

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

REPUBLIQUE DU MALI

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Un peuple - Un but - Une foi

DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ANNEE ACADEMIQUE : 2006-2007

THESE N°.....

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

**NON EXCISION COUTUMIERE DANS LE HAUT
NIGER DU MALI**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le..... /...../...../ 2007

devant la faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odontostomatologie du Mali

Par

Monsieur : *KONE Fanta Mady*

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

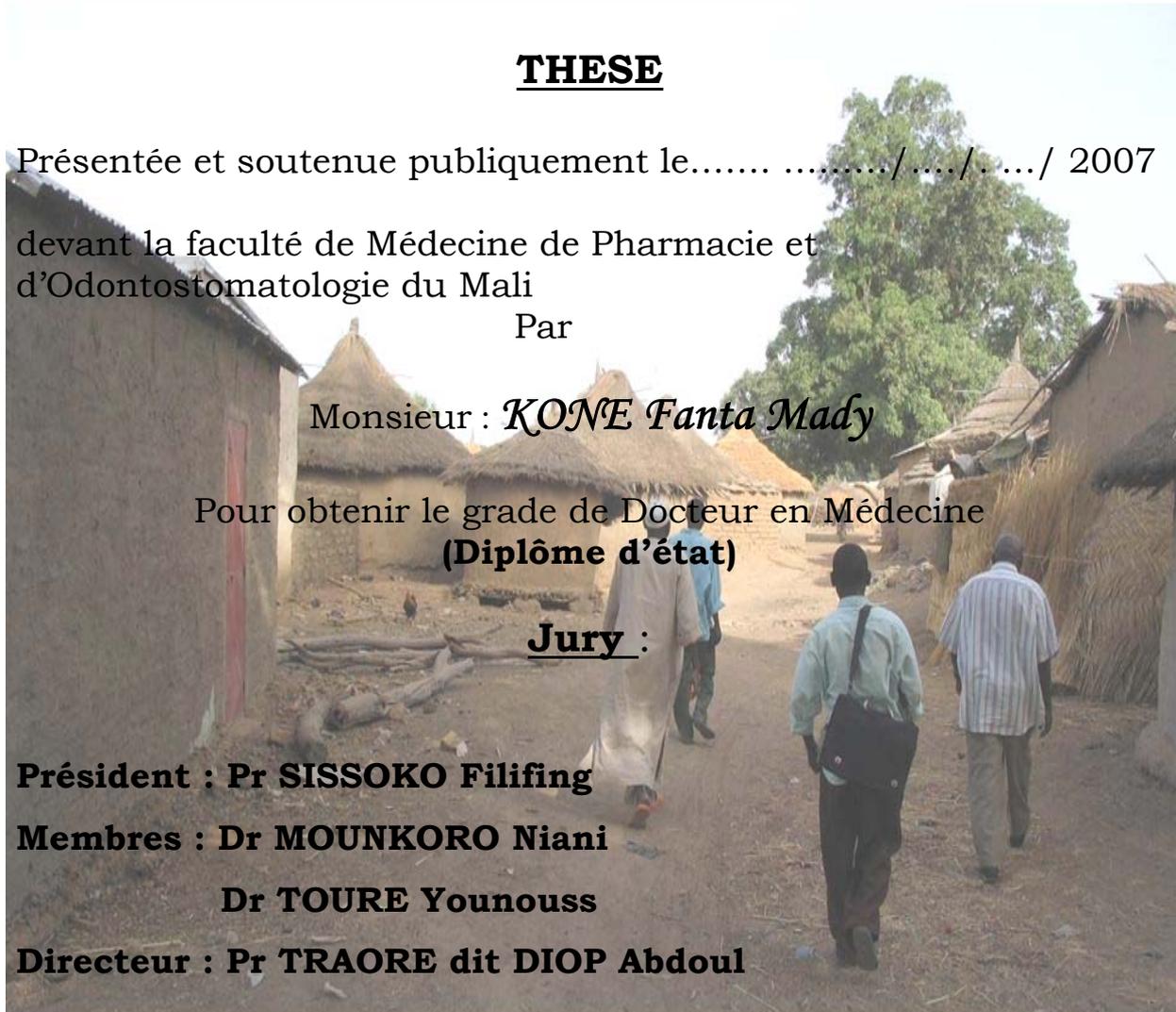
Jury :

Président : Pr SISSOKO Filifing

Membres : Dr MOUNKORO Niani

Dr TOURE Younouss

Directeur : Pr TRAORE dit DIOP Abdoul



Mr Abdou Alassane TOURE
Mr Kalilou OUATTARA
Mr Amadou DOLO
Mr Alhousseini Ag MOHAMED
Mme SY Aïda SOW
Mr Salif DIAKITE
Mr Abdoulaye DIALLO

Orthopédie Traumatologie **Chef de D.E.R.**
Urologie
Gynéco-Obstétrique
ORL
Gynéco-Obstétrique
Gynéco-Obstétrique
Anesthésie-Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Djibril SANGARE
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP
Mr Gangaly DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Sekou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tieman COULIBALY
Mme TRAORE J THOMAS
Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
Mr Nouhoum ONGOÏBA
Mr Sadio YENA
Mr Youssouf COULIBALY

Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Viscérale
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Orthopédie-Traumatologie
Anesthésie-Reanimation
Orthopédie-Traumatologie
Ophtalmologie
Stomatologie
Gynéco-Obstétrique
Anatomie & Chirurgie Générale
Chirurgie thoracique
Anesthésie-Reanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mme Djeneba DOUMBIA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE

Gynéco-Obstétrique
ORL
ORL
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Urologie
Orthopédie- Traumatologie

Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopedie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Boureima MAIGA	Gynéco-Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie - Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie - Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
--------------	---------------------

Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

Mr Gaoussou KANOUTE

Chimie Analytique **Chef de D.E.R**

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Ousmane DOUMBIA

Pharmacie Chimique

Mr Drissa DIALLO

Matières Médicales

Mr Elimane MARIKO

Pharmacologie

Mr Alou KEITA

Galénique

Mr Benoît KOUMARE

Chimie analytique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO

Pharmacognosie

Mr Ababacar I. MAÏGA

Toxicologie

Mr Yaya KANE

Galénique

4. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA

Législation

Mr Ousmane KOITA

Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA

Santé Publique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE

Santé Publique

Mr Adama DIAWARA

Santé Publique

Mr Hamadoun SANGHO

Santé Publique

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

Mr Alassane A. DICKO

Santé Publique

Mr Mamadou Sounalo TRAORE

Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP

Anthropologie Médicale

Mr Seydou DOUMBIA

Epidémiologie

Mr Oumar THIERO

Biostatistique

Mr Seydou DIARRA

Anthropologie

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA

Botanique

Mr Bouba DIARRA
Mr Salikou SANOGO
Mr Boubacar KANTE
Mr Souleymane GUINDO
Mme DEMBELE Sira DIARRA
Mr Modibo DIARRA
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA
Mr Mahamadou TRAORE
Mr Yaya COULIBALY
Mr Lassine SIDIBE

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA
Pr. Babacar FAYE
Pr. Mounirou CISSE
Pr Amadou Papa Diop
Pr Lamine GAYE

Bactériologie
Physique
Galénique
Gestion
Mathématiques
Nutrition
Hygiène du Milieu
Génétique
Législation
Chimie Organique

Bromatologie
Pharmacodynamie
Hydrologie
Biochimie.
Physiologie

DEDICACES

A ALLAH l'éternel,

Gloire à toi le guide suprême, l'Omniscient, l'Omnipotent. Saches que où que je sois, quoi que je fasse tu resteras l'Unique que j'adorerai. Je demande à toi pardon et secours dans l'exercice de ce noble métier qui est en fait la destinée que tu m'as réservée. Ya Lattif.

A mon père Feu Moussa dit Tiémoko. « IN MEMORIUM »

Papa, tu as été de la lumière pour moi, un maître, un ami, un confident ; dans ton école j'ai beaucoup appris et sois rassuré que je resterai fidèle à tes conseils. Cher père et ami, puisse le Tout Puissant te recevoir dans son paradis. Amen !!!

A ma chère mère Fanta Samaké,

Que de torpeurs ! Que de larmes versées ! Que de sacrifices ! Que de prières élevées vers les cieux ! Que de nuits blanches ! Mère, sèche tes larmes et dis Amen car Dieu vient d'exhausser tes prières.

Ce travail est le couronnement de ta patience. Ton soutien moral et matériel n'a jamais fait défaut. Puisse Allah te donner santé et longévité afin que tu bénéficies de ce travail qui n'est autre que le résultat de tes multitudes prières.

REMERCIEMENTS

A l'éternel Allah.

A ma très chère Aimée.

A toi ma très chère aimée, nous voici enfin au terme de ta promesse. Les mots nous manquent pour justifier ton dévouement et ta patience dans l'accomplissement de ce travail. Il est le tien. Rose, l'éternel te reconnaîtra.

A ma tante Fantadjè, et à mes oncles Moulaye, Bakary, Celikènè, Modibo.

Recevez ici ma profonde reconnaissance.

A mes tantes Nagnouma, Assetou, feu Aïda Guai, toute ma sympathie et toute ma profonde gratitude.

A mes frères et sœurs : Mamadou, Sory Ibrahim, Modibo, Oumou.

Soyez sûrs de ma fraternité éternelle pour vous.

A mon Homonyme, Cheick Fanta Mady junior, puisse Allah te donner une longue vie pleine de santé.

A toute l'équipe de la chirurgie « B »

Les Pr KOUMARE A K Pr SISSOKO F, Pr ONGOIBA N, Médecin Lt-CI BERETE S, Dr TIMBELY G, Dr BAH B, Dr TOGOLA B, Dr COULIBALY S, Dr COULIBALY B.

Merci pour tout ce que vous nous avez appris.

Les majors OUATTARA et DIALLO, merci pour vos soutiens techniques et sociaux.

Mme Touré, Mme André, L T, Koné, Moussa, Mama, Oumou Keita, Fanta Koné, Samaké, Mme Diallo, Diourthé, Konaté, tous les techniciens de surface et toutes les bénévoles de la chirurgie « B » Merci pour votre amabilité.

A mes aînés de la Chirurgie « B »

Papa Cheick, Salif, Mamadou F, Chamberlin, Siaka, Aly, Timbiné, Mama, Dr Ballo. Merci pour l'accueil chaleureux que vous nous avez réservé et bon vent pour votre carrière de médecin.

A mes camarades de la chirurgie B

M Diakité, I Kéita, B Coulibaly, B Kéita, B Dembelé, S Kané, G Dramé, Y Ongoïba, E Dara, S Ouologuème, Merci pour votre sens élevé de la camaraderie.

A mes cadets de la Chirurgie « B »

Courage et bonne continuation sur vos thèses.

A mes cousins et Cousines en France Espagne et USA

Ramatou, Oumou, N'Ma Fanta, Sékouba, Kadiatou, Fama, Awa N'diaye, Mayazi.

Ce travail est le fruit de vos innombrables conseils et soutiens, recevez mes remerciements les plus sincères.

A mes cousins et cousines au Mali

Baba, Mamadou Sall, Niery, Yaya, Sory, Bassala, Oumar, Sekou Sidibé.

Merci infiniment, Madou N'daou et famille

A mes camarades de quartier

Moussa, Cheick, Mala, Daouda, Sidibé, Arouna, Sambé, Chacka, Sadio, Bébé Fce, Djombo. Puisse Allah nous unir davantage et ce pour tout toujours.

A mon oncle feu Sory KONE : Puisse Allah te recueillir dans son Paradis.

Aux Familles : Konaté, Samaké, Daou, Sall, Coulibaly, Tolo, Dabo, Niambélé.

A mes beaux parents : Bakary Konaté, Assetou Dembélé, Fanta Lam.

A toutes et tous ceux que je n'ai pas nommé, soyez sûrs de mes considérations pour vous. Puisse Allah nous aider. Amen !!!

HOMMAGES AUX JURY

A notre Maître et Président du Jury,

Monsieur le **Professeur Filifing SISSOKO**, Maître de conférence en chirurgie générale à la FMPOS, Praticien hospitalier dans le service de Chirurgie « B » au CHU du Point-G.

Nous avons été très touché par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples sollicitations. C'est un témoignage de plus de vos qualités d'homme de sacrifice qui nous a frappé durant nos études de médecine et surtout pendant nos séjours dans votre service.

Votre sens aiguë de la clinique, votre rigueur dans le travail bien fait, votre habilité technique font de vous un Maître idéal qui a marqué de son sceau le service de chirurgie « A » mais aussi la chirurgie « B ». Cher Maître, veuillez accepter l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le **Docteur Niani MOUNKORO**, Assistant chef de clinique en gynéco-obstétrique à la FMPOS, Praticien hospitalier au centre hospitalier universitaire de Gabriel Touré.

Cher Maître, nous avons été très ému de par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Votre simplicité, votre rigueur scientifique, votre esprit de méthode ont forcé notre admiration dès nos premiers contacts à la FMPOS.

Cher Maître, soyez sûr de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le **Docteur Younoussa TOURE**, Socio anthropologue, Maître de recherche à l'Institut des Sciences Humaines (ISH).

Nous avons été fasciné par votre abord facile, votre simplicité, votre sens élevé du travail bien fait.

Cher Maître c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury.

Recevez ici cher Maître toute notre gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse,

Monsieur le **Professeur Abdoul TRAORE dit DIOP,**

Professeur Titulaire en chirurgie générale à la FMPOS,

Praticien hospitalier dans le service de chirurgie B du CHU du Point-G,

Ancien Stagiaire de Strong Memorial Hospital de New York aux USA,

Ancien stagiaire à Roschester au Canada,

Ancien Député à l'Assemblée nationale du Mali,

Auteur de plusieurs livres, revues, magazine et conte, ce qui fait de vous un Homme de sciences, de culture, d'homme social, bref modèle du savant contemporain. Vous nous avez fasciné par votre simplicité et votre pédagogie de clarté exceptionnelle. C'est un grand honneur que vous nous avez accordé en nous acceptant dans votre service et en nous confiant ce travail.

Cher Maître, nous avons beaucoup appris avec vous tant sur le plan clinique, thérapeutique que sur le plan social, culturel, politique et même recherche.

Votre exceptionnelle disponibilité pour tous ceux qui vous sollicitent fait également de vous un Maître exceptionnel auquel nous aimerions tant ressembler.

Nous ne pouvons en si peu de lignes vous exprimer tout notre sentiment de gratitude, de respect que nous éprouvons pour vous et votre famille, ni notre profond attachement à votre humble personne.

Nous allons bientôt vous quitter, une inquiétude ne cesse de nous tarauder : dans l'exercice de notre fonction, saurions nous être un digne disciple de vous ?

A Allah l'Omniscient appartient santé et longévité, nous le prions nuit et jour afin qu'il vous en redonne et aussi la force nécessaire de persévérer dans l'accomplissement de vos multiples sollicitations. Amen !!!

ABREVIATIONS

1. CCC : Communication pour le Changement de Comportement
2. Col : Collaborateur
3. CSCOM : Centre de Santé Communautaire
4. CSREF : Centre de Santé de Référence
5. EDS : Enquête Démographique et de Santé
6. FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
7. IEC : Information Education Communication
8. J C : Jésus Christ
9. MATCL : Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités
Locales
10. MGF : Mutilation Génitale Féminine
11. NEC : Non Excision Coutumière
12. OMS : Organisation Mondiale de la Santé
13. ONG : Organisation Non Gouvernementale
14. PSL : Paix et Salut sur Lui
15. VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

D'après « Larousse », exciser signifie "enlever avec un instrument tranchant"[1].

L'excision, est définie par l'OMS comme « toute intervention aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins pratiquée pour des raisons religieuses, culturelles ou autres, et non à des fins thérapeutiques » [2].

Longtemps cantonnée dans la région du Haut-Nil, où des momies excisées et infibulées ont été retrouvées, puis étendue à l'Afrique orientale, l'excision est une pratique animiste au moins bimillénaire, remontant à l'ère ptolémaïque. Dans de nombreuses cultures, le passage à l'état adulte s'opère par l'intermédiaire de rites initiatiques au cours desquels le corps est le plus souvent marqué. L'excision pratiquée sur les fillettes entre souvent dans le cadre de ces « blessures symboliques » [16].

Certains auteurs attribuent l'excision à l'islam, même si des adeptes d'autres religions la pratiquent également. C'est le cas par exemple des chrétiens et des animistes du Mali, des coptes d'Egypte et des juifs Falasha d'Ethiopie [6].

D'après l'OMS [2], dans le monde entier des millions de femmes subissent l'excision. Les MGF s'étendent de l'Algérie à la Centrafrique et du Sénégal à la Somalie, elles touchent l'Asie du Sud-Ouest, l'Amérique du Sud et du Centre et quelque pays d'Europe [16].

Au moins 28 (vingt huit) pays africains sont concernés par cette pratique. On estime qu'il y a aujourd'hui plus de cent millions de femmes et de fillettes victimes de cette pratique sur le seul continent africain, ce qui correspond à environ un tiers de sa population féminine. Selon cette même source, chaque année dans le monde, près de trois (3) millions de filles sont soumises à cette coutume ou pratique religieuse. C'est une pratique très répandue dans le monde, touchant environ 60% des femmes dans les pays en voie de développement tandis qu'en Europe les seuls cas rencontrés concernent les clitoridectomies à but thérapeutique (Psychiatrie) et des populations immigrées [16].

Au Mali, l'excision consiste en l'ablation du clitoris et/ou des petites et grandes lèvres, suivie ou non de la fermeture de l'orifice vaginal (Infibulation) [5].

L'excision est pratiquée dans toutes les régions du Mali et touche 94% de la population féminine selon EDS III [17]. Cette pratique est traditionnelle dans les groupes ethniques au sud du Mali (Bambara, Soninké, Malinké, Sénoufo, Peulh.....), tandis qu'elle ne concerne qu'une minorité au sein des ethnies Sonrhaï, Maures et Tamashek au Nord du pays.

L'excision a fait l'objet de plusieurs études et publications de par le monde. Ces études sont classées en trois catégories [16] qui sont :

- les études faites par les ethnologues qui mettent l'accent sur le caractère initiatique intégrateur de l'enfant dans la société,
- les études faites par les organisations pour la santé et les associations féminines qui considèrent l'excision comme une pratique néfaste à la santé de la femme et de l'enfant ; elles se classent dans le cadre du mouvement associatif militant contre l'excision,
- les études faites sous le signe de la médecine et de la santé en général. Elles portent sur les complications de l'excision lors de l'accouchement [4, 5, 9].

Sur le plan national et international, plusieurs méthodes de lutte contre le fléau de l'excision ont été proposées : la sensibilisation (culturelle et médicale), l'information, la répression, la législation. Mais les résultats sont peu probants.

Cependant CAMARA [3], révèle la présence d'une non excision coutumière dans le Haut-Niger du Mali, observée par une minorité de populations vivant en parfaite symbiose avec des communautés pratiquant l'excision.

La compréhension des mécanismes d'intégration de cette communauté pourrait permettre de proposer de nouveaux modèles dans les stratégies de lutte contre les MGF.

Or, malgré tout l'intérêt accordé à l'excision et toute la littérature née autour de sa pratique, la non excision coutumière reste très peu connue car très peu de travaux lui ont été consacrés. C'est pourquoi nous avons décidé d'initier cette étude visant les objectifs suivants :

OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier la non excision coutumière chez les Malinkés Haut Niger du Mali.

Objectifs spécifiques :

- 1- Décrire les perceptions de l'excision au sein des Malinkés du Haut-Niger.
- 2- Déterminer les principales raisons de la non excision coutumière invoquées par les communautés concernées.
- 3- Décrire le degré d'intégration sociale des femmes non excisées.

1. GENERALITES SUR L'EXCISION

1.1. RAPPEL ANATOMIQUE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES :

L'anatomie des organes génitaux de la femme est complexe mais peu difficile à comprendre. Il s'agit de :

1.1.1. La vulve : Schémas (fig1 et 2)

La partie externe des organes génitaux féminins, la vulve (voire schéma) est masquée 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 du clitoris puis plus en dehors par les grandes lèvres qui se perdent en avant du même clitoris sur une saillie médiane : pénil ou mont de Vénus. A la vulve sont annexées deux glandes de Bartholin [14].

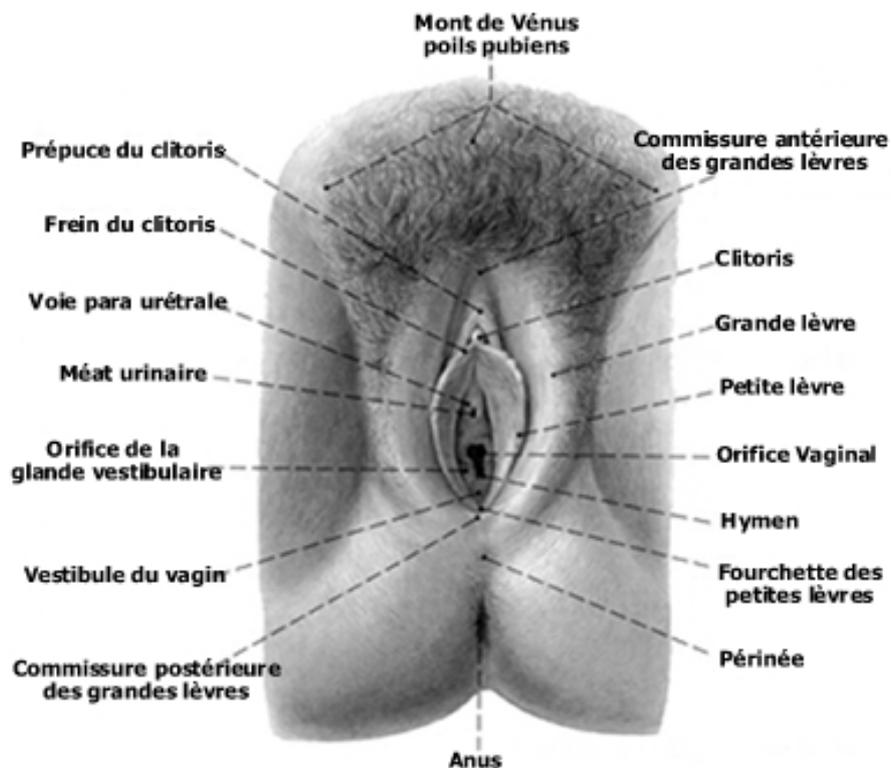


Fig 1 : Vue de la vulve et du mont de Venus.

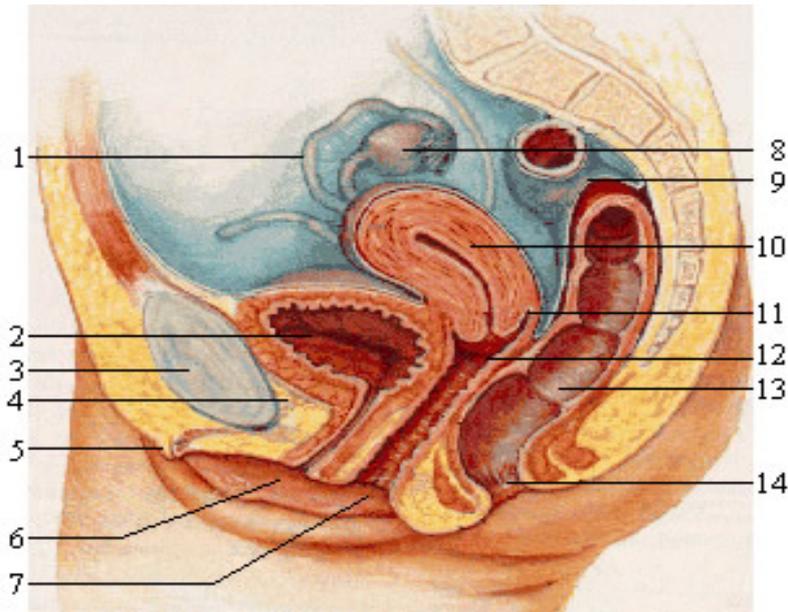


Fig 2 : Coupe Sagittale du bassin.

1.1.2. Les grandes lèvres : (fig5)

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 de fibre musculaire lisse formant le dartois des grandes lèvres ;
- une couche graisseuse ;
- une membrane fibro-élastique ;
- une deuxième couche adipeuse.

1.1.3. Le mont de Vénus :

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.

1.1.4. Les petites lèvres : (Fig 1)

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.

Le mont du pubis et le tiers antérieur des grandes lèvres sont innervés par les branches génitales des nerfs ilio-hypogastrique, ilio-inguinal et génitofémoral.

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.

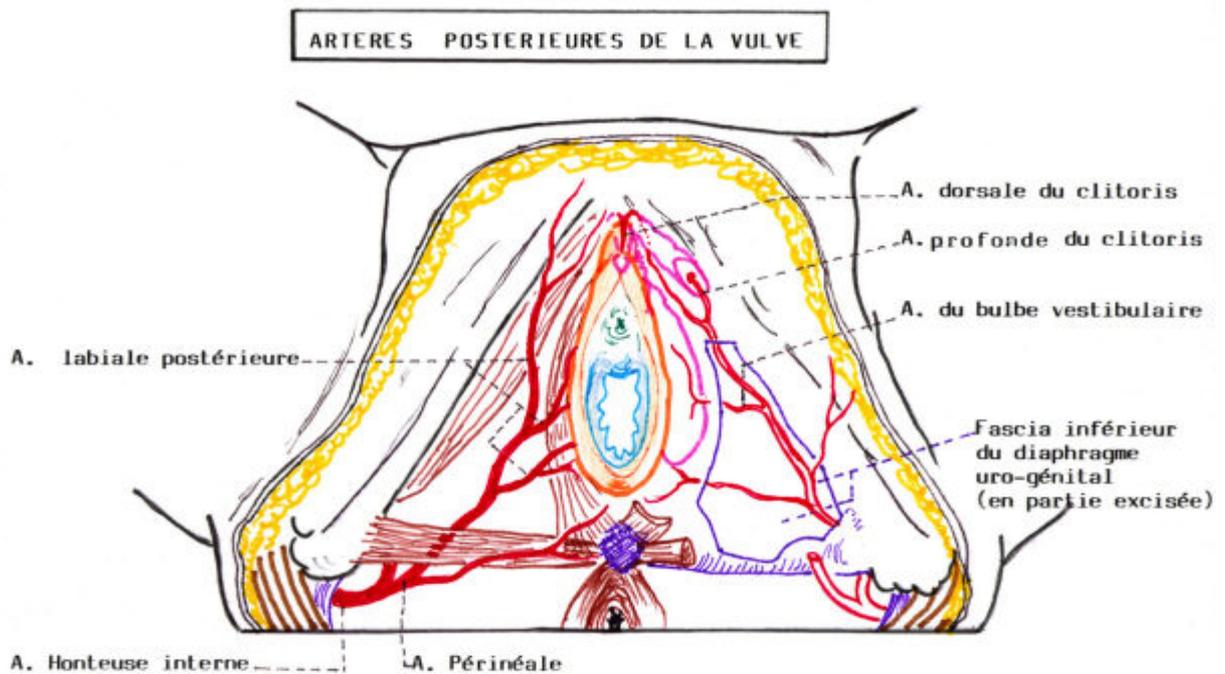
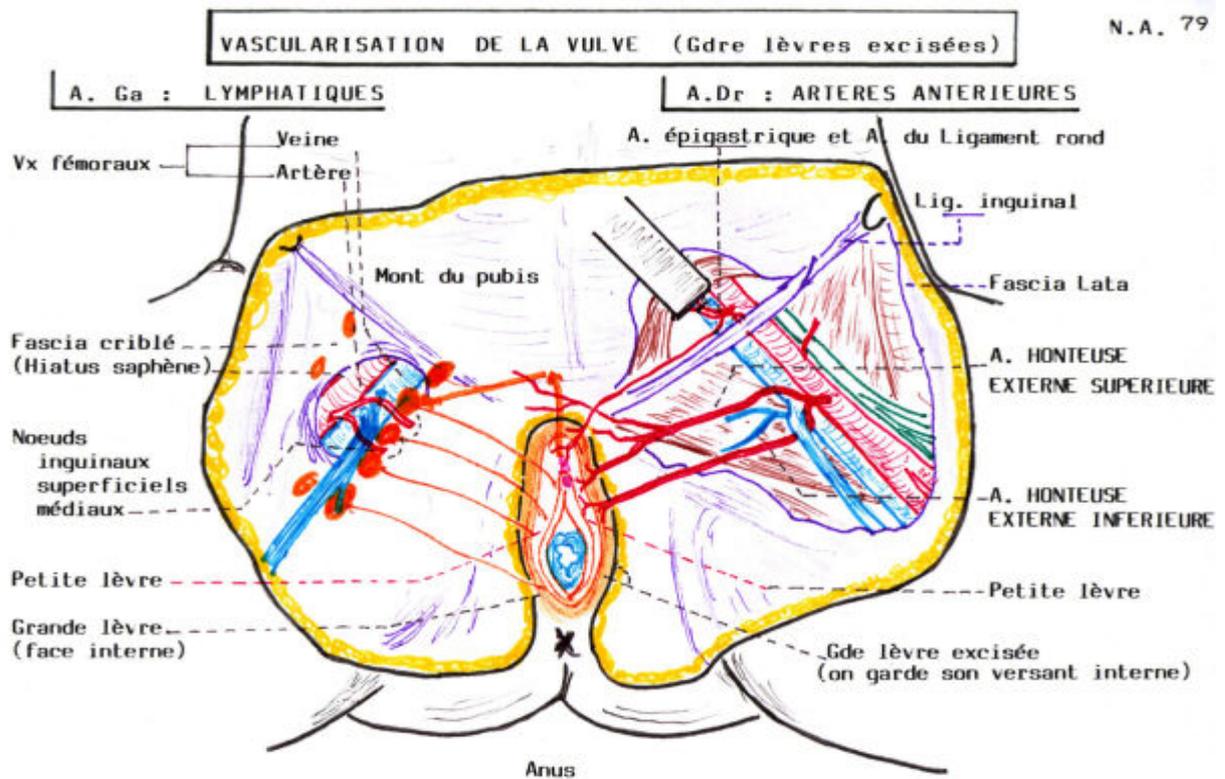
- les petites lèvres sont innervées par les rameaux superficiels et profonds du nerf périnéal ;
- ces filets nerveux se terminent dans le chorion de la muqueuse des petites lèvres ;
- le bulbe reçoit des rameaux profonds du nerf périnéal ;
- sur sa face dorsale du clitoris cheminent les nerfs dorsaux du clitoris, branches du nerf honteux interne.

Les rameaux terminaux de ces nerfs aboutissent à différents extérocepteurs : les corpuscules de Pacini, de Meissner, de Krausse, de Finger, ou corpuscule de la volupté etc. Les récepteurs thermiques, corpuscules de Ruffini (chaleur et douleur) et corpuscules de Krausse (froid). Les barorécepteurs, corpuscules de Meissner et de Pacini (tact appuyé), disque de Merkel (tact léger, caresse).

Le nombre et la variété de ces extérocepteurs vont croissant des petites lèvres au gland clitoridien. Celui-ci plus richement innervé que son homologue masculin, présente des formations en masse décrites sous le nom de corpuscules de la volupté de Krausse-Finger.

Les nerfs vaso-moteurs proviennent du plexus sympathique hypogastrique et accompagnent les artères jusqu'aux organes érectiles.

1.1.1.5. Vaisseaux et nerfs de la vulve : (fig 3).



1.1.1.6. Le clitoris : (fig1)

Organe érectile par excellence, le clitoris est formé par les corps caverneux et par des enveloppes. Il est divisé en trois parties : le corps, le genou et le gland recouvert par un fin prépuce.

Les corps caverneux et le gland du clitoris ont une structure identique à celle des corps caverneux et du gland de la verge.

Organe très innervé et vascularisé, il est l'organe de sensation de la femme par excellence [47].

1.1.6.1. Les corps caverneux :

Analogues à ceux de la verge chez l'homme, ils s'unissent pour former le corps du clitoris qui se prolonge puis change de direction et se coude pour former le genou (ou coude) du clitoris. Le clitoris se termine par une extrémité arrondie : gland du clitoris.

1.1.6.2 Les enveloppes : Il s'agit de :

- 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.

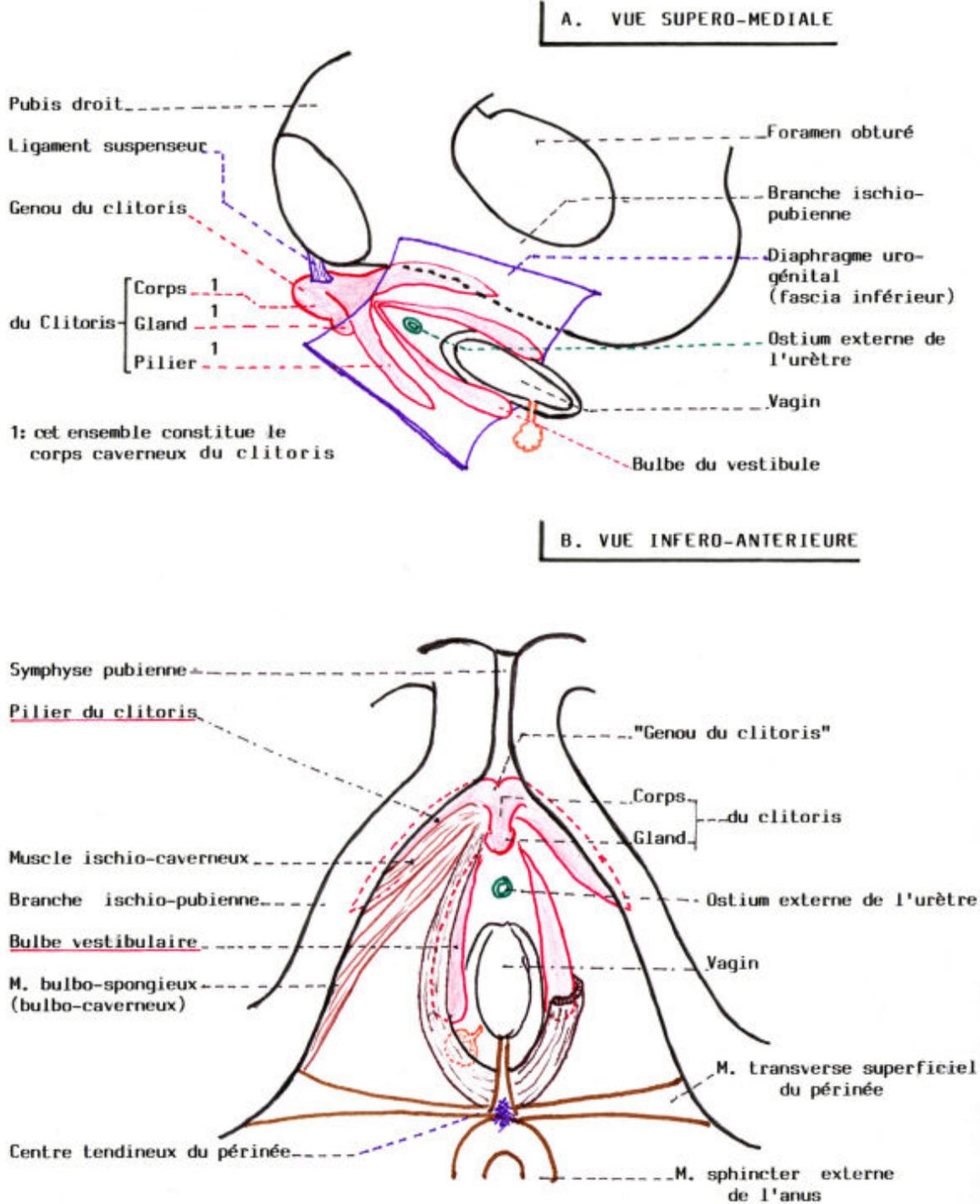


Fig 4 : Formation érectile chez la femme.

1.1.6.3. Moyens de fixité du clitoris :

Le clitoris est solidement fixé en arrière par ses piliers sur les branches ischio-pubiennes, et en avant au niveau de son coude, par suspenseur.

Celui-ci se détache de la symphyse pubienne et de la ligne blanche, descend vers le clitoris, se déroule à son contact pour le contourner latéralement et se reconstituer au dessous de lui.

1.1.6.4. Dimensions du clitoris :

A l'état de la flaccidité :

- ✓ sa longueur est en moyenne de 6 à 7 cm dont environ 3 cm pour les racines ; 2.5 cm pour le corps et 0.6 cm pour le gland ;
- ✓ son diamètre est de 0.6 à 0.7 cm.

1.1.6.5. Les rapports du clitoris :

Les piliers du clitoris sont situés 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.

1.1.7. Le vagin : (fig5)

Etendu du col 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 une face antérieure et une face postérieure :

- ◆ la première répond dans ses deux tiers (2/3) 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 (1/4) supérieur et à l'ampoule rectale dans ses trois quarts (3/4) 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.

1.1.8. Les Ovaires :

Il s'agit de deux (02) glandes qui produisent les hormones féminines et les ovules.

1.1.9. L'utérus : (fig4)

Il constitue le « nid » dans lequel se développera l'œuf fécondé et comprend :

- ❖ deux trompes qui ont pour fonction essentielle de conduire les ovules jusqu'au corps de l'utérus ;
- ❖ un corps qui héberge le fœtus pendant toute l'évolution de la grossesse et assure son expulsion par ses contractions ;

❖ Un col interne et un col externe qui se ferment pendant la grossesse et s'ouvrent pour donner passage à l'enfant pendant l'accouchement.

1.2. 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 [37].

La région clitoridienne et vaginale (un réseau de nerfs, de veines et d'artères) constitue la plus grande partie érectile du corps féminin [11, p17]. Ils deviennent engorgés de la même manière que le pénis le devient [37].

Quant 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 [11].

Les stimulations clitoridiennes traduisent 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 désignent l'orgasme masculin qui se localise dans la partie basse du corps de l'homme [37].

1.3. Les origines de l'excision

Il est généralement admis que l'excision remonte à la nuit des temps [38]. Les traces les plus anciennes la situent cinq (05) siècles avant notre ère [38]. ERLICH, signale [8] que RENE N, dans "Erotique et civilisation" estime que chez les Egyptiens, l'excision remonte à 5000 à 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 (Egypte, Syrie, Perse et Ethiopie) [8, p19]. Ceci s'explique aisément par des momies retrouvées excisées ou infibulées, preuve que l'excision a bien existé du temps de l'Egypte pharaonique (XVIème siècle avant J. C) [27] ; mais aussi confirmée par la littérature contemporaine entre autres "Nations nègres et cultures" de DIOP C A [44]. DIOP C A situe l'origine de l'excision à Abraham (Juif), qui épousa Adiara (Egyptienne). Il pense que l'Egypte pharaonique aurait la même origine que l'Afrique préhistorique sur le plan

de la linguistique (les similitudes entre la langue égyptienne et le Valaf sénégalais, Sérère, le Peulh et autres langues parlées au Cameroun etc...) ; le totémisme (où les animaux semblent être l'ancêtre des hommes), l'excision/circoncision [44]. Selon la Bible, [44] Dieu demande à Abraham de se circoncire, en signe d'alliance avec lui, sans qu'on sache ce qui peut, dans la circoncision considérée du point de vue de la tradition juive même, conduire à l'idée d'une alliance. Selon M Griaule [28, p186 à 189], dans Dieu d'eau (cosmogonie dogon) il s'agit de débarrasser l'enfant d'une force mauvaise, nécessité pour lui de payer une dette de sang et de verser définitivement dans un sexe.

La technique ainsi constatée aurait été à l'origine du terme « d'excision pharaonique » [8, p 22].

Dans le monde arabe et byzantin, l'excision existait avant l'islam, ainsi que le confirment des textes de Aetius [8, p46] ; 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.

1.4. Les raisons de l'excision

Pratique vieille de plusieurs siècles (Hérodote situe son origine au Vème siècle avant J C) a été pratiquée dans presque tous les pays du monde, mais aujourd'hui elle a disparu dans les régions développées d'Europe et d'Amérique, tandis qu'elle persiste dans les régions sous développées [21].

Selon un document de l'OMS [2], on ignore l'origine de la tradition des mutilations sexuelles et à quand elles remontent.

Diverses raisons semblent émerger des motivations complexes souvent invoquées pour justifier ces mutilations féminines [6]. Ce sont :

- raisons psycho sexuelles : Réduction ou suppression de la zone sensible des organes externes notamment le clitoris, afin d'atténuer le désir sexuel chez la femme, de maintenir la chasteté et la virginité avant le mariage et la fidélité au cours du mariage, d'accroître le plaisir sexuel de l'homme ;
- raisons sociologiques : Identification avec l'héritage culturel, initiation des jeunes filles qui vont devenir des femmes, intégration sociale et maintien de la cohésion sociale ;

- raisons d'hygiène et d'esthétique : L'ablation des organes génitaux externes de la femme, réputés sales et laids, est censée favoriser l'hygiène et rendre la femme plus attrayante ;
- raisons mythiques : Ces pratiques sont censées accroître la fécondité et favoriser la survie de l'enfant ;
- raisons religieuses : Les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées par des musulmans, des chrétiens (catholique, protestants, coptes), et des animistes dans toutes sortes de communautés. Elles sont aussi fréquemment pratiquées par certaines communautés musulmanes qui croient sincèrement qu'elles sont exigées par l'islam.

D'après la littérature, les divers témoignages semblent établir une relation entre l'excision et l'inconduite conjugale, qui caractériserait les populations non excisées (Grèce, Inde, Perse, ...) [45].

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 [45].

Fabrice d'Acquapendente (1949) [44] stipule qu'il y a "trois motifs à l'excision chez les Égyptiens :

- le premier, afin de supprimer un organe hypertrophié qui gêne la copulation ;
- 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.

HATIN (1832) recommande la méthode de LEVRET, [16] c'est-à-dire l'excision réalisée dans un but chirurgical, pour lutter contre la nymphomanie.

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

- les théories d'ordre économique : selon certains 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 [38] ;

- les théories d'ordre médico-psychologique : certains auteurs (dont Denis Diderot dans son encyclopédie) [8] 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 ;
- les théories d'ordre socio-anthropologiques : les raisons de sa pratique sont nombreuses mais c'est la thèse anthropologique qui correspond le mieux au contexte malien, car l'excision, pour Dieterlen [19], s'inscrit dans la pensée cosmogonique bambara.

Il apparaît dans la société bambara que circoncision et excision s'inscrivent dans un cadre initiatique qui a pour but de faire entrer l'enfant dans la société des adultes [38] ;

- les théories d'ordre anatomique et esthétique : les organes génitaux de la femme sont vus comme étant sales, laids et font ressembler la femme à l'homme, il correspond à une difformité honteuse [32] ;
- les théories d'ordre moral et sexuel : l'excision permet de diminuer la libido de la femme afin de la rendre fidèle. Elle apparaît comme un moyen de contrôler la sexualité féminine et de préserver la virginité de la jeune fille. Elle est également indispensable pour rentrer dans le cycle des échanges matrimoniaux [38] ;
- les théories d'ordre religieux : il est admis que les religions n'ont fait que justifier a posteriori des pratiques qui leur étaient bien antérieures et qu'elles ont prises à leur compte [38]. C'est ce que confirme la réalité malienne [13] où tout le monde admet que l'excision est bien antérieure à la venue de l'islam.

D'après Assad [38] citant Ibn El Athir, le Prophète Mohamed (PSL) aurait ajouté que « la circoncision est obligatoire pour l'homme, honorable pour la femme »

SAUREL [41] évoque certaines prescriptions du Fiqh (droit canonique et civil musulman) concernant les vices chez la femme pouvant entraîner la nullité du mariage. Ces vices qui peuvent être anatomiques et/ou physiologiques sont les suivants :

- Le "ratq" ou absence de vagin perméable ;

- Le "qarn" ou tumeur dure ;
- Le "afl" ou prolapsus génital ;
- L'"isth'adha" ou perte sanguine non menstruelle ;
- Le "natn bakhr" ou "djakhr" ou puanteur vaginale ;
- L'"ifadha" ou cloaque ;
- Le "harq ou en-nâr" ou vaginisme.

Tous ces vices peuvent provenir de l'excision et de ses conséquences.

De ce fait l'excision vue sous cet angle est déconseillée par le fiqh.

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. [38]

En résumé, l'excision semble avoir deux origines totalement différentes et indépendantes :

- une origine qui aurait pris naissance chez les Coptes d'Égypte et les Abyssins d'Éthiopie. [38] Elle aurait été transmise aux Arabes, (bien avant la venue du prophète) qui auraient assuré sa diffusion. Ceci expliquerait l'amalgame qui est parfois fait entre l'excision et l'islam [38] ;
- une autre origine noire africaine, qui serait d'ordre symbolique et s'inscrivant dans un cadre purement initiatique [41].

1.5. DESCRIPTION DE LA OU DES TECHNIQUES UTILISEES POUR PRATIQUER LES MGF : Voir schémas (fig 5)

Il est difficile d'établir des techniques communes à toutes les mutilations génitales féminines car elles varient en fonction du lieu et de la région où on pratique ces mutilations. La technique peut varier de la technique traditionnelle que nous allons décrire à des formes plus modernes se rapprochant d'une intervention chirurgicale [47].

1.5.1. Préparation :

Il n'y a pas de préparation particulière avant l'excision, la fille qui doit subir la mutilation est en général conseillée par sa tante ou une vieille femme qui lui explique les bienfaits de l'opération selon la coutume. La

filles est prévenue de la douleur qu'elle aura au cours de l'opération. Son courage est très souhaitable et honore la famille. C'est après cet entretien que la fille ou les filles, quant il s'agit d'une grande cérémonie, subit (issent) l'opération dont elle(s) ignore (ent) complètement les conséquences.

1.5.2. Les instruments utilisés :

Les mutilations génitales féminines sont faites à l'aide d'instruments divers allant du plus rudimentaire et primitif au plus moderne. Ce sont :

- les lames des tiges de mil
- les petites haches
- les couteaux
- les tessons de bouteilles
- les lames de rasoirs
- les bistouris.

1.5.3. Les exécutants :

Les exciseuses sont des adultes qui sont de statuts divers. Parmi celles ci nous pouvons retenir :

- les exciseuses ayant hérité leur fonction d'une mère ou d'une tante ;
- les exciseuses provenant de familles d'exciseuses ;
- des agents de santé.

Il faudra souligner que très souvent ces exécutants n'ont aucune notion d'anatomie ni de connaissances chirurgicales, ignorant ainsi les conséquences médicales de leurs actes.

1.5.4. Le lieu de la pratique :

Les MGF sont pratiquées dans plusieurs lieux selon les régions et les circonstances ; elles peuvent se faire :

- chez l'exciseuse ;
- sous un arbre sur la place publique ;
- dans une formation sanitaire ;
- au domicile des parents de la fille.

Aujourd'hui avec la campagne d'éradication elles sont faites le plus souvent dans la clandestinité.

1.5.5. La technique proprement dite :

La fille est habituellement excisée, sans anesthésie, en décubitus dorsal, les cuisses maintenues écartées par des aides ou par une seule personne, couchée sous la jeune fille et lui crochétant les chevilles avec les pieds. Pour immobiliser une fille de sept ans, il faut parfois l'intervention de cinq personnes pour tenir la tête, les deux mains et les deux jambes. Quand il s'agit d'une petite fille, un(e) seul(e) assistant(e) peut lui maintenir à la fois le corps et les cuisses, l'immobilisant en position assise.

L'exécutant saisit la partie à exciser (petite lèvre ; clitoris ; grandes lèvres) et coupe avec un instrument tranchant. Ceci sans anesthésie et dans des conditions d'asepsie douteuse.

Les cris de douleurs de la fille consentante ou non sont couverts par des incantations ou des you- you des assistantes ou tout simplement par des roulements de tam-tam.

Parfois dans certaines régions (47), le clitoris est brûlé par du feu à l'aide de braise provenant d'un arbre sacré. La plaie est recouverte par un pansement fait de beurre, parfois de préparations végétales pilées de graines d'arachide, de coton et même de bouse de vache.

1.5.6. La classification des types d'excision :

Une classification typologique fut proposée par l'OMS [2] en 1997 lors de la rencontre scientifique de Genève sur les MGF.

Elle décrit l'excision en quatre types qui sont :

- Type I : excision du prépuce avec ou sans excision de la totalité ou d'une partie du clitoris ;
- Type II : excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres ;
- Type III : (fig1) excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et suture/ rétrécissement de l'ouverture vaginale (Infibulation) ;
- Type IV : diverses pratiques non classées telles que la ponction, le percement ou l'incision du clitoris et/ou des lèvres, l'étirement du clitoris et/ou des lèvres, la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus environnants, la scarification des tissus qui entourent l'orifice vaginal ("angurya" nom bambara) ou l'incision du vagin ("gishiri" nom bambara); l'introduction de substance ou d'herbes corrosives dans le vagin pour provoquer un saignement ou pour le resserrer et toute autre pratique entrant dans la définition des mutilations sexuelles féminines citées plus haut.



Fig 5 : Exemple d'infibulation



Vulve normale

Les procédures décrites ci-dessus sont irréversibles et leurs conséquences durent toute la vie [6].

1.5.7. COMPLICATION DE L'EXCISION

Les complications de l'excision sont de trois ordres selon l'OMS. [2] Il s'agit des complications :

- Immédiates ;
- à moyen terme ;
- à long terme.

WATTARA et col [21] ont énuméré après étude un certain nombre de complications qui sont :

➤ Dans l'immédiat :

- **l'hémorragie** : c'est la complication la plus fréquente. Elle est parfois liée à la section de l'artère dorsale du clitoris. Sa gravité dépend de son abondance et de sa durée. Ainsi les conséquences peuvent aller de l'état de choc à la létalité par suite d'anémie aiguë.
- **le choc** : il peut être secondaire à la douleur intense provoquée par l'absence d'anesthésie 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 la fille excisée. Elle peut intéresser le vagin et le périnée postérieur.
- **l'infection** : le matériel utilisé pour la pratique ainsi que les traitements traditionnels peuvent être source de souillure. L'infection induite peut remonter dans la filière génitale entraînant une infection pelvienne souvent chronique pouvant être à l'origine des cas de tétanos ou des septicémies pouvant entraîner une stérilité primaire.
- **la rétention aiguë d'urine** : Elles surviennent :
 - Soit par phénomène réflexe : du fait des brûlures lors de la miction, l'enfant s'abstient d'uriner. Ceci entraîne à la longue une rétention urinaire qui se résout d'elle même.
 - Soit à cause de l'atrésie vulvaire qui a oblitéré le méat urinaire. Une intervention chirurgicale s'avère alors nécessaire.

➤ A moyen terme :

- **les cicatrices cutanée, et vulvaires** : la survenue de cicatrices telles que les chéloïdes, les kystes dermoïdes et brides au niveau de la région excisée est assez fréquente.
- **l'atrésie vulvaire** : elle peut survenir de deux façons différentes :
 - une mauvaise cicatrisation qui provoque un accolement des deux grandes lèvres. Elle réalise l'aspect d'infibulation ;
 - faite de façon volontaire pour préserver la virginité de la fille.
- **l'hématocolpos** : dans le cas de l'infibulation ou atrésie vulvaire, lorsque apparaissent les premières règles, se pose le problème d'hématocolpos. Ne trouvant pas d'issue pour sortir le sang menstruel stagne 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 douleur plus ou moins intense selon le degré d'ouverture de l'orifice vaginal à l'origine des dysménorrhées[41].

- **l'excision et transmission du VIH/SIDA et des hépatites A, B, et C**

La pratique constitue une cause majeure de diffusion du SIDA et de l'hépatite. En effet c'est avec la même lame ensanglantée que l'exciseuse opère les filles au cours de la même journée c'est-à-dire en série. [31, 47]

- **les conséquences urinaires** : logiquement 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. [21]

➤ A long terme :

- **les séquelles anatomiques** : kystes liquidien, sébacés, ou dermoïdes entraînés par les cicatrisations vulvaires [37].
- **les conséquences obstétricales** : ces complications sont les plus fréquentes et les plus spectaculaires [5].

Elles sont engendrées par les cicatrices veineuses de la région clitoridienne après excision [37]. Ces cicatrices vont prolonger la durée de la période expulsive du fœtus hors des voies génitales conduisant rapidement à la souffrance fœtale et à l'épuisement de la mère [5]. Elles peuvent céder au moment de l'accouchement provoquant une hémorragie souvent difficile à maîtriser [37].

La souffrance fœtale aiguë peut être responsable d'atteintes neurologiques graves conduisant chez l'enfant à un déficit mental et/ou physique important [37]. C'est pourquoi il est préférable de pratiquer chez ces femmes une épisiotomie large pour éviter les déchirures périnéales [37].

- **les séquelles psychologiques (Psycho-sexuelles) :**

De nombreuses recherches ont été effectuées sur les aspects psychologiques des MGF [37], par des auteurs comme BAASHER (26), GALLO GASSIVARO et LAPUJOULEDED (40) qui ont tous signalé :

- l'anxiété due à la peur de l'excision,
- la dépression,
- l'excitation psychotique (à cause de l'apparition d'une tumeur kystique sur la région vulvaire après excision) [26].
- la frigidité,
- le vaginisme, etc.

2. METHODOLOGIE

2.1. Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le Haut-Niger malien (plus précisément dans sa zone abritant des populations sympatriques dans le cadre du phénomène de l'excision). Ce terroir est situé à cheval entre le cercle de Kati (Sud-Ouest du District de Bamako et le cercle de Kangaba (qui va du sud de ce District aux frontières guinéenne et ivoirienne). Le climat est de type soudanien, avec une pluviométrie abondante. Les activités socio-économiques sont exclusivement de type primaire (agriculture, pêche et élevage) n'assurant pas de revenus importants à la population ; l'orpaillage est pratiqué par une population migrante venant d'autres régions du pays et des pays voisins. Les infrastructures socio-sanitaires sont rares : quelques Centres de Santé Communautaires (CSCOM), Centre de Santé de Référence (CSREF) à Kangaba. Il existe quelques organisations non gouvernementales (ONG) : Plan International ; s'occupant de la santé de la reproduction. La zone est très enclavée (il y a très peu d'axes routiers) ce qui, par ailleurs, explique en grande partie le maintien des traditions malinké héritées de l'Empire du Mali (12^e – 13^e siècle) qui y a pris naissance.

2.2. Population d'étude :

La population d'étude est composée par l'ensemble des habitants autochtones de la zone, répartis entre les localités de Fouh, Sèlèfougou, Dambala et Dansirala. Elle comporte une fraction minoritaire (HAIDARA, COULIBALY et KAMISSOKO...) ne pratiquant pas l'excision, tandis que la majorité (CAMARA, KEITA et TRAORE) la pratique. Comme principales ethnies nous pouvons noter : les Malinké, les Peulhs et quelques îlots Bamanan.

2.3. Type d'étude :

Notre travail est une étude d'observation de cas.

2.4. Echantillonnage :

Aborder un sujet de sexualité, surtout dans un milieu conservateur de culture, se ramenait à bien cibler ses interlocuteurs donc à réduire le nombre d'enquêtés.

Ceci passe nécessairement par une étude en deux volets. Une étude qualitative (très time-consuming) et une étude quantitative avec un échantillon aléatoire.

Nous avons ainsi arrêté un échantillon aléatoire de 90 personnes. Il était composé de 20 leaders d'opinion et 70 personnes ordinaires.

2.5. Inclusion / Non inclusion :

- Inclusion : sujets autochtones, sujets consentants, d'âge supérieur ou égal à 14 ans quel que soit le clan ;
- Non inclusion : sujets non consentants, sujets non résidents, sujets de moins de 14 ans.

2.6. Plan de travail : nous avons procédé selon les étapes suivantes :

- à la formulation des objectifs ;
- à l'élaboration du questionnaire ;
- à la formation pour l'enquête ;
- au pré-test ;
- à la validation du questionnaire ;
- à la collecte des données ;
- à l'analyse des données.

2.7. Plan de gestion et d'Analyse :

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête (quantitative).

Un pré-test a été effectué sur un échantillon de 20 dossiers avant la validation du questionnaire.

Le contrôle de qualité des saisies a été effectué sur 10% des dossiers.

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur Epi-Info 6. Le test statistique est le CHI².

2.8. Aspects éthiques : Nous avons veillé à ne poser aucune question ni entreprendre aucune action susceptible de heurter la sensibilité de nos interlocuteurs. Pour y arriver les précautions suivantes ont été prises :

- ne pas demander à une femme si elle est excisée ou non : les clans ne pratiquant pas l'excision étant connus de tous, on peut étiqueter une femme dès qu'elle décline son patronyme ;
- ne pas demander à une communauté de dresser la liste de ses femmes non excisées ;

- assurer les populations enquêtées de la confidentialité des informations recueillies ;
- rechercher l'assentiment des parents pour les sujets mineurs qui seront interviewés.

3. RESULTATS

3.1. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Notre enquête a intéressé 90 personnes dont 70 personnes ordinaires et 20 leaders d'opinion. Ces enquêtés se répartissent entre les villages de Fouh, Séléfougou, Dambala et Dansirala où vivent en symbiose des communautés pratiquant l'excision et la non excision coutumière.

TABLEAU I : Répartition des répondants selon les tranches d'âge :

AGE	Effectif	%
14-24	12	17.2
25-35	21	30
36-46	17	22.7
47-57	08	11.6
56-68	07	11.4
69-79	03	4.3
80-90	00	00
91-101	01	1.4
102-112	01	1.4
Total	70	100

L'âge moyen était de 38.81 ans avec des extrêmes de 14 à 103 ans et un Ecart type de 17, 85 ans.

TABLEAU II : Répartition des répondants selon le sexe :

Sexe	Effectif	%
Masculin	29	41.4
Féminin	41	58.6
Total	70	100

Le sex-ratio était de 1,5 en faveur des femmes.

TABLEAU III : Répartition des répondants selon leur ethnie :

Ethnie	Effectif	%
Malinké	62	88.6
Bambara	04	5.7
Peulh	03	4.3
Autre	01	1.4
Total	70	100

Les malinkés ont représenté l'essentiel de notre population d'étude.

TABLEAU IV : Répartition des répondants selon le clan :

Clan	Effectif	%
Atch	01	1.4
Bah	01	1.4
Barry	01	1.4
Camara	38	54.3
Coulibaly	08	11.4
Doumbia	08	11.4
Fofana	01	1.4
Haïdara	01	1.4
Keita	04	5.9
Konaté	02	2.9
Koné	02	2.9
Sacko	01	1.4
Traoré	02	2.9
Total	70	100

Les principaux clans enquêtés ont été les CAMARA, les DOUMBIA, COULIBALY et les KEITA, soit respectivement : 54.3%, 11.4%, 11.4%, 5.9%.

TABLEAU V : Répartition des répondants selon la position de leur clan par rapport à l'excision :

Position	Excision	Non excision	Effectif
Clan			
Atch	01	00	01
Bah	01	00	01
Barry	01	00	01
Camara	38	00	38
Coulibaly	00	08	08
Doumbia	08	00	08
Fofana	01	00	01
Haïdara	00	01	01
Keita	04	00	04
Konaté	02	00	02
Koné	02	00	02
Sacko	01	00	01
Traoré	02	00	02
Total	70	09	61

Les clans de la non excision sont représentés par les COULIBALY (11.4%) et les HAIDARA (1.4%).

TABLEAU VI : Répartition des répondants selon Le statut matrimonial :

Statut matrimonial	Effectif	%
Marié	57	81.4
Célibataire	08	11.4
Veuf ou divorcé	05	7.1
Total	70	100

Les mariés ont été les plus représentatifs de notre série.

3.2. CONNAISSANCE GENERALE SUR L'EXCISION ET LA NEC.

TABLEAU VII : Répartition des répondants selon leur opinion sur les raisons de l'excision :

Opinion Excision	Effectif	%
Culturelle	09	12.86
Sociale	19	27.14
Religieuse	38	54.29
Sans avis	04	5.71
Total	70	100

L'excision a été une recommandation de l'islam selon plus de la moitié de nos répondants.

TABLEAU VIII : Répartition des répondants selon leur opinion sur les raisons de la non excision :

Opinion non Excision	Effectif	%
Culturelle	43	61.42
Sociale	18	25.72
Religieuse	07	10
Sans avis	02	2.86
Total	70	100

Plus de la moitié de notre série ont pensé que la non excision était d'origine culturelle.

TABLEAU IX : Répartition des répondants selon leur âge et leur opinion sur les raisons de l'excision :

Raisons Age	Culturelle	Sociale	Religieuse	Sans avis	Total
12-24	00	01	09	02	12
25-35	05	00	16	00	21
36-46	07	01	09	00	17
47-57	02	02	04	00	08
58-68	01	02	04	00	07
69-79	01	00	02	00	03
80-90	00	00	00	00	00
91-101	01	00	00	00	01
102-112	01	00	00	00	01
Total	18	06	44	02	70/70

Plus des $\frac{3}{4}$ de nos répondants (jeunes) ont pensé que l'excision est d'origine religieuse.

TABLEAU X : Répartition des répondants selon leur ethnie et leur opinion sur les raisons de l'excision :

Raisons Ethnies	Culturelle	Sociale	Religieuse	Sans avis	Total
Malinkés	21	07	33	01	62
Bambara	01	01	02	00	04
Peulh	01	00	01	01	03
Autre	00	00	01	00	01
Total	23	08	37	02	70/70

Plus de la moitié des Malinkés pensent que l'excision est d'origine religieuse.

TABLEAU XI : Répartition des répondants selon leur connaissance des types d'excision :

Type de l'excision	Effectif	%
Type I	51	72.9
Type II	10	14.9
Type III	05	7.1
Type IV	01	1.4
Sans opinion	03	3.7
Total	70	100

Au sein de notre série le type I de l'excision a été le plus connu.

TABLEAU XII : Répartition des répondants selon leur statut matrimonial et selon leur connaissance sur le type d'excision :

Clans	Excision	Non excision	Total
Type			
Type I	58	05	63
Type II	46	02	48
Type III	12	00	19
Type IV	02	00	02
Sans avis	03	01	04

Le type I a été le plus connu de nos répondants quelque soit le clan.

TABLEAU XIII : Répartition des répondants selon leur opinion sur l'existence de conséquences de l'excision sur la santé de la femme :

Conséquence	Effectif	%
Présence	38	54.3
Absence	29	41.4
Sans opinion	03	4.3
Total	70	100

Les conséquences de l'excision sur la santé de la femme ont été reconnues par la majorité des répondants.

TABLEAU XIV : Répartition des répondants selon leur connaissance sur les conséquences de l'excision :

Types de conséquence	Effectif	%
Douleur	22	31.4
Choc	05	7.1
Hémorragie	31	44.3
Tétanos	07	10
Rétention d'urine	19	27.1
Ulcération	01	1.4
Rapport sexuel difficile	08	11.4
Abcès	01	1.4
Kyste	02	2.9
Chéloïde	01	1.4
Incontinence d'urine	04	5.7
Dyspareunie	05	7.1
Dysménorrhée	08	11.4
Stérilité	13	18.6

L'hémorragie a été la conséquence la mieux connue de nos répondants.

TABLEAU XV : Répartition des répondants selon les types de conséquences et par catégories :

<i>Clan</i>	<i>Non excision</i>	<i>Excision</i>	<i>Sans avis</i>
Conséquences			
Douleur	04	16	02
Choc	00	05	00
Hémorragie	07	24	00
Tétanos	00	07	00
Rétention d'urine	01	18	00
Ulcération	01	00	00
Rapport difficile	05	03	00
Abcès	00	01	00
Kyste	00	02	00
Chéloïde	00	01	00
Incontinence	00	04	00
Dyspareunie	02	03	00
Dysménorrhée	00	08	00
Stérilité	05	08	00

Peu de conséquences ont été reconnues par des non excisées.

TABLEAU XVI : Répartition des répondants selon leur opinion sur la non excision :

Opinion sur la NEC	Effectif	%
Bonne chose	38	54.3
Mauvaise chose	27	38.6
Sans opinion	05	7.1
Total	70	100

La non excision a été considérée comme une bonne chose par plus de la moitié des répondants.

TABLEAU XVII : Répartition des excisées selon leur appréciation de la non excision :

Appréciation	Bonne chose	Mauvaise chose	Sans avis
Clan			
Excisés	34	27	07
Total	34	27	07

La majorité des excisés ont apprécié la coutume de la non excision.

3.3. EXPERIENCES DES REpondants PAR RAPPORT A L'EXCISION.

TABLEAU XVIII : Répartition des répondants selon des antécédents de complications de l'excision dans la famille :

Antécédents	Effectif	%
Présence	21	30
Absence	49	70
Total	70	100

Peu de répondants connaissaient les complications dues à l'excision.

TABLEAU XIX : Répartition des répondants selon le type de soin utilisé pour la prise en charge de complications de l'excision dans la famille :

Type de soin	Effectif	%
Médical	14	66.7
Traditionnel	07	33.33
Total	21	100

Les prises en charge ont été effectives en milieu médical principalement dans 66.7 %.

TABLEAU XX : Répartition des répondants selon le type de conséquences de l'excision dans la famille et le type de soin utilisé pour leur prise en charge :

Type de soin	Médical	Traditionnel	Total
Antécédents			
Douleur	01	04	05
Choc	00	00	00
Hémorragie	07	03	10
Tétanos	00	00	00
Rétention d'urine	01	00	01
Ulcération	00	00	00
Rapport sexuel difficile	00	00	00
Abcès	00	00	00
Kyste	00	00	00
Chéloïde	00	00	00
Incontinence d'urine	02	01	03
Dyspareunie	00	00	00
Dysménorrhée	00	00	00
Stérilité	01	01	02
F.V.V	00	00	00
Total	12	09	21

L'hémorragie a été la conséquence la plus référée en milieu médical.

TABLEAU XXI : Répartition des répondants selon l'existence d'antécédents de complications de l'excision dans la famille et selon le clan :

Clan	Excision	Non excision
Antécédents		
Présence	21	00
Absence	40	09
Total	61	09

La totalité des antécédents de complications de l'excision a été observée dans les clans pratiquant l'excision.

3.4. INTERFERENCES SOCIOLOGIQUES.

TABLEAU XXII : Répartition des répondants selon leur acceptation de mariage mixte (excisé et non) et selon leur clan :

Clan	Excision	Non excision	Total
Mariage mixte			
Acceptation	42	09	51
Refus	19	00	19
Total	61	09	70

Le mariage mixte serait accepté par près des 3/4 des répondants.

TABLEAU XXIII : Répartition des répondants selon leur âge et selon leur acceptation de mariage mixte :

Mariage mixte	Acceptation	Refus	Total
Age			
14-24	09	03	12
25-35	20	01	21
36-46	10	07	17
47-57	03	05	08
58-68	04	03	07
69-79	03	00	03
80-90	00	00	00
91-101	01	00	01
102-112	01	00	01
Total	51	19	70

Le mariage mixte serait accepté par une population majoritairement jeune.

TABLEAU XXIV : Répartition des répondants masculins selon leur acceptation de mariage d'avec une non excisée :

Mariage avec non excisée	Effectif	%
Acceptation	21	72.41
Refus	08	27.59
Total	29	100

La quasi-totalité des hommes de notre série accepteraient d'épouser une femme non excisée.

TABLEAU XXV : Répartition des répondants masculins selon leur acceptation de mariage mixte et selon leur âge :

Mariage mixte Age	Oui	Non	Sans avis
14-24	02	02	00
25-35	05	03	00
36-46	02	02	00
47-57	05	01	00
58-68	03	00	00
69-79	02	00	00
80-90	00	00	00
91-101	01	00	00
102-112	01	00	00
Total	21	08	29

A tous les âges le mariage mixte serait majoritairement accepté, surtout par les jeunes

TABLEAU XXVI : Répartition des répondants selon leur opinion sur la participation des non excisées aux rites et traditions locales :

Participation	Effectif	%
Oui	59	84.3
Non	08	11.4
Sans avis	03	4.3
Total	70	100

Plus de la moitié de notre série ont pensé que les non excisées peuvent participer aux rites et traditions locales.

TABLEAU XXVII : Répartition des répondants (clan excision) sur leur opinion de la participation des non excisées aux rites :

Rites Clan	Oui	Non	Sans avis	Total
Excision	50	08	03	61
Total	50	08	03	61

81.96 % des répondants du clan de l'excision ont été d'accord avec la participation des non excisées aux rites.

TABLEAU XXVIII : Répartition des répondants selon leur ethnie et selon leur opinion sur la participation des non excisées aux rites :

Ethnies	Malinkés	Bambara	Peulhs	Autres	Total
Participation Rites					
Oui	53	03	02	01	59
Non	07	01	00	00	08
Sans avis	02	00	01	00	03
Total	62	04	03	01	70

84.28 % des ethnies de notre série ont pensé que les non excisées pouvaient participer aux rites.

3.5. PERSPECTIVES VIS-A-VIS DE L'EXCISION ET LA NEC.

TABLEAU XXIX : Répartition des répondants selon leur opinion sur une loi d'abolition de l'excision :

Législation	Effectif	%
Très favorable	37	52.9
Favorable	16	22.9
Défavorable	11	15.7
Très défavorable	06	8.6
Total	70	100

Dans notre série plus de la moitié ont été très favorables à une loi d'abolition de l'excision.

TABLEAU XXXI : Répartition des répondants selon le clan et selon leur opinion sur une loi d'abolition de l'excision :

Loi Clan	Très favorable	favorable	Défavorable	Très défavorable	Total
Excision	31	13	11	06	61
Non excision	06	03	00	00	09
Total	37	16	11	06	70

L'ensemble des deux clans serait très favorable à une éventuelle loi d'interdiction de l'excision.

TABLEAU XXXI : Répartition des répondants selon leur opinion sur la conversion d'un clan à l'autre :

Conversion	Effectif	%
Excision vers non excision	47	67.1
Non excision vers excision	11	15.7
Statu quo	11	17.1
Total	69	100

La conversion de l'excision à la non excision a été proposée par plus de la moitié des répondants.

TABLEAU XXXII : Répartition des répondants du clan de l'excision selon leur opinion sur la conversion vers le clan de la non excision :

CONVERSION	Effectif	%
Excision vers non excision	44	70.97
Non excision vers excision	13	20.97
Statu quo	05	08.06
Total	62	100

70.97 % des répondants du clan de l'excision accepterait une conversion vers la non excision.

3.6. ETUDE DU CAS DES LEADERS D'OPINION.

TABLEAU XXXIII : Répartition des leaders d'opinion selon leur fonction :

Titre	Effectif	%
Animateur villageois	01	05
Chef coutumier	02	10
Chef de clan	01	05
Responsable parti politique	01	05
Conseiller communal	01	05
Directeur d'école	01	05
Exciseuse	02	10
Imam	02	10
Baby-sitter des excisées	01	05
Personnel sanitaire	02	10
Président A M U P I	01	05
Président A V	01	05
Présidente comité femme	01	05
Président jeune communal	01	05
Président jeune local	01	05
Veterinaires	01	05
Total	20	100

Les leaders sociaux, religieux et sanitaires ont été les plus représentatifs.

TABLEAU XXXIV : Répartition des leaders d'opinion selon leur acceptation de mariage avec un individu du clan des non excisées :

Acceptation	Effectif	%
OUI	15	75
NON	05	25
Total	20	100

3 leaders d'opinion sur 4 ont été favorables à un mariage mixte.

TABLEAU XXXV : Répartition des leaders d'opinion selon leur opinion sur éventuelle loi d'interdiction par l'Assemblée Nationale :

Loi	Effectif	%
Très favorable	03	15
Favorable	11	55
Défavorable	05	25
Très défavorable	01	05
Total	20	100

Les 3/4 des leaders seraient favorables à une loi interdisant l'excision.

TABLEAU XXXVI : Répartition des leaders selon leur opinion sur une éventuelle conversion :

Conversion	Effectif	%
Excision vers NEC	10	50
NEC vers excision	05	25
Statu quo	05	25
Total	20	100

Une conversion de l'excision vers la non excision a été recommandée par près de la moitié des leaders d'opinion.

4. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

4.1. PAR RAPPORT A LA METHODOLOGIE

Notre étude a comporté deux volets : une enquête quantitative et une enquête qualitative.

Les études quantitatives constituent des outils efficaces pour savoir qui fait quoi et en quelle quantité, qui est satisfait, sur quel sujet, quelles sont les grandes attentes ou les grands manques d'une société.

On peut aussi, à travers les non-réponses, savoir qui connaît ou non tel ou tel service [47].

Elles sont réputées être objectives. En fait il faut comprendre qu'une étude quantitative aussi parfaite soit-elle, n'est pas objective [47]. Elle demeure un objet de science sociale et c'est seulement à travers l'analyse que l'on peut donner du sens aux résultats.

WAHNICH. [47] pense que les études quantitatives ont une limite : elles constatent une fréquentation, des pratiques, des satisfactions, des attentes, mais elles n'expliquent en aucun cas pourquoi cette situation existe.

De fait, les caractéristiques de notre étude n'autorisent pas à en cerner les contours avec une enquête purement quantitative : il s'agissait essentiellement pour nous de recueillir les opinions des répondants par rapport à certaines problématique de l'excision et de la non excision, ainsi que leurs prises de positions éventuelles. C'est pourquoi nous lui avons couplé une enquête qualitative consistant en des entretiens approfondis.

Cette méthode qualitative nous apporte ainsi des informations qui vont offrir une réelle capacité de prospective, que les études quantitatives ne produisent pas vraiment. Elles cherchent à faire paraître l'origine du comportement des individus, leurs schémas d'interprétation de la réalité sociale et les matrices de leurs pratiques [48].

En effet, contrairement aux sondages il n'est pas nécessaire d'interroger beaucoup d'individus. Pour chaque population étudiée, 20 à 25 personnes

suffisent pour obtenir de bons résultats. Cette hypothèse appuie notre étude dans laquelle nous avons délibérément choisi de façon aléatoire les 70 personnes ordinaires et les 20 leaders d'opinion. L'être humain est moins complexe qu'il n'y paraît [48]. Ainsi, même si ces 20 à 25 personnes paraissent toujours trop peu, il demeure que l'enjeu d'une étude qualitative ne se situe pas dans le nombre de personnes interrogées mais bien dans la manière de les interroger et d'analyser leurs propos [47].

En effet, plus encore que pour les études quantitatives, l'analyse est sans doute ce qui différencie les études qualitatives entre elles [47].

Selon TRAORE [49], les méthodes qualitatives renvoient à la compréhension des phénomènes, alors que celles quantitatives renvoient à l'explication et à la comparaison.

Ceci conforte nos choix méthodologiques pour comprendre les mécanismes d'intégration du clan de la non excision.

4.2. Caractéristiques socio anthropologiques :

La coexistence harmonieuse de deux traditions opposées dans leurs pratiques et attitudes relatives à l'excision (Excision et Non Excision présentes dans le Hau-Niger malinké du Mali) a attiré l'attention des chercheurs sur un modèle de lutte contre l'excision. C'est ainsi qu'à Fouh dans le cercle de Kangaba nous avons rencontré des clans comme ceux des COULIBALY, des HAIDARA et des KAMISSOKO qui ne pratiquent pas l'excision mais entretiennent, malgré tout, des alliances matrimoniales avec les autres patriclans de la zone.

Il s'agit selon CAMARA [3] d'une situation à haute portée anthropologique qui reste cependant ignorée de beaucoup de chercheurs malgré cette <<longue période d'agitation politico-médicale contre l'excision>>.

Quelles sont les raisons profondes de cette coexistence harmonieuse des clans pratiquant l'excision et ceux dont la tradition l'interdit ? Que signifient-elles ? Comment les rapports entre les deux clans ont-ils évolué au cours de l'histoire ? Qu'en est-il aujourd'hui ? Comment les représentants des deux clans concilient-ils cette situation avec leurs propres

représentations de l'excision et de la non excision ? Cette situation particulière de Fouh, Sèlèfougou, Sèlin peut-elle servir de tremplin pour faire avancer la cause des campagnes de sensibilisation pour l'abandon de la pratique de l'excision ? Dans quelle mesure peut-elle aider à comprendre les véritables raisons de la persistance du phénomène de l'excision ? Pourquoi les méthodes employées en vue de son abandon par les populations concernées ont-elles si peu de résultats si l'on en croit les différentes études menées pour évaluer leur impact ?

Notre étude a concerné une population mixte composée de jeunes et de personnes âgées.

Les enquêtés sont à majorité jeunes (14-25 ans) avec des extrêmes allant de 14 à 103 ans et une moyenne de 38.81 ans, qui semblent acquises (72.86 %) à l'abandon de la pratique de l'excision. Nous pensons que c'est par le fait qu'ils ont pris conscience de l'importance du danger de la pratique de l'excision, qu'ils ont sûrement reçu et compris les IEC et toutes les autres formes de campagne de sensibilisation. Dans notre étude les mariés (81.4%) constituaient l'essentiel de notre série. Il s'agit de mariage entre personnes pratiquant l'excision, personnes du clan de la non excision et inter clan (mixte). CAMARA [3], a trouvé cette alliance matrimoniale sacrée. Il s'agit donc de comprendre ce mécanisme qui n'est autre qu'un pacte ancestral et un lien historique que nul n'a le droit d'entraver [50].

Le nombre élevé de femmes est un fait du hasard. Cependant, les informations recueillies auprès d'elles permettront de mieux cibler des campagnes d'IEC.

4.3. Connaissances générales sur la pratique de l'excision

ZAHAN [51] retrace l'histoire de l'excision à la période où *Mossokoroni* ou *Nyalé*, première femme de la création, faisait régner le désordre et la terreur, en excisant les filles ; la forgeronne renouvelle le geste mythique de *Mossokoroni* qui, dans un accès de rage, aurait dépouillé ses consœurs de cet attribut qu'est le clitoris pour s'approprier les hommes qu'elle avait déjà réduits en esclavage.

Notre étude s'est déroulée au sein des populations du Haut-Niger Malien. Ils sont pour la plupart, des Malinkés (88,6%) mais il y a aussi des Peulhs, des

Bambara, des Dogons et des Bozo. L'ethnie n'est pas un facteur influant sur la coexistence harmonieuse et pacifique de l'excision et la non excision. [3].

La proportion de non excisées selon notre étude est de 12.3 % de la population des malinkés du Haut-Niger. elles sont représentés par des HAÏDARA, KAMISSOKO et COULIBALY.

Selon notre étude 61.42 % de la population enquêtée pensent que la raison de la non excision est culturelle. Alors la question qu'on se pose est de savoir pourquoi cette distinction culturelle dans la même communauté ?

Pour CAMARA [3], ce dualisme dans la pratique relative à l'excision n'a pas toujours existé. Il serait un emprunt extérieur d'un des deux camps. Il est possible donc que ce soit le clan de l'excision qui ait migré ou le clan de la non excision.

La situation actuelle apparaît ainsi comme la conséquence d'une rupture avec la tradition de la part d'un groupe ou l'immigration et l'intégration d'un groupe au sein des populations locales. Par la suite celui-ci aurait bénéficié de la compréhension des autres.

L'explication culturelle étant insuffisante, CAMARA [3], a approché les sociétés intéressées par cette non excision. Il est ressorti de son enquête que les COULIBALY auraient hérité de cette tradition par l'intermédiaire de leurs cousins les KAMISSOKO à la suite d'une alliance matrimoniale. Un vieux COULIBALY, pour avoir un héritier, aurait pris, en deuxième noce, une jeune KAMISSOKO qui lui aurait donné un garçon. Ainsi c'est la descendance de ce garçon qui aurait décidé de perpétuer la tradition maternelle.

Une autre version toujours recueillie auprès des leaders d'autres clans pratiquant l'excision est par exemple le cas du chef du clan des Kéita de Fouh qui pense qu'il s'agit d'une tradition.

Toujours selon l'enquête de CAMARA [3], une autre version place l'origine de cette singularité des COULIBALY dans une malédiction. En effet une orpheline aurait lancé un anathème contre ses cousins et leur descendance, suite à l'oubli dont elle avait été l'objet au cours de l'initiation de sa génération. Restée "intacte" à cause du désintérêt ou l'oubli des siens elle les aurait maudits en demandant aux dieux du clan d'exiger désormais, et pour toujours, que toute fille COULIBALY demeure "intacte" comme elle.

Que celles qui ne respecteraient pas cet interdit meurent ! C'est cette malédiction qui serait à l'origine de la " particularité " du clan COULIBALY de Fouh dans un milieu où presque tous les clans pratiquent l'excision à l'exception des KAMISSOKO.

Quant au clan des HAIDARA ne pratiquant pas l'excision, ils expliquent leur non excision par leur lien de descendance avec le Prophète MOHAMED (PSL) et se considèrent comme des arabes devenus des noirs à la suite de métissage.

Une des particularités des HAIDARA, c'est leur tendance à l'endogamie exclusive [3].

Des études antérieures (CAMARA), nous donnent la proportion de clan de la non excision à travers les villes et les villages de l'empire du Mandé.

Cependant, les KAMISSOKO de Fouh, d'après le recensement administratif de 1999 rapporté par l'étude de BEHGEC-MALI, constituent six familles avec une population de 148 habitants. A Kirina, ils constituent la population majoritaire.

Selon CAMARA [3], le même village compte cinq (5) grandes familles de COULIBALY avec 140 membres. La proportion de clan de la non excision est de 12.4 % selon notre étude.

De nos jours l'excision se fait dans des conditions totalement différentes de celles d'autrefois. La différence se situe tant au niveau des préparatifs qu'à celui de l'âge de sélection des filles.

Selon CAMARA [3], autrefois l'excision était programmée en fonction de trois critères :

- la présence du *sigidolo* ;
- la nécessité d'une bonne récolte ;
- l'existence de candidates " mûres " pour l'initiation.

Nous comprenons ici qu'il ne s'agissait pas seulement d'un acte chirurgical (Mutilation) mais d'un processus aboutissant à l'initiation qui était le but essentiel.

L'initiation apparaît donc comme une des étapes les plus importantes de l'acquisition par l'individu, de la conscience sociale. Elle joue ici le rôle dévolu ailleurs à l'enseignement formel.

En dehors de son contexte initiatique et rituel, l'excision se révèle n'être qu'une simple opération chirurgicale [3] n'engageant que les parents et leurs enfants.

Ainsi de phénomène social et culturel qu'elle était, l'excision n'est plus de nos jours qu'une affaire privée. Ni la date, ni les personnes visées, ni le lieu ne font désormais l'objet de concertation sociale.

L'excision était pratiquée de manière collective. C'est surtout là où elle revêt son caractère initiatique et rituel. Cette importance capitale en voie de disparition laisse place aujourd'hui à une mutilation génitale aveugle (complexe social) sans rendement social digne de ce nom [51].

Bref l'excision est restée vivace alors même que l'initiation qui la fondait a disparu.

Puisqu'il ne s'agit que de cas isolé, sans intérêt social précis, alors l'âge de l'excision ne fait que s'abaisser. Ainsi DIALLO. [4] a trouvé un âge moyen de 2.6 ans, FANE. [5], 3.08 ans et CAMARA [3] a donné un âge compris entre 0 et 8 ans. Dans notre étude nous ne nous sommes pas intéressés à l'âge auquel la pratique a le plus souvent lieu.

Si la circoncision des garçons est de notoriété publique, une « *Farida* » c'est à dire une obligation religieuse à laquelle tout croyant devrait se soumettre ; l'excision, quant à elle, semble avoir été recommandée de façon facultative [30].

L'excision aurait été instituée par Allah, suite à la mutilation sexuelle que la première femme d'Abraham (Sarah), par jalousie, aurait fait subir à Adiara sa coépouse qu'elle avait, elle-même destinée à son mari. [3]

Ici, nous pouvons aisément comprendre l'entité sociale ou culturelle de la pratique.

L'excision aurait également une raison mythique. Ici, CAMARA, trace la liaison entre le « Sigidolo », le feu de la retraite, et même le choix de l'exciseuse, du lieu etc... Tous ces mythes étaient recherchés par des connaisseurs (cauri, sable, calebasse à eau etc...).

Selon DIOP [44], l'origine de l'excision au sein de certaines religions révélées remonterait au Prophète ABRAHAM (Juif) qui épousa Adiara (Egyptienne) dont le peuple observait déjà la pratique. Il pense que l'Egypte pharaonique

aurait la même origine que l'Afrique préhistorique sur le plan de la linguistique, du totémisme et du couple excision/circoncision.

Et la Bible selon DIOP, dit que c'est Dieu qui aurait demandé à ABRAHAM de se circoncire, en signe d'alliance avec lui.

Nous constatons alors ainsi une séparation nette du pouvoir divin même sur le couple excision/ circoncision. En effet il ne s'agissait que de la circoncision chez les hommes (garçons).

L'excision selon une autre croyance serait un puissant facteur de procréation [3]. Mais l'excision n'est en rien favorable à la procréation. "La preuve c'est qu'il y a plus d'accidents mortels au cours de l'accouchement chez nous que chez que les Coulibaly", rapporte une matrone du clan de l'excision [3].

Selon la même source une croyance recueillie au cours de l'enquête affirme que le clitoris ne doit, en aucun cas, toucher le bébé à la naissance autrement l'enfant risque d'en mourir. Il est maléfique et porte un mauvais sort.

Il est aussi question de l'importance de la propreté féminine. Dans notre étude nous constatons que seuls 27.4 % pensent que l'excision est d'origine hygiénique et l'esthétique.

4.4. Connaissances générales sur la non excision coutumière :

La non excision se définit comme l'absence de toute pratique de l'excision dans une communauté donnée. Cette non pratique est ainsi instituée en une tradition respectée par l'ensemble de cette communauté, qui peut être un clan, une famille, ou une ethnie etc [3].

Cette définition montre que la non excision coutumière désigne ici une attitude collective et non individuelle.

Cependant, un individu peut par conviction interdire la pratique dans sa famille sans pour autant que cela ne soit une coutume. Car il est possible que cet interdit ne soit pas respecté par ces ascendants.

Par exemple les Coulibaly de Fouh sont des descendants de ceux qui n'excisent pas donc des non excisées. C'est pourquoi affirment t-ils, on nous appelle " *nénibali shi* " la descendance de ceux qui ne doivent pas être

insultés. C'est une considération sociale, car il est généralement admis qu'un individu non excisé est « bilakoro » qui est une injure en temps normal.

Nous n'avons pas trouvé au près de la hiérarchie supérieure du clan de la non excision les raisons de leur comportement vis à vis de la pratique de l'excision[3].

Dans notre étude 61.42 % pensent que la non excision est une chose culturelle. Nous avons noté selon les résultats de CAMARA, que l'excision est une invention de l'homme pour diminuer la sensibilité sexuelle de la femme afin de pouvoir bénéficier de la polygamie.

Il s'agit entre autre de maintenir la suprématie du sexe masculin sur le sexe féminin.

Nous pouvons donc en déduire, que c'est par nécessité que les hommes ont institué la pratique de l'excision et que ceux qui n'ont pas vu cet intérêt de mutiler sont restés fidèles à leur tradition.

La non excision serait donc une coutume commune de toute l'humanité, et, l'excision une conséquence de considérations humaines et individuelles.

4.5. Connaissance des complications de l'excision.

Les complications liées à l'excision sont de plusieurs ordres.

Selon CAMARA, l'excision est censée transformer la fille en une femme accomplie. C'est pourquoi la femme au sortir de la retraite regagnait son foyer conjugal.

Plus on rabaisse l'âge de l'excision des filles mineures, plus elles se croiraient tout permis, en pensant déjà être une femme mûre (*muso bakôrô*), C'est pourquoi elles commenceront à avoir une vie sexuelle anormalement trop précoce [3].

Ici il s'agit de conséquences en général ignorées (omis) par les experts en conséquences médicales.

Dans notre étude plus de 54.3 % des répondants reconnaissaient les conséquences médicales de l'excision. Pour FANE, 89.4 % des femmes ont eu une complication liée à l'excision lors de leur accouchement.

Ces différents résultats convergent tous sur la présence de conséquences médicales liées à l'excision.

4.6. Expérience de la prise en charge des complications liées à l'excision.

Dans notre étude, les complications de l'excision n'ont été retrouvées que dans les clans pratiquant l'excision. CAMARA rapporte l'expérience des matrones locales " Pendant ma longue carrière de matrone de ce village jamais une femme non excisée ne m'a causé de problème pendant son accouchement jusqu'à envisager son évacuation sur un centre de santé hospitalier. Je ne pourrai pas en dire autant des femmes excisées surtout lorsqu'il s'agit d'une primipare. Souvent je suis obligée de faire des interventions pour élargir l'orifice vaginal pour que l'enfant puisse enfin se libérer. Ce qui provoque une telle situation c'est le manque d'élasticité des lèvres suite à la cicatrisation de la plaie de l'excision. "

Malgré leur niveau d'étude bas en matière de pratique obstétricale, les matrones ont du rencontré des difficultés liées à la pratique de l'excision. Plusieurs autres témoignages ont été cités mais nous nous limiterons à ceci vu l'exhaustivité de la liste.

Nous comprenons donc qu'il ne s'agit pas simplement des conséquences immédiates (hémorragie, douleur, choc rétention aigue d'urine) qui nécessitent une prise en charge médicale et ou traditionnelle, mais surtout celles dont on ne peut mesurer la gravité que tardivement. Elles sont pour la plupart prises en charge par le personnel subalterne n'ayant pas de compétences suffisantes pour expliquer la cause essentielle ni à la parturiente ni aux parents de la patiente.

Nous déduisons donc que les conséquences liées à l'excision sont pour la majorité ignorées par les populations, en général, mais aussi par le personnel subalterne de la santé qui est pourtant le premier agent de secours en milieu rural et périurbain.

N'est-il pas alors plus que jamais temps de persévérer dans les IEC ?

Il est donc important de souligner et l'avantage des IEC, CCC et les autres méthodes de sensibilisation, car la méconnaissance des conséquences et des séquelles de l'excision est un frein à l'aboutissement de la lutte.

Une situation aussi complexe tant dans son origine, ses pratiques, les praticiens et les méfaits qui l'entourent, ne peut être bannie aussi facilement.

4.7. Les interférences sociologiques et leurs avantages.

Les alliances matrimoniales des KAMISSOKO et des COULIBALY de Fouh avec les autres patriclans du Maramandougou constituent un phénomène social qui n'est pas toujours aisé à comprendre [3].

Ces institutions se répartissent comme suit : appartenance à la classe d'âge, les conseils dans la chambre de noce, les mariages inter claniques, initiation au Komo.

Ces institutions traditionnelles constituent un véritable baromètre pour mesurer le degré d'intégration des clans de la non excision dans la communauté.

La participation aux rites et tradition des personnes du clan de la non excision est acceptée selon notre étude par 84.3 %.

Selon l'enquête de CAMARA, une classe d'âge se constitue spontanément sur la base d'une génération d'enfants nés à une même époque, elle ne devient une institution reconnue par la société qu'au cours de l'initiation qui a lieu pendant l'excision et / ou la circoncision. Aussi seules les personnes ayant subi ensemble cette épreuve pourraient prétendre appartenir à la même classe d'âge. Mais ce mode de reconnaissance des membres d'une classe d'âge ne vaut que pour les hommes. Pour les femmes il en va autrement.

La classe d'âge d'une génération de femmes n'est pas déterminée par l'année de l'excision mais par l'année du mariage. Une femme appartient à la classe d'âge des générations de filles nubiles qu'elle a trouvées dans son village d'alliance. Ce n'est pas chez ses parents qu'une femme s'insère dans une classe d'âge mais dans son foyer [3].

Ceci est une preuve de tolérance sociale et un mode d'intégration formulé et adopté par la société. Suffit-elle comme preuve d'intégration ?

Nous nous sommes intéressés à d'autres formes et d'autres institutions locales pour comprendre davantage cette symbiose parfaite entre deux clans de pratique coutumière différente par rapport à l'excision.

Dans cet ordre d'idée, nous nous sommes intéressés à un échantillon de leaders d'opinion locaux.

72.9 % de l'ensemble de nos répondants accepteraient un mariage avec l'autre clan (excision ou non excision) sans condition ni raisons spécifiques. Le même avis était partagé par près de 70 % des répondants appartenant au clan de l'excision.

Le mariage est une vieille pratique du mandé, il est sacré dans toutes ses formes et demeure la forme de respect entre individu de même communauté. Les résultats montrent que les répondants masculins et à majorité jeune accepteraient un mariage mixte.

Les raisons les plus généralement apportées pour cette acceptation étaient entre autres, l'absence d'interdit, non condamnation par les lois religieuses et traditionnelles, le respect de la tradition des autres [52.]

4.8. Les perspectives de lutte contre l'excision.

Dans notre étude, la population enquêtée est à majorité jeune. La jeunesse est le devenir de toute société [19].

Ici, il s'agit d'une population jeune qui a pris conscience des difficultés liées à l'excision et l'entrave qu'elle pose au développement communautaire (économique, social, culturel).

Ainsi, les classes d'âge qui existent pour tous les âges, sont surtout animées par la jeunesse. C'est elle qui donne plus de sens au mariage inter clan, aux travaux collectifs dans une communauté donnée.

Les perspectives de la communauté enquêtée sont beaucoup plus en faveur de la non excision malgré quelques réticences notées ; comme en témoigne l'attitude de différents groupes face à une éventuelle mesure législative anti-excision.

Ainsi le clan de l'excision, 31/69 des répondants sont très favorables à la législation et 6/9 des répondants appartenant à la non excision y sont aussi très favorables.

De même 71.1 % des répondants sont en faveur d'une conversion de l'excision vers la non excision.

4.9. Cas particulier des leaders d'opinion.

Pour cette étude, nous avons choisi de façon aléatoire les leaders d'opinion donc des individus dans la société capables d'influer positivement ou négativement sur le comportement de la communauté.

Les institutions traditionnelles qui fonctionnent encore au Mandé sont de taille. Il s'agit de : la chefferie traditionnelle, la confrérie des chasseurs, les classes d'âge, la société initiatique du Komo.

Les institutions modernes que nous avons recensées sont la chefferie du village, dans une certaine mesure, le conseil de village, le conseil municipal, les associations de développement (AV) les Tons villageois, les associations des parents d'élèves(APE) les antennes locales des associations féminines nationales. [3]

Par rapport au mariage entre clan de l'excision et celui de la non excision (mariage mixte), nous avons trouvé que 75 % des leaders y sont favorables. Les conditions d'acceptation sont entre le respect de la tradition d'autrui qui s'explique par leur niveau d'émancipation et de culture. Camara a trouvé que les leaders d'opinion dans les communautés du Mandé relèvent de deux choses : le savoir faire et le savoir être.

Par rapport à une éventuelle mesure législative anti-excision, 15 % y sont très favorables et 55 % des leaders sont seulement favorables à une loi d'interdiction de la pratique de l'excision.

Par rapport à la conversion d'un clan à l'autre, les leaders d'opinion constituent un atout important d'information, de sensibilisation mais aussi constituent en soi un organe décisionnel au sein de la communauté.

Pour comprendre ce mécanisme d'influence, nous pouvons citer l'exemple de la chefferie de Fouh. - « La chefferie du village de Fouh d'après CAMARA, tourne entre les COULIBALY et les KEITA.

Les TRAORE, fondateurs du Village sont les détenteurs de la tradition mais surtout propriétaires des terres. Ce sont ces TRAORE qui désignent le chef du village parmi les COULIBALY et les KEITA selon l'âge et le lignage des prétendants.

Voici un modèle selon lequel des efforts pourraient être consentis sur l'alternance de la chefferie pour influencer sur le changement de comportement.

5. CONCLUSION et RECOMMANDATIONS

La non excision coutumière est une institution au Mandé. La coexistence harmonieuse et pacifique du clan pratiquant l'excision et celui de la non excision est une situation ancestrale.

Les raisons et les conditions de cette tolérance sociale sont difficiles à cerner. Mais il semble que les institutions traditionnelles comme le mariage, les classes d'âge, les autres mécanismes initiatiques soient des ciments intégrateurs qui dépassent le clivage excision/non excision. Leur renforcement peut donc permettre de modéliser de nouvelles stratégies de lutte contre l'excision.

L'appartenance à une classe d'âge pour les non excisées est toujours d'actualité. Elles participent aux rites et autres modes d'initiation sociales traduisant ainsi le degré d'intégration du clan et la tolérance de la population générale.

Les populations du Haut-Niger malien sont une communauté unie et solidaire. Elles sont favorables au changement de comportements vis-à-vis des coutumes néfastes telles que les MGF.

Ainsi, en forgeant la jeunesse consciente, avec plus de sensibilisation, l'excision pourrait laisser place à la non excision qu'elle considère déjà comme pratique noble.

Le respect de la hiérarchie, du plus ancien, le rôle prépondérant de la chefferie sont des coutumes maliennes qui persistent toujours dans le Haut-Niger malien.

Il s'agit donc pour les planificateurs de cette lutte d'axer des efforts de sensibilisation à l'endroit des Leaders d'opinion qui seraient un mayon essentiel pour vaincre l'excision.

Au terme de cette étude nous pouvons ainsi formuler les recommandations suivantes.

Aux autorités politique, administrative et socio-sanitaire :

- contribuer à la réalisation d'une ou des études similaires en vue de comprendre d'avantage le mécanisme d'intégration social des communautés qui ne pratiquent pas l'excision ;

- oeuvrer à maintenir le phénomène de la non excision en organisant des activités capables de pérenniser leur coutume (festival) ;
- participer à la formation des agents socio-sanitaires surtout subalternes.

Aux chercheurs :

- persévérer dans la recherche d'autres sites nationaux de NEC à fin de comprendre et comparer pour en faire un modèle de lutte ;
- s'investir pour la diffusion des résultats obtenus.

Aux ONG et organisme de lutte :

- rehausser le niveau des agents de terrain à fin de mieux faire les IEC, et CCC ;
- choisir comme groupe cible de communication les leaders d'opinion, et la jeunesse ;
- faire comprendre davantage la coutume de la non excision : ses avantages et ses atouts.

A la jeunesse :

- suivre avec intérêt les activités de sensibilisations organiser à leur intention par les ONG ;
- comprendre et savoir prendre des décisions pour leur famille respective pour l'épanouissement de la santé materno-infantile ;
- promouvoir les mentalités de la non excision en épousant de plus de femmes non excisées.

Aux femmes du monde :

- défendre le droit d'intégrité physique de la fille ;
- proclamer la législation en vue d'un éventuel abandon de la pratique de l'excision.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. **Dictionnaire Larousse**. Edition 2004.
2. **OMS – UNICEF – FNUAP** – Mutilations Génitales Féminines 1997 ;
Rapport de séminaire ONU.
3. **CAMARA B-** La non excision chez les malinkés de Maramandougou : le cas de Fouh ; Mémoire de DEA. Anthropologie, ISFRA 2000.
4. **DIALLO H** - « Aspect socio sanitaire de l'excision au Mali ». Thèse Med Bko 1990 ; N°27 FMPOS.
5. **FANE T-** L'accouchement chez la femme excisée, pronostic materno-fœtal. thèse med Bko n°97, 2000.
6. **Déclaration commune OMS / UNICEF / FNUAP**, Genève 1997.
7. **Journée médicale de réflexion sur les mutilations génitales féminines**, 28, 29, 30 Avril 1998 au centre Djoliba.
8. **ERLICH M-** La femme blessée. Essai sur les mutilations génitales féminines. L'Harmattan, Paris 1986 ; p438.
9. **MAÏGA D-** Document de recherche "Conséquences gynéco obstétricales de l'excision chez les femmes malinkés", Dakar 1984, p107
10. **TOURE Y-** MGF au Mali : "Revue de la littérature et des actions menées" ; Centre djoliba, 2002 ;p32.
11. **MERGER R, MELCHIOP J, LEVY J-**
6^{ème} édition Masson,Paris, Précis d'obstétrique, 1994 ;p253
12. **OMS**, bureau régional de l'Afrique
Plan d'action régional pour accélérer l'élimination des mutilations génitales sexuelles féminines en Afrique. 1988 ; Brazzaville, p77.
13. **KANTE N-** Forgeron d'Afrique Noire. L'Harmattan, Paris, 1993 ; p208
14. **ROUVIERE H-** Anatomie du tronc. Ed. Masson, Paris ; 1978 (Tome 2, 11^{ème} édition) ; p632.
15. **COULIBALY S et al-** Rapport de l'enquête démographique et de santé Mali, (EDS Mali / II). Macro international. Inc, calverton, Maryland USA ; 1996.
16. **SIDIBE S-** Excision "Aspects épidémiologiques, socioculturels et anatomo-clinique". 2001 ; Thèse med M-69

- 17. Recensement démographique national-** MATCL, EDS III, 2002.
- 18. LEULIETTE P-** Le viol des viols. Ed. Robert Laffont, Paris, 1980.
- 19. DIETERLEN G-** Essai sur la religion Bambara. Institut de sociologie et d'anthropologie sociale. Bruxelles, 1987.
- 20. TOURE Y et KONE Y. F-** L'excision au Mali : Réalités et perspectives de lutte. Conférence, Centre Djoliba, 1998.
- 21. OUATTARA K et al-** «Aspects socio épidémiologiques de la fistule vésico-vaginale au Mali. Centre Djoliba, 28 au 30 Avril 1998 Bamako.
- 22. CENTRE DJOLIBA-** Atelier de formation. Communication et mutilation génitale féminine : Dimension légale et rôle de la presse. 2000 ; Bko
- 23. Ministère de l'administration territorial et des collectivités locales** (MATCL) EDS II1999 ;
- 25. SANKARA T-** « L'excision est une infériorisation de la femme ». Famille et développement. N° 59 décembre 1991. Dakar
- 26. DIOUF A-** « Epanouissement intégral de la femme est essentiel à la vie de la famille et de la société ». Famille et développement. N° 59 décembre 1991. Dakar.
- 27. BAASHER T. A-** Aspects psychosociaux de la circoncision féminine. Rapport présenté au 5^{ème} congrès d'"obstétrical and gynaecological society of Soudan", Khartoum, 1972.
- 28. ASSAD F-** Plein feu sur la mutilation sexuelle des femmes. OMS, Genève ; 1982 : p4.
- 29. GRIAULE M-** Dieu d'eau. Fayard, Paris ; 1981.
- 30. BANGRE H-** « Croisade musulmane contre l'excision », Ed Krougry, Mardi 08 Juin 2004. Sénégal.

WWW.afrik.com/ecision,islam

- 31. Festival CINE DELLE DONNE**, Torino Italie 2004 ; dabra excision : 2^{èm} prix documentaire.

WWW.dabra-excision.com

- 32. THIAM AWA-** « La parole aux Négresses »,Denoel, collection Médiane

WWW.doctissimo.fr//monstrueuse<exc

- 33. WWW.univ-brest.fr/S_Commun/Biblio/ANATOMIE**

Rapport du 2^{ème} congrès de la société de gynécologie obstétrique du Mali. 02 au 06 mars 2006.

34. TRONCHIN A- Mâle et femelle : Circoncision. 2^{ème} éd. Flammarion.

35. KANTÉ I O- «Etude des complications gynéco obstétricales et génito-urinaire liées à l'excision». Thèse Med. 2001; N° 69.

36. SIDIBE A, épouse Issabré- «Excision : Aspects épidémiologique social et anatomopathologique des séquelles d'excision à propos de 1000 cas à la pédiatrie du CHU de HGT », 2004 ; 92P, N°9.

37. MERGER R, CHADEYRON A- L'accouchement sans douleur 1983, p127 ; N°18.

38. LAPUJOLADED et col- «Traumatisme et délire hystérique : à propos d'une émergence délirante après excision chez une adolescente».

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. ISBN 0222- 9617
Codex Neaddf : FRA, DA 1997.

39. UNFM (Union Nationale des Femmes du Mali)- Rapport final "Séminaire national à caractère sous régional = Excision, Avortement, les filles mères et infanticides" Bamako 21 au 25 janvier 1985.

40. HOSKEN F- Les mutilations sexuelles des femmes. Ed. Denoël/Gontier, Paris; 1983.

41. SAUREL R- L'enterrée vive. Ed Slatkine, 1981; Paris.

42. DIOP C A- Nations Nègres et cultures; ISBN 2-7087-0362-5, Ed. Présence Africaine, 1979.

43. OMS, bureau régional pour l'Afrique; Brazzaville, 1997 Plan d'action régional pour accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines en Afrique.

44. FABRICE A. Femmes et souffrance en Afrique. Ed. Masson, Paris, 1988.

45. WAHNICH S. Enquête quantitative et qualitative, observation ethnographique: trois méthodes d'approche des publics.» , BBF, 2006 ; N°6, [p8-12] Paris.

46. KEITA N et al. Technique spécifique de la recherche universitaire : Licence. FLASH, 1999 ; p54, Bamako.

47. TRAORÉ L B. Initiation aux méthodes de recherche en sciences sociales. FLASH, Département de sciences sociales. Janvier 1999 ; [p34]
Bamako

48. ZAHAN D. « Société d'initiation bambara : le N'domo et le Koré. Ed Mouton et CO 1960 ; p99, Paris.

49. KOUYATE S B. «Le mariage de Kany», Sous l'orange ; Ed Flammarion, 1986 ; Paris, p442

7. FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KONE

Prénom : Fanta Mady

Titre de la thèse : Non excision coutumière dans le Haut-Niger du Mali

Année de soutenance : 2007

Ville de soutenance : Bamako

Pays de soutenance : Mali

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique, Santé publique, Anthropologie médicale.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

RESUME : L'excision se définit comme toute intervention aboutissant à une ablation partielle ou totale des OGE chez la femme.

Dans les PVD, plus de 60 % des femmes sont soumises à cette pratique. Et en Afrique près de 2 millions de fillettes subissent une des formes de MGF par an.

Véritable problème de santé publique en Afrique et au Mali. Plusieurs études ont été réalisées pour étudier et comprendre toutes les conséquences liées aux MGF. C'est dans cet esprit de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de nos populations que nous initié ce travail consistant à une étude prospective de cas qui s'est déroulée en 2006 dans les villages de Fouh, Dansirala, Dambala, Sèlèfougou et Sélin dans les cercles de Kangaba et Kati (sud-ouest). L'objectif général de notre étude a été d'étudier la non excision coutumière dans le Haut-Niger du Mali. Elle a intéressé 70 personnes ordinaires de la communauté et 20 leaders d'opinion.

Le sexe ratio était de 1.5 en faveur des femmes. Dans notre contexte il s'agit de trouver un modèle de lutte contre l'excision de part l'exemple d'intégration sociale de cette population minoritaire. Il ressort de cette étude que la population enquêtée est relativement jeune. Cette jeunesse est sensible à un changement de comportement vis-à-vis de l'excision. Aussi, cette étude nous fait comprendre que des efforts doivent être toujours consentis sur les IEC et les CCC.

Mots Clefs : Non excision, coutumière, Haut-Niger.

8. ANNEXES

FICHES D'ENQUETE

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES LEADERS D'OPINION

Titre :

Clan :

Sexe :

Age :

Profession :

Situation matrimoniale :

Localité :

Religion :

Ethnie :

I Représentations et perceptions de l'excision.

- Pratiques
- Techniques
- Conséquences néfastes (intégrité physique et morale de la femme, Santé de la reproduction, vie conjugale)
-

II Représentations et perceptions de la non –excision

- Non – excision coutumière : villages et clans concernés.
- Non –excision et santé de la reproduction.
- Non –excision et valeurs morales.

III Attitudes et Pratiques.

- Rapports matrimoniaux entre pratiquants et les non pratiquants de l'excision.
- Persistance de la pratique de l'excision.
- Abandon de la pratique de l'excision.
- Sauvegarde de la coutume de non – excision
- Abandon de la coutume de non –excision.

IV Perspectives de lutte pour l'abandon de la pratique de l'excision.

- Législation contre la pratique de l'excision.

- Engagement dans la campagne de sensibilisation en faveur de l'abandon de la coutume de non excision.

QUESTIONNAIRES POUR LES LEADERS D'OPINION

Titre :.....

Clan :.....

Sexe :.....

Age :.....

Profession :.....

Situation matrimoniale :.....

Localité :

Religion :

Ethnie :

A. Connaissance de la pratique et des conséquences de l'excision

1 Connaissez-vous l'excision ?

1- Oui /___/ 2- Non /___/ 9- Autre /___/ :

2 Le clitoris est-il l'organe semblable du pénis chez la femme ?

1- Oui /___/ 2- Non /___/ 9- Autre à préciser /___/

3 Combien de types d'excision connaissez-vous ?

1.Type I : Excision du prépuce avec ou sans excision de la totalité ou d'une partie du clitoris /___/

2.Type II : Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres /___/

3.Type III : Excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et suture/ rétrécissement de l'ouverture vaginale (infibulation)/___/

4.Type IV : Diverses pratiques non classées telles que la ponction, le percement ou l'incision du clitoris et/ou des lèvres, l'étirement du clitoris et/ou des lèvres, la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus environnants, la scarification des tissus qui entourent l'orifice vaginal ("gishiri") ; l'introduction de substance ou

d'herbes corrosives dans le vagin pour provoquer ou pour le resserrer et toute autre pratique entrant dans la définition des mutilations génitales féminines citée plus haut.

/___/

5 L'excision a-t-elle des conséquences sur la santé de la femme ?

1.Oui /___/ 2- Non /___/ 9- Ne sait pas /___/

6- Si oui quelles conséquences pouvez-vous citer ?..

1Douleur intense /___/ 2- Choc/___/ 3-Hémorragie/___/ 4- Tétanos ou septicémie /___ :
5- Rétention d'urine /___/

6- Ulcération des parties génitales et lésion des tissus adjacents /___/ 7- Rapports vaginaux difficiles ou impossibles 8- Rapports anaux Abscès 2- Kystes 3- Chéloïde cicatricielle

4 Incontinence urinaire (Lésions urétrales) /___/ 5- Dyspareunie /___/6- Dysménorrhée/___ :
7- Stérilité /___/

8- Déchirure périnéale au moment de l'accouchement/___ : 10- Episiotomie/___/
11- Perte de la sensibilité sexuelle/___/ 9- Autre à préciser /___/

7 Avez-vous déjà eu à faire face à des complications de l'excision dans votre famille ?

1 Oui /___/ 2 Non /___/

8 Face aux conséquences avez-vous eu recours à des soins ?

1- Oui /___/ 2- Non /___/ 9- Autre à préciser /___/

9 Quel est le type de soin utilisé ?

1- Soins médicaux /___/ 2- Soins traditionnel /___/ 9- Autre à préciser /___/

10 Quels ont été les actes médicaux posés ?

Face à l'hémorragie

1- Suture /___/ 2- Hémostase par compression /___/ 3- Application de produits traditionnels /___/ 4- Brûlure /___/ 9- Autre à préciser /___/ 99 Ne sait pas /___ :

Face aux infections :

1- Soins médicamenteux /___/ 2- Application /___/3- Boisson /___/ 9- Autre à préciser /___ / 99 Ne sait pas /___/

Face aux atteintes urovaginales :

- 1- Soins locaux /___/ 2- Evacuation dans les centres de références /___/ 9- Autre à préciser /___/ 99 Ne sait pas /___/

Face à la stérilité :

- 1- Soins locaux /___/ 2Traitements gynéco-obstétricaux /___/ 99 Ne sait pas /___/

B. Représentations et perceptions de l'excision et de la non excision

11Selon vous quels sont les avantages liés à l'excision pour votre communauté ?

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

12Et la non excision ?

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

Quels sont les avantages des relations matrimoniales entre clans pratiquants et non pratiquant de l'excision pour l'ensemble de la communauté ?

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

Quelles sont ses conséquences ?

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

13. Le fait de ne pas exciser une femme est il une bonne ou mauvaise chose ?

- Bonne chose
- Mauvaise chose
- Sans opinion

C. Tolérance sociale et intégration des femmes non-excisées

14 Accepteriez vous de vous marier avec quelqu'un du clan de la non excision ?

- Oui
- Non

15 Accepteriez vous que le groupe social que vous dirigez s'engage dans une campagne de sensibilisation en faveur de la préservation des rapports matrimoniaux entre les clans pratiquants et non pratiquants de l'excision ?

- Oui
- Non 2

16 Selon vous une femme non excisée doit-elle être membre d'une classe d'âge ?

- Oui 1
- Non 2

Si oui pourquoi ?

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

17 La participation des femmes non excisées aux rites culturels sacrés et/ou religieux est-elle admissible ?

- Oui 1
- Non 2
- Sans opinion

18 Selon vous l'excision est-elle une recommandation de l'Islam ?

- Oui 1
- Non 2
- Sans opinion

D. Perspectives

19 Acceptez-vous abandonner votre coutume relative à l'excision ?

- Oui 1
- Non 2
- Sans opinion

20 *Etes vous favorables à l'adoption par l'Assemblée Nationale d'une loi interdisant l'excision ?*

- Très favorable 1
- Favorable 2
- Défavorable 3
- Très défavorable 4

21 *Quels sont les problèmes liés à l'excision que vous connaissez ?*

.....

22 *Et la non excision ?*

Etes vous prêts à vous engager dans une campagne de sensibilisation en faveur de l'abandon de l'excision

- Oui 1
- Non 2

- *Si oui pourquoi ?*

.....

23 *Selon vous quels sont les avantages liés à la non excision par rapport à la santé de la reproductions ?*

.....

24 *Et l'excision ?*

.....

25 *Dans quel sens aimeriez vous voir évoluer le rapport entre les clans de l'excision et de la non-excision ?*

- Disparition de l'excision en faveur de la non-excision
- Disparition de la non-excision en faveur de l'excision
- statuquo

IDENTIFICATION DES LEADERS D'OPINION DU VILLAGE

I Représentants de l'autorité traditionnelle.

- 1.1 Chef de village.
- 1.2 Conseillers du chef de village.
- 1.3 Chefs de quartiers.
- 1.4 Chefs de clans.
- 1.5 Chef de familles.

II. Représentants des institutions traditionnelles.

- 2.1 Chef de la confrérie des chasseurs.
- 2.2 Chefs des classes d'âge.
- 2.3 Responsables des tons traditionnels.
- 2.4 Représentantes des amicales des femmes

III. Représentants des autorités religieuse et spirituelle.

- 3.1 Imams.
- 3.2 Représentants des ulémas.
- 3.3 Clergé local.
- 3.4 Officiers de cultes traditionnels.

IV. Représentants des institutions modernes.

- 4.1 Maire.
- 4.2 Elus locaux.
- 4.3 Chefs de village administratifs.
- 4.4 Responsables des associations villageoises (AV).
- 4.5 Responsables de la société civile (ONG locales, association de développement etc.).

V. Agents locaux de l'administration publique.

- 5.1 Enseignants.
- 5.2 Agents de Santé
- 5.3 Agents de développement.
- 5.4 Représentants de l'administration.

GUIDE D'ENTRETIEN/ POPULATION GENERALE

I. Perception de l'excision et de la non excision au sein de la population enquêtée

- Valeurs culturelles et sociales de l'excision et/ou de la non excision
- Importance de l'excision et/ou de la non excision pour les deux clans.

Question : Que représente l'excision pour vous ? Et la non excision ?

II. Facteurs influant la décision d'exciser ou de ne pas exciser

- Motivations à maintenir la décision d'exciser ou de ne pas exciser.

Question : Qu'est ce qui vous motive à faire ou à ne pas faire exciser vos jeunes filles ?

III. Avantages sociaux, individuels et physiques de l'excision ou de la non excision

- Coexistence entre coutumes différentes relatives à l'excision
- Appréciation des femmes des avantages et/ou contraintes liés à l'excision ou à la non excision
- Perceptions et attitudes des jeunes par rapport à l'excision et la non excision
- Le point de vue des hommes adultes.

Question : Pouvez-vous nous parler de la façon dont vous vivez votre situation d'excisée ou de non excisée ? Quelle est l'attitude de la société envers vous ?

IV. Perceptions et attitudes de l'excision et/ou de la non excision

- Acceptation des épouses excisées ou non
- Attitudes des membres de la communauté par rapport à l'implication des femmes excisées ou non dans les institutions traditionnelles et les rites traditionnels

Question : Quelle importance attribuez-vous au statut d'excisée et/ou de non excisée ? Doit-il déterminer la position sociale des femmes ?

V. Conscience de la Communauté des problèmes et dangers liés à l'excision et/ou la non excision.

- Degré de conviction de la communauté des problèmes liés à l'excision et/ou à la non excision.

Question : Que savez vous des problèmes liés à l'excision et/ou à la non excision ?

VI. Identification de l'autorité décisionnelle concernant l'excision ou la non excision dans la famille

- Rôle des autorités traditionnelles

- Rôle des parents
- Rôle des camarades d'âge
- Attitude des belles-familles.

Question : Selon vous qui dans la communauté décide de l'abandon ou le maintien de l'excision et/ou de la non excision ?

VII. Identification des pratiques coutumières ancestrales abandonnées et le processus

d'abandon

Existence des facteurs traditionnels positifs allant dans le sens de l'abandon.

Question : Connaissez vous des exemples de pratiques traditionnelles dans votre culture qui ont été abandonnées ? Comment ça s'est passé ? Qu'est ce qui a motivé le changement ?

VIII. Degré d'information des populations sur la position de l'islam par rapport à l'excision

- Influence de la religion musulmane sur les décisions des populations par rapport à l'excision

Question : A votre avis quelle est la position de l'islam par rapport à l'excision et/ou la non excision ?

QUESTIONNAIRE

Nom :

Prénoms :

Village.....

Clan :.....

Sexe :.....MF

Age :.....

Profession :.....

Situation matrimoniale :...

Marié..... Polygamie..... Monogamie... ..

Célibataire.....

Num . / /

Historique et raison de la non excision

1. Savez-vous pourquoi certains clans de votre communauté ne pratiquent pas l'excision ?

- Oui 1

- Non 2

Si Oui quelles sont les raisons ?

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

Représentations et perceptions de l'excision et de la non excision

2. Selon vous quels sont les avantages liés à l'excision ?

.....
.....

3. Et la non excision ?

.....
.....

4. Quels sont les avantages des relations matrimoniales entre clans pratiquants et non pratiquant de l'excision ?

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

5. Quels sont ses inconvénients ?

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

6. En ce qui concerne les rapports sexuels, quelle est votre appréciation d'une femme non excisée et d'une femme excisée ?

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

7. Le fait de ne pas exciser une femme est il une bonne ou mauvaise chose ?

- Bonne chose
- Mauvaise chose
- Sans opinion

Tolérance sociale et intégration des femmes excisées

8. Accepteriez vous de vous marier avec quelqu'un du clan de la non excision ?

- Oui
- Non

9. Accepteriez vous que votre fils épouse une femme de l'autre clan pratiquant ou ne pratiquant pas l'excision ?

- Oui
- Non

10. Selon vous une femme non excisée doit-elle être membre d'une classe d'âge ?

- Oui
- Non

Si oui pourquoi ?

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

11. La participation des femmes non excisées aux rites culturels sacrés et/ou religieux est-elle admissible ?

- Oui 1
- Non 2
- Sans opinion

12. Selon vous l'excision est-elle une recommandation de l'Islam ?

- Oui 1
- Non 2

Perspectives

13. Accepteriez-vous d'abandonner votre coutume relative à l'excision ?

- Oui 1
- Non 2
- Sans opinion

14. Seriez vous favorables à une éventuelle adoption par l'Assemblée Nationale d'une loi interdisant l'excision ?

- Très favorable 1
- Favorable 2
- Défavorable 3
- Très défavorable 4

15. Quels sont les problèmes liés à l'excision que vous connaissez ?

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

16. Et la non excision ?

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

17 Selon vous quels sont les avantages liés à la non excision par rapport à la santé de la reproduction ?

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

18 Et l'excision ?

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

19 Accepteriez vous de vous engager dans une campagne de sensibilisation en faveur de l'abandon de l'excision

- Oui 1

- Non 2

- **Si oui pourquoi ?**

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

20 Dans quel sens aimeriez vous voir évoluer le rapport entre les clans de l'excision et de la non excision ?

- Disparition de l'excision en faveur de la non excision
- Disparition de la non excision en faveur de l'excision
- Statu quo