

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021 N°.....

THESE

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET
PRATIQUES EN MATIERE DE MUTILATIONS
GENITALES FEMININES (MGF) PAR LES
USAGERS ET LES PRESTATAIRES DE SANTE
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE
LA COMMUNE I**

Présentée et soutenue publiquement le 14 / 01 / 2022 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M.DIARRA IBRAHIMA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

Jury

Président : Pr Bakary Tientigui Dembélé

Membre : Dr Bocoum Amadou

Dr Sangho Oumar

Co-Directeur : Dr Traoré Alassane

Directeur : Pr Traoré Youssouf

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A Allah, le miséricordieux et le tout puissant

Toi qui nous assiste de la naissance au jour dernier ; Toi qui par ta grâce ce travail a pu être réalisé. Merci de m'avoir donné la force et le courage d'arriver jusqu'ici et pour tout ce qui est à venir, car nous ne sommes que les exécutants de ta volonté.

A toutes les mères singulièrement celles qui ont perdues la vie en donnant la vie.

A toutes les femmes qui ont perdues leur produit de conception en voulant donner la vie.

A toutes les femmes victimes, des difficultés de la grossesse et de l'accouchement.

Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant naissance.

A mon beau pays le Mali : dont la génération m'a parmi d'avoir une scolarité aussi poussée que j'ai souhaité. Que Dieu me donne la force, le courage et surtout le temps nécessaire pour pouvoir le servir avec la loyauté et dévouement exemplaire.

A la mémoire de ma mère Awa BERTHE

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

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

A mon père Dassé dit Abdoulaye DIARRA : Homme très observant, responsable et très éducateur. Tu nous as enseigné le courage, le respect envers les autres et l'amour du travail. Les mots me manquent pour te dire combien tu représentes pour moi. Que Dieu le tout puissant te garde longtemps près de nous.

REMERCIEMENTS

A la mémoire de ma tante Kafounè COULIBALY

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

A mes frères et mes soeurs

Samba DIARRA, Diakaridia DIARRA, Mohamed DIARRA, Soumaila DIARRA, Daouda DIARRA, Fatoumata DIARRA, Rokia DIARRA, Mariam DIARRA, Koyi DIARRA, Djenèbou DIARRA : c'est en rassemblant les briques que l'on monte un mur. Restons donc unis et solidaires pour un amour et un bonheur éternel. Sachez que jamais je ne faillirai à mon devoir de répondre à vos appels sans condition et sans délai. Ce travail est le résultat de vos prières, je vous dis sincèrement merci.

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

A ma chère femme Salimata dite koutan SANOGO

Je ne saurais assez te remercier pour ton amour incommensurable, tes encouragements, ta compréhension, et surtout pour ta patience durant ces moments difficiles que nous avons connus. Ton soutien et ton affection ont été cruciaux à la réussite de ce travail. Mon amour profond et ma profonde reconnaissance. Puisse ALLAH le tout puissant te rendre à tes souhaits tout ce dévouement dont tu fais preuve pour notre bien-être. Qu'il solidifie notre union, nous gratifie d'enfants bénis et nous d'une entente la plus parfaite tout au long de notre vie. Amen

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

A mon cher ami Oumar dit Daniel DIABATE :

Ton dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et prier pour moi. Un remerciement sincère particulier pour tous vos efforts fournis.

A tous les internes du CSRéf CI et particulièrement mon équipe de garde :

**Dr Djenfa COULIBALY, Dr Alhassane DIABATE, Mamoudou BANOU,
Daouda SANOGO**

Merci pour la franche collaboration, la chaleur, la confiance et l'estime tout au long de notre séjour.

A toutes les sages-femmes et infirmières stagiaires de notre équipe de garde.

Mes maitres médecins :

Modibo DICKO, Yacouba SYLLA, Mamadou KEITA, Boukary KONE

Pour la qualité de l'enseignement et la disponibilité constante tout au long de notre formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères pour vos bonheurs et la réussite dans toutes vos entreprises.

Aux sages-femmes du CSRéf CI du district de Bamako

Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration.

Aux anesthésistes et aux aides de bloc du CSRéf CI du District de Bamako

La disponibilité et le sens élevé du travail qui vous caractérisent, forcent l'admiration. Sincère remerciement à vous.

Tous les professeurs qui m'ont enseigné du cycle fondamental à l'université.

A mon pays, le Mali

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Pr Bakary Tientigui DEMBELE

- **Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Chargé des formations Ibode à INFSS**
- **Membre de la société de chirurgie du MALI(SOCHIMA)**
- **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone**

Cher maitre,

Vous nous faites un grand privilège en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre abord facile, votre amour pour le travail bien fait, et étendue de vos connaissances scientifiques font de vous un maitre admiré de tous.

Recevez ici cher maitre l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY,

Dr Oumar SANGHO

- **Maitre-Assistant de la Faculté de Pharmacie / USTTB**
- **MD, MPH, PhD.-Epidemiology**
- **DIU 3^è cycle en « Organisation et Management des systèmes Publics de prévention vaccinale dans les Pays en développement »**
- **Titulaire d'un Certificat de Promotion de la santé**
- **Chef section Planification et Etude à L'ANTIM, Bamako**
- **Membre de CFSP**
- **Membre d'ADELFI et SOMASAP**

Cher maitre,

Nous avons été marqués par la promptitude avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Nous nous souviendrons toujours de votre sympathie, votre gentillesse et votre esprit critique qui font de vous un maitre admiré de nous. Soyez en remercié pour tout et que le Dieu tout puissant vous aide dans la suite de vos travaux.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY,

Docteur : Amadou BOCOUM

- **Maitre-assistant en gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au service de Gynécologie-Obstétrique du CHU Gabriel TOURE,**
- **Titulaire d'un diplôme interuniversitaire d'échographie en gynécologie et obstétrique en France**
- **Titulaire d'un diplôme interuniversitaire de coelioscopie en gynécologie en France**
- **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie en gynécologie obstétrique de l'université Paris Descartes**
- **Membre de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO)**
- **Secrétaire général adjoint de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO).**

Cher maître,

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury de thèse et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail, votre simplicité et votre modestie font de vous une personnalité remarquable.

Veillez accepter cher maitre nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Alassane TRAORE

- **Maitre-Assistant à la faculté de Médecine et d’Odonto-Stomatologie (FMOS)**
- **Médecin spécialiste en Gynécologie-Obstétrique,**
- **Chef de service de gynécologie de l’hôpital du Mali,**
- **Membre de la société malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO)**
- **Membre de la société de chirurgie au Mali (SOCHIMA),**

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre franc parlé, votre rigueur scientifique et votre grande expérience dans la pratique gynécologie-obstétrique font de vous un encadreur remarquable.

Vos richesses intellectuelles et humaines, votre modestie nous ont marqué tout au long de notre passage dans votre service.

Veillez accepter cher maitre nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Youssouf TRAORE

- ***Professeur titulaire en Gynécologie Obstétricale à la FMOS**
- ***Praticien gynécologue-obstétricien au service de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel TOURE**
- ***Président de la société malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO)**
- ***Vice-président de la société Africaine de Gynécologie-Obstétrique (SAGO)**
- ***Modérateur national et expert sur le PTME et SONU au Mali,**
- ***Titulaire d'un diplôme universitaire « Méthode de recherche clinique et épidémiologie » de Bordeaux II,**
- ***Membre de la société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- ***Enseignant chercheur,**

Cher maitre,

Tout le plaisir est pour nous de vous avoir comme directeur de thèse.

Malgré vos multiples responsabilités, vous avez accepté sans réserve de diriger ce travail. Vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la gynécologie-obstétrique au Mali, vos compétences et la qualité de votre enseignement font de vous un maitre de référence.

Abréviations

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

ASDAP : Association de Soutien au Développement des Activités de Population

CI-AF : Comité Interafricain sur les pratiques traditionnelles Ayant effet sur la

C.S.Ref : Centre de Santé de Référence

C.S.COM : Centre de santé communautaire

E.D.S : Enquête Démographique et de Santé

FVV : Fistule vésico-vaginale

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

I.S.T : Infection sexuellement transmissible

INED : Institut National d'Etude Démographique

I.E.C : Information Education Communication santé des Femmes et des enfants

M.S.T : Maladie sexuellement transmissible

MGF : Mutilations génitales féminines

ONG : Organisation Non Gouvernementale

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé

OGE : Organes Génitaux Externes

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

SIDA : Syndrome immunodéficience acquis

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

VIH : virus immunodéficience humaine

Table des matières

Président : Pr Bakary Tientigui Dembélé	1
I. INTRODUCTION :	12
II -OBJECTIFS	14
III GENERALITES :	15
1.1 DEFINITION :	15
1.2 HISTORIQUE :	15
1.3 Epidemiologie :	17
1.3.1 Incidence :	17
1.4 Les différents types d'excision.....	22
1.5 Les complications.....	22
1.5.1 Les complications immédiates	23
1.5.2 Les complications à long terme	24
1.5.3 Traitements des complications:	25
IV- METHODOLOGIE :	27
1.6 Cadre d'étude : Notre étude s'est déroulée à la maternité du centre de santé référence de la commune I du district de Bamako.....	27
1.7 Caractéristiques sanitaires de la commune I :	27
1.8 Type d'étude : Il s'agissait d'une étude transversale, prospective et descriptive.	27
1.9 Période d'étude :	27
1.10 Population d'étude : Il s'agit de.....	27
1.11 Le recueil des données :	28
1.12 Déroulement de l'étude :	28
1.13 Saisie des données : la saisie des données a été effectuée sur logiciels Microsoft Word et Excel Office 2019, l'analyse des données a été faite avec le logiciel SPSS version 25.....	28
1.14 Aspects éthiques :	28
V- RESULTATS	29
1.15 Fréquence :	29
1.16 Connaissances et attitudes des usagers et prestataires	29
1.17 -Connaissances et pratiques des usagers par rapport à la MGF.....	30
1.18 -Caractéristiques sociodémographiques des prestataires.....	37
1.19 -Connaissance des prestataires par rapport à la MGF	38
1.20 -Attitude des prestataires face aux MGF.....	41
VI- COMMENTAIRE ET DISCUSSION :	44

1.21	Approche méthodologie :	44
1.22	Prévalence :	44
1.23	Connaissances des usagers et des prestataires par rapport à la MGF :.....	44
1.24	Attitudes des usagers et prestataires :	45
1.25	Pratiques :.....	46
VII CONCLUSION.....		48
VIII-RECOMMANDATIONS :.....		49

I. INTRODUCTION :

Les mutilations génitales féminines recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales [1].

Les mutilations génitales féminines n'ont aucun avantage connu pour la santé. Au contraire, on sait qu'elles sont préjudiciables à bien des égards aux filles et aux femmes. En premier lieu et avant tout, elles sont douloureuses et traumatisantes. L'ablation de tissus génitaux normaux et sains entrave le fonctionnement naturel de l'organisme et à diverses conséquences immédiates ou plus durables sur la santé [2].

En 1931, elle est dénoncée pour la première fois par Séquiera qui démontre sa nocivité médicale [3]. A la suite de celui-ci, l'excision est Désignée comme une pratique mutilante par l'ensemble du corps médical européen [3]. Shandall (1967) Verzy (1975) et Hoskin (1978) présentent l'excision comme une lésion des organes sexuels et reproducteurs de la femme susceptible d'entraîner une morbidité ou une mortalité immédiate ou d'interférer plus tard dans les fonctions sexuelles et reproductives de la femme [3].

Selon l'UNICEF, plus de 200 millions de femmes et de filles dans le monde ont été victimes de mutilations génitales, et 8.000 filles risquent d'être excisées chaque jour [4].

Les mutilations génitales féminines (MGF) sont pratiquées dans au moins 28 pays africains, ainsi que chez certains pays de l'Asie du Sud-est (Indonésie, Malaisie) et chez certains immigrants originaires de ces pays et régions vivant en Europe, en Amérique du Nord et en Australie [5,6].

Certains pays interdisent formellement l'excision au nom du respect des Droits de l'homme, du respect de la personne humaine et de la protection de l'enfance [7,8].

Les MGF est une pratique culturelle de la société malienne. Sa prévalence reste élevée. Elle est respectivement de 85% et 89%, selon Enquête Démographique et de Santé (EDSM-V) et (EDSM-VI), dont 54 % des mutilations sont pratiquées avant la première année de l'enfant [9,10].

Les MGF sont pratiqués pour diverses raisons socioculturelles, qui varient d'une région à une autre et d'un groupe ethnique à un autre, la principale étant que cela fait partie de l'histoire et de la tradition culturelle de la communauté [2].

Le gouvernement malien, tout en admettant la nécessité d'adopter une loi interdisant et réprimant les mutilations génitales féminines, a privilégié la sensibilisation et l'éducation des populations à l'adoption de mesures répressives dont l'application sur le terrain ne sera garantie sans l'adhésion de l'ensemble des composantes de la société [11].

Malgré les efforts déployés par les ONG, les associations et les pouvoirs publics les mutilations génitales restent très ancrées et très répandues dans le pays. Pour une compréhension du problème nous avons initié cette étude pour évaluer les connaissances, attitudes et pratiques en matière de mutilations génitales féminines par les usagers et par les prestataires de santé au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

II -OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL :

Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques en matière de mutilations génitales féminines par les usagers et par les prestataires de santé au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- 1-Determiner les connaissances des usagers par rapport à la mutilation génitale féminine.
- 2-Determiner les connaissances des prestataires par rapport à la mutilation génitale féminine.
- 3-Identifier les attitudes et pratiques des prestataires face aux mutilations génitales féminines.

III GENERALITES :

1.1 DEFINITION :

Les mutilations génitales, appelées aussi mutilations sexuelles féminines, désignent « toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques » [12]

1.2 HISTORIQUE :

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

Erlich signale [13] que René Nelly, dans « érotique et civilisation » estime que chez les Egyptiens, l'excision remonte à 5000-6000 ans avant J.C. 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'Egypte, l'Ethiopie, la Syrie et la Perse. Cette thèse est confirmée par la découverte de momies excisées.

Dans le monde arabe, l'excision existait avant l'avènement de l'islam, ainsi que le confirment des textes de Aetius d'Aida [13] ; 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.

Fabrice d'Acquapendente (1949) estime qu'il y a trois motifs à l'excision chez les Egyptiens :

- 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 leur insatiabilité.

Il apparaît que plusieurs théories ont cherché à expliquer le pourquoi de l'excision :

1.3 Epidemiologie :

1.3.1 Incidence :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 100 à 140 millions de filles et de femmes dans le monde vivent en subissant les conséquences d'une MGF ; environ 3,3 millions de filles risquent chaque année d'être mutilées sexuellement ; dans les 28 pays où existent des données nationales de prévalence (27 en Afrique et au Yémen), plus de 101 millions de filles de plus de 10 ans souffrent actuellement des séquelles de MGF [15].

Dans les 28 pays africains, le taux de prévalence varie entre 5 et 98%. Les pays où le taux est le plus élevé sont : la Somalie, Djibouti, l'Égypte, le Soudan, l'Érythrée, la Sierra Leone, Burkina-Faso, le Mali Dans ces pays, le taux dépasse les 70% [16].

1.3.1.1 Facteurs :

Les facteurs de risque les plus couramment associés au fait de subir une MGF ou de forcer une jeune fille à subir cette pratique sont d'ordre culturel, religieux et social et comprennent :

La pression sociale, qui incite à se conformer aux attentes des pairs ; la perception de la MGF comme un devoir nécessaire pour éduquer convenablement une jeune fille et la préparer à l'âge adulte et au mariage ;

la supposition que la MGF diminue le désir sexuel des femmes, et donc préserve la virginité pré-nuptiale et empêche la promiscuité ; l'association de la MGF à l'idée de propreté (hygiénique, esthétique et morale), notamment la croyance que s'il restait intact, le clitoris pourrait devenir trop grand ; la conviction des femmes, dans certains cas rares, que la MGF améliore le plaisir sexuel masculin et la virilité et, encore plus rarement, que la MGF faciliterait l'accouchement en améliorant la capacité des femmes à tolérer la douleur de l'accouchement parce qu'elles auraient déjà vécu et appris à surmonter la

douleur de la MGF; la conviction que les MGF sont encouragées ou exigées par la religion, ou qu'elles facilitent le respect des attentes religieuses en matière de servitude sexuelle ; l'idée que les MGF sont une tradition culturelle importante qui ne doit pas être remise en cause ni abandonnée, et surtout pas par des personnes extérieures à la communauté. [15]

1.3.1.1.1 Rappel anatomique :

L'appareil génital de la femme se compose de 2 grandes parties : [19]

Les organes génitaux internes(les ovaires utérus et les trompes)

Les organes génitaux externes(le vagin et la vulve)

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

1.3.1.1.1.1 La vulve

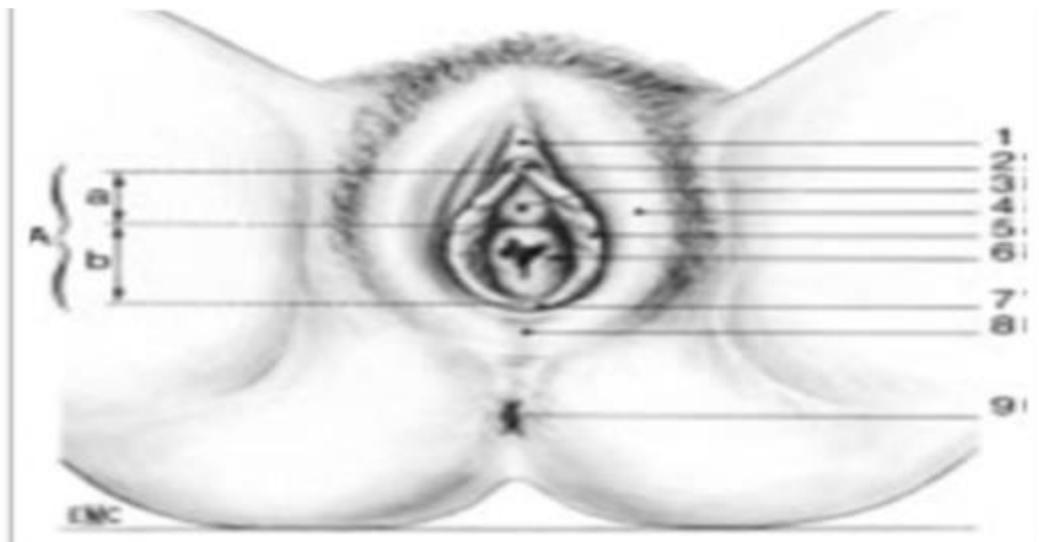


Figure 2 : Vulve en position gynécologique.

A : Vestibules : a vestibule urinaire ; b vestibule vagin

1= prépus du clitoris 2=gland du clitoris, 3=ostium externe de l'urètre

4=grande lèvre 5=petite lèvre 6=orifice vaginal

7=frein des lèvres 8=commissure postérieure des lèvres 9=anus

La 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 côté 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 : mont de vénus. A la vulve sont annexées deux glandes de Bartholin.

1.3.1.1.2 Les grandes lèvres

Ce 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 inter labial. 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. Au point de vue histologique on distingue :

- La peau
 - Une couche graisseuse
 - Une membrane fibro-élastique
- une deuxième couche adipeuse

1.3.1.1.3 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 former le capuchon, tandis que les replis postérieurs s'unissent au-dessous de lui pour 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.

1.3.1.1.1.4 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. Le clitoris se termine par une extrémité arrondie : le gland du clitoris.

- Les enveloppes : Il s'agit :

La peau : elle forme le capuchon du clitoris. Elle est bridée en dessous par le frein, sur la ligne médiane duquel se trouve une banquette 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 : Fascia clitoridien :

Il est semblable au fascia du pénis, les glandes de Bartholin sont situées de chaque côté de la moitié postérieure du vestibule. Le clitoris est solidement fixé en arrière par ses piliers sur les branches ischio pubiennes, et en avant au niveau de son coude, par un suspenseur. Celui-ci se détache de la symphyse pubienne et de la ligne blanche, descend vers le clitoris, se dédouble à son contact pour le contourner latéralement et se reconstituer au-dessous de lui.

➤ Rappports :

Les piliers du clitoris en dedans avec les muscles ischio-caverneux. Le gland est recouvert par un repli cutané, dépendant des petites lèvres : c'est le prépuce du clitoris. Sur la face postérieure du corps se fixent deux petits replis labiaux qui forment le frein clitoridien. Le gland est libre.

1.3.1.1.1.5 Le mont de venus

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

1.3.1.1.1.6 Innervation

Le mont du pubis et le tiers antérieur des grandes lèvres sont innervés par les branches génitales des nerfs ilio-hypogastrique, ilio-inguinal et génito-fémoral. Les 2/3 postérieurs des grandes lèvres sont innervés par des branches du nerf honteux interne. Parfois le territoire périnéal de la branche génitale du nerf petit sciatique déborde sur la partie moyenne des grandes lèvres. Les petites lèvres sont innervées par les rameaux superficiels et profonds du nerf périnéal. Ces filets nerveux se terminent dans le chorion de la muqueuse des petites lèvres. Le bulbe reçoit des rameaux profonds du nerf périnéal. Sur la face dorsale du clitoris cheminent les nerfs dorsaux du clitoris, branches du nerf honteux interne. Les rameaux terminaux de ces nerfs aboutissent à différents extérocepteurs : les corpuscules de Pacini, de Meissner, de Kraus se, de Finger ou corpuscules de la volupté etc. Les récepteurs thermiques, corpuscules de Ruffin (chaleur et douleur) et corpuscules de Kraus se (froid). Les barorécepteurs, corpuscules de Meissner et de Pacini (tact appuyé), disque de Merkel (tact léger, caresses). Le nombre et la variété de ces extérocepteurs vont croissant des petites lèvres au gland clitoridien. Celui – plus richement Innervé que son homologue masculin, présente des formations en massue décrites sous le nom de corpuscules de la volupté de Kraus – Finger. Les nerfs vaso-moteurs proviennent du plexus sympathique hypogastrique et accompagnent les artères jusqu'aux organes érectiles.

Les corps érectiles : Ils reçoivent leurs filets vasomoteurs du sympathique.

1.3.1.1.1.7 Vaisseaux de la vulve

➤ Les artères :

Elles 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 caverneuses ; Bulbaire et bulbo- Urétrale et dorsale du clitoris venus de la honteuse interne.

- Les veines : Elles ont des territoires analogues aux artères.
- Les lymphatiques : Ils vont aux ganglions inférieurs superficiels (groupe supéro- interne). Seuls les lymphatiques du gland clitoridien vont aux ganglions inguinaux profonds et recto cruraux.

1.3.1.1.1.8 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. Ils présentent 2 faces : une face antérieure et une face postérieure. La première répond dans ses deux tiers supérieurs à la vessie et à la portion terminale des deux uretères. 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. [19]

1.4 Les différents types d'excision

Selon l'OMS [17], 4 types existent :

Types I : Excision du prépuce avec ou sans ablation partielle ou totale du clitoris.

Types II : Excision du prépuce et du clitoris et ablation partielle ou totale des petites lèvres.

Types III : Excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture rétrécissement de l'orifice vaginal (Infibulation).

Types IV : Interventions non classées : piqûres, perforation ou incision du clitoris et /ou des petites et des grandes lèvres ; étirement du clitoris et / ou des lèvres ; cautérisation par brûlure du clitoris et du tissu avoisinant ; grattage de l'orifice vaginal ou incision du vagin ; introduction de substances corrosives dans le vagin pour provoquer des saignements ou introduction de plantes dans le vagin pour resserrer ou rétrécir le vagin ; tout autre.

1.5 Les complications

Selon l'OMS, les mutilations sexuelles féminines sont un acte délibéré qui entraîne des dommages importants pour la fillette et pour la femme. Les femmes

qui subissent les formes les plus graves sont les plus exposées aux complications.

1.5.1 Les complications immédiates

➤ L'hémorragie

L'hémorragie est un résultat immédiat fréquent et presque inévitable. Lors de l'ablation du clitoris, l'artère clitoridienne, dont la pression est élevée, est sectionnée. Une hémorragie peut également se produire après la première semaine lorsque la croûte formée sur la plaie au niveau de l'artère se détache généralement en raison d'une infection. L'ablation des petites et /ou des grandes lèvres endommage aussi les artères et les veines. Les saignements importants peuvent entraîner un état de choc, ou un décès soudain en cas d'hémorragie massive. Des pertes de sang importantes peuvent entraîner une anémie chronique.

➤ Le choc

Le choc est dû non seulement aux saignements mais aussi à la douleur aiguë et à la peur. La plupart des mutilations sont pratiquées sans anesthésie.

➤ L'infection

L'infection due aux mauvaises conditions d'hygiène et à l'utilisation d'instruments non stérilisés ou rudimentaires est une conséquence courante de l'opération. Elle peut également être consécutive aux remèdes traditionnels appliqués pour faire cicatriser la plaie. L'infection peut se propager par voie interne à l'utérus, aux trompes et aux ovaires entraînant des infections pelviennes et la stérilité. Les infections comprennent le tétanos généralement mortel, et la septicémie aussi potentiellement mortelle, l'hépatite B et VIH/SIDA.

➤ La rétention d'urine

Pouvant durer plusieurs heures à plusieurs jours est une complication immédiate fréquente des mutilations sexuelles. Elle est due à la douleur à l'appréhension

d'uriner sur la plaie à vif à la tuméfaction de la plaie à l'inflammation ou à une lésion de l'urètre. La rétention d'urine entraîne souvent des infections des voies urinaires. L'utilisation d'instruments rudimentaires, le manque de lumière, l'incompétence de l'opérateur ou les mouvements de la fillette qui se débat peut entraîner des lésions des organes de voisinage, par exemple de l'urètre, du vagin du périnée ou du rectum et par la suite des incontinences.

- Les fractures et luxations : il n'est pas rare d'assister à ses fractures ou luxations lors de ses néfastes pratiques par la force de traction-résistance de l'excisée face aux exciseuses.

1.5.2 Les complications à long terme

-Les infections chroniques des voies urinaires :

Les infections chroniques des voies urinaires basses infligées au cours de la mutilation ou consécutives à des complications. Elles sont particulièrement fréquentes à la suite d'infibulation.

- Les fistules

Pouvant être recto vaginales ou vésico vaginales se forment à la suite de traumatisme subi lors de la mutilation elle-même, de la désinfibulation ou de la réinfibulation, des rapports sexuels ou d'un travail dystocique.

- Les séquelles anatomiques
 - Les cicatrices chéloïdes
 - Les kystes dermoïdes
 - Des neurinomes peuvent se former à l'emplacement où le nerf dorsal du clitoris a été sectionné. Toute la sphère génitale est le siège de douleurs permanentes et insupportables.
- Les séquelles physiologiques
 - La dyspareunie : Les rapports sexuels douloureux consécutifs à une clitoridectomie et plus encore à une infibulation peuvent entraîner des dysfonctionnements sexuels affectant les deux

partenaires. La pénétration est parfois difficile voire impossible. La dysménorrhée survient souvent à la suite d'une occlusion partielle ou totale du vagin. Un hémocolpos peut se former du fait de la rétention du sang menstruel.

➤ Les conséquences obstétricales

D'après Maïga L. [20] un groupe de sages-femmes maliennes déclare que l'excision serait responsable de :

- Déchirures périnéales (63%)
- Difficultés de réparation du périnée (58%)
- Fistules vésico- vaginales (11%).

➤ **Les séquelles psychologiques**

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

1.5.3 Traitements des complications:

Médical : Par l'utilisation des antibiotiques et des antiseptiques, antalgiques et même psychologique.

Chirurgical : Dés infibulation et Kystectomie vulvaire

#Technique : La patiente en position gynécologique après l'anesthésie générale ou le rachis selon l'indication. Après badigeonnage de la partie vulvaire, on procède à un cathétérisme urétral puis une incision médiane pour élargir l'orifice vaginale. Et de même, après incision sur ou résection du kyste vulvaire puis suture d'hémostase.

Obstétricales :

-Déchirures vulvo-périnéales

Le diagnostic se fait à l'examen sous valve et à l'inspection du périnée.

La prise en charge se fait en fonction du degré de la déchirure.

*Dans les déchirures incomplètes (1^{er} et 2^{ème} degré) :

La réparation se fait en 3 plans selon l'anatomie du périnée.

1er temps : la suture de la muqueuse vaginale par le vicryl 2/0 en surjet simple à partir du point apical de la déchirure vers l'orifice vaginal.

2ème temps : suture de la musculature en surjet ou par des points simples.

3ème temps : suture de la peau par du fil non résorbable en points simples ou séparés.

*Dans les déchirures complètes ou compliquées (3ème et 4ème degré) : La réparation a comporté deux(2) temps :

1er temps : la réfection du sphincter anal par des points séparés.

2ème temps : on change de gant et on procède à la réparation comme dans le cas d'une déchirure incomplète.

-Travail d'accouchement prolongé : lié souvent à une infibulation ou à une occlusion partielle ou totale du vagin. Une souffrance fœtale voir la mort fœtale peut survenir.

IV- METHODOLOGIE :

1.6 Cadre d'étude : Notre étude s'est déroulée du centre de santé référence de la commune I du district de Bamako.

1.7 Caractéristiques sanitaires de la commune I :

La commune I compte 1 CSRéf, 12 CSCOM, des Cabinets médicaux, des cliniques privées médicales, deux centres confessionnels (centre de santé « Chérifla » et Centre de santé Catholique de Nafadji), et centre Humanuty first.

1.8 Type d'étude : Il s'agissait d'une étude transversale, prospective et descriptive.

1.9 Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} Novembre 2019 au 30 Avril 2020 soit une période de 06 mois au CSRéf CI.

1.10 Population d'étude : Il s'agit de

Tous les usagers admis à la consultation dans le service de gynécologie obstétrique et les prestataires de santé du CSRéf de la commune I.

Echantillonnage : l'échantillon a été déterminé à travers la formule suivante :

$$n = t^2 \times p \times (1-p) / m^2$$

n : Taille d'échantillon minimale

t : Niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95 % sera 1,96)

p : proportion estimée de la population qui présente la caractéristique

m : Marge d'erreur (généralement fixée à 5 %)

$$n = 3,8416 \times 0,4 \times 0,6 \div 0,0025 = 369$$

Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans l'étude toutes les usagers admis dans le service pour consultation gynécologique ou obstétricale et qui ont accepté de participer à l'étude.

Les gynécologues, les chirurgiens, les médecins généralistes, les sages-femmes et les étudiant(es) du CSRéf de la commune I.

-Critère de non inclusion : n'ont pas été prise en compte dans notre étude :

- Les usagers non consentants

1.11 Le recueil des données :

Nos données ont été recueillies à partir de l'interview des usagers et une fiche d'enquête donnée aux prestataires.

1.12 Déroulement de l'étude :

Nous avons réalisé cette étude à la maternité du CSREF c1 avec la collaboration des sages-femmes, tous les usagers admis pour la CPN ont été interrogé et une fiche d'enquête a été distribuée aux prestataires de santé du CSREF C1.

1.13 Saisie des données : la saisie des données a été effectuée sur logiciels Microsoft Word et Excel Office 2019,

1.14 Analyse des données: l'analyse des données a été faite avec le logiciel SPSS version 25.

Les résultats ont été présentés sous forme des tableaux avec un intervalle de confiance de 95%.

1.15 Aspects éthiques et déontologiques :

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des femmes et prestataires ne figurent dans aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail concerne le secteur de la santé de la reproduction.

V- RESULTATS

1.16 Fréquence :

Durant la période d'étude nous avons interrogé 188 usagers venues à la consultation gynécologique parmi les quelles 176 usagers (93,6%) avaient subi une MGF.

Quarante-deux prestataires ont accepté de répondre à notre questionnaire.

1.17 Connaissances et attitudes des usagers et prestataires

Tableau II : Répartition selon l'âge

Age (ans)	Usagers	Prestataires
	Nombre	Nombre
≤ 19	28	1
20 – 29	100	27
30 – 35	33	5
> 35	27	9
Total	188	42

L'âge moyen est de 27ans chez les usagers et 28ans chez les prestataires avec une extrême de 19 et 44.

Tableau III : Répartition des usagers selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage (%)
Célibataire	4	2,1
Mariée	183	97,3
Divorcée	1	0,5
Total	188	100,0

Tableau IV : Répartition des usagers enquêtés selon le niveau d'étude

Niveau d'instruction	usagers	Pourcentage (%)
Primaire	28	14,9
Secondaire	76	40,4
Supérieure	21	11,2
Non instruite	63	33,5
Total	188	100,0

1.18 -Connaissances et pratiques des usagers par rapport à la MGF

Tableau V : Répartition des usagers enquêtés selon quelles ont été excisées ou non

usagers excisées	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	176	93,6
Non	8	4,3
Ne sait pas	4	2,1
Total	188	100,0

Tableau VI : connaissance des usagers selon la période d'excision

Age d'excision	Effectifs	Pourcentage (%)
Enfance	169	93,9
Adulte	4	2,2
Ne sait pas	7	3,9
Total	180	100,0

Tableau VII : Répartition des usagers selon le statut de leurs filles en termes d'excision

Fille excisée	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	101	53,7
Non	87	46,3
Total	188	100,0

Tableau VIII : la qualification de l'excision selon les usagers.

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Agent de santé	5	5,0
Une exciseuse traditionnelle	96	95,0
Total	101	100,0

Tableau IX : Répartition des usagers selon leur réponse à la question « Avez-vous des filles non excisées »

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	161	85,6
Oui	27	14,4
Total	188	100,0

Tableau croisé X : Avez-vous des filles excisées, si oui combien ?

Si enfants excisées combien?	Avez-vous des filles excisées		Total
	Oui (%)	Non	
0,00	0	87	87
1,00	31 (30,70%)	0	31
2,00	29 (28,71%)	0	29
3,00	22 (21,78%)	0	22
4,00	14 (13,86%)	0	14
5,00	4 (3,96%)	0	4
6,00	1 (0,99%)	0	1
Total	101 (100%)	87	188

Tableau XI : Motifs de l'excision selon les usagers

Motif	Effectifs	Pourcentage (%)
Ignorait	47	25,0
Respect de la tradition	37	19,7
Réduire le désir sexuel de la femme	36	19,1
Respect de la religion	25	13,3
Fidélité de la femme	25	13,3
Rendre la femme propre	13	6,9
Facilite l'accouchement	4	2,1
Pas jolie il faut enlever	1	0,5
Total	188	100,0

Tableau XII : Raisons des filles non excisées selon les usagers

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
Abandon de la pratique	10	37,0
Nourrisson	7	25,9
Mère de la fille s'opposait	5	18,5
Père de la fille s'opposait	4	14,8
Refus de la grand-mère	1	3,7
Total	27	100,0

Tableau XIII : Responsable de la prise de décision de l'excision des filles selon les usagers

Responsable	Effectifs	Pourcentage (%)
Père	53	52,5
Mère	19	18,8
La grande mère	17	16,8
Le grand père	10	9,9
Exciseuse traditionnelle	2	2,0
Total	101	100,0

Tableau XIV : Complications à l'excision des filles selon les usagers

Réponse	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	3	3,0
Non	98	97,0
Total	101	100,0

L'hémorragie était la seule complication rapportée par les usagers.

Tableau XV : Avantages éventuels de l'excision selon les usagers.

Avantage de l'excision	Effectifs	Pourcentage (%)
Ne sait pas	111	59,0
Fidélité de la femme	39	20,7
Diminuer le désir sexuel	25	13,3
Rendre la femme propre	7	3,7
Facilite l'accouchement	4	2,1
Respect de la tradition	2	1,1
Total	188	100,0

Tableau XVI : Inconvénients liés à la MGF cités par les usagers.

Inconvénients	Fréquence	Pourcentage
Frigidité	4	2,1
Infection	11	5,8
Stérilité	5	2,6
Décès	1	0,5
Difficulté à l'accouchement	3	1,6
Hémorragie	14	7,7
Ne sait pas	150	79,7
Total	188	100,0

Tableau XVII : Répartition des usagers selon les difficultés que pourraient rencontrer une femme non excisées dans la vie

Difficulté rencontrées	Effectifs	Pourcentage (%)
Infidélité	27	14,4
Difficultés à l'accouchement	21	11,1
Exclusion sociale	9	4,8
Dyspareunie	3	1,6
Ne sait pas	128	68,1
Total	188	100,0

Tableau XVIII : Réponse à la question « **Est-ce que l’excision est obligatoire pour la femme?** » Selon les usagers

Excision obligatoire	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	76	40,4
Oui	112	59,6
Total	188	100,0

Tableau XIX : Sources d’information citées par les usagers

Citées	Effectifs	Pourcentage (%)
Télévision	27	41,5
Causerie	19	29,2
Parents	14	21,5
Radio	5	7,7
Total	65	100,0

Tableau XX : Connaissances de l’interdiction de l’excision au Mali par les usagers

Connaissances de l’interdiction	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	72	38,3
Non	116	61,7
Total	188	100,0

1.19 -Caractéristiques sociodémographiques des prestataires

Tableau XXI : Répartition des prestataires enquêtés selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Gynéco-obstétricien	2	4,8
Sage-femme	14	33,3
Médecin généraliste	7	16,7
Etudiants	9	21,4
Elève sage-femme	3	7,1
Infirmière obstétricienne	5	11,9
Chirurgien	2	4,8
Total	42	100,0

Tableau XXII : Répartition des prestataires selon leurs années d'expérience

Durée	Effectifs	Pourcentage (%)
<2 Ans	3	7,1
2-5	13	31,0
5-10	17	40,5
10-15	3	7,1
15-20	5	11,9
>20 Ans	1	2,4
Total	42	100,0

L'expérience moyenne était 8ans avec des extrêmes inférieurs 2 et 20ans

1.20 -Connaissance des prestataires par rapport à la MGF

Tableau XXIII : Répartition des prestataires selon la définition de l'excision

Définition	Effectifs	Pourcentage (%)
Ablation partielle ou totale des OG externe de la femme	24	57,1
Ablation du clitoris	12	28,6
Aucune réponse	3	7,1
Ablation en partie ou en totalité d'une partie biologique	1	2,4
Traumatisme vaginale de la femme	1	2,4
Une tradition appliquée au Mali	1	2,4
Total	42	100,0

Tableau XXIV : Répartition des prestataires selon leurs réponses à la question « avez-vous rencontré des femmes excisées dans le service ? »

Service	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	40	95,2
Non	2	4,8
Total	42	100,0

Tableau XXV : Répartition des prestataires de santé selon leurs réponses à la question « avez-vous reçues des cas de complications liées à l'excision dans le service ? »

Complications	Effectifs	Pourcentage(%)
Oui	34	81,0
Non	8	19,0
Total	42	100,0

Tableau XXVI : Répartition des prestataires de santé enquêtée selon le type des complications liées à l'excision rencontré dans le service

Cités	Fréquence	Pourcentage(%)
Hémorragie	19	55,9
Rétention aigue d'urine	2	5,9
Infection	4	11,8
Kyste vulvaire	4	11,8
Infibulation	5	14,6
Total	34	100,0

Tableau XVII : Répartition des prestataires de santé enquêtée selon les complications obstétricales liées à l'excision rencontrées dans le service

Complications obstétricales	Fréquence	Pourcentage(%)
Déchirure périnéale	14	34,1
Travail prolongé	13	31,7
Hémorragie du post-partum	9	22,0
Avortement	3	7,3
La RPM	2	4,9
Total	41	100,0

Tableau XXVIII: Répartition des prestataires enquêtée selon les complications gynécologiques liées à l'excision rencontrées dans le service

Complication gynécologie	Fréquence	Pourcentage(%)
Dyspareunie	15	36,6
Kyste vulvaire	11	26,8
Dysménorrhée	8	19,5
Douleur pelvienne	7	17,1
Total	41	100,0

Tableau XXIX : Répartition des prestataires enquêtés selon les complications urologiques liées à l'excision rencontrées dans le service

Complication urologique	Fréquence	Pourcentage(%)
Infection urinaire	14	34,1
Fistule vésico- vaginale	10	24,4
Incontinence urinaire	10	24,4
Fistule utero vésicale	7	17,1
Total	41	100,0

Tableau XXX : Répartition des prestataires enquêtée selon leurs réponses à la question « **avez-vous rencontré d'autres complications liées à l'excision dans le service ?** »

Réponse	Effectifs	Pourcentage(%)
Oui	14	33,3
Non	28	66,7
Total	42	100,0

Tableau XXXI : Répartition des prestataires enquêtés selon d'autres complications liées à l'excision rencontrées dans le service

Autre complication	Fréquence	Pourcentage(%)
Aucune réponse	3	21,4
Chéloïde	1	7,1
Divorces	1	7,1
Hematocolpos	1	7,1
Mort in utero	2	14,6
Stérilité	1	7,1
Stress post traumatique	3	21,4
Synéchie vulvaire	1	7,1
Tétanos	1	7,1
Total	14	100,0

1.21 -Attitude des prestataires face aux MGF

Tableau XXXII : Répartition des prestataires de santé enquêtée selon leurs réponses à la question « **avez-vous pratiqué l’excision ?** »

Réponse	Effectifs	Pourcentage(%)
Oui	1	2,4
Non	41	97,6
Total	42	100,0

Tableau XXXIII : Réponses des prestataires sur la question « **avez-vous déjà fait la prise en charge des complications de l’excision ?** »

Réponses	Effectifs	Pourcentage(%)
Oui	23	54,8
Non	19	45,2
Total	42	100,0

Tableau XXXIV : Réponses des prestataires devant une demande de la pratique de l’excision

Réponse	Effectifs	Pourcentage(%)
Aucune réponse	6	14,6
Counseling pour l’abandon	27	65,9
Accepte	1	2,4
Orienté vers les spécialistes	2	4,9
Refus	5	12,2
Total	41	100,0

Tableau XXXV : Réponses des prestataires sur la question « êtes-vous ou non »

Réponses	Effectifs	Pourcentage(%)
Oui	6	14,6
Non	34	83
Ne sait	1	2,4
Total	41	100,0

Tableau XXXVI : Arguments évoqués par les prestataires favorables à l'excision

Argument évoqués	Effectifs	Pourcentage(%)
Islam l'autorise	3	50,0
La tradition	2	33,3
Fidélité de la femme	1	16,7
Total	6	100,0

Tableau XXXVII : Arguments évoqués par les prestataires non favorables à l'excision

Argument évoqués	Effectifs	Pourcentage(%)
Complications	28	82,4
Décès	2	5,9
Danger pour la santé	1	2,9
Aucune importance	1	2,9
Complications et l'interdiction par la loi au Mali	1	2,9
Complications et sans avantage	1	2,9
Total	34	100,0

Tableau XXXVIII : Réponse des prestataires sur la question « pensez-vous que l'excision est autorisée au Mali ? »

Réponse	Effectifs	Pourcentage(%)
Oui	9	21,4
Non	29	69,0
Pas de réponse	4	9,5
Total	42	100,0

Tableau XXXIX : Sanctions évoquées prévues par la loi au Mali sur la pratique de l'excision

Sanction évoquées	Fréquence	Pourcentage
Aucune réponse	34	81,0
Emprisonnement	3	7,1
ne sait pas	4	9,5
Poursuites judiciaire et condamnations	1	2,4
Total	42	100,0

VI- COMMENTAIRE ET DISCUSSION :

1.22 Approche méthodologie :

Nous avons réalisé une étude transversale, prospective, descriptive et analytique avec collecte des données par interview des usagers et questionnaire remplis par les prestataires de santé du CSREF CI. L'interview était réalisée par nous-même et les sages-femmes lors de consultation prénatale.

Certaines patientes étaient gênées à répondre directement aux questions, ce qui donné lieu à des biais à la collecte des données.

Néanmoins les données reçues nous ont permis d'atteindre nos objectifs.

1.23 Prévalence :

Dans notre étude, sur les 188 femmes enquêtées, 176 étaient excisées soit une prévalence de 93,6%. Cette prévalence est supérieure à celles de l'enquête nationale sur l'excision en 2009 et l'EDSM VI, qui sont respectivement de 84,5% et 89% [21,10].

1.24 Connaissances des usagers et des prestataires par rapport à la MGF :

La tranche d'âge la plus touchée dans notre étude était celle de 20-29 ans soit 53% avec une moyenne d'âge de 27ans pour les usagers et une moyenne d'âge de 28 ans pour les prestataires de santé. Nos résultats se rapprochaient de ceux trouvés par KANTE.I [23] et EDS VI Mali [10] qui sont respectivement de 51,1% dans la tranche de 14 à 19 ans et 82,4% dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans.

Dans notre étude 33,5% des usagers étaient non scolarisées. Ce résultat est inférieur de celui de TRAORE.F [24] qui avait trouvé 54,3% des mères non scolarisées. Cette différence pourrait s'expliquer par la méthodologie utilisée pour chaque étude plus particulière le lieu d'enquête.

Les patientes ont déclaré avoir été excisées dans l'enfance **93,9%** des cas. Ce résultat se rapprochait de celui trouvé par TRAORE A. [22], pour qui 89 % des fillettes ont été excisées avant leur premier anniversaire.

Cependant selon le rapport EDSM VI [10] pour environ trois quart des femmes excisées (76 %), l'excision a eu lieu avant l'âge de 5 ans, y compris dans la petite enfance.

Parmi les patientes enquêtées 85,6% des femmes avaient des filles excisées.

Ce résultat était supérieur à celui de l'EDSM VI [10] qui a trouvé 73 % des filles excisées lors de l'interview de leur maman. Cette différence pourrait s'expliquer par le critère de sélection utilisé par l'EDSMVI qui était la tranche d'âge de 0-14ans pour les filles.

L'excision a été pratiquée par une exciseuse traditionnelle dans **95%** des cas contre **5,0%** par des professionnels de santé. Nos résultats se rapprochait de ceux des études hospitalières menées par Kanté [23] qui avait trouvé 3,8% d'excision par les agents de santé et Sidibé [17] avec 6,2% respectivement en 2001 et en 2004.

Bien que faible, l'implication des agents de santé dans la pratique est encore d'actualité au Mali.

Les mutilations génitales féminines se font toujours au Mali car la plus part de la population croit que ce sont les exigences de la société et qu'elle ne peut donc pas y déroger. Selon les patientes enquêtées les raisons qui justifieraient cette pratique seraient pour (**19,7 %**) liées au respect de la tradition, pour réduire le désir sexuel (**19,1%**), et dans (**13,3%**) liées au respect de la religion et pour la fidélité de la femme, (**6,9%**) liées à l'hygiène de la femme. Par contre (**25,0%**) des patientes enquêtées ignoraient le motif de l'excision.

TRAORE.A [22], avait trouvé 32,4% de motif pour la religion et 8,6% pour la fidélité de la femme.

1.25 Attitudes des usagers et prestataires :

La décision de la pratique d'excision venait du père dans 52,5%, 18,8% de la mère et la grande mère dans 16,8%. Ces résultats sont superposables à ceux de

DIAKITE. F.L [27], qui avait trouvé des résultats similaires qui étaient respectivement : 40% et 39,3%.

La majorité des femmes n'était pas d'accord avec cette interdiction soit **63,8%**. Ce résultat est comparable à ceux trouvés par **ATJL.F** [25] et **EDSM VI** [10] qui sont respectivement 77,2% des femmes sont en faveur de la poursuite de l'excision et 76 % des femmes ont déclaré que la pratique de l'excision doit continuer. Ces résultats montrent la nécessité d'agir pour un changement de mentalité par rapport à la pratique de l'excision.

65,9% des prestataires de santé avaient proposé le counseling sur les complications néfastes liée à l'excision contre **12,2%** avait refusé la pratique et seulement **2,4%** avaient accepté la pratique.

Malgré la création du décret ministériel le 07- janvier 1999 interdisant la pratique dans les centres de santé on assiste à l'implication des professionnels de santé dans la pratique.

83% des prestataires de santé étaient opposés à l'excision contre **14,6%** favorables à la pratique et **2,4%** sans avis.

Les prestataires de santé non favorable à l'excision, l'étaient dans **82,4%** à cause des complications néfastes liées à l'excision.

Les prestataires de santé favorable à l'excision, l'étaient dans **50%** des cas à cause de la religion et dans **33,3%** des cas la tradition. Ce résultat montre la nécessité des campagnes d'information et de formation continue à l'endroit des prestataires de santé.

1.26 Pratiques :

Les prestataires de santé affirmaient avoir pratiqué l'excision étaient **2,4 %**. Ce résultat se rapprochait de ceux de Kanté I. [23], Sidibé [17] et **SAGARA S.** [26] qui ont trouvé respectivement **3,8%**, **6,2%** et **5,7%**. Bien que faible la pratique de l'excision par les agents de santé est une réalité au Mali.

La pratique de l'excision n'est pas sans conséquences à court, moyen et long terme sur la santé de la femme. Les patientes pensaient que l'hémorragie est la complication la plus fréquente dans **36,8%** suivies par les infections (**28,9%**) ; la stérilité (**13,2%**), la frigidité (**10,5%**), les difficultés à l'accouchement (**7,9%**) et **2,7%** pour le décès. Ce résultat était superposable à celui de TRAORE.A [22], qui avait trouvé respectivement 22%,13%, 8,4 %, 30,1 %.

VII CONCLUSION

Les mutilations génitales féminines demeurent un problème de santé publique. Une éducation, une sensibilisation de la population aux dangers de cette pratique et une subvention totale de la prise en charge de ses séquelles pourront rapporter des résultats souhaitables pour la lutte contre cette pratique.

VIII-RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

▪ **Aux agents de santé :**

- Ne pas s'engager à la médicalisation de la pratique des mutilations génitales féminines.
- Faire l'éducation, l'information et la communication lors des consultations et après les accouchements afin de faire prendre conscience à la population des conséquences des MGF.

▪ **Aux autorités :**

- Renforcer les campagnes de sensibilisation auprès de toutes les couches sociales en vue d'induire un changement de comportement.
- Assurer la formation continue des prestataires sur la prise en charge des complications des MGF
 - Sanctionner les agents de santé qui pratiquent les MGF.
 - Doter les hôpitaux et les centres de santé de référence en médicaments pour la prise en charge gratuite des complications de MGF.
 - Récompenser les exciseuses traditionnelles qui ont accepté l'abandon de cette pratique en source de revenu.

▪ **Aux usagers :**

- Accepter les informations données sur les mutilations génitales féminines.
- Organiser des causeries débats sur les inconvénients des MGF lors des rassemblements.

• **Aux pères :**

- Abandonner la pratique des MGF.

BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS. Lignes directrices sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines [En ligne]. 2014. Disponible : <http://www.who.int/iris/handle>
- 2 OMS. Eliminer les mutilations sexuelles féminines, Déclarations inter institutions [En ligne]. 2008. Disponible : <https://www.gynsf.org>> MSF
3. Diallo H. Aspects socio sanitaires de l'excision, Bamako : école normale de médecine et de pharmacie ; 1989
4. Prévention des mutilations génitales féminines : vers une solution durable [En ligne]. 2017 [cité en juillet]. Disponible : <http://lacode.be/prévention-des-mutilations>. Html
5. UNICEF. Fiche d'information : Mutilations génitales féminines/Excision, déclaration commune de l'OMS/FNUAP/UNICEF 1997 p3.3 Ibid.
6. Fofana PH. Mutilations génitales féminines. Archives, juillet 2000 : www.arts.awa.edu.au/AFLIF/MGF. Html.
7. Mas E. Excision et autres mutilations sexuelles dans le monde et au Burkina Faso. French Doctor, 5 juin 2010.
8. Déclaration universelle des droits de l'homme, 10 déc.1948, Doc. A/810 at. 71. 1948 ; <http://www.un.org>. Consulté le 12 Avril 2011
9. EDS V-Mali : Enquête Démographique et de Santé phase V. CPS/MS. Macro-international. 2012
10. EDS VI-Mali : Enquête Démographique et de Santé phase VI. CPS/MS. Macro-international. 2018
11. Assemblée générale des Nations unies: conseil des droits de l'homme. A/HRC/8/50/Add.1, 25 août 2008, P2.
12. Andro A, Lesclingand M. Les mutilations génitales féminines : Etat des lieux et des connaissances. *Population* 2016/2(Vol.71) [En ligne]. 2016 [cité]. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-population-2016-2-page-224.htm>

- 13.** Erlich M : La femme blessée, essai sur les mutilations sexuelles féminines. L'harmattan Paris 1986
- 14.** Organisation mondiale de la sante. Eliminer les mutilations sexuelles féminines. Rapport d'étude 2008.
- 15.** Organisation mondiale de la sante. Mutilations génitales féminines. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes [En ligne]. 2012
- 16.** Kintega B. Les mutilations génitales féminines. Maroc : médecine ; 2004
- 17.** Sidibé A. Excision : aspects épidémiologiques, socio culturels et anatomo cliniques à propos de 1000 cas. Pédiatrie HGT. Bamako :Fmpos ; 2004.
- 18.** Gounelle J.C. et Raoul Y. Précis d'anatomie et physiologie humaines Tome I 2000
- 19.** Cady J. Anatomie petit bassin et périnée.1998
- 20.** Maiga L. Conséquences gynéco obstétricales de l'excision chez la fille malienne Document de recherche Dakar Sénégal.1984.p61
- 21.** Schumacher R., Ouédraogo D. Enquête Nationale sur le Phénomène de l'Excision au Mali: Rapport de synthèse. MPFEF, PNLE, KFW, Déc.2009.
- 22.** Traoré A. Aspects épidémiologiques, cliniques et socio-économiques de l'excision dans le district de Bamako: FMOS ; 2013.
- 23.** Kanté I. Complications gynéco obstétricales et génito-urinaires liées à l'excision. Bamako Mali: FMPOS ; 2001.
- 24.** Traoré F. Etude epidemio clinique et thérapeutique des complications liées a l'excision dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel touré: FMOS ; 2020.
- 25.** ATJI F. Aspect socio sanitaire de l'excision au Mali à propos de 1000 cas au service de gynéco obstétrique du Point-G. Bamako: FMOS ; 2006 – 2007.
- 26.** Sangara S. conséquences obstétricale de l'excision. Mopti: Fmpos ; 2009

27. Diakité .F.L .Connaissance, attitudes et pratiques des mères des enfants excisées dans le département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de Bamako
Mémoire C.E.S Pédiatrie F.M.O.S. 2012.

ANNEXE

Fiche d'enquête

Thème : Connaissances, attitudes et pratiques en matière de mutilations génitales féminines (MGF) par les usagers et par les prestataires de santé au centre de santé de référence de la commune I

Caractéristique des usagers : les femmes qui viennent pour la CPN

Identification :

Nom :.....

Prénom :.....

Âge :.....

Adresse

F: Quel est votre statut matrimonial ?

1-Célibataire /...../ 2- Mariée/...../ 3-Divorcée/...../
4-Veuve/...../

F : A quel âge vous vous êtes mariée ?

1-Inferieure à 18ans/...../ 2-Supérieure à 18 ans/...../ 3- Ne sait pas /...../

F : Quel est votre niveau d'instruction ?

1-Niveau primaire/...../ 2-Niveau secondaire/...../
3-Niveau supérieure/...../ 4-Non instruite/...../
5- Ecole coranique/...../

F : Quelle religion pratiquez-vous ?

1-Musulmane/...../ 2-Chrétienne/...../ 3-Animiste/...../
3- Autres/...../

F : Etes-vous excisée ?

1- Oui /...../ 2-Non /...../ 3-Ne sait pas/...../

F- Si oui à quel âge ?

1- Enfance /...../ 2 - Adulte /...../ 3 -Ne sait pas/...../

1-Exclusion sociale/..... /2-Difficultés à l'accouchement/..... / 3-
Infidélité/..... / 4-Dyspareunie/..... /5-Pas de réponse/..... /

F : y' a-t-il des avantages à l'accouchement pour les femmes non excisée

1-Oui/..... / 2- Non/..... / 3-Ne sait pas/..... /

Si oui lesquels.....

F : Quel est le motif selon vous de la pratique de l'excision ?

1-Respecter la tradition /..... / 2- Respecter la religion/..... /

3-Fidélité de la femme/..... / 4-Hygiène de la femme /..... /

5 -Ne sait pas /..... / 6- Diminuer le désir sexuel de la femme /.../

F- Est-ce que l'excision est obligatoire sur la femme ?

1 - Non /..... / 2 – Oui /..... /

Si oui pourquoi :

1 – Le respect de la tradition/..... /2 – Le respect de la religion /..... /

3 – Hygiène de la femme /..... /4- Fidélité de la femme /..... / 5- Ne sait pas
/..... /

F-Avez-vous des renseignements sur l'excision :.....

.....

F-Quelles sont vos sources de renseignement:.....

.....

F-L'excision est interdit au Mali le saviez-vous ?

1-Oui /..... / 2-Non /..... /

Qu'en pensez-vous

F-Que pensez-vous de cette interdiction :.....

.....

F-Etes-vous prêt à respecter cette loi :

.....

F=femme

Fiche d'enquête : Connaissance, attitude pratique en matière de mutilation génitale féminine (MGF) au sein de la population et des prestataires de santé au centre de santé de référence de la commune I

Les personnels de santé :

Numéro :

Profession :

- 1-Gynéco-Obstétricien /..... / 2- sage-femme/..... /
3- Médecin généraliste/..... / 4- Interne /..... /
5- Elève sage-femme/..... / 5- Autres /..... / 6-Chirurgien /..... /

AGE :.....

SEXE : 1- Masculin /..... / 2- Féminin/..... /

P-Depuis combien de temps êtes-vous prestataire de santé :

- 1- Inférieure à 2ans/..... / 2- 2 à 5ans /..... / 3- 5 à 10ans /..... /
4- 10 à 15ans /..... / 5- 15 à 20ans /..... / 6- supérieure à 20/..... /

P-C'est quoi l'excision:.....
.....
.....

P-Avez-vous rencontré des femmes excisées dans le service ?

- 1-Oui /..... / 2-Non /..... /

P-Quels sont les complications de l'excision que vous-connaissez ?

.....
.....

P-Avez-vous rencontré des cas de complications liées à l'excision dans le service ?

- 1-Oui /..... / 2-Non/..... /

Si oui les quelles

- 1-hémorragie /..... / 2-rétention aigue d'urine /..... / 3-infection/..... /
4- kyste vulvaire/..... / 5-infibulation /..... /

P- Pensez-vous que l'excision peut entraîner des complications obstétricales ?

1-Oui /..... / 2- Non/..... /

Parmi les propositions suivantes lesquelles représentent les complications obstétricales :

1-travail prolongé /..... / 2- déchirure périnéale/.... / 3- hémorragie du post-partum/..... / 4-avortement/..... / 5-la RPM/..... /
6-placenta acreta/..... / 7-circulaire du cordon/..... /

P- Pensez-vous que l'excision peut entraîner des complications gynécologiques ?

1- Oui /..... / 2- Non/..... /

Si oui les quelles :

1-dyspareunie /..... / 2- dysménorrhée/..... /
3- douleur pelvienne /..... / 4- kyste vulvaire /..... /

P- Pensez-vous que l'excision peut entraîner des complications urologiques ?

1- Oui /..... / 2- Non/..... /

Si oui les quelles :

1-infection urinaire/..... / 2- fistule vésico-vaginale/..... /
3- fistule utero vésicale/..... / 4-incontinence urinaire /..... /

P- Avez –vous rencontré d'autres complications :

1-Oui /..... / 2- Non/..... /

Si oui lesquelles :.....
.....

P-Avez-vous déjà pratiqué l'excision :

1-oui /..... / 2-non /..... /

P- Avez-vous déjà fait la prise en charge des complications de l'excision:

1-Oui/..... / 2-Non/..... /

**P-Devant une complication de l'excision quel a été votre conduite à tenir
(clinique et mesure préventive) :**

.....
.....

P-Devant une demande de la pratique de l'excision que ferez-vous :

.....
.....
.....

P- Etes-vous pour les pratiques de l'excision ?

1-Oui /..... / 2-Non/..... /

Si oui pourquoi :.....
.....

Si non pourquoi :.....
.....

P-L'excision est-elle autorisée au MALI

1-Oui/..... /2-Non/..... /

Si non quelles sont les sanctions prévues

.....

P : Prestataire de santé

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : DIARRA

Prénom : Ibrahima

Adresse Email : diarramol083@gmail.com

Numéro de téléphone : 65909926/76569803

Titre de la thèse : connaissances, attitudes et pratiques en matière de mutilations génitales féminines par les usagers et par les prestataires de santé au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : santé de la reproduction.

Résumé :

Notre étude transversale, prospective et descriptive visant à analyser les connaissances, attitudes et pratiques en matière de mutilations génitales féminines par les usagers et les prestataires de santé qui s'est déroulée du 1^{er} Novembre 2019 au 30 Avril 2020 soit une période de 06 mois au CSRéf CI du district de Bamako. Sur 188 usagers, 176 étaient excisées soit une prévalence de 93,6%. Dans 93,9% des cas des usagers ont été excisées dans l'enfance. Pour des raisons traditionnelle et religieuse en majorité, la plupart des usagers souhaitent exciser leurs filles. Bien que pratiquée à priori par des exciseuses traditionnelles, on assiste toujours à une médicalisation de MGF ; 5% d'agents de santé continue à pratiquer la MGF. Le motif de MGF était ignoré par 25,0% usagers enquêtés.

Dans 44,8% des cas, les usagers avaient fait une déchirure périnéale lors des accouchements.

Dans 2,4% des cas les prestataires de santé avaient déclaré vouloir continuer avec la pratique.

Mots Clés : mutilation génitale, usagers, prestataire, santé

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leurs estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !!!