

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE



Université de Bamako



Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odontostomatologie

République du Mali



Un Peuple - Un But - Une Foi

Année universitaire 2006-2007

Thèse N°

TITRE:

**EXCISION : ASPECTS SOCIO SANITAIRES AU
MALI A PROPOS DE 1000 CAS AU SERVICE DE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CHU DU
POINT G**

Présentée et soutenue publiquement le.....Avril 2007 Devant la faculté de
médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie par

Mademoiselle Fatou ATJI

pour obtenir le grade de Docteur en MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : PR SY AIDA SOW

Membre : DR TOURE SAMBA

Membre : DR LAMINE BOUBACAR TRAORE

Directeur de thèse : DR BOURAIMA MAIGA

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie
obstétrique du CHU du point G

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006

ADMINISTRATION

DOYEN: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: DRISSA DIALLO – MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

2^{ème} ASSESSEUR: SEKOU SIDIBE – MAÎTRE DE CONFEREES

SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Generale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopedie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthesie-Reanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopedie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie

MAÎTRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthesie-Reanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié Sanogo	Chirurgie Generale

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie-Chef de D.E.R.
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie

3. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Mahamadou A Théra	Parasitologie

5. 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 Bocary Y Sacko	Biochimie

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

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

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FOUNKORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou B. TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G	

Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar Guinto	Neurologie

Pneum

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 AGREGES

Mr Arouna KEITA	Matières médicales
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum Haidara	Législation
Mr Eliman MARIKO	Pharmacologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mne Rokia SANOGO	Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique Chef de D.E.R
---------------------	-------------------------------------

2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

Mr Moussa A. MAÏGA Santé Publique

3. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

4. 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

5. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie
Mr Oumar THIERO Biostatistique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA Botanique
Mr Bouba DIARRA Bactériologie
Mr Salikou SANOGO Physique
Mr Boubacar KANTE Galénique
Mr Souleymane GUINDO Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA Mathématiques
Mr Modibo DIARRA Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE Génétique
Mr Yaya COULIBALY Législation

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA Bromatologie
Pr. Babacar FAYE Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISS Hydrologie
Pr Amadou Papa Diop Biochimie

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

DEDICACES

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

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

✓ A la mémoire de mon père **CHEICK OUMAR ATJI**

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

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

✓ A mes mères **FATIMATA ZARA COULIBALY** et **MARIAM COULIBALY**

Mères irréprochables, courageuses et dévouées, vous m'avez entouré d'une attention et d'une affection sans pareille. Les mots me manquent pour décrire vos qualités. Tout ce que j'aurai à dire ne saurait exprimer tout le sacrifice et l'endurance dont vous avez fait preuve pour m'élever. Ce travail est le fruit de vos efforts. Que Dieu vous accorde longue vie, bonne santé et beaucoup de bonheur.

A mes grands-mères : **AWA DIALLO** et **FATOU COULIBALY**

Vos bénédictions de tous les matins m'ont toujours accompagnées.

Braves femmes, vous avez été les artisanes du bonheur et de l'unité familiale. Que DIEU vous garde longtemps auprès de nous !

✓ A mes frères et sœurs : **ATJI, DIAKITE, DIARRA, TALL, COULIBALY**

Soyez rassuré de mon amour et comptez sur mon soutien et mes conseils. Je souhaite que ce travail ne soit pour vous qu'un repère et que vous fassiez mieux.

✓ A ma cousine **RAMATA COULIBALY** dite **MAMY** et mon Neveu **CHEICK OUMAR DIALLO**. Trouvez ici une fois de plus l'expression de mon amour.

✓ A **MME KEITA PERPETUE TRAORE** in mémorium

REMERCIEMENTS

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

✓ **A mes tantes**

Aucun mot ne pourra exprimer mon attachement et mon amour pour vous. Tant de bonheurs vécus, tant de souhaits réalisés grâce à votre soutien qui ne m'a jamais fait défaut. Ce travail est le vôtre.

Ensemble, oeuvrons pour que l'esprit d'union et d'entraide perdure à jamais dans la famille.

✓ **A mon oncle CHEICK AMADOU DIAKITE**

Avant d'être un oncle tu as été d'abord un père pour moi.

Merci pour ton affection constante.

Retrouves ici l'expression de ma sincère gratitude.

✓ **A monsieur et madame MANSOUR OUMAR COULIBALY**

Les mots me manquent pour vous remercier. Pour tous ces souvenirs et tous ces moments de bonheur vécus grâce à vous, retrouvez ici toute ma reconnaissance.

✓ **A monsieur et madame MANSOUR ALI COULIBALY**

Merci pour vos soutiens et vos conseils.

Que Dieu vous donne longue vie et beaucoup de chance !

✓ **A mes amis (es) de la faculté de médecine**

AWA DOUMBIA, TENIN KANOUTE, TAKO TRAORE, AICHATA KEITA, MOHAMED CHERIF TRAORE, SIDIKI GUINDO, PAPA OUMAR TRAORE, BINA SACKO, MARIAM KONATE, ROKIA POUDIOUGOU.

Vous êtes ma famille car rien n'est plus important que l'amitié.

Recevez à travers ce modeste travail tous mes sentiments de fraternité.

✓ **A mon maître Docteur MAMADOU SIMA**

Les mots sont très faibles pour t'exprimer toute ma gratitude.

Sans ton aide ce travail aurait difficilement abouti.

Merci docteur pour ton inestimable soutien.

- ✓ **A mes aînées : docteurs MALE AISSATA, DOUMBIA MAILE ET FATOUMATA MAIGA DITE FIFI, SEKOU BA, SAMBA TRAORE**

Pour votre affection et votre soutien.

- ✓ **A tous mes collègues internes du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point « G »**

Ce travail est le fruit d'efforts et de sacrifices consentis ensemble.

Soyez rassurer de ma sincère reconnaissance.

Bonne chance et courage à vous.

- ✓ **A ma tante ASSETOU COULIBALY au Canada**

A tout le corps professoral pour la qualité de l'enseignement reçu

A Mme MAKADJI KADIATOU ATJI

Merci pour ton soutien

- ✓ **A mes cousins et cousines**
- ✓ **A mes amis de Magnambougou :**

OUSMANE COULIBALY, BOUBACAR SAMAKE, MARZOUK COULIBALY, OUMAR SISSOKO, OUMAR KONE, SEIBOU DABO, ADAMA BOIRE, ZOUMANA COULIBALY

- ✓ **Au major DIALLO et à tout le personnel du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point « G »**
- ✓ **A toutes les femmes qui ont accepté d'adhérer à cette étude. Bonne santé.**
- ✓ **A MON COLLEGE DE TOUS LES JOURS : HAROUNA TRAORE**

C'est l'occasion pour moi de te réaffirmer toute mon affection en témoignage du temps passé dans la cordialité.

- ✓ **A MA SOEUR AINEE MME DIALLO ADAM ATJI**

✓ **Aux Docteurs CHAKA SANOGO, DISSA LABASSOU, BOUBACAR DICKO, GAOUSSOU DIAKITE, AMADOU HALIDOU MAIGA, SAKOBA KONATE, MARIAM TRAORE.**

✓ **A Mrs MOCTAR DIARRA et ABOUBACAR DIABY à la DNSI.**

Votre disponibilité a été un facteur important pour la réussite de ce travail. Merci infiniment

✓ **Au docteur ADAMA DIARRA**

Les mots me manquent pour te remercier. Je voudrais par ce travail, qui est aussi le tien te témoigner ma profonde gratitude et mon attachement affectueux.

✓ **A mes oncles : IBRAHIM COULIBALY, AMADOU ATJI, NOUROU TALL, SIDI YAYA DIARRA.**

✓ **Au colonel ABDOULAYE COULIBALY DE LA DIRPA**

✓ **Aux familles ATJI, COULIBALY, WANE, THIAM.**

✓ **Mme MAIGA FATOUMATA SOKONA**

✓ **Mrs MOUSSA DIALLO et ALI KEITA**

✓ **REMERCIEMENTS PARTICULIERS**

AU PROFESSEUR RAPHAEL VANEGAS ESTRADAS

Vos qualités humaines, votre amour du travail bien fait et votre souci constant de la bonne formation des internes nous ont comblés. Votre contribution morale et pratique a été indispensable pour la réalisation de cette recherche.

Trouvez ici toute notre reconnaissance et notre satisfaction.

✓ **A tous ceux ou celles que je n'ai pas pu citer ici, sachez que j'ai une pensée pour chacun de vous.**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie
obstétrique du CHU du point G

*A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENTE
DU JURY*

PROFESSEUR SY AIDA SOW

PROFESSEUR EN GYNECOLOGIE
OBSTÉTRIQUE
CHEF DE L'UNITÉ DE GYNÉCOLOGIE
OBSTÉTRIQUE DU CENTRE DE SANTÉ
DE REFERENCE DE LA COMMUNE II

Cher maître, l'intégrité, la rigueur, le courage et le sérieux sont des qualités irréfutables d'une femme admirable. Ces vertus que vous incarnez ont forcé notre admiration. Merci pour votre entière disponibilité. Trouvez ici cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

DOCTEUR LAMINE BOUBAKAR TRAORE

-DOCTEUR EN ANTHROPOLOGIE SOCIALE ET CULTURELLE

-PROFESSEUR D'ANTHROPOLOGIE À LA FLASH (FACULTÉ DES LETTRES, LANGUES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES)

-CONSULTANT/FORMATEUR EN MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES

-COORDINATEUR DU PROJET D'APPUI À LA LUTTE CONTRE L'EXCISION

Cher maître, nous sommes très honorés de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être membre de ce jury malgré vos nombreuses occupations. Soyez rassuré cher maître de notre admiration et notre respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

DOCTEUR TOURÉ SAMBA

GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN
MEDECIN CHEF ADJOINT DU SERVICE DE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CHU DU
POINT G

Cher maître, nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail. Votre grande simplicité, votre abord facile et vos qualités humaines forcent estime et admiration.

Veillez recevoir ici le témoignage de toute notre reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

DOCTEUR BOURAÏMA MAÏGA

- GYNÉCOLOGUE OBSTETRICIEN
- ASSISTANT CHEF DE CLINIQUE
- DETENTEUR D'UN CIWARA D'EXCELLENCE EN 1997
- DETENTEUR D'UN DIPLÔME DE RECONNAISSANCE DECERNÉ PAR LE MINISTÈRE DE LA FEMME, DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANT
- RESPONSABLE DE LA FILIÈRE SAGE FEMME DE L'INSTITUT NATIONAL DE FORMATION EN SCIENCES DE LA SANTÉ (INFSS)
- CHEF DU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CHU DU POINT G

Cher maître, vous êtes à l'origine de ce travail et vous n'avez ménagé aucun effort pour son élaboration. Essayer d'énumérer vos multiples qualités risquerai de refléter moins que ce que vous êtes. Nous avons contracté envers vous de lourdes dettes de reconnaissance. Puisse DIEU vous donner une longue vie à nos côtés afin que nous puissions bénéficier de votre expérience.
Merci infiniment

‘‘IL y a des pratiques que nos ancêtres eux-mêmes s’ils revenaient à la vie trouveraient caduques et dépassées’’.

AMADOU HAMPATE BA

Acronymes

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

**-DNSI : Direction Nationale des
Statistiques et de l'Informatique**

**-DIRPA : Direction des Informations et
des relations publiques de l'armée**

-J.C. : Jésus Christ

-MGF : Mutilation Génitale Féminine

**-CIAF: Conférence Internationale
Afrique Francophone**

**-CHU: Centre Hospitalier et
Universitaire**

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

SOMMAIRE

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

I – Introduction– Objectifs	3
II – Généralités	7
A- Première partie : rappel sur l’appareil génital féminin	8
1. Rappels anatomiques	9
2. Rappels physiologiques	13
B- Deuxième partie : la pratique de l’excision	15
1. Les origines de l’excision	16
2. La répartition géographique de l’excision	20
3. La prévalence de l’excision	21
4. Les différents types d’excision	24
5. Les complications de l’excision	25
C- Troisième partie : l’excision au MALI	28
1. Les raisons évoquées	29
2. Description de l’excision en milieu bambara	30
3. La lutte contre l’excision au mali depuis 1990	31
4. L’excision et les religions	34
III – Méthodologie	37
1. Cadre de l’étude	38
2. Type et durée de l’étude	42
3. Population d’étude	42
4. Echantillonnage	42
5. Recueil des données	42
6. Analyse et saisies des données	42
IV – Résultats	44
V – Commentaires et Discussion	69
VI – Conclusion et Recommandations	75
VII – Références	78

I. INTRODUCTION— OBJECFIFS

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

INTRODUCTION

L'excision encore appelée mutilation génitale féminine est définie par l'OMS comme « toute intervention aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons culturelles ou autres, et non à des fins thérapeutiques ».[1]

A la lumière des connaissances actuelles, on peut affirmer que l'excision n'est pas l'apanage d'une communauté, d'un pays ou d'une région. Elle est connue et pratiquée ou l'avait été un peu partout dans le monde.

En 1931, elle est dénoncée pour la première fois par Séquira qui démontre sa nocivité médicale. A la suite de celui-ci, l'excision est désignée comme une pratique mutilante par l'ensemble du corps médical européen. Shandall (1967) Verzy (1975) et Hoskin (1978) présentent l'excision comme une lésion des organes sexuels et reproducteurs de la femme susceptible d'entraîner une morbidité ou une mortalité immédiate ou d'interférer plus tard dans les fonctions sexuelles et reproductives de la femme [9]

Depuis le début des années 80, le débat sur l'excision alimente sans cesse les causeries, conférences, colloques et séminaires relatifs à la santé et aux droits humains de la femme. Mais le sujet continue d'opposer, voire, de diviser les opinions nationales africaines. Cette opposition a atteint son paroxysme lorsqu'il s'est agi pour certains pays de prendre des dispositions légales et réglementaires interdisant la pratique. Si en Afrique du sud, l'excision a été interdite depuis 1920 sans heurt et sans conséquence sociale apparente, il n'en est pas de même pour tous les pays africains. [30]

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

L'excision est pratiquée dans toutes les régions du Mali et touche 94 % de la population féminine selon EDS III Mali (2001). [13]

Pourtant l'excision y a fait l'objet de plusieurs études et publications qui ont contribué à la naissance d'une véritable littérature. Elles ont permis une meilleure connaissance du phénomène dans sa genèse, dans son évolution et dans ses aspects symboliques et médicaux.

Cependant, malgré une longue période d'agitation politico médiatique, l'excision reste très ancrée et très répandue dans le pays.

Et cette persistance justifie en grande partie la présente étude qui s'inscrit dans la suite logique des recherches jusque là faites.

Objectif général

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et socio culturels de l'excision chez les femmes vues en consultation au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G.

Objectifs Spécifiques

- 1 – Déterminer la prévalence de l'excision chez les femmes vues en consultation dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du point G.
- 2 – Décrire le profil sociodémographique des femmes excisées
- 3 – Apprécier la connaissance et les attitudes des femmes sur les complications de l'excision.
- 4 – Déterminer l'âge auquel l'excision est pratiquée.

II. GENERALITES

A-Première partie :

Rappel sur l'appareil génital féminin

1. Rappels anatomiques

L'appareil génital de la femme se compose de 3 grandes parties : [20]

Les ovaires

L'utérus et les trompes

Le vagin et la vulve

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

La vulve

La partie externe des organes génitaux féminins, la vulve (voir schéma) est marquée à sa partie moyenne par une dépression médiane, le vestibule, au fond duquel s'ouvrent l'urètre et le vagin. Le vestibule est limité de chaque côté tout d'abord par les petites lèvres qui se rejoignent en avant au niveau du clitoris puis plus en dehors par les grandes lèvres qui se perdent en avant du même clitoris sur une saillie médiane : mont de vénus. A la vulve sont annexées deux glandes de Bartholin.

Les grandes lèvres

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

Au point de vue histologique on distingue :

- la peau
- une couche graisseuse
- une membrane fibro-élastique
- une deuxième couche adipeuse

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

Les Petites lèvres

Ce sont deux replis cutanés situés en dedans des grandes lèvres et formant la paroi latérale du vestibule. Leurs extrémités postérieures s'unissent pour former la fourchette ; leurs extrémités antérieures bifurquent en deux replis antérieurs et postérieurs. Les deux replis antérieurs s'unissent au-dessus du clitoris pour former le capuchon, tandis que les replis postérieurs s'unissent au dessous de lui pour former le frein. Par leur base supérieure les petites lèvres répondent aux bulbes du vagin. Entre l'orifice vaginal et la fourchette se trouve une dépression appelée fossette naviculaire.

Le Clitoris

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

- Les corps caverneux : Analogues à ceux de la verge chez l'homme, ils s'unissent pour former le corps du clitoris. Le clitoris se termine par une extrémité arrondie : le gland du clitoris.
- Les enveloppes : Il s'agit :

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

Une couche celluleuse : Fascia clitoridien :

Il est semblable au fascia du pénis, les glandes de Bartholin sont situées de chaque côté de la moitié postérieure du vestibule.

Le clitoris est solidement fixé en arrière par ses piliers sur les branches ischiopubiennes, et en avant au niveau de son coude, par un suspenseur. Celui-ci se détache de la symphyse pubienne et de la ligne blanche, descend vers le clitoris, se dédouble à son contact pour le contourner latéralement et se reconstituer au-dessous de lui.

- Rapports :

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

Le mont de venus

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

Innervation

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

Les 2/3 postérieurs des grandes lèvres sont innervés par des branches du nerf honteux interne. Parfois le territoire périnéal de la branche génitale du nerf petit sciatique déborde sur la partie moyenne des grandes lèvres.

Les petites lèvres sont innervées par les rameaux superficiels et profonds du nerf périnéal. Ces filets nerveux se terminent dans le chorion de la muqueuse des petites lèvres. Le bulbe reçoit des rameaux profonds du nerf périnéal.

Sur la face dorsale du clitoris cheminent les nerfs dorsaux du clitoris, branches du nerf honteux interne. Les rameaux terminaux de ces nerfs aboutissent à différents extérocepteurs : les corpuscules de Pacini, de Meissner, de Kraus se, de Finger ou corpuscules de la volupté etc. Les récepteurs thermiques, corpuscules de Ruffin (chaleur et douleur) et corpuscules de Kraus se (froid). Les barorécepteurs, corpuscules de Meissner et de Pacini (tact appuyé), disque de Merkel (tact léger, caresses). Le nombre et la variété de ces extérocepteurs vont croissant des petites lèvres au gland clitoridien. Celui – plus richement

innervé que son homologue masculin, présente des formations en massue décrites sous le nom de corpuscules de la volupté de Kraus – Finger.

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

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

Vaisseaux de la vulve

Les artères :

Elles viennent en avant des artères honteuses externes, branches de la fémorale ; en arrière de la périnéale superficielle, branche de la honteuse interne ; au centre des artères caverneux ; Bulbaire et bulbo- Urétrale et dorsale du clitoris venus de la honteuse interne.

Les veines : Elles ont des territoires analogues aux artères.

Les lymphatiques :

Ils vont aux ganglions inférieurs superficiels (groupe supéro- interne).

Seuls les lymphatiques du gland clitoridien vont aux ganglions inguinaux profonds et recto cruraux.

Le vagin :

Etendu du col utérin à la vulve, le vagin constitue un conduit situé derrière la vessie et l'urètre, devant le rectum. Sa longueur moyenne est de 8 cm. Ils présentent 2 faces : une face antérieure et une face postérieure.

La première répond dans ses deux tiers supérieurs à la vessie et à la portion terminale des deux uretères. Vagin et rectum sont alors séparés par la cloison recto vaginale.

Le vagin débouche au fond du vestibule dont il est séparé par l'hymen. [7]

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. De nombreux auteurs affirment avoir établi que tout orgasme chez la femme trouve son origine dans le clitoris ; bien qu'elle puisse le ressentir d'une autre manière.

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

Les organes sexuels de la femme, bien qu'internes et pas aussi facilement visibles que ceux de l'homme, se dilatent durant l'excitation. En fait la seule réelle différence entre l'érection des hommes et celle des femmes consiste en ce que celle des hommes s'effectue à l'extérieur de leur corps, alors que celle des femmes se fait à l'intérieur. Les stimulations clitoridiennes évoquent l'orgasme féminin qui se localise au plus profond du corps autour du vagin et d'autres structures, de même que les stimulations de l'extrémité du pénis évoquent l'orgasme masculin qui se localise dans la partie basse du corps de l'homme.

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

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

L'orgasme féminin s'accompagne de contractions périnéales qui précèdent l'éjaculation et les contractions utérines qui en principe la suivent. Les points de départ de l'arc réflexe sont innombrables (peau, muqueuses, images psychiques), mais la stimulation clitoridienne est sélectivement efficace, au contraire du contact vaginal très inconstamment érogène : la fonction de reproduction et de plaisir érogène sont remarquablement indépendants dans le sexe féminin. L'efficacité des stimulations est fortement modulée par les représentations psychiques qui leur sont associées et la qualité des relations qui unissent les partenaires sexuels ; chez l'excisée, l'orgasme féminin ne se produit qu'après une excitation sexuelle prolongée.

En fait, nous n'avons pas trouvé de documents traitant la physiologie du plaisir sexuel chez la femme excisée.

L'orgasme existant indiscutablement chez elle, tout laisse à penser que l'organisme privé de clitoris développe de nouveaux chemins pour assurer le plaisir.[9]

B-Deuxième partie :

La pratique de l'excision

1. Les origines de l'excision

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

Erlich signale [16] que René Nelly, dans « érotique et civilisation » estime que chez les Egyptiens, l'excision remonte à 5000-6000 ans avant J.C. et qu'elle a été d'usage courant dans toute l'humanité protohistorique. L'un de ses arguments réside dans le fait que l'excision se pratique dans la zone qui correspond au foyer de la première néolithisation occidentale, à savoir l'Egypte, l'Ethiopie, la Syrie et la Perse. Cette thèse est confirmée par la découverte de momies excisées.

Dans le monde arabe, l'excision existait avant l'avènement de l'islam, ainsi que le confirment des textes de Aetius d'Aida [16] ; l'argument évoqué fait allusion à la taille excessive du clitoris qui aurait notamment pour conséquence d'être à l'origine d'un plus grand désir sexuel chez les femmes.

Avicenne et les médecins du monde arabe parlent de l'excision et de l'infibulation. Les divers témoignages semblent établir une relation entre l'excision et l'inconduite conjugale, qui caractériserait les populations non excisées.

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

- le premier, afin de supprimer un organe hypertrophié qui gêne la pénétration
- le second, parce qu'ils tiennent pour une chose abominable que la femme fasse l'office du mâle.

- Le troisième pour rendre les femmes plus modestes et briser leur insatiabilité.

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

Des 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.

Ceci semble être confirmé par Mary Jane Sherfey, psychiatre américaine, qui estime « qu'à l'origine, les femmes étaient dotées d'une capacité orgasmique immodérée, incompatible avec le développement de la sédentarité monogame ». Ainsi, selon elle, l'hypersexualité qui caractériserait les femmes serait un obstacle à supprimer, en particulier par l'excision pour permettre au règne de l'homme de se maintenir [16].

Des théories d'ordre médico- psychologique

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

Ils rejoignent l'idée de nombreux auteurs médicaux, dont Diepgen [16] qui précise que l'opération était prescrite dans les cas d'hypertrophie clitoridienne, pour des raisons esthétiques et fonctionnelles (réduction de l'hyperexcitabilité sexuelle).

Des théories d'ordre anthropologique

Les raisons de sa pratique sont nombreuses mais c'est la thèse anthropologique qui correspond le mieux au contexte malien, car l'excision, pour Germaine Dieterlen [10], s'inscrit dans la pensée cosmogonique bambara.

Elle attribue au premier être femelle de l'existence, appelé « musokoroni » à la suite de sa mésentente avec son mari, le premier être mâle, appelé « Pemba ». Rendue folle de jalousie par les infidélités de son compagnon, « sa fureur la poussa à circoncire et exciser avec ses ongles et ses dents tous les êtres humains qu'elle rencontra « Le wanzo, force néfaste constituée à l'origine de l'impureté de musokoroni...qu'elle transportait avec elle pénétra ainsi le genre humain ».

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

Pour devenir un être stable, pour se marier, procréer, sacrifier, l'enfant doit être débarrassé de son wanzo. Cet effet est obtenu au cours de la circoncision, de l'excision et des rites qui terminent la retraite des opérés. La plus grande part des forces s'écoule dans la terre avec le sang de l'organe mutilé. Le reste de la force s'échappe avec la fumée du feu par-dessus lequel les enfants sautent... avant de rentrer dans leur demeure... mais le wanzo ne disparaît pas : il est capté dans les masques de la société du ndomo à laquelle appartiennent les incirconcis. C'est seulement lorsqu'un adolescent a perdu son wanzo qu'il est admis à se marier : tout individu refuserait d'épouser un partenaire qui n'en aurait pas été complètement débarrassé. [10]

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

En résumé, ce sont donc des raisons diverses qui expliquent la circoncision et l'excision : nécessité de débarrasser l'enfant d'une force mauvaise, nécessité pour lui de payer une dette de sang, et de verser définitivement dans un sexe.

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

Des théories d'ordre religieux

Il est généralement admis que les religions n'ont fait que justifier à posteriori des pratiques qui leurs étaient bien antérieures et qu'elles ont pris à leur compte.

Qu'il s'agisse de la religion égyptienne, du judaïsme, du christianisme ou de l'islam, il n'existe dans aucun texte religieux la moindre recommandation concernant sa pratique. Néanmoins la religion ne reste pas indifférente à la pratique de l'excision, puisqu'elle en parle. C'est notamment le cas des « hadith », textes portant sur des traditions orales para-religieuses qui s'ajoutent au coran. Ils précisent que le prophète (paix et salut sur lui) ayant surpris une séance d'excision a dit que s'il était absolument nécessaire de la pratiquer, il fallait veiller à ce que le geste soit léger. Il aurait donc toléré la pratique de l'excision ; mais en introduisant une certaine tempérance, puisqu'il a précisé « ne détruit pas » ou « ne vas pas en profondeur ».

D'après Assad [5] citant Ibn el Athir, le prophète (paix et salut sur lui) aurait ajouté que « la circoncision est obligatoire pour l'homme, honorable pour la femme. Pour Belkis Giorgi, la pratique de l'excision serait issue d'une légende qui affirme que Sarah, épouse d'Abraham, aurait excisé elle-même sa coépouse Hagar dont elle était jalouse.

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. Elle aurait été transmise aux arabes, (bien avant le prophète) qui aurait assuré sa diffusion.

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

2. Répartition géographique

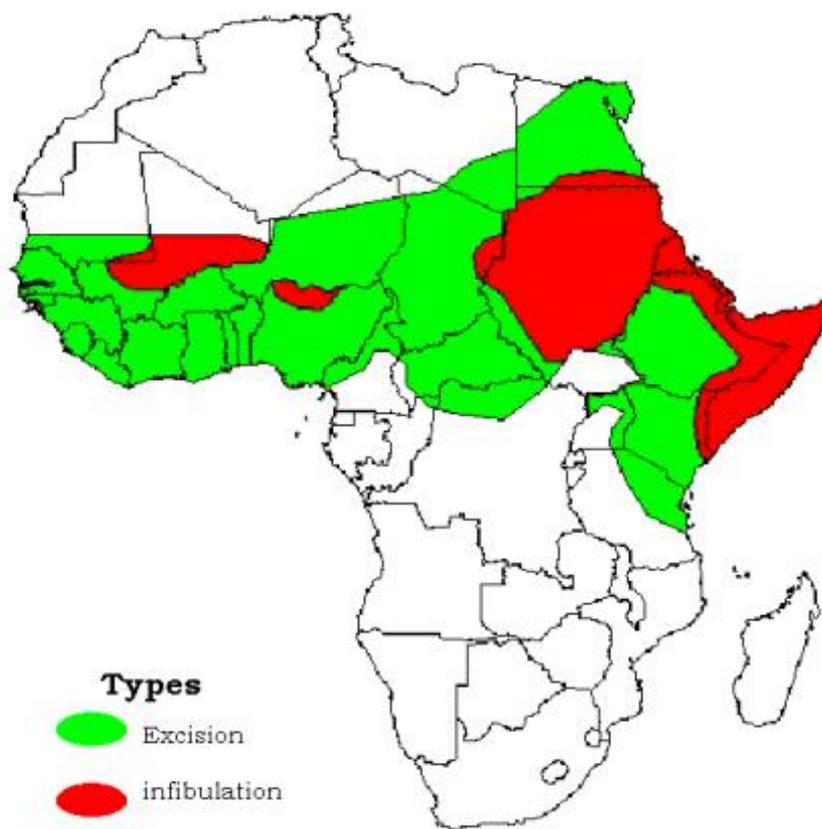
Les MGF ont été probablement pratiquées dans le monde entier à un certain moment historique pour des raisons liées à la sexualité féminine. Aujourd'hui, il est très difficile d'établir avec précision la géographie des MGF. Elles sont fréquentes de la côte "est" à la côte "ouest" de l'Afrique (de l'Éthiopie au Sénégal), descendant de l'Égypte jusqu'en Tanzanie. D'une façon générale l'aire de la pratique des MGF se situe entre le tropique du cancer et l'équateur.

Quant à l'infibulation, elle est surtout limitée à certains pays tels que l'Égypte, le Soudan, l'Éthiopie, le Djibouti, l'Érythrée où 80 à 90% des MGF sont des infibulations.

Par ailleurs, il faudra noter l'absence totale des MGF dans les pays de l'Afrique du Nord à savoir : Le Maroc, l'Algérie, la Tunisie et la Libye.

En dehors de l'Afrique, les MGF seraient retrouvées dans certaines parties du Proche-Orient, parmi les aborigènes d'Australie, et dans certaines parties de l'Océanie et du bassin de l'Amazonie. Elles sont aussi pratiquées dans quelques pays d'Asie notamment l'Indonésie, le Yémen, la Malaisie et l'Oman.

Le flot de réfugiés et d'immigrants en provenance des régions où l'on pratique les MGF l'a introduite en Europe, en Australie et en Amérique du nord. Cependant vu les multiples décisions prises à l'encontre des MGF dans ces pays, la tendance est à la disparition.



Répartition géographique des types de MGF en Afrique. [24]

Afrique (voir la carte) : Bénin, Burkina-Faso, République Centrafricaine, Tchad, Djibouti, Egypte, Erythrée, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Côte-d'Ivoire, Kenya, Niger, Nigeria, Mali, Mauritanie, Sénégal, Sierra

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

Leone, Somalie, Soudan, Togo, Tanzanie, Ouganda, République démocratique du Congo.

3. La prévalence de l'excision

Selon l'OMS, on estime aujourd'hui à plus de 120 millions de fillettes et de femmes ayant subi les MGF, chaque année plus de deux millions sont exposées à cette pratique soit 230/heure. Malgré cette ampleur, aucune enquête complète sur la prévalence à l'échelle mondiale n'a été encore réalisée. Actuellement, elles sont surtout répandues dans 28 pays africains où le taux de prévalence varie entre 5 et 98%. Les pays où le taux est le plus élevé sont : l'Egypte, le Soudan, la Somalie, le Mali, Djibouti, Burkina-Faso, l'Erythrée, la Sierra Leone.... Dans ces pays, le taux dépasse les 70%.

Il faudra noter que cette prévalence varie au sein d'un même pays en fonction des ethnies, du niveau d'instruction, du milieu (urbain ou rural), de la religion.[24]

Tableau I : Prévalence des MGF en Afrique.

Pays	Prévalence (%)
Somalie	98
Djibouti	98
Egypte	97
Soudan	97
Erythrée	95
Mali	94
Sierra Leone	90

Ethiopie	90
Burkina-Faso	66
Gambie	60
Guinée	60
Liberia	60
Tchad	60
Togo	50
Kenya	50
Bénin	50
Guinée Bissau	50
Nigeria	50
Centrafrique	43
Côte-d'Ivoire	43
Ghana	30
Mauritanie	25
Sénégal	20
Niger	20
Cameroun	20
Tanzanie	10
Ouganda	5

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

Reference: Data from bureau of democracy, Human right, and labor, US department of state. Country reports on human rights practices for 1997.[24]

4. Les différents types d'excision

Selon l'OMS [32], 4 types existent :

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

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

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

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

5. Les complications

Selon l'OMS, les mutilations sexuelles féminines sont un acte délibéré qui entraîne des dommages importants pour la fillette et pour la femme. Les femmes qui subissent les formes les plus graves sont les plus exposées aux complications.

Les complications immédiates

- L'hémorragie

L'hémorragie est un résultat immédiat fréquent et presque inévitable. Lors de l'ablation du clitoris, l'artère clitoridienne, dont la pression est élevée, est sectionnée. Une hémorragie peut également se produire après la première

semaine lorsque la croûte formée sur la plaie au niveau de l'artère se détache généralement en raison d'une infection. L'ablation des petites et /ou des grandes lèvres endommage aussi les artères et les veines. Les saignements importants peuvent entraîner un état de choc, ou un décès soudain en cas d'hémorragie massive. Des pertes de sang importantes peuvent entraîner une anémie chronique.

-Le choc

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

-L'infection

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

-La rétention d'urine

Pouvant durer plusieurs heures à plusieurs jours est une complication immédiate fréquente des mutilations sexuelles. Elle est due à la douleur à l'appréhension d'uriner sur la plaie à vif à la tuméfaction de la plaie à l'inflammation ou à une lésion de l'urètre. La rétention d'urine entraîne souvent des infections des voies urinaires. L'utilisation d'instruments rudimentaires, le manque de lumière, l'incompétence de l'opérateur ou les mouvements de la fillette qui se débat peut entraîner des lésions des organes de voisinage, par exemple de l'urètre, du vagin du périnée ou du rectum et par la suite des incontinences.

- Les fractures et luxations
- Le sida

Les complications à long terme

-Les infections chroniques des voies urinaires :

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

-Les fistules

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

-Les séquelles anatomiques

+ les cicatrices chéloïdes

+ les kystes dermoïdes

+ des neurinomes peuvent se former à l'emplacement où le nerf dorsal du clitoris a été sectionné. Toute la sphère génitale est le siège de douleurs permanentes et insupportables.

- Les séquelles physiologiques

La dyspareunie : Les rapports sexuels douloureux consécutifs à une clitoridectomie et plus encore à une infibulation peuvent entraîner des dysfonctionnements sexuels affectant les deux partenaires. La pénétration est parfois difficile voire impossible. La dysménorrhée survient souvent à la suite d'une occlusion partielle ou totale du vagin. Un hémocolpos peut se former du fait de la rétention du sang menstruel.

- Les conséquences obstétricales

D'après Maïga L. [25] un groupe de sages-femmes maliennes déclare que l'excision serait responsable de :

+ lenteurs à l'expulsion (90%)

+ déchirures périnéales (63%)

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

+ difficultés de réparation du périnée (58%)

+ hémorragies des tissus (32%)

+ Fistules vésico- vaginales (11%).

-Les séquelles psychologiques

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

C-TROISIEME PARTIE :

Excision au Mali

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

1. Les raisons évoquées

Du point de vue « rite d'initiation »

Dans les communautés qui la pratiquent, l'excision est un véritable rite initiation qui se pratiquait entre l'âge de 7 et 15 ans. Ce rite était d'une importance capitale car il était le symbole de l'acquisition de l'identité sociale par la fille qui devenait ainsi une femme accomplie. Il se faisait à une période précise et un jour précis, en fonction de la lunaison et des réponses aux pratiques divinatoires. L'épreuve devait être supportée sans cris. Ce qui prouvait la vaillance et la maturité des excisées devant la douleur. [30]

Du point de vue « contrôle de la sexualité féminine »

Dans les zones qui pratiquaient l'excision, on voit dans la femme non excisée, une femme de mœurs légères. Cette légèreté est doublée d'une insatiabilité sexuelle qui porte atteinte à l'honneur de la femme et de sa famille. Ici, on pense que la femme doit pouvoir contenir ses ardeurs sensuelles et sexuelles et l'excision est en mesure de l'aider à cette maîtrise de soi.

Toute fois, la bonne conduite ne s'impose pas seulement à la femme au foyer. A sa première nuit de noce, la jeune fille doit être vierge. Toute fille qui a perdu sa virginité sera connue dans tout le village, la honte sera sur elle et sur sa famille. La fille excisée serait donc moins demandeuse d'acte sexuel et donc plus disposée à la fidélité. [8]

Du point de vue « hygiène et esthétique »

Certaines personnes pensent que les parties génitales de la femme non excisée sont laides et sentent mauvais et sont malpropres. En enlevant ces parties et en rendant la peau plus lisse, ils ont l'impression d'en améliorer l'apparence et l'hygiène. [1]

Cependant, l'hygiène de la femme relève d'un comportement quotidien à l'égard de soi-même et de son environnement, un comportement acquis au cours de son éducation. [23]

Du point de vue « religion musulmane »

D'autres personnes disent que la femme non excisée est impure et ne peut pas faire ses prières. [1]

Du point de vue « mythe »

On dit que l'excision rend les femmes plus fécondes. Certains disent que le bébé en venant au monde peut mourir en touchant le clitoris. D'autres pensent que le clitoris peut blesser l'homme et occasionner sa mort. L'excision est donc censée sauvegarder la vie de l'homme et celle du nouveau-né. Si ceux-ci étaient le cas, dans les pays où l'excision n'est pas pratiquée, tous les hommes seraient morts et tous les bébés des morts nés. [1]

2. Description de l'excision en milieu bambara

Katy Dolo raconte [11] :

« L'exciseuse est averti à l'avance. L'excision se pratique de bonne heure. Les jeunes filles sont regroupées dans une chambre et sont conduites les une après les autres dans l'enclos de toilette où se trouve l'exciseuse et deux ou trois assistantes. La fille est entièrement déshabillée. On la fait asseoir sur une pierre plate, les jambes bien écartées. Selon son âge et son courage, la fille reste tranquille sans qu'on ait besoin de la maîtriser. Plus la fille est jeune plus elle s'agite, donc les assistantes ont pour rôle de l'immobiliser. Ainsi la région à exciser est bien découverte. L'exciseuse tient le clitoris et les lèvres entre trois doigts d'une main et de l'autre elle tient le petit couteau bien aiguisé et les tranches d'un trait. La région est ensuite lavée à grande eau pour vérifier la plaie avant d'appliquer une poudre noire à base de recette de plantes ou de la bouse de vache etc.....comme hémostatique. On fait porter à la fille une garniture d'étoffe et on l'habille de son pagne noir et de sa camisole. Elle est enfin

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

conduite dans la chambre de réclusion où elle restera jusqu'à la guérison qui survient normalement au bout de deux semaines.

La plaie est soignée par l'application régulière de beurre de vache. Pour atténuer la brûlure de la plaie au moment de la miction, la vieille dame qui s'occupe des excisées projette un jet d'une infusion de plantes médicinales du début jusqu'à la fin de la miction. Le soir, elle apprend aux jeunes filles différents chants et tout ce qu'elles doivent savoir sur le mariage, sur leur rôle d'épouse, l'obéissance qu'elles doivent à leur mari ainsi que leur devoir vis-à-vis des beaux parents.

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

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

3. Lutte contre l'excision au Mali depuis 1990

La lutte contre l'excision a connu plusieurs péripéties, nous en donnons quelques moments ou dates clefs.

- 1990 : soutenance d'une thèse de doctorat de médecine sur « les aspects socio-sanitaires de l'excision au Mali »
- 1991 : naissance de l'AMSOPT
- 1993 : naissance de l'ASDAP
- 1994 : premier procès en France Awa Greou exciseuse d'origine malienne
- 1995 : sommet mondial sur la population au Caire. Projet expérimental PLAN INTERNATIONAL AMSOPT
- 1996 : sommet mondial des femmes à Beijing.

Résultats de l'enquête démographique et de santé au Mali (EDS)

Excision : Aspects socio-sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

Le 3 août : remise de couteau symbolique par 25 exciseuses à l'épouse du président de la république sous l'impulsion de l'AMSOPT

Le 31 décembre : décret n°96-382/PM-RM portant création du comité national d'action pour l'abandon des pratiques néfastes. Objectif : Faire des propositions au gouvernement de stratégies cohérentes en vue de mener une action concertée contre les pratiques néfastes à la santé de la femme et de l'enfant.

- 1997 : plan d'action régional pour accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines en Afrique par l'OMS

Le commissariat à la promotion des femmes est érigé en Ministère de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille.

Le village de Solenfara déclare l'abandon de l'excision.

Mars : une étude commanditée par le Centre DJOLIBA révèle que pour 78% des maliens l'excision n'est plus un critère de mariage.

17-19 juin : séminaire national pour la définition d'une stratégie d'éradication de l'excision.

24-27 juin : séminaire national sur les MGF par le Centre DJOLIBA.

- 1999 : Mise en œuvre du projet MGF de PLAN INTERNATIONAL

Les villages de Balla et de Makono déclarent leur abandon de l'excision.

7 janvier : une lettre circulaire Numéro 0019 du ministre de la santé 'des personnes âgées et de la solidarité interdit l'excision dans les centres de santé ;

Du 28 au 30 avril : organisation « journées médicales de réflexion sur les MGF » par le centre Djoliba et plan international.

Du 7 au 12 décembre : organisation, à Kayes par le centre Djoliba d'un séminaire à l'attention des pastorales sociales. Thème : communique dans les communautés chrétiennes sur les pratiques des MGF ? Doctrine, approche et outils.

Second procès en France de AWA GREOU au tribunal de BOBIGNY.

Le 16 juillet : décret N°157/PM-RM portant création du comité national

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

d'action pour l'éradication des pratiques néfastes a la santé de la femme et de l'enfant. Ce décret annule le précédent.

Le 28 décembre, première réunion statutaire du comité national.

- 2000 : Janvier ; mise en œuvre du projet PAI1 par le CEDPA en finançant les ONG et associations qui luttent contre l'excision.

18 Janvier : Arrêté No 00209/MPFEF-SG fixant les modalités de fonctionnement du comité national et des comités régionaux d'action pour l'éradication des pratiques néfastes a la santé de la femme et de l'enfant.

30 mars : deuxième réunion statutaire du comité national

21 juillet : troisième réunion dudit comité ;

12 octobre : quatrième réunion avec notification de la mise en place des comités régionaux de Bamako, Ségou, Mopti, Koulikoro et Sikasso.

15-16 novembre : journées de sensibilisation des ONG sur les conséquences médicales, psychologiques et sociales de l'excision organisées par le comité national et lancement officiel du PASAF ;

- 2001

Janvier : mise en œuvre du projet PAI2 du CEDPA.

10 février : séminaire de la zone III du CI-AF sur les MGF.

Participation du CNAPN et d'une délégation d'ONG maliennes à la conférence de Tanzanie organisée par le CI-AF de lutte contre les MGF.

16-17 avril : journées de réflexion des députés sur l'excision avec une promesse d'implication des parlementaires dans la lutte.

12 septembre : Création d'un réseau des communicateurs pour l'abandon de la pratique de l'excision.

- 2002

Enquête démographique et santé mali III : la pratique de l'excision est estimée à 91,6 % de la population féminine de 15 à 49 ans.

22 janvier : Le président ALPHA OUMA KONARE convoque un conseil extraordinaire des ministres d'où ressortent les recommandations suivantes : création PNLE et rédaction d'un projet de loi.

4 juin : création PNLE

○ 2003

Juillet : politique et plan national d'action pour l'abandon de la pratique de l'excision.

Décembre : forum national sur l'excision organisé par le PNLE réunissant tous les acteurs.

○ 2004

6 février : première journée internationale de lutte contre les MGF.

○ 2005

La journée du 6 février prend de l'ampleur avec le soutien de la première dame.

○ 2006

21 au 22 février : première conférence sous régionale sur les MGF et la mise en œuvre du protocole de MAPUTO

○ 2007

6 février : journée internationale de lutte contre les MGF

4. L'EXCISION ET LES RELIGIONS

Excision et religion musulmane [24]

Si pour l'homme la circoncision obligatoire à un but esthétique et hygiénique, il n'y a aucun texte religieux islamique valable qui puisse être pris en considération pour l'excision de la femme, preuve en est que cette pratique est totalement absente dans la majorité des pays islamiques.

Et, si certains peuples continuent malheureusement à pratiquer l'excision au point même de porter préjudice à la femme, cela provient sans doute de coutumes antérieures à l'avènement de ces peuples à l'Islam.

En effet la « sourate 4 verset 119 » du CORAN interdit à l'homme de changer la créature de Dieu:

Ce verset condamnerait le changement de la créature de Dieu. Il est invoqué par certains islamistes pour s'opposer à la prévention permanente des naissances que ce soit par des mesures touchant l'homme ou la femme. Etrangement, les adeptes de la circoncision féminine oublient complètement ce verset. Ils oublient aussi cet autre verset :

« Il » a bien fait tout ce qu'il a créé « sourate 32, verset 7 ».

Aziz Hamel, adversaire de la circoncision féminine, invoque ce verset et ajoute: "L'excision est une déformation de ce que Dieu a créé, alors que Dieu est satisfait de sa création. Le dernier passage du récit est cité par le Sheikh Hassan Ahmed Abo SA BIB, du Soudan, dans son intervention au séminaire sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants en Afrique (Dakar, 6-10 février 1984). Armé de ce récit, il conclut que la circoncision féminine doit être interdite parce que la science médicale a prouvé qu'elle est nocive. Or, dit-il, le Coran interdit à l'homme de nuire à lui-même en vertu de « la sourate 2 verset 195 » : "Ne vous exposez pas, de vos propres mains, à la perdition".

Excision et église catholique

Le point de vue de l'église catholique sur l'excision est sans ambiguïté. C'est du moins ce qui ressort des déclarations du révérend père DIARRA. L'église, explique-t-il, considère l'excision comme une mutilation, une injustice, une atteinte à la liberté et une entorse au but du mariage. Pour l'église catholique, toute opération qui a une autre raison que la conservation de la vie est une mutilation et condamnée en tant que telle. En effet, écrit-il : « on ne trouve nulle

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

part, une évocation de l'excision aussi bien dans l'Ancien que dans le Nouveau Testament : Dans la Bible donc, aucune allusion à l'excision, aucune allusion qui fonde sa pratique ou qui légitime sa pratique. Nul ne peut donc invoquer la Bible pour la justifier. » [37]

L'excision et l'église évangélique protestante

Le pasteur Thaddée Diarra présente l'excision comme une pratique traditionnelle, dont l'inobservance est inconcevable dans certaines sociétés comme la sienne. Ainsi on trouve chez les chrétiens, des familles qui pratiquent l'excision et d'autres qui ne la pratiquent pas. Cependant précise le pasteur, il faut que les chrétiens comprennent que l'excision n'est pas une obligation religieuse. Sur le plan biblique, explique-t-il, il n'y a aucun verset qui traite directement ou indirectement de l'excision, comme c'est le cas avec la circoncision [37].

III. METHODOLOGIE

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

1. Cadre de l'étude

Le service de gynécologie obstétrique du CHU du Point « G ».

L'hôpital du Point « G » a été construit en 1906. Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom. Le Point « G » correspond au niveau par rapport à la mer à dakar.

Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux bases à Dakar (Sénégal).

Erigé en hôpital en 1959, l'hôpital du Point « G » a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi 92.025/A.N.R.M du 05/10/92. En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi 02-048 du 22 juillet 2002.

Géographiquement l'hôpital est bâti sur une colline située au nord de la ville de Bamako à 8 km du centre ville, face à la colline de Koulouba, et sur la route de Kati d'où il reçoit beaucoup de parturientes référées ou évacuées. Il couvre une superficie de 25 hectares.

L'hôpital a un bloc opératoire comprenant cinq salles d'opérations. Il existe une salle pour le service de gynécologie obstétrique pour les interventions programmées. Pour les interventions d'urgence, notre service partage une salle avec les autres services de chirurgie. Le bloc opératoire comprend également une unité de stérilisation centrale.

Le service de gynécologie obstétrique a été crée en 1912. Il était dirigé d'abord par des chirurgiens expatriés français puis par des chirurgiens maliens. La succession des différents chefs de service est de ce qui suit :

?-1970 Professeur Rougerie chirurgien français

1970-1972 Professeur Foucher chirurgien français

1972-1975 Professeur Bocar Sall traumatologue malien

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

1975-1978 Professeur Mamadou Lamine Traoré chirurgien généraliste malien

1978-1983 Docteur Colomard chirurgien français

1984-1985 Docteur Marc Jarraud chirurgien français

1985-1986 Docteur Henri Jean Philippe chirurgien français

1987 Docteur Etienne Steiner chirurgien français

1987-2001 Professeur Amadou Dolo gynécologue obstétricien malien

2001-2003 Docteur Niani Mounkoro gynécologue obstétricien malien

2003 à nos jours Docteur Bouraïma Maïga

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pu remonter jusqu'à la date de création du service.

Le service de gynécologie obstétrique est un bâtiment à un étage composé comme suit :

Au rez de chaussée

- Le bureau du chef de service
- 3 bureaux pour médecins
- une salle de consultation.
- Une salle pour les consultations prénatales
- 2 salles d'hospitalisation avec 4 lits chacune
- 3 toilettes (2 pour le personnel et 1 pour les patientes)
- une salle d'accouchement comportant 2 tables d'accouchement, un pèse bébés, une armoire d'urgence, 3 lavabos, une balance pour peser les parturientes, une pouponnière, 2 couveuses et deux cardiocardiographes fonctionnels.
- Une salle pour les suites de couche
- Une salle de garde sage femmes
- Une salle de garde interne
- Une salle de garde infirmières
- Une salle de garde pour les médecins stagiaires.

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

A l'étage

- une salle de pansement
- un bureau pour l'infirmier major du service
- 5 salles d'hospitalisation 2^e catégorie (18 lits)
- 2 salles d'hospitalisation climatisées (2lits)
- une salle de garde pour les garçons de salle
- 4 toilettes (2 pour le personnel, 2 pour les patientes)
- un magasin
- une salle de consultation des urgences.

NB : ce service étant actuellement en reconstruction ; l'étude a été achevée dans les locaux devant servir au service d'anapathie.

Les ressources humaines

- Médecins 6 (3 gynécologues, 1 ces de chirurgie, 1 ces de gynécologie et 1 généraliste)
- Sages femmes 7
- Infirmières 4
- Aide soignantes 6
- Garçons de salle : 5

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

2. Type et durée de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive qui s'est déroulée du 31 octobre 2005 au 24 juillet 2006.

3. Population d'étude

Toutes les femmes reçues en consultation externe durant la période de l'étude.

4. Echantillonnage

Critères d'inclusion

- être reçu en consultation gynécologique externe au service de gynécologie obstétrique du point « G »
- avoir un âge compris entre 15 et 49 ans
- être consentante

Critères de non inclusion

- être reçu dans un autre service
- avoir moins de 15 ans ou plus de 49 ans
- être non consentante

5. Recueil des données

L'interrogatoire des patientes

L'examen physique minutieux des patientes

6. Analyse et saisie des données

La saisie des données a été faite sur le logiciel EPI INFO. 6. fr

L'analyse a été effectuée sur SPSS.10

Les graphiques ont été réalisés sur EXCELL

Le test de KHI 2 a été utilisé

Taille minimum de l'échantillon

Dans l'étude transversale, le nombre de sujets nécessaires pour sa réalisation est donné par la formule suivante : $n = \frac{\epsilon \alpha^2 pq}{i^2}$

n=taille minimum de l'échantillon

α =seuil de significativité

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

ϵ =écart réduit de la loi normale=1,96 pour $\alpha=5\%$

p=fréquence relative d'un évènement mesurable sur la question

q=complémentaire de la probabilité

$p=1-q$

i=précision varie entre 2 et 8 en général dans les études médicales.

$P \leq 0,05$ est considéré comme significatif.

Aspect éthique

Toutes les patientes ont été soumises à un counseling éclairé avec leur consentement. L'anonymat a été respecté.

Les variables étudiées

Âge, résidence, région d'origine, profession, niveau d'instruction, ethnie, religion, statut matrimonial, instruction des parents, profession des parents, excision ou non, type d'excision, cicatrice d'excision, motif de consultation, troubles psycho sexuels, âge d'excision, le souvenir d'excision, les connaissances sur l'excision

IV- RESULTATS

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

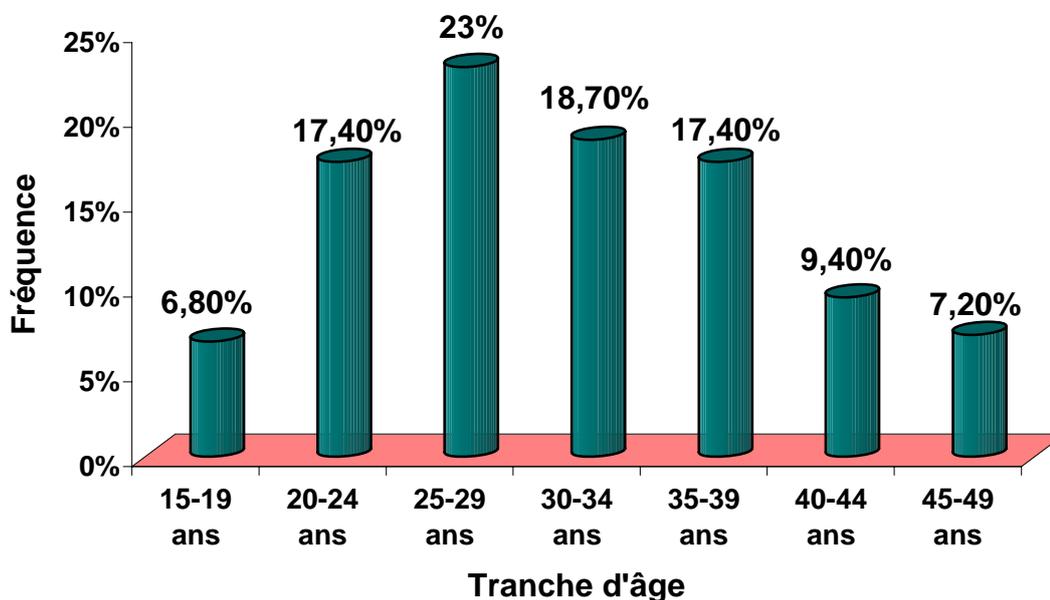
Fréquence globale

Sur une série de 1000 consultations externes au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G, nous avons colligé 900 cas d'excision soit une fréquence de 90%.

Fréquences spécifiques

La fréquence selon les tranches d'âge est présentée sur le graphique N°1 ci-dessous

Graphique N°1: Répartition de la population en fonction de la tranche d'âge



Il ressort de ce diagramme que la tranche d'âge de 25-29 ans est la plus représentée avec 23%.

Tableau II : Répartition de la population en fonction du type d'excision

Type d'excision	Effectif	Pourcentage
Type I	226	25,1
<u>Type II</u>	<u>654</u>	<u>72,7</u>
Type III	8	0,9
Type III secondaire	12	1,3
Total	900	100

Le type II est le plus pratiqué avec 72,7% et l'infibulation est pratiquée dans 2,2% des cas.

Tableau III : Répartition de la population en fonction de l'âge à l'excision

Tranche d'âge à l'excision	Effectif	Pourcentage
<u>0-4 ans</u>	<u>687</u>	<u>76,3%</u>
5-9 ans	132	14,7%
10-14 ans	81	9%
Total	900	100%

76,3% des femmes ont été excisées avant l'âge de 5 ans.

Les caractéristiques sociodémographiques

Tableau IV : Répartition de la population en fonction de la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Rurale	136	15,1%
<u>Urbaine</u>	<u>764</u>	<u>84,9%</u>
Total	900	100%

Les femmes résident majoritairement en milieu urbain 84,9%.

Tableau V : Répartition de la population en fonction de leur profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Commerçante	80	8,9%
Fonctionnaire	137	15,2%
Ménagère	551	61,2%
Elève/étudiante	104	11,6%
Autres	28	3,1%
Total	900	100%

Autres= couturière, teinturière, coiffeuse

Il s'agit de femmes au foyer dans la majorité des cas 61,2%

Tableau VI : Répartition de la population en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Ecole coranique	51	5,7%
<u>Non scolarisée</u>	<u>357</u>	<u>39,7%</u>
Médersa	37	4,1%
Niveau primaire	211	23,4%
Niveau secondaire	152	16,9%
Université	92	10,2%
Total	900	100%

Le taux le plus élevé est observé chez les non scolarisées avec 39,7%

Tableau VII : Répartition de la population en fonction de la nationalité

Nationalité	Effectif	Pourcentage
<u>Maliennne</u>	<u>885</u>	<u>98,3%</u>
Autres	15	1,7%
Total	900	100%

Autres= burkinabé, guinéenne, nigérienne, djiboutienne

Tableau VIII : Répartition de la population en fonction de la religion

Religion	Effectif	Pourcentage
<i>Musulmane</i>	<i>875</i>	<i>97,2%</i>
Chrétienne	25	2,8%
Total	900	100%

Les musulmanes sont majoritaires avec 97,2%.

Tableau IX : Répartition de la population en fonction de la région d'origine

Région	Effectif	Pourcentage
Kayes	146	16,2%
<u>Koulikoro</u>	<u>231</u>	<u>25,7%</u>
Sikasso	109	12,1%
<u>Ségou</u>	<u>256</u>	<u>28,4%</u>
Mopti	70	7,8%
Tombouctou	20	2,2%
Gao	5	0,6%
Kidal	3	0,3%
Bamako	39	4,3%
Localité étrangère	21	2,3%
Total	900	100%

Les régions du sud viennent en tête avec Ségou et Koulikoro avec les fréquences respectives de 28,8% et 25,7%.

Tableau X : Répartition de la population en fonction des ethnies

Ethnie	Effectif	Pourcentage
<u>Bambara</u>	<u>317</u>	<u>35,2%</u>
Peulh	160	17,8%
Soninké	133	14,8%
Malinké	118	13,1%
Senoufo	30	3,3%
Dogon	29	3,2%
Sonrhäï	25	2,8%
Minianka	23	2,6%
Bozo	18	2%
Autres	17	1,9%
Maure	13	1,4%
Bobo	8	0,9%
Somono	5	0,6%
Tamashek	4	0,4%
Total	900	100%

Autres= dafing, mossi, haoussa

Les ethnies du sud sont majoritaires avec les bambaras en tête et les ethnies du nord sont moins représentées.

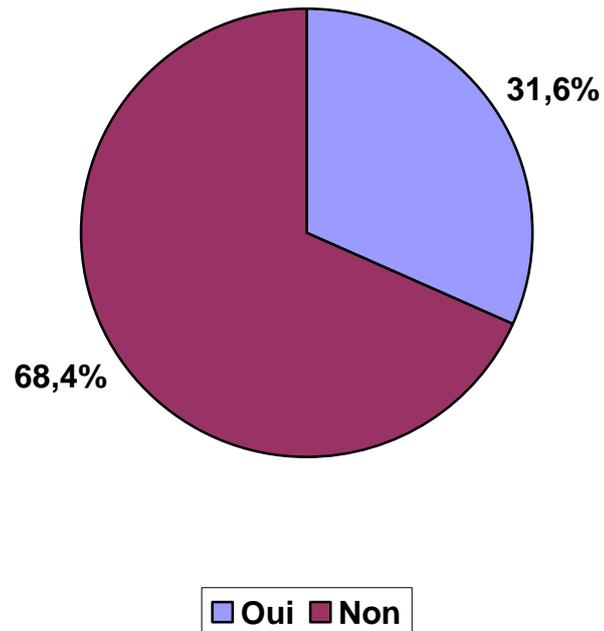
Tableau XI : Répartition de la population en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
<i><u>Mariée</u></i>	<u>738</u>	<u>82%</u>
Divorcée	27	3%
Veuve	33	3,7%
Célibataire	102	11,3%
Total	900	100%

Elles sont le plus souvent des femmes mariées dans 82% des cas.

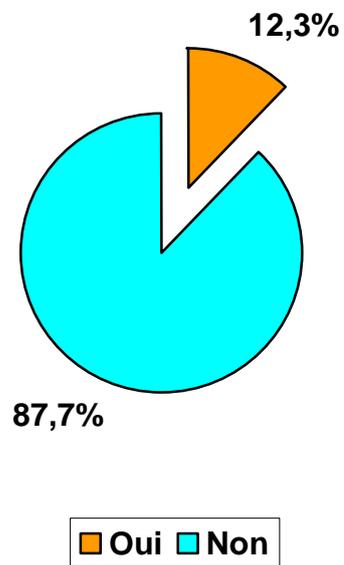
Profil socio- démographique des parents

Graphique N°2 : Répartition de la population en fonction de l'instruction du père



31,6% des pères sont instruits.

Graphique N°3 : Répartition de la population en fonction de l'instruction de la mère



Près de 9 mères sur 10 sont illettrées.

Tableau XII : Répartition de la population en fonction de la profession du père

Profession père	Effectif	Pourcentage
Commerçant	192	21,3%
<u>Cultivateur</u>	<u>234</u>	<u>26,0%</u>
Comptable	30	3,3%
Agent	52	5,8%
Pêcheur	14	1,6%
Minier	5	0,6%
Enseignant	77	8,6%
<u>Agent de santé</u>	<u>24</u>	<u>2,7%</u>
Boucher	4	0,4%
Militaire	51	5,7%
Ingénieur	7	0,8%
Chauffeur	43	4,8%
Ouvrier	68	7,6%
Eleveur	14	1,6%
Artiste	3	0,3%
Autre	82	9,1%
total	900	100%

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

Autres= jardinier, mécanicien, tailleur, gardien, Footballeur

Il s'agit de père cultivateur dans 26% des cas et d'agent de santé dans 2,7%.

Tableau XIII : Répartition de la population selon la profession de la mère

Profession de la mère	Effectif	Pourcentage
Commerçante	90	10,0
Secrétaire	31	3,4
<u>Ménagère</u>	<u>723</u>	<u>80,3</u>
Comptable	6	0,7
Monitrice	8	0,9
Teinturière	14	1,6
Enseignante	8	0,9
Agent de santé	9	1,0
Autres	11	1,2
Total	900	100

Autres=couturière, coiffeuse

Ce sont des mères ménagères dans 80,3% des cas.

Etude clinique

Tableau XIV : Répartition de la population en fonction du type de cicatrice

Type cicatrice	Effectif	Pourcentage
Cicatrices simples	886	98,4%
<u>Chéloïde</u>	<u>6</u>	<u>0,7%</u>
<u>Kystes dermoïdes</u>	<u>8</u>	<u>0,9%</u>
Total	900	100%

Les chéloïdes et les kystes dermoïdes ont été rencontrés avec respectivement 0,7% et 0,9% des cas.

Tableau XV : Répartition de la population en fonction du motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
CPN	100	11,1
Infécondité primaire	97	10,8
Infécondité secondaire	132	14,7
Métrorragie	56	6,2
Dysménorrhée	47	5,2
Leucorrhée	58	6,4
<u>Douleur pelvienne</u>	<u>225</u>	<u>25,0</u>
Dyspareunie	8	0,9
Mastodynie	32	3,6
Fibrome utérin	45	5,0
Néoplasie du col	25	2,8
Irrégularité du cycle	30	3,3
Autres	45	5,0
Total	900	100

Les douleurs pelviennes ont été le motif de consultation le plus fréquent avec 25%.

Tableau XVI : Répartition de la population en fonction des troubles psycho sexuels

Troubles psycho sexuels	Effectif	Pourcentage
Dyspareunie superficielle	282	31,3%
Dyspareunie profonde	300	33,3%
Frigidité	251	27,9%

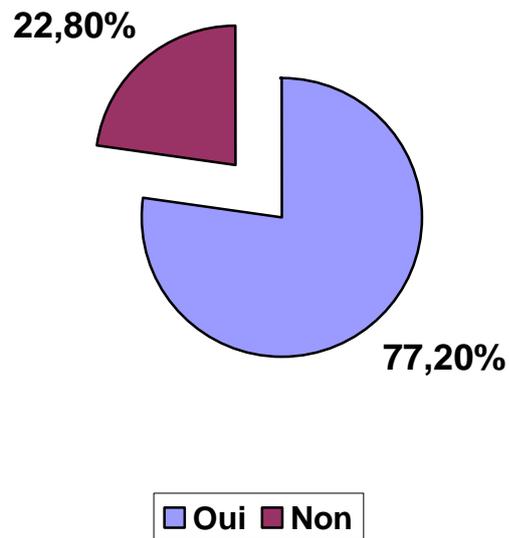
Souvenir de l'excision

Tableau XVII: Répartition de la population en fonction du souvenir d'excision

Souvenir d'excision	Effectif	Pourcentage
<u>Aucun</u>	<u>767</u>	<u>85,2%</u>
Douleur	126	14%
Douleur+ hémorragie	5	0,6%
Hémorragie	2	0,2%
Total	900	100%

85,2% des femmes n'ont gardé aucun souvenir de leur excision.

Graphique N° 4 : Répartition de la population en fonction de la reponse à la question : Exciserez-vous vos filles?



La majeure partie des femmes projette d'exciser leur fille (77,20%)

Tableau XVIII : Connaissance des patientes sur l'existence de complication liée à l'excision

l'excision peut elle entraîner des complications ?	Effectif	Pourcentage
Oui	290	32,2%
<u>Non</u>	<u>548</u>	<u>60,8%</u>
Sans réponse	62	7,0%
Total	900	100%

Plus de la moitié des femmes ignorent l'existence de toutes complications liées à l'excision et 7% n'en savait rien.

Tableau XIX : Répartition de la population en fonction des complications citées

Complications	Effectif	Pourcentage
<u>Accouchement difficile</u>	<u>38</u>	<u>12,3%</u>
Vilaines cicatrices	2	0,7%
Hémorragie, décès	40	13,0%
<u>Stérilité, infection</u>	<u>72</u>	<u>23,3%</u>
Diminution de la sensibilité sexuelle	7	2,3%
<u>Sida</u>	<u>50</u>	<u>16,2%</u>
Dysménorrhée	1	0,3%
Dyspareunie, frigidity	10	3,2%
Rétrécissement vulvaire	3	1,0%
Incontinence urinaire	1	0,3%
Kyste vulvaire	4	1,2%
Autres	81	26,2%
Total	309	100%

La stérilité- l'infection, le sida, l'accouchement difficile sont par ordre de fréquence décroissante les trois complications majeures citées par les femmes.

ETUDE ANALYTIQUE

Tableau XX : Relation entre le type d'excision et la région d'origine

Type Région	Type I		Type II		Type III primaire		Type III secondaire	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Kayes	28	12,4%	106	16,2%	<u>4</u>	<u>50%</u>	<u>8</u>	<u>66,7%</u>
Koulikoro	59	26,1%	170	26%	2	25%	0	0%
Sikasso	27	11,9%	81	12,4%	0	0%	1	8,3%
<u>Ségou</u>	<u>61</u>	<u>27%</u>	<u>191</u>	<u>29,4%</u>	1	12,5%	3	25%
Mopti	19	8,4%	51	7,8%	0	0%	0	0%
Tombouctou	11	4,9%	9	1,4%	0	0%	0	0%
Gao	1	0,4%	4	0,6%	0	0%	0	0%
Kidal	2	0,9%	1	0,1%	0	0%	0	0%
Bamako	12	5,3%	26	4%	1	12,5%	0	0%
Localité étrangère	6	2,7%	15	2,3%	0	0%	0	0%
Total	226	100%	654	100%	8	100%	12	100%

Ségou est en tête pour la pratique des types I et II avec respectivement 27 et 29,4%. 12 des 20 femmes infibulées viennent de la région de Kayes. Cette différence est statistiquement significative ($P < 0,05$).

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

Khi² = 49,163

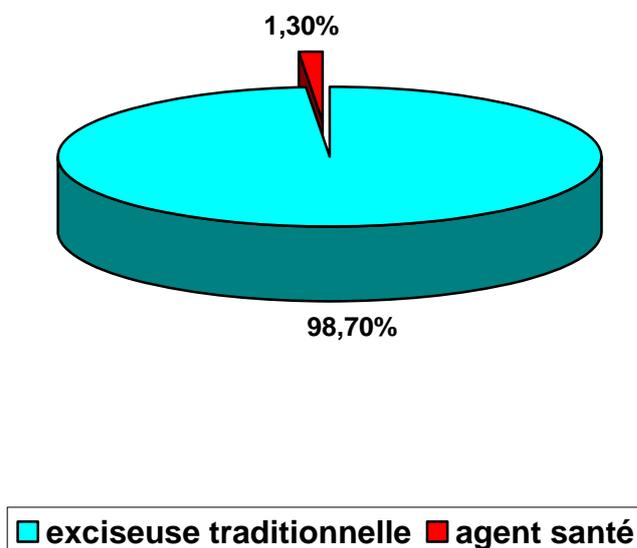
P = 0,006

Tableau XXI : Relation entre âge à l'excision et souvenir à l'excision

Souvenir de l'excision Age à l'excision	Aucun		Douleur		Douleur+Hémorragie		Hémorragie	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0-4 ans	<u>687</u>	<u>89,6</u>	0	0	0	0	0	0
5-9 ans	<u>71</u>	<u>9,3</u>	58	46	2	40	1	50
10-14 ans	<u>9</u>	<u>1,2</u>	68	54	3	60	1	50
Total	767	100	126	100	5	100	2	100

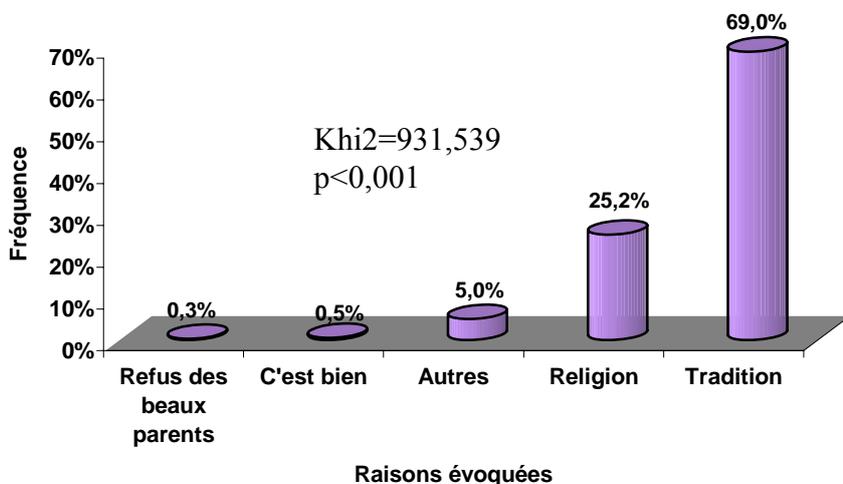
Plus l'excision était pratiqué tôt moins les femmes en gardent un souvenir. La différence est significative (**p < 0,001**).

Graphique N° 5 : Répartition de la population en fonction de la qualification de l'opérateur



Dans 98,70% des cas, l'excision est pratiquée par une exciseuse traditionnelle.

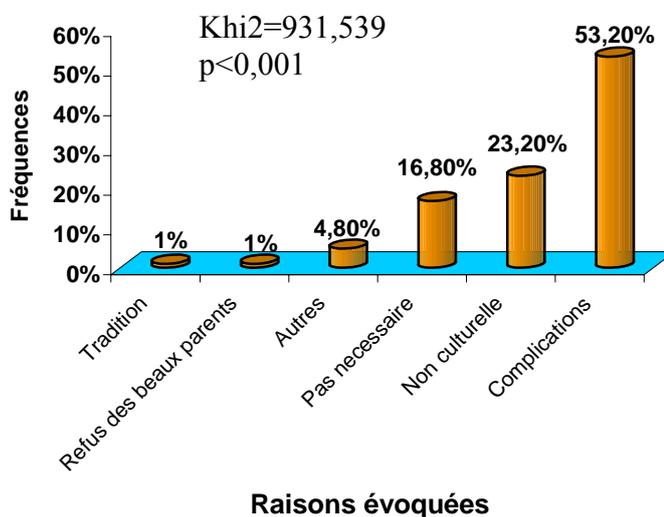
Graphique N° 6 : Répartition des femmes souhaitant exciser leurs filles en fonction des raisons évoquées



69% des patientes souhaitent exciser leurs filles pour des raisons traditionnelles.

Autres : hygiène, cela rend la femme plus modeste

Graphique N°7 : Répartition des femmes qui ne souhaitent pas exciser leurs filles en fonction des raisons évoquées



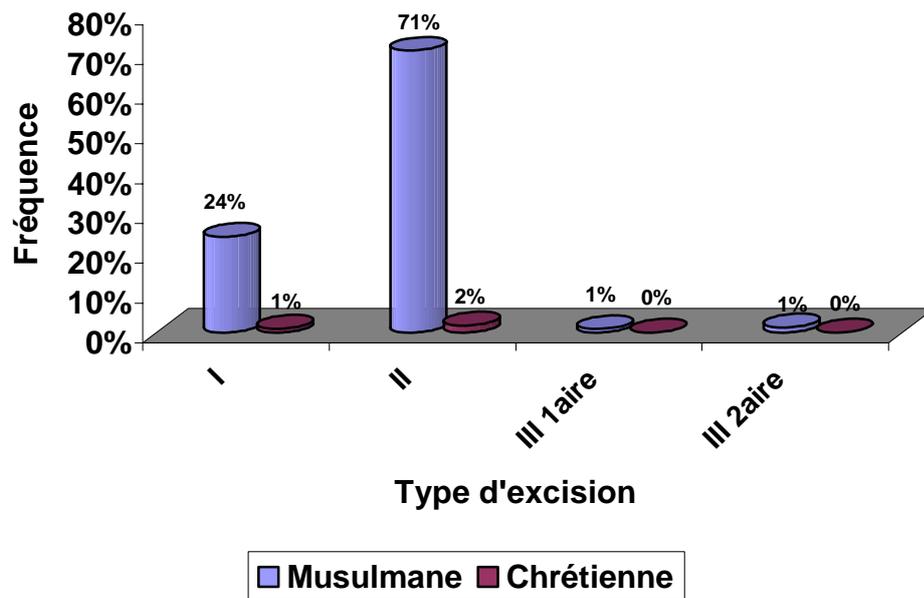
53,20% des patientes ne souhaitent pas exciser leurs filles parce que l'excision entraîne des complications.

Tableau XXII : Relation entre type d'excision et ethnies

Ethnie	Type I		Type II		Type III 1aire		Type III 2aire	
Bambara	<u>75</u>	<u>33,2%</u>	<u>238</u>	<u>36,3%</u>	1	12,5%	3	25%
Peulh	37	16,4%	122	18,6%	1	12,5%	0	0%
Bobo	3	1,3%	5	0,7%	0	0%	0	0%
Dogon	10	4,4%	19	2,9%	0	0%	0	0%
Malinké	33	14,6%	81	12,4%	2	25%	2	16,67%
Minianka	7	3%	15	2,3%	1	12,5%	0	0%
Sarakolé	27	11,9%	96	14,6%	<u>3</u>	<u>37,5%</u>	<u>7</u>	<u>58,33%</u>
Sonrhäï	9	3,9%	16	2,4%	0	0%	0	0%
Somono	2	0,8%	3	0,4%	0	0%	0	0%
Bozo	5	2,2%	13	1,9%	0	0%	0	0%
Senoufo	8	3,5%	22	3,3%	0	0%	0	0%
Tamashek	1	0,4%	3	0,4%	0	0%	0	0%
Sirifi (maure)	3	1,3%	10	1,5%	0	0%	0	0%
Autres	6	2,6%	11	1,6%	0	0%	0	0%
Total	226	100%	654	100%	8	100%	12	100%

L'infibulation est significativement associée à l'ethnie Sarakolé tandis que les types I et II sont associés à l'ethnie bambara.

Graphique N° 8 : Répartition de la population type d'excision par rapport a la religion



Nous n'avons retrouvé aucun cas d'infibulation chez les chrétiennes.

V. Commentaires et **discussion**

Prévalence

Sur les 1000 patientes enquêtées, 900 étaient excisées soit une prévalence de 90%. Cette prévalence est inférieure à celles des enquêtes démographiques de santé Mali II et III qui sont respectivement de 94% [12] et de 92 [13] %.

Au Burkina Faso, une enquête démographique de santé effectuée en 2003 avait trouvé 72% de prévalence [18]. Une étude similaire en Côte d'Ivoire en 1998 avait trouvé 45% de prévalence [18].

ELGAALI avait trouvé 63,6% de prévalence dans une étude portant sur un échantillon de population africaine vivant en Suède en 2005 [15].

La prévalence de l'excision est donc variable selon les auteurs et les pays. Cette variabilité est liée aux populations d'étude et aux méthodologies.

Age des femmes enquêtées

La tranche d'âge de 25 à 29 ans est la plus touchée dans notre étude avec une fréquence de 23% et celle de 15 à 19 ans est la moins touchée avec une fréquence de 6,8% (graphique 1). Nos résultats sont inférieurs à ceux trouvés par Kanté et EDS II Mali qui sont respectivement de 51,1% dans la tranche d'âge de 14 à 19 ans [22] et de 51,1% dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans [12].

Cette différence tient toujours à la méthodologie utilisée. La moyenne d'âge dans notre étude est de 30,97 ans.

Les différents types d'excision

La fréquence des différents types d'excision dans notre étude se répartit comme suit :

Type I 25,1%

Type II 72, 7%

Type III 2, 2% (tableau II)

La fréquence du type II reste élevée pour la plus part des auteurs maliens dont Sidibé avec 61,8% [32] et Kanté avec 63,9% [22]. Cependant ELGAALI avait trouvé une fréquence élevée du type I avec 35% [15]. Cette différence serait due à des problèmes ethniques.

Tranche d'âge à l'excision

Dans notre étude la majorité des femmes ont été excisées avant l'âge de 5 ans soit 76,3% (tableau III). EDS II Mali avait trouvé que 41% des femmes étaient excisées entre l'âge de 0 à 4 ans [12]. Sidibé dans son étude pédiatrique avait trouvé que 49,1% des enfants étaient excisés avant l'âge de 2 mois [32].

Ces résultats traduisent-ils le fait que l'excision a perdu toute sa valeur initiatique ? Elle ne dépend plus que de la seule pression sociale : on ne sait plus très bien pourquoi on excise, mais on le fait parce que les autres le font.

Profession et niveau d'instruction des femmes

Dans notre étude 61,2% des femmes étaient des ménagères et 39,7% étaient des analphabètes. (Tableau VI)

Fané avait trouvé 77% de ménagères et 82% d'analphabètes [17]. Cette situation est simplement le reflet d'un bas niveau de scolarisation des filles maliennes.

Fréquence des ethnies

Dans notre étude, les bambaras (35,2%), les peulhs (17,8%), les soninkés (14,8%) et les malinkés (13,1%) sont les ethnies les plus représentées par ordre de fréquence décroissante (tableau X). Dans d'autres études maliennes, les

bambaras sont toujours en tête avec pour Sidibé 26,1% [12] et pour Kanté 34,6% [12]. Ceci explique la prédominance numérique de l'ethnie bambara.

Instruction et profession des parents

Notre étude a fait ressortir 68,4% de pères et 87,7% de mères analphabètes. 26% des pères étaient des cultivateurs et 80,3% des mères étaient des ménagères. (Graphique 2 et 3)

Aïssata Sidibé dans une étude pédiatrique avait trouvé 38,5% de pères fonctionnaires et 53% de mères ménagères [32].

Cette différence s'explique par la population d'étude basée sur un problème de génération. En effet les parents des enfants de moins de 16 ans sont plus jeunes que ceux de notre population d'étude.

Une étude réalisée au Burkina Faso avait montré que la fréquence de la pratique des MGF diminue en fonction du degré d'élévation du niveau d'instruction que les parents ont reçu. Ceci pourrait être un élément d'espoir pour l'abandon de cette pratique combien néfaste car le taux de scolarisation est en hausse [28].

Opérateur

Dans notre étude 98,7% des femmes ont été excisées par des exciseuses traditionnelles contre 1,3% par des agents de santé. (Graphique 5)

EDS II avait trouvé 7% d'excision par les agents de santé en 1996 [12] contre 2% trouvé par EDS III en 2001 [13]. Dans des études hospitalières Kanté avait trouvé 3,8% d'excision par les agents de santé [22] et Sidibé 6,2% [32] respectivement en 2001 et en 2004. On remarque une diminution de la pratique de 1996 à 2001. Cette baisse pourrait s'expliquer d'une part par la sensibilisation des agents de santé et d'autre part par la décision ministérielle du 07 janvier 1999 interdisant la pratique dans les centres de santé.

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

Cependant malgré un niveau toujours faible, on assiste de plus en plus à l'implication d'agent de santé dans la pratique.

Cicatrices

Nous avons recensé 0,7% de chéloïdes et 0,9% de kystes dermoïdes. Ces résultats sont inférieurs à ceux de DIALLO [9] qui avait trouvé 9,8% de chéloïdes et kystes dermoïdes. (Tableau XI). L'apparition de ces complications est surtout liée à la sensibilité de la peau de chaque personne.

Troubles psycho sexuels

Dans notre étude 31,3% des femmes avaient une dyspareunie superficielle, 33,3% une dyspareunie profonde et 27,9% étaient frigides (tableau XIII). Ces résultats sont inférieurs à ceux trouvés dans la littérature. En effet Kanté avait trouvé 70,5% de dyspareunie [22] et Eldefrawi dans une étude Egyptienne portant sur les mutilations génitales féminines et leur impact psycho sexuel avait trouvé 45% de frigidité.

Connaissances sur l'excision

Il ressort de notre étude que 89,6% des femmes n'ayant gardé aucun souvenir de leur excision ont été excisées avant l'âge de 5 ans (tableau XIX). Ceci montre que plus les femmes sont excisées tôt, moins elles gardent un souvenir de leur excision.

77,2% des femmes sont en faveur de la poursuite de l'excision (graphique 4). Ce taux est inférieur à celui de l'EDS III Mali qui avait trouvé 80% [13]. Ces résultats montrent que beaucoup reste à faire dans la lutte contre l'excision.

60,8% des patientes pensent que l'excision n'entraîne aucune complication. Au contraire 32,2% pensent que la stérilité, le sida et l'accouchement difficile peuvent être des complications liées à l'excision (tableau XV).

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

69% des femmes souhaitent exciser leurs filles pour des raisons traditionnelles (graphique 6). Dans la littérature, on retrouve les raisons suivantes :

Ugboma dans une étude Nigériane sur la prévalence et la médicalisation des MGF rapporte que 58,2% ont évoqué la réduction du désir sexuel et 39,5% la tradition comme étant les raisons motivant la pratique [44].

Elgaali avait trouvé 27% de raisons liées à la tradition et 58% à la religion [15].

Relation entre type d'excision, région d'origine et ethnies

Dans notre étude :

Les types I et II sont pratiqués en majorité par les ressortissantes de Ségou avec respectivement 27% et 29,4%. 12 cas d'infibulation sur 20 ont retrouvé chez les femmes originaires de Kayes (tableau XVIII).

Les types I et II sont pratiqués surtout par les Bambaras avec les pourcentages de 33,2% et 36,3%. Les peulhs suivent avec respectivement 16,4% et 18,6% (Tableau XX). Les Sarakolé pratiquent l'infibulation dans 10 cas sur 20.

Au Mali chaque ethnie, chaque région a ses propres coutumes mais on peut affirmer qu'il existe une relation entre le type d'excision et les ethnies et entre le type d'excision et les régions d'origine.

VI. Conclusion et **Recommandations**

Conclusion

Au terme de notre étude, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

- ✚ Sur 1000 femmes, 900 sont excisées soit une prévalence de 90%.
- ✚ Trois types d'excision ont été retrouvés avec une fréquence élevée du type II 72,7%.
- ✚ 60,8% des femmes ignorent l'existence de complications liées à l'excision.
- ✚ Toutes les ethnies du Mali pratiquent l'excision avec une très faible fréquence chez les ethnies originaires du nord à savoir les tamasheks avec 0,4% et les sonrhaï avec 2,8%.
- ✚ Pour des raisons traditionnelle et religieuse en majorité, la plus part des femmes souhaitent exciser leurs filles.
- ✚ Bien que pratiquée à priori par des exciseuses traditionnelles, on assiste toujours à une médicalisation de l'excision ; 1,3% d'agents de santé continue à pratiquer l'excision.
- ✚ L'étude que nous avons effectué renforce la position qui a toujours été la notre : l'excision est un acte dangereux. Cette information est encore trop peu connue de la société malienne et doit lui être transmise avec le maximum de tact.

Recommandations

Aux agents de santé

- Ne pas souscrire à une médicalisation de la pratique des MGF
- Assurer la formation continue des prestataires sur la prise en charge des complications d'excision
- Faire l'information, l'éducation et la communication lors des consultations afin de faire prendre conscience à la population des méfaits de l'excision.

Aux autorités

- Intensifier l'IEC auprès de toutes les couches sociales en vue d'induire un changement de comportement. Cependant l'enracinement profond de l'excision dans notre société exige une grande attention dans le choix des arguments à utiliser pour modifier les attitudes.
- Pénaliser les agents de santé qui pratiquent l'excision
- Faire voter une loi comme arme complémentaire de l'IEC dans la lutte contre cette pratique.
- Poursuivre la dotation des hôpitaux et des centres de santé de référence en médicaments pour la prise en charge des complications d'excision.
- Renforcer le programme national de lutte contre l'excision tant en ressources humaines que matérielles et financières.

VII. REFERENCES

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

[1] ANONYME

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

PASAF 2002

[2] ANONYME

Mutilations sexuelles féminines

OMS Genève 1982

[3] ANONYME, Journées médicales de réflexion sur les MGF

Centre Djoliba/plan international mali, Bamako les 28, 29, 30 avril 1998

[4] ANONYME

Plan d'action régional pour accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines en afrique. 1996

[5] ASSAD F.

Plein feu sur la mutilation sexuelle des femmes

Forum OMS Genève 1982

[6] BOUHOUSSOU M. gynécologue obstétricien

Médecine d'Afrique noire, interview Fraternité matin du 29 mars 2006-10-28

Côte d'Ivoire

[7] CADY JEAN

Anatomie petit bassin et périnée 1998

[8] DEMBELE AGNES

Quelques coutumes qui nuisent à la santé de la femme

Mémoire ENSUP Bamako 1985 62p

[9] DIALLO HABIBATOU

Aspects socio sanitaires de l'excision au Mali

Thèse école normale de médecine et de pharmacie 1989

[10] DIETERLEN GERMAINE

Essai sur la religion bambara

1^{ère} édition PUF, Paris 1951

[11] DOLO KATY

Etude des attitudes et des comportements des parents et des filles du district de Bamako vis-à-vis de l'excision féminine. Mémoire de fin d'étude de technicien supérieur en soins infirmiers. CUSS Yaoundé

[12] EDS II : Enquête Démographique et de Santé phase II

Cellule de planification et des statistiques du ministère de la santé/direction nationale des statistiques et de l'informatique.

Macro international INC, Calverton Maryland USA 1996

[13] EDS III : Enquête Démographique et de Santé phase III

Cellule de planification et des statistiques du ministère de la santé/direction nationale des statistiques et de l'informatique.

Macro international INC, Calverton Maryland USA 2001

[14] EL DEFRAWI M.H., LOTFY G., DANDASH K.F., REFAAT A.H., EYADA M.

Female genital mutilation and its psychosexual impact. Psychiatry department, faculty of medicine. Islamia, Egypt 2006

[15] ELGAALI M., STREVENSON H., MARDH P.H.

Female genital mutilation... an exported medical hazard.
Department of obstetrics and gynaecology, Lund University
Sweden 2006

[16] ERLICH M.

La femme blessée, essai sur les mutilations sexuelles féminines.
L'harmattan paris 1986

[17] FANE TIDJANE

L'accouchement chez la femme excisée ; pronostic materno-fœtal à propos de 2670 accouchements. Thèse FMPOS Bamako mali No 97 2000 86p

[18] FOFANA PIERRETTE HERZBERGER

Littérature féminine francophone d'Afrique noire
L'harmattan, paris 2000

[19] GONDO D., N'GUESSAN K., BONI S., BOUHOSSOU K., KONE N.

Les complications obstétricales des mutilations génitales féminines
Médecine d'Afrique noire N° 5103 mars 2004 page 147-150

[20] GOUNELLE J.C. et RAOUL Y.

Précis d'anatomie et physiologie humaines
Tome I 2000

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

[21] GRIAULE MARCEL

Dieu d'eau Fayard Paris 1966

[22] KANTE IBRAHIM

Complications gynéco obstétricales et génito-urinaires liées à l'excision.

Thèse FMPOS Bamako Mali 2001

[23] KASSOGUE PIERRE

La problématique de l'excision en pays dogon : l'analyse de la non excision en milieu tommo. Mémoire FLASH Bamako 2002 60p

[24] KINTEGA BOULMA

Les mutilations génitales féminines

Thèse médecine Maroc 2004

[25] MAÏGA LALA MINT DAH

Conséquences gynéco obstétricales de l'excision chez la fille malienne

Document de recherche Dakar Sénégal 1984 p61

[26] MANJI M.F., AL BADAWI I., EL ENBABY A., AL BAREEDY N.

Female circumcision: a problem for brachytherapy in cervical cancer

Riyadh, kingdom of Saudi Arabia.2006

[27] RAGHEB S.S., SMITH E., MEKHEMER S.A.

Study of knowledges and attitudes of nurses in Alexandria towards female circumcision

Egypt 2005

**[28] RECHERCHES OPERATIONNELLES, ASSISTANCE
TECHNIQUE, PROJET II EN AFRIQUE, POPULATION COUNCIL**

Evaluation de la prévalence, de la typologie et des complications liées à l'excision chez les patientes fréquentant les formations sanitaires du bazeg.

Ouagadougou, Burkina Faso novembre 1998

[29] RONAN M CONROY

Female genital mutilation: whose problem, whose solution?

Department of epidemiology, royal college of surgeons in Ireland, Dublin 2Bmj
2006

[30] SAMAKE SANATA

Perspection et attitudes des étudiants maliens face à l'excision

Mémoire FLASH Bamako 2002 40p

[31] SAUREL RENEE

L'enterrée vive

Skatline, paris 1981

[32] SIDIBE AÏSSATA

Excision : aspects épidémiologiques, socio culturels et anatomocliniques à propos de 1000 cas. Pédiatrie HGT

Thèse FMPOS Bamako 2004

[33] TOURE CHEICK OUMAR

Prévention et prise en charge des complications liées à l'excision.

Prime II Mali 2004 70p

[34] TOURE CHEICK OUMAR, PERLE COMBARY

Enquête de base sur la performance des prestataires des services de SR pour la lutte contre l'excision au Mali

Prime II Mali fev/mars 2002

[35] TOURE MOUSTAPHA

Excision et santé de la femme, UNFPA Mali décembre 2003

[36] TOURE YOUNOUSSA, KONE FELIX

Excision au Mali : réalités et perspectives de lutte

Centre djoliba, mai 1997 rapport d'enquête 51p

[37] TOURE YOUNOUSSA et KONE FELIX

L'excision au mali : revue et analyse de la situation.

PASAF 2002

[38] TOURE YOUNOUSSA et KONE FELIX

L'excision nuit à la femme. Centre djoliba mali 2001

[39] TOURE YOUNOUSSA et KONE FELIX

Une loi contre l'excision au Mali ? Opportunités, obstacles et stratégies.

Centre djoliba Mali 1999 rapport d'enquête 76p

[40] TOURE YOUNOUSSA et KONE FELIX

Projet de sensibilisation sur la santé reproductive des femmes au Mali.

Centre djoliba décembre 1999

[41] TRAORE A.B.S.

Lutte contre l'excision dans le cercle de Bougouni : cas de la commune urbaine de Bougouni. Mémoire FLASH Bamako 2003 p56

[42] TRAORE LAMINE BOUBACAR

*Exciser ou ne pas exciser sa fille.*PASAF 2002

[43] TRAORE LAMINE BOUBACAR

Les attitudes et perspectives par rapport à l'excision dans la sous région ouest africaine.

PNLE Mali 2002 19p

[44] UGBOMA H.A., AKANI C.I., BABATUNDE S.

Prevalence and medicalization of female genital mutilation.

J med Jul-sept 2004 Nigeria

ANNEXE 1



Infibulation [32]

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

ANNEXE 2



multiples chéloïdes vulvaires après excision [24]

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

ANNEXE 3



Kyste vulvaire après excision [24]

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

ANNEXE 4

Les associations travaillant sur l'excision au mali

- AMSOPT : Association malienne pour le suivi et l'orientation des pratiques traditionnelles. BP E 1543 Bamako Tel : 229-58-95
- APDF : Association pour le progrès et la défense des droits des femmes. BP 1740 Bamako Tel : 223-23-62
- ASDAP : Association de soutien au développement des activités de population. BP 951 Bamako Tel : 220-27-69
- CAFO : Coordination des associations et ONG féminines, Avenue Cheick Zayed BPE 194 Bamako Tel : 223-74-74
- CEDPA : Centre pour le développement des activités de population. BPE 1524 Bamako Tel: 221-02-46
- CENTRE DJOLIBA: Avenue Modibo Keita BP 298 Bamako Tel : 222-83-32
- PLAN INTERNATIONAL MALI BP 1598 Bamako Tel: 223-05-83/222-40-40
- POPULATION COUNCIL: Avenue Cheick Zayed Hamdallaye Immeuble ABK 1 Apt 203 Bamako Tel : 229-27-64/67
- PASAF: Projet d'Appui a la Lutte contre les Pratiques Préjudiciables a la femme et a l'enfant ; kalaban coura aci rue 6232 BPE 5198 Bamako Tel : 223-20-87

- CNAPN : Comite National d'Action pour l'Abandon des Pratiques Néfastes a la Santé ; kalaban coura aci rue 6232 BPE 5198 Bamako
Tel : 228-70-89/9

- PNLE : Programme National de Lutte contre l'Excision ;
Badalabougou sema Tel : 223-20-87

ANNEXE 5

LÉGISLATION INTERNATIONALE

L'article 5 de la Déclaration universelle des droits de l'homme dispose que nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

La convention des Nations unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes définit la « violence contre les femmes » comme englobant notamment « les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme ».

L'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes a été érigée en « principe fondamental des lois internationales protégeant les droits de la personne ».

La Déclaration universelle des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et trois conventions régionales sur les droits de la personne (Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme,

Convention américaine des droits de l'homme, Charte africaine des droits de l'homme et des peuples) pose le principe que le sexe est un motif de discrimination illicite.

Plusieurs traités adoptés par les Nations unies et l'Organisation de l'unité africaine, dont la convention relative aux droits de l'enfant adoptée par

l'Assemblée générale de l'ONU en 1989, reconnaissent la mutilation génitale féminine comme une atteinte aux droits de l'enfant.

Vu l'intérêt croissant que suscite ce thème dans les milieux politiques et dans la société civile de nombreux pays tant européens qu'africains, il a été organisé, le 29 novembre 2000 au Parlement européen à Bruxelles, une journée internationale contre les mutilations génitales féminines.

Une proposition de résolution dénonçant le drame des mutilations génitales féminines a été présentée au Parlement européen, qui a abouti à la résolution 2035, adoptée le 26 février 2001. Cette résolution dispose que toutes les formes de mutilation sexuelles constituent à l'égard des femmes une violation de leurs droits fondamentaux, qui sont les droits à l'intégrité de la personne et à la santé physique et mentale, et que de telles violations ne sauraient être justifiées par le respect de traditions culturelles ou de cérémonies initiatiques.

La finalité de cette campagne d'envergure internationale est de parvenir à inscrire les mutilations génitales féminines à l'ordre de l'Assemblée générale des Nations unies en 2002.

Plusieurs États ont condamné avec force les mutilations génitales féminines ainsi que de nombreuses organisations régionales ou internationales, comme l'OMS, l'United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) ou encore la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO).

Pour exemple, nous pouvons citer les recommandations de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui s'est tenue au Caire : « Il est instamment demandé aux gouvernements d'interdire la mutilation génitale féminine partout où elle est pratiquée et d'apporter un appui rigoureux aux efforts que déploient des organisations non gouvernementales, des organisations communautaires et des institutions religieuses pour éliminer cette pratique. »

Par ailleurs, de nombreux chefs d'État africains ont condamné ces pratiques.

Des pays comme le Royaume-Uni, la Suède, la Belgique ou le Ghana ont une législation qui vise à interdire précisément les mutilations génitales féminines, alors que la France et le Canada posent le principe de l'interdiction de ces procédés essentiellement au titre des lois visant les mauvais traitements à enfants [24].

Annexe 6

Protocole à la Charte Africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux Droits des Femmes adopté par la deuxième session ordinaire de la Conférence de l'Union Africaine.

MAPUTO LE 11 JUILLET 2003

ARTICLE 5 : Elimination des pratiques néfastes

Les états parties interdisent et condamnent toutes les formes de pratiques néfastes qui affectent négativement les droits humains des femmes et qui sont contraires aux normes internationales. Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives et autres mesures afin d'éradiquer ces pratiques et notamment :

- a)** Sensibiliser tous les secteurs de la société sur les pratiques néfastes par des campagnes et programmes d'information, d'éducation formelle et informelle et de communication ;
- b)** Interdire par des mesures législatives assorties de sanctions, toutes formes de mutilation génitale féminine, la scarification, la médicalisation et la paramédicalisation des mutilations génitales féminines et toutes les autres pratiques néfastes ;
- c)** Apporter le soutien nécessaire aux victimes des pratiques néfastes en leur assurant des services de base, tels que les services de santé, l'assistance juridique et judiciaire, les conseils, l'encadrement adéquat ainsi que la formation professionnelle pour leur permettre de se prendre en charge ;
- d)** Protéger les femmes qui courent le risque de subir les pratiques néfastes ou toutes autres formes de violence, d'abus et d'intolérance.

ANNEXE 7

Profil : patiente de 35 ans bambara

MDC : irrégularité du cycle

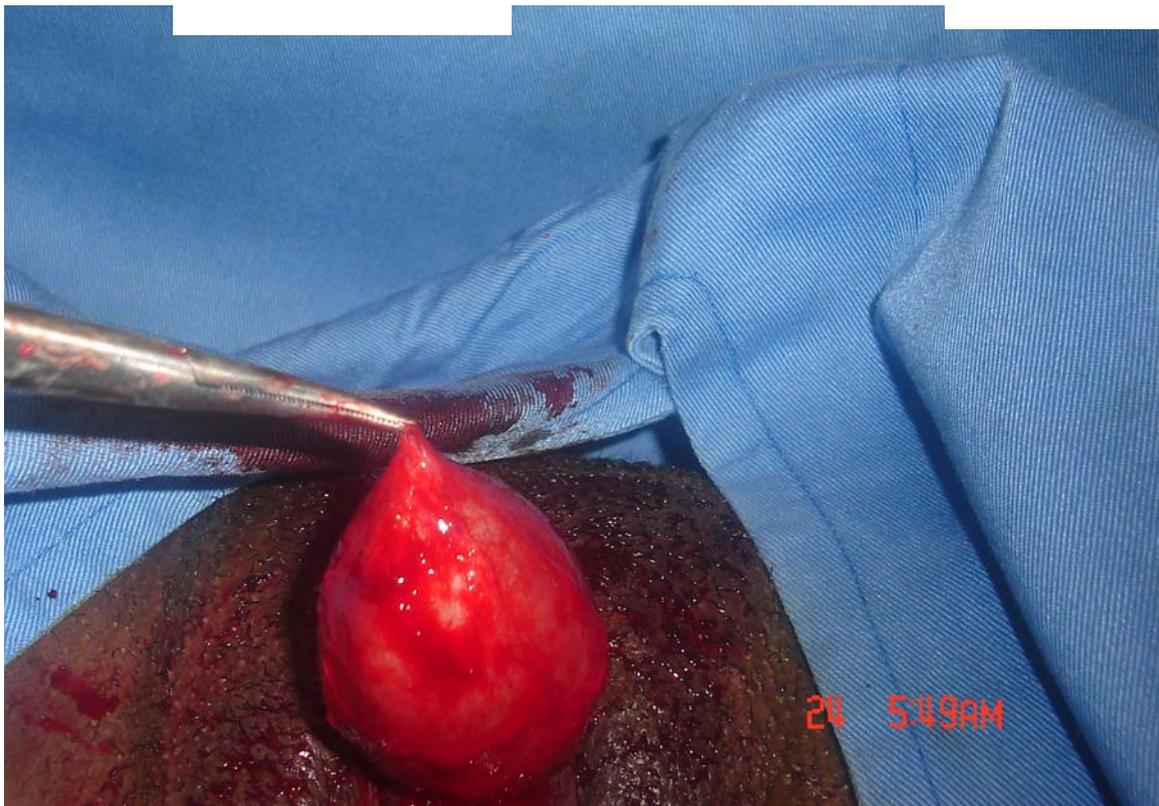
Découverte fortuite du kyste vulvaire

Intervention : ablation kyste vulvaire

Opérateurs : Dr Bouraïma Maïga, Dr Fatoumata Maïga et interne Fatou Atji



Avant l'intervention



Au cours de l'intervention

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G



Après l'intervention



Kyste Dermoide

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

ANNEXE 8

Profil : fillette de 8 ans sarakholé

MDC : nodule vulvaire d'évolution croissante

Diagnostic : kyste Dermoïde

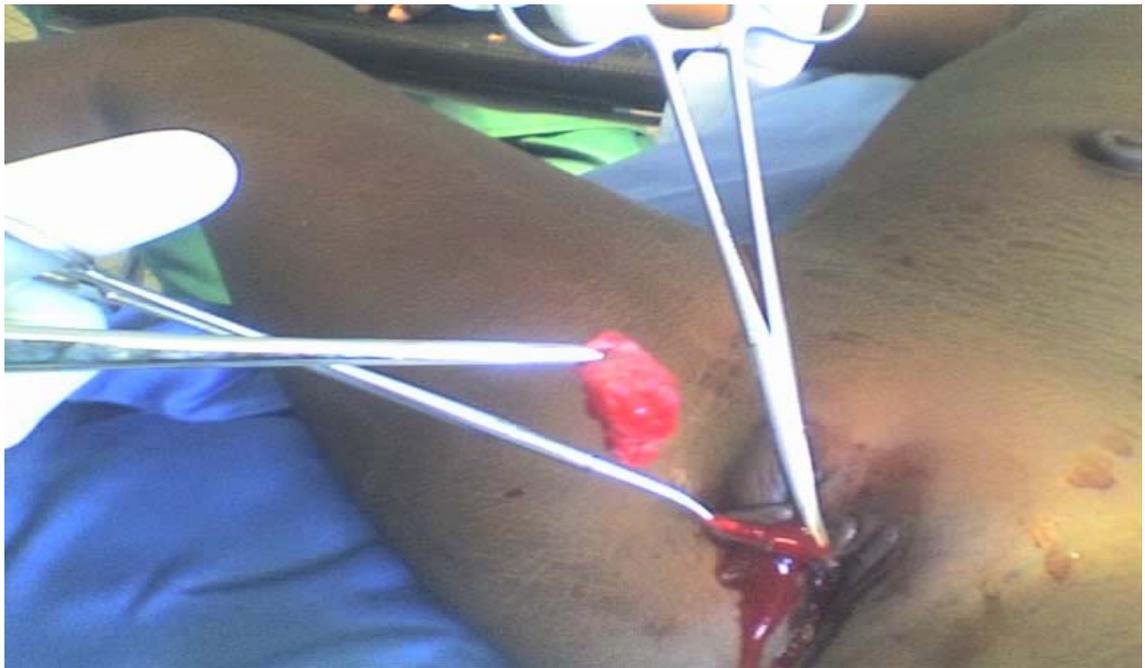
Intervention : ablation du kyste

Opérateurs : Dr Bouraïma Maïga et interne Fatou Atji



Avant l'intervention

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G



Ablation du kyste



Aspect de la vulve après ablation du kyste

Excision : Aspects socio- sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

ANNEXE 9

Patiente de 28 ans, fiancée

Motif de la consultation : impossibilité d'avoir des rapports sexuels

Diagnostic : infibulation

Intervention : désinfibulation

Opérateurs : Dr Bouraïma Maïga assisté de Fatou Atji (interne)



Infibulation



Intervention en cours

Excision : Aspects socio -sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du Point « G »



Aspect de la vulve après Désinfibulation

Excision : Aspects socio -sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du Point « G »

ANNEXE 10

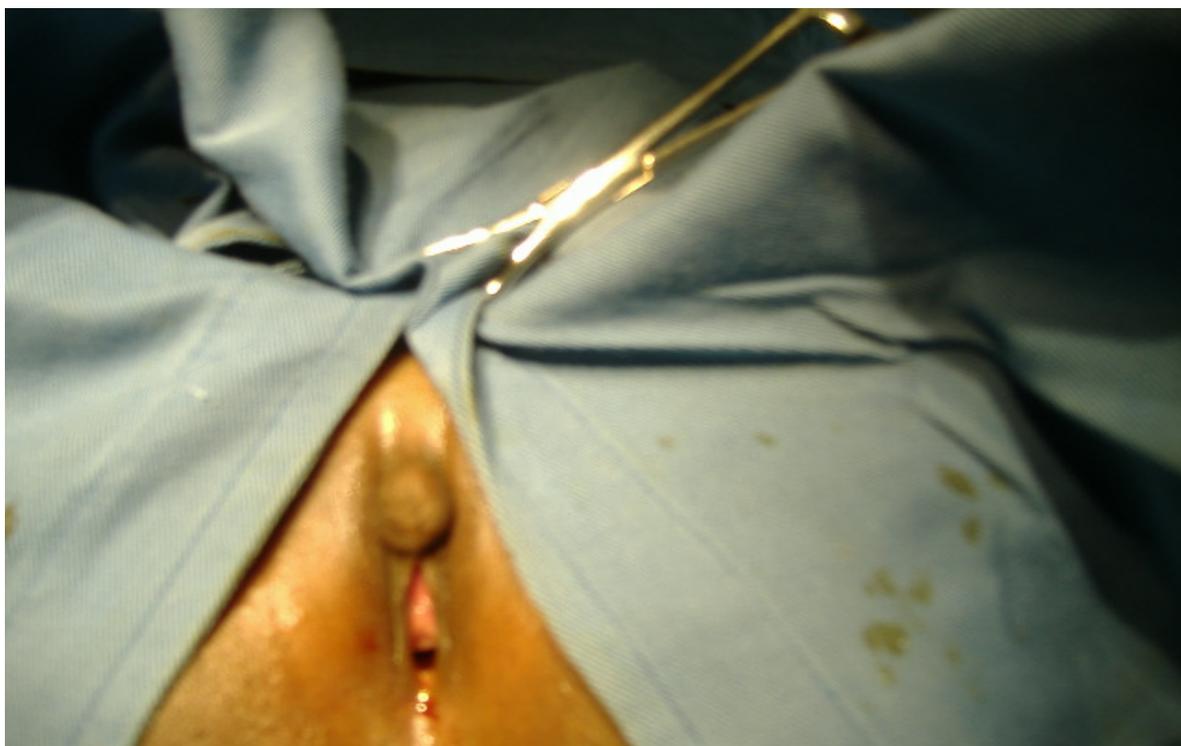
Fillette de 4 ans

Motif de la consultation : Nodule vulvaire

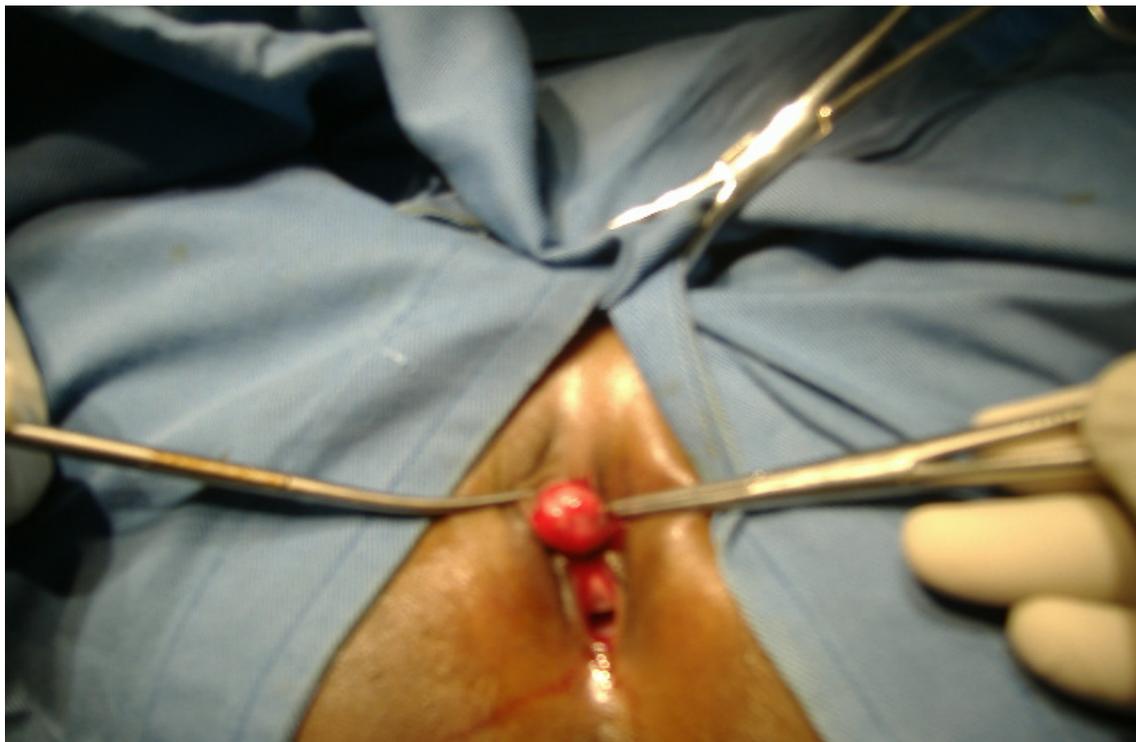
Diagnostic : Kyste dermoïde vulvaire

Intervention : ablation du kyste

Opérateurs : Dr Bouraïma Maïga assisté de Fatou Atji (interne)



Avant l'intervention



Ablation du kyste sous anesthésie générale

Excision : Aspects socio -sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du Point « G »

EXCISION : ASPECTS SOCIO-SANITAIRES AU MALI A PROPOS DE 1000 CAS AU SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU CHU DU POINT G

Date :

Numéro :

Données administratives

1-Nom :

2- Prénom :

3-Age :

4-Lieu de résidence (Cochez un seul critère)

 1-Rural 2.-Urbain

5 –Région d'origine (Cochez un seul critère)

 1-Kayes 2-Koulikoro 3 -Sikasso 4-Ségou 5-Mopti 6-Tombouctou 7- Gao 8 –Kidal 9-Bamako

6-Ethnie (Cochez un seul critère)

 01- Bambara 02 -Peulh 03- Bobo 04-Dogon 05-Malinké 06-Minianka 07- Sarakolé 08-Sonrhäi 09-Somono 10-Bozo 11-Senoufo 12-Tamashek 13-Sirifi (Maure) 99-Autres

7-Etat civil (Cochez un seul critère)

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

8-Profession (Cochez un seul critère)

 1-Commerçante 2-Fonctionnaire 3-Ménagère 4-Elève/étudiante 9-Autre

9-Niveau d'instruction (Cochez un seul critère)

 1-Eole coranique 2-Non scolarisée 3-Medersa 4-Niveau primaire 5-Niveau secondaire 6-Université

10-Nationalité (Cochez un seul critère)

 1-Malienne 2-Autre

11-Religion (Cochez un seul critère)

 1-Musulmane 2-Chrétienne 3-Animiste

12-Instruction des parents (Cochez un seul critère pour chaque cas)

Père 1-Oui 2-NonMère 1-Oui 2-Non

13-Profession des parents

Père :

Mère :

Données cliniques

1-Excisée : (Cochez un seul critère)

1-Oui

2-Non

2-Type d'excision (Cochez un seul critère)

1-I

2-II

3.-III -Primaire

4- III-Secondaire

9-Autre

3-Cicatrices (Cochez un seul critère)

1-Bride

2-Chéloïde

3-Kyste dermoïde

9-cicatrice simple

4-Motif de consultation (Cochez un seul critère)

01-CPN

02-Infécondité primaire

03-Infécondité secondaire

04-Métrorragie

05-Dysménorrhée

06-Leucorrhée

07-Douleurs pelviennes

08-dyspareunie

09-Mastodynie

99-Autre

5-Etat du cycle (Cochez un seul critère)

1-Régulier

2-Irrégulier

6-Syndrome prémenstruel (On peut cocher plusieurs critères)

1-Mastodynie

2-Ballonement

3-Lombalgie

9-Autre

7-Atcd obstétricaux (On peut cocher plusieurs critères)

1-Gestite

2-Parité

3-Ivg

4-FCS

5-Mort né

6-vivant

7-Décédé

8-Episiotomie

9-Déchirure périnéale

8-Troubles psycho sexuels (On peut cocher plusieurs critères)

1-Dyspareunie superficielle

2-Dyspareunie profonde

3-frigidité

4-vaginisme

Connaissances sur l'excision

1-A quel âge avez-vous- été excisée ?.....

2 Quel souvenir avez-vous de votre excision ?

.....

3-Opérateur ? (Cochez un seul critère)

1-Exciseuse traditionnelle

2-Agent de santé

4. Exciserez-vous vos filles ?

1-Oui

2-Non

5. Pourquoi ?

.....

6-A votre avis l'excision peut- elle entraîner des complications ? (Cochez un seul critère)

1-Oui

2-Non

Si Oui, Citez- les

.....

.....

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : ATJI

Prénom : FATOU

Titre : Excision : Aspects socio sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du point G

Année de soutenance : 2006-2007

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

Ville de soutenance : BAMAKO

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique, santé publique

Résumé

Notre étude prospective visant à étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et socio culturels de l'excision s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du point G du 31 octobre 2005 au 24 juillet 2006 soit 9 mois. Sur 1000 femmes enquêtées, 900 étaient excisées soit une prévalence de 90%.

Trois types d'excision ont été retrouvés dans l'étude avec 72,7% de fréquence pour le type II. Toutes les ethnies et toutes les régions du Mali sont concernées par la pratique.

Les femmes ont déclaré pratiquer l'excision pour des raisons traditionnelles et religieuses en majorité.

60,8% des femmes ignorent l'existence de complications liées à l'excision.

Dans 1,3% des cas, l'opérateur est un agent de santé. Nous avons également recensé des cas de chéloïdes et de kystes dermoïdes.

77,20% des femmes projettent d'exciser leur fille.

Toutes ces données nous permettent de penser que la lutte contre l'excision reste encore une chose ardue.

MOTS CLEFS : excision, infibulation, kyste dermoïde, chéloïde

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !!!

Excision : Aspects socio -sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du Point « G »

