	4	38	9,5	4	44	8,3
Autres	9	11	45	8	11	42,1
Total	154	70	68,8	148	81	64,6

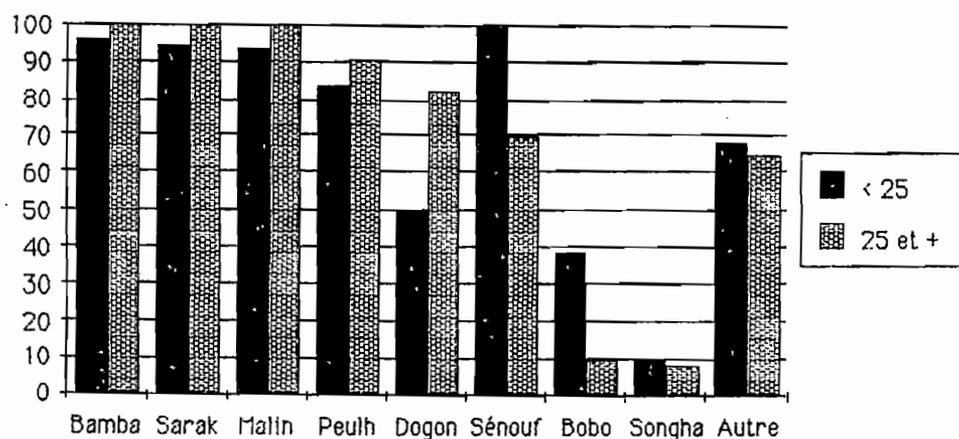


Tableau 9 et graphique 5: Répartition des excisions selon l'âge et selon l'ethnie.

On peut constater à la lecture de ces chiffres et de ce graphique que les générations les plus jeunes sont les moins excisées.

Seule l'ethnie bobo montre une tendance inverse, qui ne doit pas être prise en considération compte tenu de la rareté des excisions dans ce groupe social.

Cependant, l'insuffisance des effectifs ne permet pas de conclure.

4.1.2.2 Selon la scolarisation et l'ethnie

	SCOLARISEES				NON SCOLARISEES			
	< 25		25 et +		< 25		25 et +	
	E	NE	E	NE	E	NE	E	NE
Bambara	17	0	15	0	53	3	38	0
Songhaï	3	13	2	10	1	24	2	34
Peulh	5	1	6	0	19	4	14	2
Malinké	5	1	8	0	9	0	15	0
Sarakolé	6	0	4	0	11	1	17	0
Dogon	2	2	2	0	1	1	7	2
Sénoufo	0	0	3	1	7	0	4	2
Bobo	2	4	1	4	3	4	1	15
Autres	5	4	1	3	4	7	7	8
Total	45	25	42	18	108	44	105	63

Tableau 10: Répartition des excisions selon l'âge, la scolarisation et l'ethnie.

La lecture de ce tableau ne permet pas de discerner la moindre évolution de la pratique de l'excision en fonction de l'âge et de la scolarisation.

4.1.3 Etude des caractéristiques des excisions

*Les excisions constatées présentaient la répartition suivante entre les trois types que nous avons préalablement définis:

	N	%
Type 1	191	54,3
Type 2	137	38,9
Type 3	24	6,8
Total	352	100

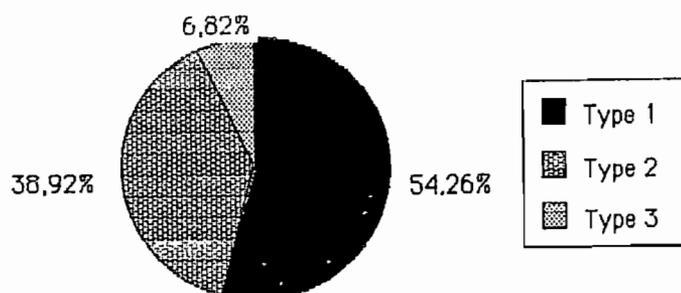


Tableau 11 et graphique 6: Répartition des excisions selon leur type.

Contrairement à une idée généralement admise, l'excision de type 3, c'est à dire accompagnée d'une infibulation est bien pratiquée au Mali: elle concerne près de 7% des femmes de notre échantillon.

*Leur répartition selon l'âge s'est effectuée ainsi:

	Type 1		Type 2		Type 3		Total
< 20 ans	33	(45,8)	35	(48,6)	4	(5,6)	72
20-24 ans	48	(59,3)	29	(35,8)	4	(4,9)	81
25-29 ans	38	(54,3)	27	(38,6)	5	(7,1)	70
30-34 ans	26	(60,5)	13	(30,2)	4	(9,3)	43
35-39 ans	12	(42,9)	14	(50)	2	(7,1)	28
40 ans et +	3	(42,9)	2	(28,6)	2	(28,6)	7
Total	160	(53,2)	120	(39,9)	21	(7)	301

Tableau 12: Répartition des excisions selon leur type et les classes d'âge.

Il n'existe pas de liaison statistique entre ces deux variables.

Apparemment, rien ne laisse penser qu'il y ait eu une évolution de cette pratique concernant le type d'excision avant le milieu de la décennie 70.

*Leur répartition selon les ethnies s'est effectuée de la façon suivante:

	Type 1		Type 2		Type 3		Total
	N	%	N	%	N	%	N
bambara	62	49,6	54	43,2	9	7,2	125
peulh	22	50	18	40,9	4	9,1	44
malinké	24	64,9	13	35,1	0	0	37
sarakolé	18	47,4	16	42,1	4	10,5	38
sénoufo	8	57,1	5	35,7	1	7,1	14
dogon	6	50	5	41,7	1	8,3	12
songhai	6	75	2	25	0	0	8
bobo	5	71,4	2	28,6	0	0	7
autres	9	52,9	6	35,3	2	11,8	17
Total	160	53	121	40,1	21	7	302

Tableau 13: Répartition des excisions selon leur type et selon l'ethnie.

On peut constater l'importance relative du type 3 chez les sarakolés et les peulhs.

Cependant, l'absence de différence significative ne nous permet pas de retenir une telle observation.

Il est à noter par ailleurs que cinq ethnies pratiquent l'infibulation: les sarakolés, les peulhs, les bambaras, les dogons et les sénoufos.

4.1.4 Etude des complications
4.1.4.1 Les complications tardives
4.1.4.1.1 Les troubles chroniques

Les troubles chroniques que nous avons recherchés ont été regroupés en 3 catégories:

- .des cicatrices au niveau de la vulve,
- .des douleurs
- .des troubles urinaires

a) Les cicatrices:

*Fréquence:

Sur les 305 femmes excisées qui ont été examinées, 92, soit 30,2 % étaient porteuses de cicatrices.

*Description:

Les cicatrices constatées ont pu être classées selon 3 manifestations:

	N	%
Brides	58	(63 %)
Kystes dermoïdes	10	(10,9 %)
Chéloïdes	9	(9,8 %)
Autres	6	(6,5%)
Non déterminé	9	(9,8%)
Total	92	

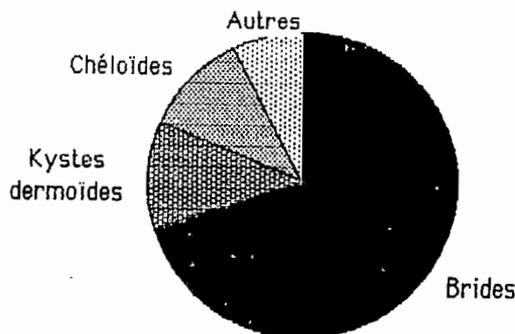


Tableau 14 et graphique 7: Différents types de cicatrices.

*Relations entre les types d'excision et la survenue de cicatrices:

	Présence d'une cicatrice		
	oui	non	total
Type 1	40 (25 %)	120 (75 %)	160
Type 2	35 (28,9 %)	86 (71,1 %)	121
Type 3	17 (81 %)	4 (19 %)	21
Total	92 (30,5 %)	210 (69,5 %)	302

Tableau 15: Relations entre type d'excision et survenue de cicatrices.

Il existe une liaison statistique entre les deux variables ($p < 0,00001$)

On peut donc affirmer que le type 3 provoque davantage de cicatrices que les 2 autres.

*Relations entre le type d'excision et la nature des cicatrices:

	Nature de cicatrices				Total
	Kystes dermoïdes	Chéloïdes	Brides	Autres	
Type 1	7 (17,1)	4 (9,8)	25 (61)	5 (12,2)	41
Type 2	6 (15,8)	3 (7,9)	28 (73,7)	1 (2,6)	38
Type 3	1 (5,6)	3 (16,7)	14 (77,8)	0 (0)	18
Total	14 (14,4)	10 (10,3)	67 (69,1)	6 (6,2)	97

Tableau 16: Relations entre type d'excision et nature des cicatrices.

L'analyse statistique ne permet pas d'établir de lien entre le type d'excision et la nature des cicatrices.

b) Les douleurs:

*Relations entre douleurs et excision:

Parmi 460 femmes interrogées, 49 se plaignaient de douleurs génitales, qui se présentaient de la façon suivante:

Types de Douleurs	Excisées	Non excisées	Total
Spontanées	19 (6,2)	1 (0,6)	20 (4,3)
Dyspareunies	25 (8,2)	4 (2,6)	29 (6,3)
Pas de douleurs	262 (85,6)	149 (96,8)	411 (89,4)
Total	306	154	460

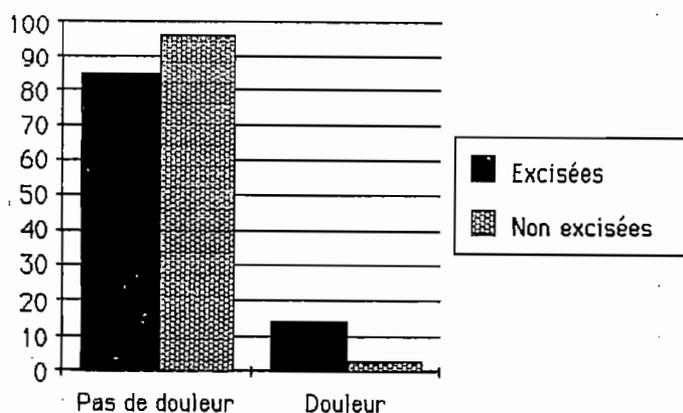


Tableau 17 et graphique 8: Relations entre douleurs et excision.

Il existe une liaison statistique entre les deux variables ($p < 0,002$).

Ainsi peut on conclure qu'il y a davantage de douleurs spontanées et de dyspareunies chez les femmes excisées par rapport à celles qui ne le sont pas.

*Relations entre douleurs et type d'excision:

	Type 1	Type 2	Type 3	Total
Spontanées	11 (6,8%)	6 (5%)	1 (4,8%)	18
Dyspareunies	7 (4,3%)	12 (9,9%)	5 (23,8%)	24
Pas de douleurs	143 (88,8%)	103 (85,1%)	15 (71,4%)	261
Total	161	121	21	303

Tableau 18: Relations entre douleurs et type d'excision.

Il existe une liaison statistique entre les deux variables
($p < 0,03$)

On peut donc affirmer que le type 3 provoque bien plus de dyspareunies que les deux autres types.

c) Les troubles urinaires:

Parmi les 460 femmes interrogées, 39 se plaignaient de troubles urinaires à type de dysurie ou d'infection urinaire. Leurs relations avec l'excision se présentaient ainsi:

	Excision		total
	oui	non	
Troubles urinaires	34 (11,2)	5 (3,3)	39 (8,5)
Pas de troubles urinaires	272 (88,8)	149 (96,7)	421 (91,5)
Total	306	154	460

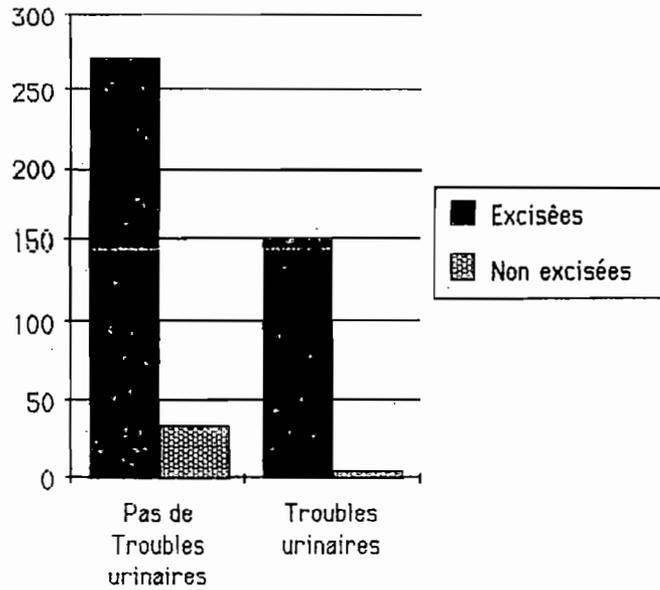


Tableau 19 et graphique 9: Relations entre troubles urinaires et excision.

Il existe une liaison statistique entre les deux variables ($p < 0,01$).

La lecture de ce tableau permet de dire que l'excision peut constituer un facteur favorisant la survenue de troubles urinaires.

e) Les infections génitales:

Sur 459 femmes interrogées, 124, soit 27 %, disent avoir présenté des signes d'infection génitale pendant leur grossesse. Elle se sont réparties de la façon suivante:

Excision		
	Oui	Non
Infection	93 (30,6%)	31 (20%)
Pas d'infection	211 (69,4%)	124 (80%)
Total	304	155

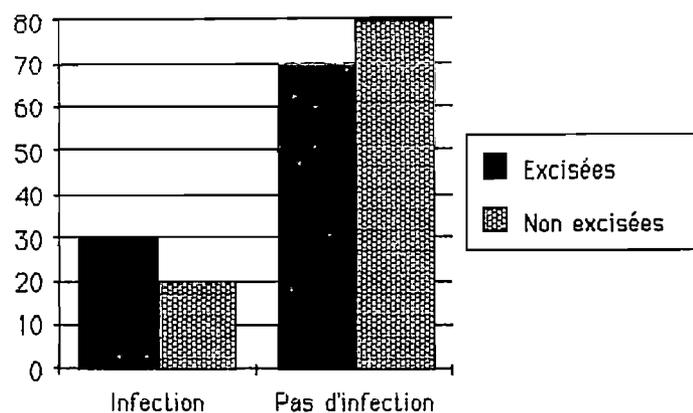


Tableau 20 et graphique 10: Relations entre excision et infection génitale.

Il existe une liaison statistique entre les deux variables ($p < 0,03$)

L'excision constitue donc également un facteur favorisant la survenue d'infections génitales.

f) Les infections pelviennes chroniques:

Parmi les 487 femmes interrogées, 18 d'entr'elles, soit 3,7 %, se plaignaient d'infection pelvienne chronique.

Leur nature et leurs relations avec l'excision se présentaient selon le tableau suivant:

	Excision		
	oui	non	total
Pas d'infection	310 (94,8)	159 (99,4)	469 (96,3)
Ulcération du col	6 (1,8)	1 (0,6)	7 (1,4)
Salpingite	5 (1,5)	0 (0)	5 (1)
Obstruction tub.	1 (0,3)	0 (0)	1 (0,2)
Autres	5 (1,5)	0 (0)	5 (1)
Total	327	160	487

Tableau 21: Relations entre excision et infections pelviennes chroniques.

L'analyse statistique ne permet pas de mettre en évidence de liaison entre les deux variables.

4.1.4.1.2 Les troubles de la sexualité

279 femmes ont accepté de répondre aux questions qui leur ont été posées quant à leur sexualité.

Réponses obtenues	Excision	
	oui	non
aucun trouble sexuel	115 (61,2%)	83 (91,2%)
diminution du plaisir	39 (20,7%)	4 (4,4%)
diminution du désir	19 (10,1%)	1 (1,1%)
diminution du désir et du plaisir	9 (4,8%)	2 (2,2%)
perception d'une altération physique	2 (1,1%)	1 (1,1%)
perception d'une altération physique et diminution du plaisir	1 (0,5)	0
perception d'une altération physique, diminution du désir et diminution du plaisir	3 (1,6%)	0
Total	188	91

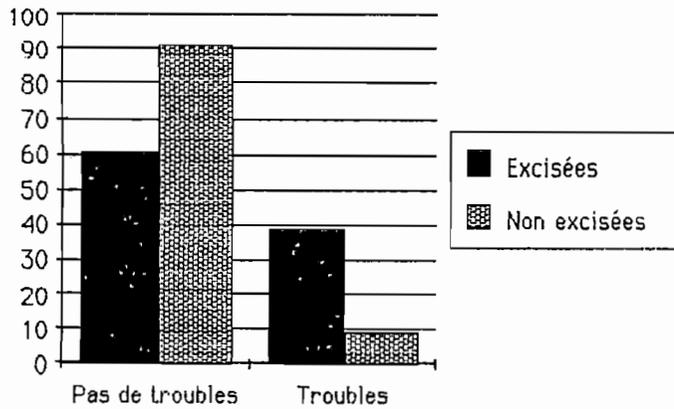


Tableau 22 et graphique 11: Modifications de la sexualité et excision.

La lecture de ce tableau montre une relation très nette entre l'excision et des troubles de la sexualité.

L'étude statistique confirme que les femmes excisées présentent davantage de modifications de leur sexualité que celles qui ne le sont pas ($p < 0,00001$).

Cependant, compte tenu du caractère extrêmement subjectif des réponses à une telle question, nous émettons le maximum de réserve quant à leur interprétation.

4.1.5 Les problèmes lors de l'accouchement

Nous avons procédé à une comparaison entre une série de femmes excisées et une série de femmes non excisées lors de leur dernier accouchement:

3 paramètres ont été étudiés:

- la survenue d'une complication obstétricale au cours de l'accouchement,
- la survenue d'une déchirure du périnée,
- l'allongement de la durée du travail.

a) Survenue d'une complication au cours de l'accouchement (dystocie, césarienne, déchirure du périnée)

La répartition de ces complications est la suivante:

	Excision	
	oui	non
complication	84 (26%)	8 (5%)
pas de complication	237 (74%)	153 (95%)
Total	321	161

Tableau 23: Survenue de complications lors de l'accouchement et excision.

L'analyse statistique permet de mettre en évidence une liaison très significative entre l'excision et la survenue d'une complication au cours de l'accouchement ($p < 0,00001$)

b) Les déchirures du périnée:

C'est la seule complication que nous avons pu étudier.

Elles se sont réparties ainsi:

	Excision	
	oui	non
Pas de déchirure	246 (76,2%)	153 (96,2%)
Déchirure simple	69 (21,4%)	6 (3,8%)
Déchirure compliquées	8 (2,5%)	0
Total	323	159

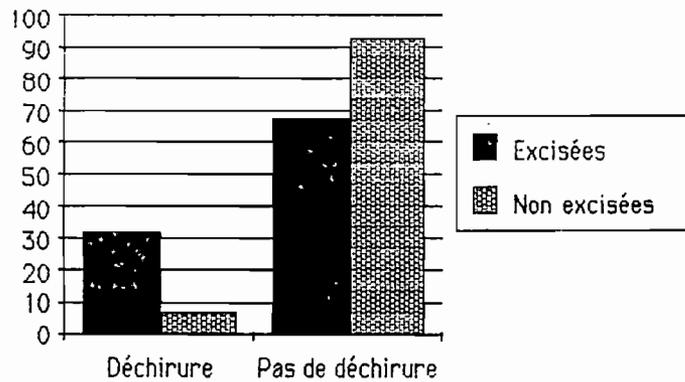


Tableau 24 et graphique 12: Relations entre excision et survenue d'une déchirure lors de l'accouchement.

Il existe une liaison significative entre les deux variables ($p < 0,00001$)

Pour éliminer un rôle éventuel de l'âge dans la répartition de fréquence du tableau précédent, nous avons effectué la même étude chez les seules femmes de moins de 25 ans.

	Excision	
	Oui	Non
Déchirure	51 (32,1%)	5 (7,2%)
Pas de déchirure	108 (67,9%)	64 (92,8%)
Total	159	69

Tableau 25: Relations entre excision et survenue d'une déchirure chez les femmes de moins de 25 ans.

Il existe une liaison statistique entre les deux variables ($p < 0,0002$)

Ainsi, nous pouvons affirmer que l'excision constitue un facteur de risque quant à la survenue de déchirures lors de l'accouchement.

D'après les résultats de notre étude, le risque relatif est égal à 4,4 et le risque attribuable 24,9 %

*Par ailleurs, l'étude de la fréquence des épisiotomies lors de l'accouchement a pu être effectuée chez 285 femmes.

	Excision	
	Oui	Non
Épisiotomie	15 (7,9%)	4 (4,2%)
Pas d'épisiotomie	175 (92,1%)	91 (95,8%)
Total	190	95

Tableau 26: Relations entre excisions et épisiotomie lors du dernier accouchement.

Il n'existe pas de liaison statistique entre ces deux variables.

Les 83 déchirures qui figurent dans le tableau précédent comparées aux 19 épisiotomies constatées laissent penser que l'épisiotomie est un geste rare et insuffisamment utilisé au Mali en pratique obstétricale courante.

En effet, la survenue de déchirures au cours d'accouchements dirigés par des sages femmes devrait être un accident exceptionnel.

*Nous avons procédé à la même étude chez les femmes de moins de 25 ans qui nous a permis d'obtenir des résultats tout à fait comparables:

	Excision	
	Oui	Non
Épisiotomie	13 (13,3%)	3 (8,6%)
Pas d'épisiotomie	85 (86,7%)	32 (91,4%)
Total	98	35

Tableau 26: Relations entre l'excision et la survenue d'une épisiotomie

Là encore, il n'existe pas de liaison statistique entre ces deux variables.

c) L'allongement de la durée du travail:

Durée de travail	Excision	
	oui	non
< 6 h	179 (62,4%)	115 (75,1%)
6-11 h	96 (33,5%)	33 (21,6%)
12-23 h	11 (3,8%)	3 (2%)
24 h et +	1 (0,3%)	2 (1,3%)
Total	287	153

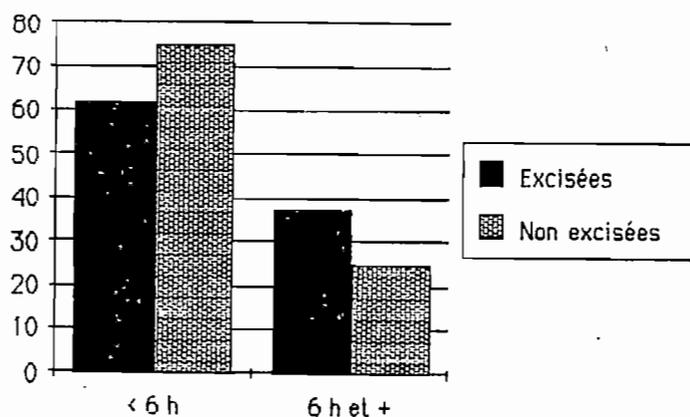


Tableau 27 et graphique 13: Relations entre excisions et durée du travail.

Il existe une différence significative entre ces chiffres ($p < 0,03$).

L'analyse de ce tableau permet de constater que les femmes non excisées accouchent proportionnellement plus vite que les autres. En effet, 75,2% des non excisées ont accouché en moins de 6 heures alors que les excisées n'étaient que de 62,4%

Dependant, une telle observation ne nous permet pas de conclure qu'un tel retard a le moindre retentissement sur le bon déroulement de l'accouchement. En effet, il est admis que la limite pathologique du travail débute à partir de 12 heures.

4.1.6 Résultats de l'enquête appariée

*Pour compléter notre travail sur les conséquences de l'excision, nous avons procédé à une étude appariée entre une série de 67 femmes excisées et de 67 femmes non excisées.

Les critères d'appariement ont été:

- . l'âge (à un an près)
- . la parité (à une naissance près)
- . le lieu de résidence (urbain ou rural)
- . l'état civil (célibataire ou mariée)
- . le degré de scolarisation.

*La méthode de comparaison des séries appariées nous a permis de dresser le tableau suivant:

	-/-	a -/+	b +/-	+/+	T
Dystocie	66	0	1	0	67
Déchirure	58	1	8	0	67
Épisiotomie	60	1	6	0	67
Troubles des règles	60	1	5	1	67
Douleurs	53	3	10	0	66
Infections génitales	32	12	17	4	65
Troubles urinaires	53	2	10	0	65
Troubles psychologiques	53	3	8	0	64

Tableau 28: Présentation des relations au sein d'une série appariée de femmes excisées et non excisées.

(le premier signe correspond aux femmes excisées et le second aux non excisées)

En appliquant la formule $e = (a-b) / \sqrt{(a+b)}$ nous obtenons les résultats suivants:

	e	Interprétation
Dystocie	1	N.S
Déchirure	2,33	S
Épisiotomie	1,89	N.S
Troubles des règles	1,63	N.S
Douleurs	1,94	N.S
Infections génitales	0,93	N.S
Troubles urinaires	2,3	S
Troubles psychologiques	1,51	N.S

Nous n'avons pris en considération que les valeurs de l'écart réduit "e" supérieures ou égales à 1,96

*Ainsi avons nous pu mettre en évidence une différence significative entre femmes excisées et non excisées en ce qui concerne les déchirures (11,9 % chez les excisées contre 1,5 % chez les non excisées) et les troubles urinaires (15,4 % chez les excisées contre 3,1 % chez les non excisées).

*Cette étude nous a donc permis de calculer les taux de prévalence de ces affections

	Excisées	Non excisées	Valeurs moyennes
Dystocie	1,5 %	0	0,7 %
Déchirure	11,9 %	1,5 %	
Episiotomie	8,9 %	1,5 %	5,2 %
Troubles des règles	8,9 %	3 %	6 %
Douleurs	15,1 %	4,5 %	9,8 %
Infections génitales	32,3 %	24,6 %	28,5 %
Troubles urinaires	15,4 %	3,1 %	
Troubles psychologiques	12,5 %	4,7 %	8,6 %

Tableau 29: Taux de prévalence des différentes complications au sein d'une série appariée de femmes excisées et non excisées.

Ces données nous ont permis de calculer les valeurs de risque suivantes:

.Déchirures	Risque relatif	7,9
	Risque attribuable	10,4 %
.Troubles urinaires	Risque relatif	4,9
	Risque attribuable	12,3 %

4.2 L'enquête auprès des responsables sanitaires

4-2-1-Le protocole d'enquête:

a) Objectifs:

Cette enquête s'est donnée trois objectifs fondamentaux:

- 1° Elaborer la carte de la pratique de l'excision au Mali,
- 2° Etudier sa répartition ethnique,
- 3° Mesurer l'importance des complications de l'excision.

Pour cela, elle s'est efforcée plus précisément de:

*Recenser auprès du personnel sanitaire le maximum d'accidents survenus au décours d'excisions depuis le début de leur carrière professionnelle.

*Préciser la nature, les modalités thérapeutiques et l'évolution de ces accidents.

b) Methodologie:

Nous avons adressé un lot de questionnaire à chacun des 8 Directeurs Régionaux de la Santé, accompagné d'une lettre signée par le Directeur National, afin qu'ils les fassent parvenir à chacun de leurs médecins-chefs de cercle.

Une deuxième lettre adressée à ces derniers précisait les modalités de remplissage du questionnaire.

Il leur était proposé d'en remettre un exemplaire à chacun de leurs agents en leur demandant de faire appel à leur mémoire pour le remplir.

Toutes les régions nous ont répondu et sur le millier de questionnaires qui ont été envoyés, nous en avons reçu 217, provenant de 38 cercles.

4-2-2-Origine des réponses obtenues:

a) Nature des formations sanitaires ayant répondu:

Hôpitaux	3
Centres de Santé de Cercle	39
Centres de Santé d'arrondissement	50
Centres de Santé de Secteur	9

b) Qualifications des personnels de santé:

Médecins	34
Sages femmes	24
Infimiers DE	59
Infirmiers de santé	54
Aides soignants	16
Matrones	15

4-2-3-Carte des excisions au Mali

Les arrondissements ont été pris comme base de localisation et nous les avons répartis en 5 catégories selon la proportion des filles excisées:

. plus de 50 %	+++
. de 25 à 49 %	++
. moins de 25 %	+
. pratique de l'excision, mais réponse non quantifiée	oui
. pas d'excision	non

Ceci nous a permis de dresser le tableau suivant:

REGION DE KAYES

BAFOULABE

Central	+++
Mahina	+++
Oussoubidiagna	+++
Diakon	+++
Bamafilé	+++
Koundia	+++
Diellan	+++
Qualia	+++

REGION DE KOULIKOURO

NARA

Central	+++
Guiré	+++
Mourdiah	+++
Dilly	+++

DIOILA

Central	+++
Fana	+++

KANGABA

Central	+++
---------	-----

REGION DE SIKASSO

BOUGOUNI	
Central	+++
KADIOLO	
Central	+++
Fourou	+++
KOLON DIEBA	
Central	+++
YOROSSO	
Central	+++

REGION DE SEGOU

SEGOU	
Central	+++
Markala	+++
SAN	
Central	+++
BLA	
Central	++
Falo	+++

REGION DE MOPTI

BANKASS	
Central	+++
Kani Bonzon	+++
Segué	+++
Guenkoro	+++
Sokoura	+++
KORO	
Central	+++
Djoungani	+++
Dinangourou	+++
DOUENTZA	
Central	+++
Boni	+++
Boré	+++
Hombori	+++
Mandoro	oui
Ngouma	+++
YOUVAROU	
Central	+++
Gathiloumo	oui
Dogo	oui
MOPTI	
Central	+++
Soyo	+++
Soufouroulaye	oui
Fatoma	oui
Sévaré	+++
Sendégué	+++
Konna	+++

REGION DE TOMBOUCTOU

TOMBOUCTOU		
Central	+	
NIAFUNKE		
Central	+++	

REGION DE GAO

ANSONGO		
Central		non
Talataye		non
Quatagouna	++	
Tessit		non
KIDAL		
Central	+	
MENAKA		
Central	+	

Ces données nous ont permis d'établir la carte n°2

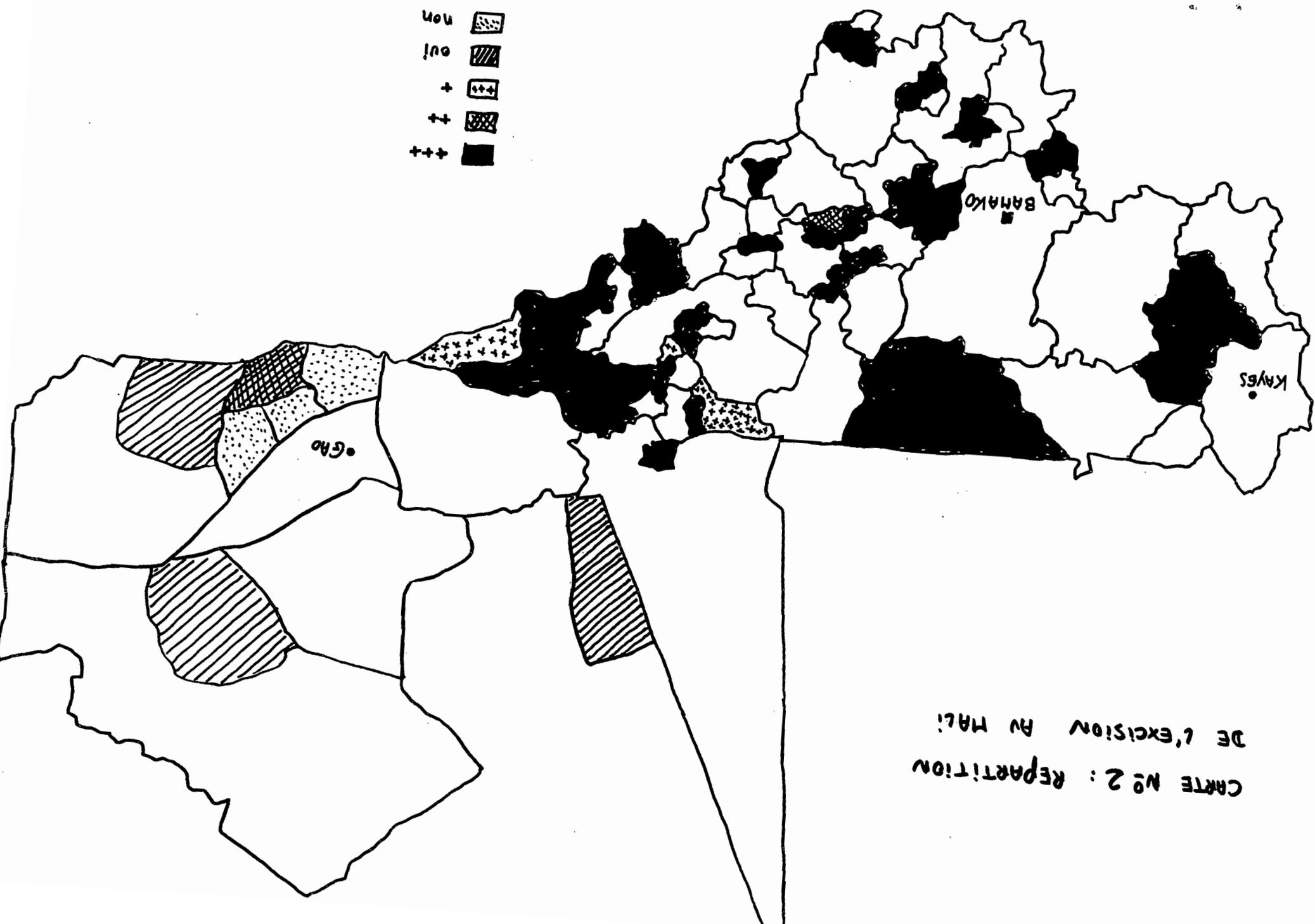
4-2-4-Etude des ethnies qui pratiquent l'excision:

*Ethnies qui pratiquent couramment l'excision:

BAMBARA (dans tous les cercles sauf un)	+++	
.Kidal central		++
PEULH (dans tous les cercles cités sauf trois)	+++	
.Ansongo		non
.Kidal		non
.Ménaka		non
SENOUFO (Dioila, Mopti, Bamako, Sikasso)	+++	
SARAKOLE (Bougouni, Bamako, Koro, Douentza, Youwarou, Mopti, Bafoulabé, Nara, Dioila)	+++	
DOGON (Dioila, Youwarou, Mopti, Bankass, Koro, Bamako, Kidal, Bougouni, Kolondiéba, Yorosso)	+++	
.Douentza		++
MALINKE (Bougouni, Kadiolo, Kolondiéba, Bamako, Bankass, Koro, Mopti, Bafoulabé, Kangaba)	+++	
MINIANKA (Dioila, Bamako, Bougouni, Kadiolo, Kolondiéba, Yorosso)	+++	
.Kidal		non

CARTE N° 2 : REPARTITION
DE L'EXCISION AU MALI

- +++ ■
- ++ ⊞
- + ⊞
- + ⊞
- out ▨
- non ▩



BOBO (Dioila, Bankass, Koro, Yorosso)	+++	
.Bamako		non
.Kidal central		non
BOZO (Douentza, Youwarou, Mopti, Koro, Bamako, Ansongo, Niafunké, Bougouni, Kolondiéba)	+++	
.Kadiolo central		non
KASSONKE (Kayes, Bafoulabé)	+++	
MOSSI (Mopti, Douentza, Bankass, Koro)	+++	
DIAWANDO (Hombori, Mopti, Koro, Bamako)	+++	
*Ethnies qui ne pratiquent pas l'excision		
MAURE (Tombouctou, Niafunké, Kidal, Douentza, Bafoulabé)		non
.Nara Central	+++	
.Dilly	+++	
.Mourdiah	+++	
.Guiré	+++	
.Dioila central		+
.Bafoulabé central		+
.Bamako		+
TOUAREG (Douentza, Youwarou, Ansongo, Kidal, Ménaka, Tombouctou, Niafunké)		non
.Koro central		+
.Bamako		+
SONGHAI (Gao, Ansongo, Kidal)		non
.Bamako		+
.Quatagouna		+
.Ménaka		+
.Tombouctou		+
.Bougouni	+++	
.Douentza	+++	
BELLA (Ansongo, Kidal, Ménaka, Niafunké)		non
.Koro central		+
HADOUSSA (Mopti)		non
ARABES (Ansongo, Kidal, Ménaka, Niafunké,		non
DADOUSSAK (Ansongo, Kidal, Ménaka)		non

La lecture de ce tableau montre très clairement le rôle des ethnies dominantes, qui influencent les groupes minoritaires en leur transmettant leurs coutumes.

Ainsi des maures vivant en milieu bambara et même des touaregs de Bamako et de Koro pratiqueraient des excisions. Inversement, des peulhs de Ménaka, d'Ansongo et de Kidol auraient abandonné cette coutume.

4-2-4-Centres de santé où on déclare pratiquer l'excision

La pratique de l'excision en milieu médical nous a été signalée par 5 Centres de santé dont:

-4 Centres de santé d'arrondissement, à savoir ceux de:

- .Mandoro (Douentza)
- .Dogo (Youwarou)
- .Oussoubidiagna (Bafoulabé)
- .Mahina (Bafoulabé)

-1 Centre de santé de Cercle: celui de Bafoulabé.

4-2-5-Résultats de l'enquête sur les complications à court terme des excisions:

200 cas d'excision suivis de complications ont été signalés.

a) Présentation des cas déclarés:

*Répartition selon l'âge

	Nombre de cas	%
< 8 j	6	3,1%
8-30 j	4	2,1%
1-11 mois	41	21,3%
1-4 ans	67	34,9%
5-9 ans	47	24,5%
10-14 ans	20	10,4%
15-19 ans	7	3,6%
Total	192	

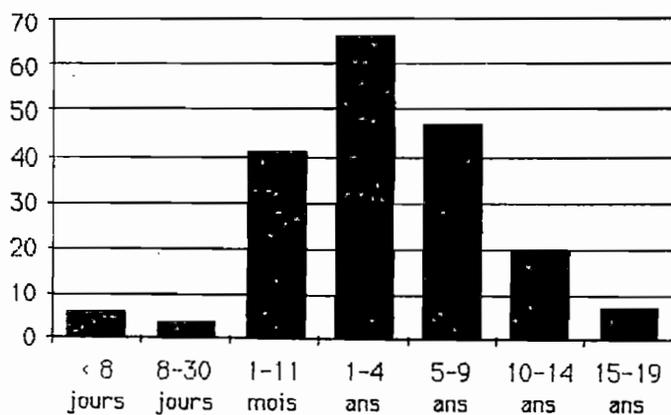


Tableau 30 et graphique 14: Répartition des cas de complications déclarés selon l'âge.

Répartition selon l'âge en %

	des complic.	de la popul. malienne	Rapport entre les 2
< 1 an	26,5	7,1	3,7
1-4 ans	34,9	26,2	1,3
5-9 ans	24,5	26,7	0,9
10-14 ans	10,4	20,2	0,5
15-19 ans	3,6	19,7	0,18

Tableau 31: Etude des rapports entre la fréquence des complications de l'excision selon l'âge et l'importance relative des classes d'âge correspondantes.

Le rapport établi entre la répartition selon l'âge des complications et la répartition selon l'âge dans la population malienne montre une très nette décroissance avec l'âge.

Ainsi peut on dire que la survenue des complications est inversement proportionnelle à l'âge.

*Répartition selon l'ethnie

	N	%
Bambara	65	33,7%
Peulh	33	17,1%
Dogon	26	13,5%
Sarakolé	22	11,4%
Sénoufo	10	5,2%
Minianka	8	4,1%
Malinké	7	3,6%
Bozo-somono	6	3,1%
Songhaï	4	2,1%
Diawendo	2	1%
Bobo	1	0,5%
Autres	2	1%
Total	193	

Tableau 32: Répartition des cas de complications déclarés selon leur appartenance ethnique.

*Répartition selon le niveau de scolarisation du père

	N	%
Non scolarisé	130	71,4%
Premier cycle	13	7,1%
Deuxième cycle	24	13,2%
Supérieur	12	6,6%
NSP	3	1,6%
Total	182	

Tableau 33: Répartition des complications déclarées selon le niveau de scolarisation du père.

*Répartition selon la région où l'excision a été pratiquée

	N	%
Kayes	10	5%
Koulikoro	35	17,6%
Sikasso	26	13,1%
Ségou	38	19,1%
Mopti	54	27,1%
Tombouctou	4	2%
Gao	3	1,5%
Bamako	29	14,6%
Total	199	

Tableau 34: Répartition selon la région où l'excision a été pratiquée.

b) Etude des suites de l'excision:

*Répartition selon l'évolution

	N	%
Enfant décédée	39	19,9%
Enfant non décédée	157	80,1%
Total	196	

Tableau 35: Répartition des complications déclarées selon leur évolution.

*Répartition selon la nature des complications

	N	%
Hémorragie	159	79%
Synechies	17	8,5%
Infection	13	6,5%
Tétanos	5	2,5%
Autres	6	3,5%
Total	200	

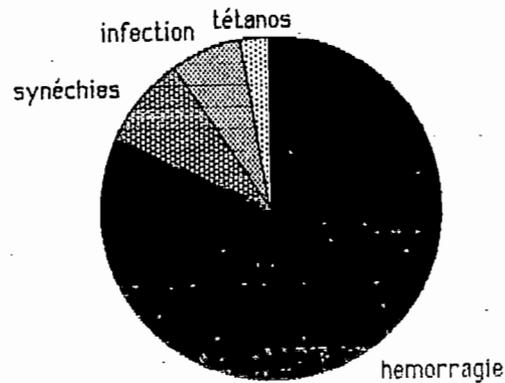


Tableau 36 et graphique 15: Répartition des complications déclarées selon leur nature.

Il apparaît à la lecture de ce tableau que l'hémorragie constitue la très grande majorité des complications.

*Répartition selon le traitement

Enfant traitée	171	88,1%
Enfant non traitée	23	11,9%
Total	194	

Tableau 37: Répartition des complications déclarées selon leur traitement.

Ces données n'ont rien de surprenant puisque les complications ont été rapportées par le personnel médical lui même, qui est davantage informé des complications traitées que des autres.

c) Etude des décès

*Répartition dans le temps des décès rapportés:

	Décédés		Non décédés	
	N	%	N	%
1960-1969	0	(0)	6	(100)
1970-1974	6	(28,6)	15	(71,4)
1975-1979	7	(25)	21	(75)
1980-1984	10	(28,6)	26	(71,4)
1985-1990	3	(8,3)	33	(91,7)
Total	26		100	

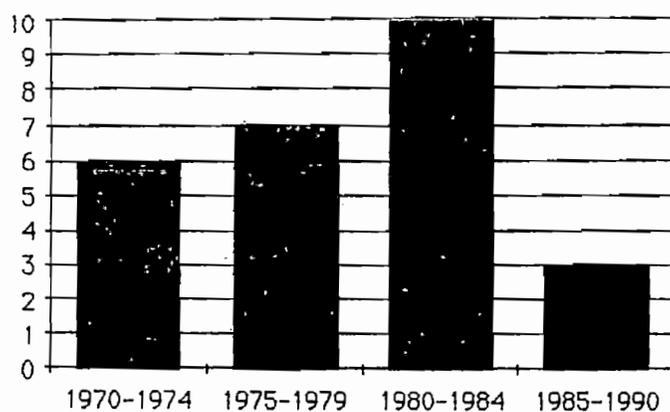


Tableau 38 et graphique 16: Répartition dans le temps des décès déclarés.

*Rôle de l'âge

	Enfants		Non décédés	
	Décédés			
< 8 j	2	(33,3%)	4	(66,7%)
8-30 j	3	(75%)	1	(25%)
1-11 mois	13	(32,5%)	27	(67,5%)
1-4 ans	11	(16,4%)	56	(83,6%)
5-9 ans	7	(15,6%)	38	(84,4%)
10-14 ans	1	(5,3%)	18	(94,7%)
15-19 ans	0		7	(100%)
Total	37		151	

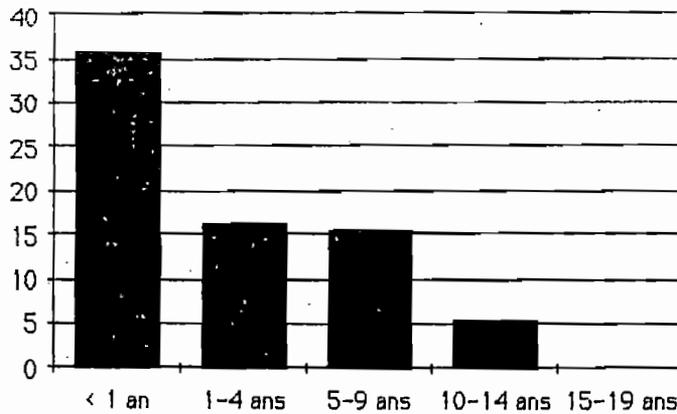


Tableau 39 et graphique 17: Répartition des décès déclarés selon l'âge des enfants.

Il existe une liaison statistique entre les deux variables ($p=0,01$)

Il apparaît clairement à la lecture de ce tableau que la létalité de l'excision diminue avec l'âge.

*Rôle du niveau de scolarisation du père

	Enfants			
	Décédés		Non décédés	
Non scolarisé	25	(19,7%)	102	(80,3%)
1er cycle	3	(23,1%)	10	(76,9%)
2ème cycle	3	(12,5%)	21	(87,5%)
Supérieur	1	(9,1%)	10	(90,9%)
Non précisé	1	(33,3%)	2	(66,7%)
Total	33		145	

Tableau 40: Répartition des décès déclarés selon le niveau de scolarisation du père.

Il n'existe pas de liaison statistique entre les deux variables

*Origine des décès

	Enfants			
	Décédés		Non décédés	
Hémorragie	31	(20%)	124	(80%)
Tétanos	5	(100%)	0	
Infection	3	(23,1%)	10	(76,9%)
Synechies	0		17	(100%)
Autres	0		6	(100%)
Total	39		157	

Tableau 41: Répartition des décès selon leur étiologie.

*Etude des délais entre l'excision et le décès

Délai de survenue des décès	Hémor.	Infect.	Tétanos	Autres	Total	
< 1 Heure	4	0	0	0	4	10,3%
1 h à 1 jour	9	1	0	0	10	25,6%
1 j à 1 semaine	16	2	2	1	21	53,8%
1 semaine à 1 mois	1	0	3	0	4	10,3%
Total	30	3	5	1	39	

Tableau 42: Répartition des décès selon leur délai de survenue après l'excision et leur étiologie.

d) Conclusions:

Bien qu'elle n'ait aucune valeur représentative, cette enquête sur les complications permet de montrer leur réalité et d'affirmer que l'excision est à l'origine de nombreux décès.

5-DISCUSSION

5 DISCUSSION

a) Concernant l'origine de l'excision et sa place dans la société malienne:

*L'excision est une pratique répandue à travers le monde et concerne près de 80 millions de femmes (25).

Elle est relativement bien connue, puisque de très nombreux auteurs ont travaillé sur ce sujet et la lecture de leurs ouvrages permettent de répondre à de nombreuses questions.

La principale d'entr'elles est de savoir pourquoi l'excision ?

*Une étude bibliographique nous a conduit à considérer que l'excision a deux origines:

.l'une provient des pays de la Corne de l'Afrique et s'est diffusée dans les pays avoisinants, qui pour la plupart sont de religion musulmane.

.l'autre est noire africaine et s'inscrit dans le rituel initiatique de nombreuses ethnies. Elle est l'équivalent féminin de la circoncision et constitue l'un des principaux modes d'entrée dans la vie adulte. Il s'agit en effet d'un rite de passage qui conduit certains à parler d'une deuxième naissance.

La circoncision fait du garçon un homme de même que l'excision fait de la fille une femme.

*Bien qu'elle ait été antérieure à l'avènement de l'Islam, au Mali il semble qu'elle soit de plus en plus l'objet d'un amalgame qui lui donne un caractère religieux musulman.

Il existe des villages où l'excision a encore gardé toute sa valeur initiatique, mais ils sont de moins en moins nombreux. Ainsi l'excision tend-elle à devenir un acte systématique: elle s'effectue actuellement à un âge de plus en plus jeune et souvent même peu après la naissance.

Une telle évolution, qui traduit le fait que l'excision est en train d'être coupée de ses racines, ne la laisse plus dépendre que de la seule pression sociale: on ne sait plus très bien pourquoi on excise, mais on le fait parce que les autres le font.

*Il nous a semblé qu'un des facteurs qui contribuent également au maintien de l'excision réside dans les revenus qu'elle apporte aux exciseuses.

b) L'excision est-elle préjudiciable à la santé ?

Notre étude nous a permis de prouver que l'excision a des conséquences sur l'état de santé des enfants qui la subissent et des femmes qui l'ont subie.

*Des enfants meurent des suites de l'excision.

Nous n'avons eu connaissance d'aucune étude qui ait prouvé une telle affirmation. Cependant nous avons pu recueillir auprès d'agents de santé (médecins, sages femmes, infirmiers, personnel auxiliaire) 39 témoignages de décès attribués directement à cette pratique.

Il s'agit là d'un argument que nous considérons comme suffisant pour affirmer la gravité de l'excision.

Ces décès peuvent être attribués à trois causes principales: l'hémorragie, les infections et le tétanos.

Certains pourront se demander si les cas de décès faisant suite à une hémorragie peuvent être directement liés à l'excision elle même ou à une affection préexistante responsable de troubles de la coagulation et dont l'excision n'aurait été qu'un facteur déclanchant.

*Les femmes excisées sont exposées à davantage de complications gynéco-obstétricales que les autres.

-Dans le domaine gynécologique:

.Elles présentent dans 30 % des cas des cicatrices vulvaires directement dues à l'excision, qui pourront être à l'origine de douleurs ou de difficultés dans leur vie sexuelle (dyspareunie).

.L'excision augmente chez elles le risque d'infection génito-urinaire.

-Dans le domaine obstétrical, l'excision est responsable de certaines difficultés.

Nous avons prouvé que le risque de déchirure était 8 fois plus élevé chez une femme excisée que chez une femme qui ne l'est pas.

De plus; l'excision ralentit le déroulement de l'expulsion sans que nous puissions dire que cela constitue un problème.

-Ces informations confirment les conclusions des études qui ont été faites sur ce sujet, notamment celles de Maïga L.(29) et de Richard (35).

*Concernant la sexualité, notre étude nous a conduit à retenir l'excision comme responsable de troubles de la sexualité chez les femmes qui l'ont subie.

Cependant, nous estimons que les réponses que nous avons obtenues sont d'une grande subjectivité et ne permettent pas de conclure.

En effet, une étude rigoureuse nécessite des critères permettant d'effectuer de véritables comparaisons.

Il nous semble que tout ce qui a pu être dit ou écrit sur les troubles de la sexualité liés à l'excision relève d'explications fortement liées aux préoccupations de leurs auteurs. En effet, nous n'avons pas trouvé la moindre étude scientifique sur le sujet.

C'est ainsi que les féministes ont utilisé l'excision comme cheval de bataille pour prouver l'oppression de l'homme sur la femme et en faire une des preuves incontournables qu'il ne cherche qu'à imposer sa suprématie sur elle.

c) Quelle position prendre vis à vis de l'excision ?

L'étude que nous avons effectuée renforce la position qui a toujours été la notre: l'excision constitue une des caractéristiques de la société traditionnelle malienne qui n'a non seulement plus aucun sens dans la société moderne mais doit aussi être perçue comme une mutilation de la femme et comme un acte dangereux.

Elle doit donc être combattue.

d) Comment la combattre ?

*La grande difficulté rencontrée jusqu'à ce jour dans la lutte contre l'excision peut être mise sur le compte des multiples interventions extérieures à la société malienne.

La transformation de toute société nécessite qu'elle commence par prendre conscience de ses problèmes afin d'identifier et de mettre en oeuvre elle même les stratégies qu'elle juge les plus appropriées pour les résoudre.

Or à ce jour, la prise de conscience est encore limitée à une toute petite frange de la société.

Dans le reste de la population, l'excision n'est même pas perçue comme un problème.

Nous pensons que les priorités actuelles consistent d'une part à identifier les arguments qui seront susceptibles de convaincre, d'autre part de trouver les meilleurs modes de communication pour les transmettre.

Il est en effet essentiel que l'information circule sans la moindre agressivité et gagne petit à petit les différentes familles.

Le fait que l'excision ait perdu la plupart de ses liens avec la tradition pour ne plus être qu'un acte routinier ne dépendant plus que de simples convenances sociales permet de penser qu'une grande partie du chemin a déjà été parcourue.

*Or à ce jour, l'excision n'est abordée que dans un cadre informel, loin des techniciens (en particulier du corps médical) dont la contribution est pourtant essentielle.

Les activités les plus visibles sont celles de l'UNFM qui a non seulement inscrit la lutte contre l'excision parmi ses priorités, mais aussi organisé des rencontres sur ce sujet.

Par ailleurs, une action particulièrement dynamique est celle du Centre Djoliba qui organise périodiquement des sessions d'information sur l'excision dans les villages.

Ces actions restant encore assez limitées, il est important de parvenir à l'élaboration d'une stratégie nationale, car seule une intervention de grande envergure sera à même de faire face à ce problème.

e) Recommandations

Au stade actuel, il nous paraît essentiel de poursuivre les travaux de recherche sur l'excision afin de:

- . identifier les différentes populations cibles,
- . trouver les meilleurs arguments pour les convaincre,
- . identifier au sein de la société malienne les plus grands obstacles qui s'opposent à la disparition de cette pratique,
- . mettre au point le matériel didactique qui devra être utilisé.

Il sera alors possible de lancer une grande campagne nationale de lutte contre l'excision.

L'une de ses principales qualités devra résider dans sa continuité, car les objectifs qui lui seront assignés devront être formulés à long terme.

6-CONCLUSIONS

6 CONCLUSION

1-L'excision constitue encore un des sujets que l'on a du mal à aborder ouvertement au Mali.

*Elle concerne en effet un domaine qui touche les structures les plus intimes de notre société et qui jusqu'à ce jour semble essentiellement relever d'initiatives étrangères à notre pays.

A l'exception d'un petit nombre d'intellectuelles, nous estimons qu'elle n'est nullement perçue comme un problème au Mali.

*Ce sont les seules féministes qui ont pris position contre l'excision en évoquant ses conséquences sur la sexualité et en prétendant qu'elle constituait un instrument d'oppression de la femme par l'homme. En effet, si le corps médical admet généralement qu'elle est dangereuse et qu'elle est à l'origine de nombreuses complications, très rares sont les études médicales qui ont été faites sur ce sujet, particulièrement au Mali.

*Nous avons donc cherché par ce travail:

- .à faire le point sur les connaissances actuelles quant à l'excision,
- .à décrire le déroulement de sa pratique en milieu traditionnel,
- .à situer sa répartition dans la société malienne,
- .à étudier sa gravité et ses conséquences sur l'état de santé des femmes et des enfants.

2-Nous avons pu assister nous même au déroulement de plusieurs séances d'excision. Nos observations recoupent les témoignages des autres auteurs, mais elles nous ont permis de relever certains détails qui jusqu'à présent n'avaient pas été évoqués.

Ainsi, le fait que les excisions sont une source de revenus pour les exciseuses constitue probablement un grand obstacle à la disparition de cette pratique.

3-Les principales conclusions auxquelles nous sommes parvenue ont été les suivantes:

*Les 3 types d'excision sont rencontrés au Mali dans la proportion suivante:

.Type 1	54,3 %
.Type 2	38,9 %
.Type 3	6,8 %

Contrairement à une idée répandue, l'infibulation est donc bien pratiquée au Mali et particulièrement chez les sarakolés et les peulhs où elle accompagne près de 10 % des excisions.

Elle est également rencontrée chez les bambaras, les dogons et les sénoufos.

*L'excision est à l'origine de cicatrices chez 30,2 % des femmes. 60,3 % d'entr'elles sont des brides, 10,9 % des kystes dermoïdes et 9,8 % des chéloïdes.

L'excision de type 3 provoque beaucoup plus de cicatrices que les autres.

*Notre travail a permis de prouver que l'excision était à l'origine de deux complications majeures:

. d'une part elle peut être considérée comme responsable de la survenue de déchirures lors de l'accouchement.

Le risque relatif pour une femme excisée de présenter une telle complication est de 7,9 et son risque attribuable de 10,4 % par rapport à une femme non excisée.

Les taux d'incidence sont alors respectivement de 11,9 % et de 1,5 %

. d'autre part elle constitue un facteur de risque quant à l'apparition de troubles urinaires.

Le risque relatif pour une femme excisée de présenter de tels troubles est de 4,9 et son risque attribuable est de 12,3 % par rapport à une femme non excisée.

Les taux d'incidence sont alors respectivement de 15,4 % et de 3,1 %

*Par ailleurs, nous avons montré que l'excision pouvait être considérée comme un facteur favorisant de deux autres affections: . les douleurs génitales, principalement à type de dyspareunies, dont le taux de prévalence est de 14,4 % chez les excisées contre 3,2 % chez les non excisées.

. l'infection génitale dont le taux de prévalence est de 30,6 % chez les excisées contre 20 % chez les non excisées.

*De plus, l'excision ralentit le déroulement de l'accouchement. En effet, 75,2 % des femmes non excisées accouchent en moins de 6 heures alors que ce pourcentage n'est que de 62,4 % chez les femmes excisées.

*En ce qui concerne les décès secondaires à l'excision, nous avons pu en recenser 39. Sans avoir la moindre valeur représentative, ce chiffre prouve qu'il s'agit d'un acte dangereux.

*En ce qui concerne les conséquences de l'excision sur la sexualité, nous avons pu mettre en évidence une accentuation de ses troubles chez les femmes excisées (38,8 %) par rapport aux non excisées (8,2 %).

Cependant, nous accordons une valeur très limitée à ces données compte tenu de leur caractère particulièrement subjectif.

*Enfin, notre présence à plusieurs séances d'excision en milieu traditionnel nous a conduit à découvrir le rôle majeur que peut jouer cette pratique dans la diffusion du Sida.

En effet, il suffit qu'un enfant soit porteur du virus pour qu'une grande proportion de ceux qui le suivent soit contaminée.

4-Ces données confirment à nos yeux la nécessité de la disparition de l'excision. Celle-ci ne peut être envisagée sans la conduite d'une grande campagne d'éducation.

Cependant, son enracinement profond dans notre société et ses implications majeures dans la psychologie de la population malienne exigent une grande attention dans le choix des arguments à utiliser pour modifier les attitudes.

Nous estimons que les résultats de notre travail peuvent être utilisés pour convaincre.

Ils mettent en effet l'accent sur les dangers que fait courir l'excision aux personnes qui en sont l'objet, que ce soit pendant leur enfance ou à l'âge adulte, sans aborder de front des aspects plus intimes et plus discutables concernant ses conséquences sur la sexualité.

5-L'histoire de l'homme a été et doit rester celle du progrès, à travers lequel il cherche à combattre tout ce qui le diminue, non seulement dans les aspects biologiques de sa vie, mais aussi dans son aspiration à une meilleure vie sociale.

Or le progrès nécessite des choix dans la réalisation desquels le manque de connaissances constitue probablement un des plus grands obstacles.

Notre travail a confirmé que l'excision porte atteinte à l'état de santé des femmes et des enfants qui l'ont subie.

Cette information est encore trop peu connue de la société malienne et doit lui être transmise avec le maximum de tact et de respect.

C'est alors seulement qu'elle sera en mesure d'effectuer un choix.

Notre vœu le plus cher est qu'il soit de mettre un terme à la pratique de l'excision.

-ANNEXES-

ENQUETE SUR LES COMPLICATIONS DES EXCISIONS	date: _____
--	-------------

Région
Cercle
Arrondissement

Nature de la formation sanitaire	
Hopital	
C.S.Cercle	
C.S.Arrondissement	
C.S.Secteur	

Qualification de la personne qui répond	
Médecin	
Sage femme	
Infirmier DE	
Infirmier de santé	
Aide soignant	
Matrone	

Fait-on des excisions dans l'arrondissement où vous travaillez actuellement ?

oui
non

Si oui, quel est, selon vous, la proportion des femmes excisées

90 % et plus	
50 à 89 %	
25 à 49 %	
5 à 24 %	
moins de 5 %	

Citez les ethnies présentes dans ce même arrondissement par ordre d'importance décroissante et précisez si elles pratiquent ou pas l'excision

ETHNIES	oui	non

Pratique-t-on des excision au centre de santé où vous travaillez?

oui
non

Si oui, qui les effectue ?

--

tournez s'il vous plaît

Avez vous rencontré des complications d'excision au cours de votre vie professionnelle ?

oui
non

numéro du cas	1	2	3	4	5	6	7
année de l'excision							
arrondissement où à eu lieu l'excision							
âge de l'enfant							
ethnie de l'enfant							
niveau de scolarisation du père							
non scolarisé							
premier cycle							
second cycle							
supérieur							
nature de la complication							
hémorragie							
infection							
tétanos							
autre							
si autre, laquelle ?							
l'enfant a-t-il été soigné dans une formation sanitaire ?							
oui							
non							
l'enfant est-il décédé des suites de cette complication ?							
oui							
non							
si oui, combien de temps après l'excision ?							

ENQUETE EXCISION 1 : QUESTIONNAIRE 1 EXCIS.ACCOUCH.PAGE 1

Date : Dossier Numéro :
 NOM : PRENOM : ENQUETEUR :

1. CARACTERISTIQUES DE LA MERE**PROFESSION**

1= Ménagère 2= Enseign. 3=Teintur. 4=Secrét.
 5= Commerc. 6=Vendeuse 7=Etudiante 8=Coutur.
 9= Sage Fem 10=Adj.Adm. 11=Aide Soig 12 = 12 -1 = ?

Autres :

AGE EN ANNEES | ____ | ANS Non précisé : -1

LIEU D'ORIGINE

1 =Kayes 2=Koulik 3=Sikasso 4=Ségou
 5 =Mopti 6=Tombouct 7=Gao 8=Bamako
 9 =Etranger -1 = ?

RESIDENCE

1 = Urbaine 2 = Rurale - 1 = ?

ETHNIE

1 = Bambara 2 = Peulh 3 = Sénoufo 4 =Sarakolé
 5 = Songhoi 6 = Malinké 7 = Dogon 8 =Bobo
 9 = Autres -1 = ?

ETAT CIVIL

1 = Mariée 2 = Célibat 3 = Veuve 4 = Divorcée -1 = ?

NIVEAU ALPHABETIS

1 = Non Alpha 2 = Primaire 3 = Second 4 = Super
 5 = Alph.Fon -1 = ?

PROFESSION DU MARI

1 = Fonc A 2 = Fonc B 3 = Fonc C 4 = Santé A
 5 = Santé B 6 = Santé C 7 =GD Com 8 = Moy Com
 9 = Pet Com 10=Entrep 11=Pet Art 12=Retraité
 13=Chomeur 14=Ouvrier 15=Agricult 16=Soldat
 17=Sous Off 18=Off 19= Sans 20=Moy Artis

Autres.....

2. ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

PARITE

0 = 0	1 = 1	2 = 2	3 = 3
4 = 4	5 = 5	6 = 6	7 = 7
8 = 8	9 = 9	10 = 10	11 = 11
12 = 12	13 = 13	14 = 14	-1 = ?

NB.D'AVORTEMENTS

0 = 0	1 = 1	2 = 2	3 = 3
4 = 4	5 = 5	6 = 6	7 = 7
8 = 8	9 = 9	-1 = ?	

NB.MORTS NES

0 = 0	1 = 1	2 = 2	3 = 3
4 = 4	5 = 5	6 = 6	7 = 7
8 = 8	9 = 9	-1 = ?	

NB.NAISS.VIVANTES

0 = 0	1 = 1	2 = 2	3 = 3
4 = 4	5 = 5	6 = 6	7 = 7
8 = 8	9 = 9	10 = 10	11 = 11
12 = 12	13 = 13	14 = 14	-1 = ?

NB.DECES < 8 JOURS

1 = 1	2 = 2	3 = 3	
4 = 4	5 = 5	6 = 6	7 = 7
8 = 8	9 = 9	-1 = ?	

NOMBRE EPISIOTOMIES |____|

Non précisé = -1

NOMBRES DECHIRURES |____|

Non précisé = -1

NOMBRES CESARIENNES |____|

Non précisé = -1

3. CARACTERISTIQUES DE L'EXCISION

EXCISION ?

1 = OUI 2 = NON -1 = ?

TYPE D'EXCISION

1 = TYPE 1 2 = TYPE 2 3 = TYPE 3 -1 = ?

CICATRICES CUT.

1 = OUI 2 = NON -1 = ?

TYPE CICATRICES

1 = Kyst.Derm. 2 = Cheloïdes 3 = Brides 4 = Autres -1 = ?

4. DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT**DUREE TRAVAIL** |____| **HEURES** Non précisé = -1**INTERVENT.ACCOUCHEM.**0 = NON 1 = Forceps 2 = Ventouse 3 = Césarienne
4 = Ocytoc. 5 = 4+2 6 = 4+3 7 = 4+1
-1 = ?**DYSTOCIE**0 = Non 1 = Dysp F P 2 = Aton Ut 3 = Souf foetale
4 = 3+1 5 = 3+2 6 = Autre -1 = ?**DECHIRURE PERINEE**

1 = Non 2 = Simple 3 = Compli 4 = Complexe -1 = ?

EPISIOTOMIE ?

0 = Non 1 = Oui -1 = ?

5. ASPECTS GYNECOLOGIQUES**CONSEQU.LONG TERME**

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

TROUBLES REGLES

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

TYPES TROUBLES REGLES1 = Amen Pri 2 = Amen Sec 3 = Dim Dur 4 = Dim Quant
5 = Dysmen 6 = 3+5 7 = 4+5 8 = 3+4+5
9 = Autres -1 = ?**REGULARITE CYCLE**

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

DOULEURS

1 = Non 2 = Spontanée 3 = Dyspareun - 1 = ?

INFECT. GENITALE

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

TYPE INFEC.GENIT.

1 = Leucorr. 2=Leuc+DouL 3=Leuc+D+Hy 4 = L+D+H+RA
 Autre -1 = ?

TRAIT.RECU

1 = Pas trait 2 =ATB Seul 3 =Medic Hop 4=Chir Hop
 5=ATBMEDHOP 6 =ATBCH -1 = ?

TROUBLES URINAIRES

1 = Non 2 = Dysurie 3 = Infect 4 = Autres
 -1 = ?

INFEC PELV CHRON

1 = Non 2=Ulcer Col 3=Salping 4=Obs Tub
 5 = Autres 6= 2+3 7=2+4 8=2+5
 9 = 3+4 10=3+5 11=4+5 12=2+3+4
 13= 2+4+5 14=2+3+5 15=2+3+4+5 -1 = ?

COMPLIC.OBSTETR.

1 = Oui 2 = Non -1 = ?

NATURE COMPLICATION

1 = INERT UT 2 = FVV 3 = FRV 4 = PROLUT
 5 = 1+2 6 = 1+3 7 = 1+4 8 = 2+3
 9 = 2+4 10 = 3+4 11 = 1+2+3 12 = 1+2+4
 13 = 1+3+4 14 = 1+2+3+4 -1 = ?

CONSEQ PSYCHOL

1 =Aucune 2 = PAEPC 3 = DIM LIBID 4 = DIM PLAIS
 5 =2+3 6 = 2+4 7= 3+4 8 = 2+3+4

LIEU RECUEIL

1 = Kayes 2 = Koulik 3 = Sikasso 4 = Ségou
 5 =Mopti 6 = Gao 7 = Bamako -1 = ?

7-1-Questionnaire de l'enquête dans les régions

NOMS ET PRENOMS DE LA PATIENTE :

N° DU DOSSIER :

PROFESSIONS :

ADRESSE :

NOM ET PRENOM DU MARI :

CHARACTERISTIQUES DE LA PATIENTE :

AGE :

LIEU D'ORIGINE :

RESIDENCE : 1/ Urbaine

GROUPE ETHNIQUE 2/ Rurale

1) Bambara 2) Peulh 3) Sénoufo

4) Sarakolé 5) Songhoï 6) Malinké

7) Dogon 8) Bobo 9) Autres

ETAT CIVIL :

1) Mariée 2) Célibataire

3) Veuve 4) Divorcée

Niveau d'Alphabétisations : (niveau supérieur

1) Français (niveau secondaire

(niveau primaire

2) Langues Nationales (à préciser)

Excision :

1) non

2) oui

Type :

type I : ablation du capuchon du clitoris :

type II : + ablation totale ou partielle des petites lèvres et du clitoris

type III: II + oblitération de l'orifice vaginal

I Conséquences Immédiates de l'Excision :

1) non

2) oui

1 - 1 Hémorragie :

1) non

2) oui

- Type :
- 1) Hématocolpos
 - 2) Hémorragie externe
 - continue
 - récidivante
 - durée (à préciser)
 - moins d'une journée
 - une journée
 - plus d'une journée
 - conséquences
 - ni anémie ni choc
 - anémie
 - anémie et choc
 - traitement reçu :
 - aucune transfusion
 - transfusion (à préciser)
 - hémostase chirurgicale
 - hémostase médicale
 - hémostase traditionnelle
 - transfusion + hémostase chirurgicale

1 - 2 - Infection Générale :

- 1) non
- 2) oui

- Type :
- 1) leucorrhée
 - 2) leucorrhée + douleurs vaginales
 - 3) leucorrhée + douleurs vaginales + hyperthermie
 - 4) leucorrhée + douleurs vaginales + hyperthermie + rétention aiguë d'urine
 - 5) Autre (à préciser)

Traitement reçu :

Antibiotique avant la consultation :

.../...

1) aucun 2) à type de couverture

Traitement en milieu hospitalier

Traitement médical (à préciser) Traitement chirurgical + médical

1 - 3 - Accidents mortels :

1) mort instantanée 2) hémorragie 3) septicémie 4) tétanos 5) Autres

II Conséquences à long terme :

1) non 2) oui

Type :

2 - 1 - Troubles de règles : 1) non 2) oui

1) aménorrhée

1) non primaire 2) oui secondaire 2) diminution durée des règles 3) diminution quantité des règles 4) dysmenorrhée 5) diminution durée des règles + dysmenorrhée 6) diminution quantité des règles + dysmenorrhée 7) autres (à préciser) 8) cycles régulier irrégulier

2 - 2 - cicatrices cutanées et leurs conséquences

1) non

2) oui

Type de cicatrices

- 1) kystes dermoïdes
- 2) chéloïdes
- 3) brides
- 4) autres (à préciser)

Douleurs

- 1) non
- 2) oui
- spontanée
- dyspareunie

2 - 3 - Stérilité :

- 1) non secondaire
- 2) oui primaire

causes éventuelles
à préciser

- infibulation
- infection pelvienne chronique
- hydrosalpinx
- autres

2 - 4 - Troubles urinaires :

- 1) non
- 2) oui

Type : dysurie

infection urinaire

autres (à préciser)

2 - 5 - Infection pelvienne chronique :

- 1) non
- 2) oui

Type : 1) érosion infectée du col de l'utérus

2) ulcération du col

3) salpingite

4) obstruction tubaire

5) hydrosalpinx 6) autres

2 - 6 - Complications obstétricales :

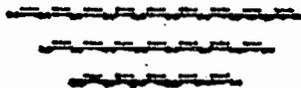
1) non 2) oui a) durée du travail moins de 12 heures plus de 12 heures b) inertie utérine c) fistule vesico-vaginale d) fistule recto-vaginale e) prolapsus utérin f) déchirure du périnée : 1) non 2) oui Type : 1) simple 2) compliquée 3) complexe

1 - déchirure simple : déchirure de la peau périnée

2 - déchirure compliquée : 1 + atteinte sphinctérienne

3 - déchirure complexe : 2 + atteinte de la muqueuse rectovaginale

2 - 7 - Conséquences psychologiques :

1) Perception d'une atteration de l'état physique du corps 2) Amoindrissement de la libido 3) Diminution du plaisir sexuel 

-BIBLIOGRAPHIE-

8 BIBLIOGRAPHIE

1-ANONYME:

"Les mutilations sexuelles féminines infligées aux enfants"
Conférence de Presse de Terre des Hommes, Genève, 1977, p 6-7.

2-ANONYME:

"Femmes: le poids des traditions"
Afrique Nouvelle n°1807, Paris, 22 au 28 Février 1984.

3-ANONYME:

"L'excision, médicalement nocive, culturellement discutable"
Essor n° 9607, Bamako, 29 Mai 1985.

4-ANONYME:

"Les mutilations sexuelles féminines"
Amina spécial fin d'année n°24, Paris, 1988, p 22-24.

5-ANONYME:

"L'excision: évaluation critique"
Journal trimestriel des droits de l'homme,
Human Right Quaterly, volume 10, n°4, 63 p., 1989.

6-ANONYME,

"Non aux mutilations sexuelles",
Dossier, Croissance des jeunes nations 320,
Paris, Octobre 1989, p.15 à 22.

7-ASSAD, F

"Plein feu sur la mutilation sexuelle des femmes"
Forum OMS n°4, Genève, 1982, p 443-445.

8-AUFFRET S.,

"Des couteaux contre des femmes"
Edition des femmes, Paris, 1982, 299 p.

9-BAASHER T.,

"Aspects psychosociaux de la circoncision féminine"
Rapport présenté au 5ème congrès d "Obstétrical and
gynaecological society of Soudan, Khartoum, 1972.

10-COMITE INTERAFRICAIN,

"Rapport du séminaire régional sur les pratiques traditionnelles
ayant effet sur la santé des femmes et des enfants en Afrique"
Addis Abeba, 6-10 Avril 1987.

11-COMITE INTERAFRICAIN

"Sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des
femmes et des enfants"
Bulletin n°5, Lausanne, 1988, p.13.

12-COMITE MEDICO-SOCIAL POUR LA SANTE DES MIGRANTS:

"Dossier excision"

Etudes et documents sur le milieu migrant, Paris, 1984.

13-COMMISSION DES DROITS DE L'HOMME:

"Rapport du groupe de travail sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants"

Rapport de la 42ème session, 3 Février au 14 Mars 1986.

14-COURS DE FORMATION A L'INTENTION DU PERSONNEL MEDICAL

"Conséquences de la circoncision féminine"

5ème module, Polycopié, 1982, p 25.

15-DEMBELE Agnès,

"Quelques coutumes qui nuisent à la santé de la femme: l'excision, l'infibulation".

Mémoire de l'ENSUP, Bamako, 1985, 92 p.

16-DIALLO Assitan,

"L'excision en milieu Bambara",

Mémoire de l'ENSUP, Bamako, 1978, 62 p.

17-DIETERLEN Germaine,

"Essai sur la religion bambara",

Institut de Sociologie, Anthropologie Sociale, Editions de l'Université de Bruxelles, 2ème édition, Liège, 1987, 260 p.

18-DOLO Katy,

"Etude des attitudes et des comportements des parents et des filles du district de Bamako vis à vis de l'excision féminine"

Mémoire de fin d'Etude de technicien supérieur en soins infirmiers, CUSS de Yaoundé, 1989, 125 p.

19-ERLICH M.,

"La femme blessée"

Essai sur les mutilations sexuelles féminines,

Paris, édition L'harmattan, 1986, 326 p.

20-ERNY P.,

"Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique Noire.

Naissance et première enfance"

L'harmattan, Editions de l'école 1972.

21-GLEVICZKY A,

"Les mutilations sexuelles féminines, le mariage précoce"

Sentinelles CCP, Lausanne, 1980, p 5-7.

22-GREGOIRE A., OBERTIN S.,

"Précis d'anatomie"

Ed. J.B Bailliére, Tome 2, Paris, 1973, p.445-467.

23-GRIAULE M,
"Dieu d'Eau"
Editions Fayard, Paris, 1966.

24-GROULT B.,
"Ainsi soit-elle"
Grasset, Paris, 1975, 221 p.

25-HOSKEN F,
"Les mutilations sexuelles féminines"
Edition Denoël/Gontier, Paris, 1983, p.6, 33, 44-45, 53-57, 72-73,
194-195.

26-KAISER E,
"Les mutilations sexuelles féminines et leur abolition, une lutte
africaine"
Sentinelles CCP, Lausanne, 1983, p 14, 28-29, 31, 36-37,

27-LEMSINE A.,
"des femmes arabes parlent"
Encre, Paris, 1983.

28-LEULIETTE P.,
"Le viol des viols"
Ed. Robert Laffont, Paris, 1980.

29-MAIGA Lalla Mint Dah,
"Conséquences gyneco-obstétricales de l'excision chez la femme
maliennne",
Document de recherche polycopié, Dakar, 1984, 61 p.

30-MALINAS C.T, MALINAS Y,
"Le comportement sexuel",
Edit. Masson, Paris, 1980, 118 p.

31-MINDRITY RIGHTS GROUP
"Circoncision, excision et infibulation des femmes-Faits et
propositions pour changer ces pratiques",
Rapport n°47, Londres, 1981.

32-OMS-MINISTERE DE LA SANTE DU SENEGAL
"Rapport du Séminaire sur les pratiques traditionnelles ayant
effet sur la santé des femmes et des enfants",
Dakar, 1984.

33-OMS/EMPRO
"Les pratiques traditionnelles qui nuisent à la santé des femmes
et des enfants",
Publication technique n°2 (rapport séminaire de Khartoum
du 10 au 15 Février 1979), Alexandrie, 1979, p 41-135

34-PUBLICATION DU COMITE INTERAFRICAIN

"Sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants"

Rapport d'un séminaire tenu à Khartoum du 10 au 15 Février, Khartoum, 1987, p 151.

35-RICHARD J, TRANJER Th., ANSIEAU J.P., BROUILLARD A.,

"Excision et infibulation à Djibouti",

Médecine d'Afrique Noire tome 36 n°10, Paris, Octobre 1989, p.784-787.

36-ROUVIERE H.,

"Anatomie du tronc"

Tome 2, 11ème édition, Ed. Masson, Paris, 1978, p.587-632.

37-SAUREL Renée,

"L'enterrée vive"

Edition Slatkine, Paris, 1981.

38-THIAM Awa,

"La parole aux négresses",

Edition Denoël/Gontier, Paris, 1978, p 91-93, 139.

39-TOURE C.

"Essai sur la féminité bambara (Mali): des conduites traditionnelles aux pratiques modernes face à l'infécondité".
Thèse de Doctorat en Sciences Sociales Appliquées au Développement, Tours, 1988.

40-UNFM

"L'excision, l'avortement, les filles mères, l'infanticide"

Rapport final du séminaire à caractère sous régional tenu à Bamako du 21 au 25 Janvier, Bamako, 1985, p 5, 9, 23-24.

41-UNFM:

"Compte rendu du séminaire de Dakar",

Mali musow n°6, Bamako, 1984.

42-VINCENT T, LUNEAU L,

"La terre africaine et ses religions"

Série anthologie Sciences humaines et sociales,
Edition Librairie Larousse, Paris, 1976, p.38-42.

Nom: DIALLO

Prénom: Habibatou

Titre de la Thèse: Aspects socio-sanitaires de l'excision au Mali.

Année Universitaire: 1988-1989.

Ville de soutenance: Bamako.

Pays d'origine: Mali.

Lieu de dépôt: Bibliothèque de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie.

Secteur d'intérêt: Santé Publique.

RESUME:

Cette étude non seulement apporte une mise au point sur les connaissances actuelles concernant l'excision, mais de plus comporte une description détaillée des techniques employées en milieu traditionnel au Mali, qui permet notamment d'incriminer cette pratique dans la transmission du Sida.

Une étude comparative entre 327 femmes excisées et 160 non excisées a permis de retenir le rôle de l'excision en tant que facteur de risque d'infections génitales et de dyspareunies.

L'étude d'une série appariée de 67 femmes excisées et non excisées a prouvé la responsabilité de l'excision dans la survenue des déchirures du périnée lors de l'accouchement et des troubles urinaires.

Une enquête auprès des agents de santé de l'ensemble du Mali a permis de recenser 39 décès directement imputables à l'excision, qui, sans avoir de valeur statistique, prouvent la gravité de cette pratique.

Mots clés:

Excision, Infections urinaires, déchirures du périnée, sexualité, mortalité infanto-juvénile, Sida.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre 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 passent, 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 la 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 leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et mépris de mes confrères si j'y manque.