

**Ministère des Enseignements
Secondaire, Supérieur et de
la Recherche Scientifique**



REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2008 - 2009

N °...../

TITRE

PROBLEMATIQUE DE L'EXCISION

A SIKASSO

Aspects cliniques et psychosociaux

THESE

Présentée et soutenue publiquement le /___/___/ 2009 devant le jury de la Faculté de
Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par **M^r Makan Bakary SISSOKO**

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

Jury

Président :

Pr. Saharé FONGORO

Membre :

Dr. Lamine Boubacar Traoré

Membre :

Dr. Samba Touré

Membre :

Dr. Keita Joséphine Traoré

Directeur de thèse:

Dr. Bouraïma Maïga

DEDICACES

Je dédie ce travail à Dieu, le clément et miséricordieux pour Sa grâce.
Puisse Allah le tout Puissant m'éclairer de Sa lumière divine.

Amen !

Ce travail est l'heureux aboutissement d'un effort soutenu par bon nombre de personnes dont il faut ici saluer les sacrifices combien importants.

Aucun mot tendre soit-il ne serait de trop pour l'exceptionnel mérite de ces personnes auxquelles le présent document est dédié

Il s'agit notamment de :

Mon feu père BAKARY SISSKO

Tu as été un père exceptionnel au triple plan éducationnel, moral et intellectuel. Tu as toujours su faire preuve d'amour, de constance et de vigilance dans l'éducation de tes enfants.

Tu es aujourd'hui absent mais très présent dans la conscience morale de toute une famille qui ne cesse de te regretter.

➤ Ma MERE NIATA SAKILIBA

Tu as été une épouse soumise assistante et éducatrice ; des qualités qui ont fait de toi une mère exemplaire dont les bonnes œuvres nous suivront sûrement toute l'existence.

➤ Ma marâtre OUMOU FOFANA

Chère maman c'est grâce à tes bénédictions, tes sacrifices, ton soutien aussi moral que matériel que ce travail a pu se réaliser.

Ce bon caractère a fait de toi une mère exemplaire et admirable.

Mon oncle SORY SISSOKO MAJOR DANS L'ARMEE

Tu as joué pour moi le rôle de père durant toutes mes études supérieures.

La bonté de ton cœur, le respect de la personne humaine a fait de toi un homme respectable.

Puisse qu' Allah me permette d'être reconnaissante à ton égard. Amen !

Mes GRANS FRERES MADY SISSOKO ET DEMBA SISSOKO

Votre attachement inconditionné à mes études a beaucoup contribué à la réalisation de ce travail

Recevez ici toutes mes reconnaissances.

- **Mes frères MODIBO SISSOKO, DIJGUI SISSOKO, BALLA SISSOKO SORY IBRAHIM SISSOKO DIT PAPOU, ABDOULAYE SISSOKO :**

Sans votre soutien et votre assistance, ce travail ne pourrait jamais se réaliser. La solidarité fraternelle n'a pas de limite

Recevez ici toute ma sympathie.

- **Mes sœurs Bintou ,SISSOKO FATOU SISSOKO ,AWA SISSOKO BANDIA SISSOKO ,SIRAGUETA SISSOKO, SIRA SISSOKO SORIKE SISSOKO :**

Merci pour votre soutien. Ce travail est aussi le vôtre, la récompense est sûrement au bout.

Remerciements

- Docteur Boubacar Dicko coordinateur au pour votre accueil chaleureux, votre abord facile et vos sacrifices pour notre bonne formation. Que Dieu vous récompense pour votre bonne volonté.
- Au Dr Amadou Traoré Médecin chef au centre de santé de mancourani pour votre constante disponibilité, Vos conseils et vos sacrifices pour notre encadrement. Que Dieu réalise vos vœux.
- Au **Comptable Ladji Koné**, pour votre humanisme, votre disponibilité et votre soutien pour la réalisation de cette recherche . Que Dieu vous garde longtemps à nos cotés.
- A tous les étudiants hospitaliers de l'hôpital de Sikasso : **Dramane Koné, Modibo Camara, Oumar Sanogo, Cissé** pour votre soutien et votre bonne collaboration.
- **A tous les médecins de l'hôpital de sikasso.**
- A toutes les sages-femmes de l'hôpital, de Sikasso, du cscm de wayerma et au centre de santé de mancourani : **Mme Berthe Diènèba, Mme Kadiatou Kouyaté, Mme Bengaly Habi, Mme Coulibaly Salimata, Mme Daou Niagaling, Mme Koné Simone, Mme Coulibaly Mariétou, Mme Diallo Oumou, Mme Sidibé Aissata, Mme Sanogo Rokia** pour vos conseils et votre disponibilité pour tous.
- **A toutes les infirmières et infirmières obstétriciennes de l'hôpital de Sikasso du cscm de wayerma et au centre de santé de mancourani :**

- **A Mme Sanogo Symba, Mme Diallo Fanta, Mme DIAMOUTENE Kadietou** pour vos conseils.
- **Mr Bengali Sékou**, secrétaire permanent à la FERRA pour votre soutien logistique et vos conseils qui ont rendu meilleure la qualité de ce travail. Que Dieu vous récompense.
- **A la famille de mon grand frère Mamadou Sissoko dit INIAS pour m'avoir acceptée parmi elle.**

Au Docteur Baricomo Karanbe

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

A notre Maître et président du jury : Professeur Saharé FONGORO

.Professeur de Néphrologie

.Chevalier de l'ordre de mérite de la Santé

Cher Maître

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations .Votre simplicité, votre grande pédagogie,votre expérience, votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître admirable et exemplaire.

Veillez accepter nos remerciements et notre sincère reconnaissance

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.
Veuillez recevoir ici le témoignage de toute notre reconnaissance.

**A Notre MAITRE et Juge
Docteur Lamine Boubacar Traoré
Docteur en Anthropologie Sociale et Culturelle
Professeur D'anthropologie A 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**

**Coordinateur du projet « Promotion des droits humains
de l'Égalité et de l'Équité de Genre » (PDHEG)**

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 MAITRE ET Juge Mme Keita Joséphine Traoré

Médecin Santé Public

Spécialisée en IEC -Plaidoyer en Pédagogie, et en management

Secrétaire exécutive du comité national d'action pour l'abandon de pratique néfaste (CNAPN)

Directrice du programme National de lutte contre la pratique de l'excision (PNLE)

Membre Actif des plusieurs Associations ONG des défenses et des droits humains

Présidente de l'association malienne pour le bien n'être de la femme et de l'enfant (AMBFE)

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. Mercie pour votre entière disponibilité.

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

➤ **A notre maître et directeur de thèse**

Docteur BOURAÏMA MAÏGA :

- **Gynécologue obstétricien**
- **Maître assistant à la FMPOS**
- **Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décernée par le ministère de la femme, de l'enfant, et de la famille**
- **Détenteur d'un ciwara d'excellence en 1997**
- **Détenteur du prix Tara Boiré décerné par la première dame du Mali dans le cadre de la mortalité maternelle et néonatale « vision 2010 ».**
- **Chevalier de l'ordre national**
- **Responsable de la filière sage femme de l'institut national de formation en science de la santé (INFSS)**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point<<G>>**

Cher maître :

La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique, votre grand respect pour la vie humaine font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

Nous sommes fiers et très heureux d'être compté parmi vos disciples et nous osons espérer être à la hauteur de vos attentes.

Puisse le seigneur vous accorde santé et longévité (amen).

Liste des abréviations

AMSOPT : Association malienne pour le suivi et orientation des pratiques traditionnelles

ASDAP : Association de soutien aux activités des populations

CEDPA : Centre pour le développement et les activités de population

CNAPN : comité national d'action pour l'abandon des pratiques néfastes

CSCOM : Centre de santé communautaire du mali

CSREF : Centre de santé de référence

Dr : Docteur

EDSM : Enquête demographique et de santé mali

EFF : Effectif

MGF : Mutilations génitales féminines

MSF : Mutilations sexuelles féminines

ONU : L'organisation des nations unies

ONG : Organisation non gouvernementale

PASAF : Projet d'appui a la santé de la famille

P : Pourcentage

PNLE : Programme national de lutte contre l'excision

UNICEF : Fonds des nations unies pour l'enfance

% :Pourcentage

SOMMAIRE

I- <u>INTRODUCTION</u>	1.
II- <u>OBJECTIFS</u>	4
III-<u>GENERALITES</u>	5
IV- <u>METHODOLOGIE</u>	40
V- <u>RESULTATS</u> :.....	52
VI- <u>COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS</u> :.....	90
VII -<u>CONCLUSION</u> :.....	101
VIII- <u>RECOMMANDATIONS</u> :.....	103
IX- <u>REFERENCES</u> :.....	104

I INTRODUCTION

L'excision, encore appelée mutilation génitale féminine est définie par l'OMS (8) comme étant « toute intervention aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autres mutilations des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques ».

Au Mali, elle consiste à l'ablation du clitoris et/ou des petites lèvres, suivie ou non de la fermeture de l'orifice vaginal.

Longtemps cantonné dans la région du haut Nil où des momies excisées et infibulées ont été retrouvées puis étendue à l'Afrique orientale, l'excision est une pratique animiste au moins bimillénaire.

Dans de nombreuses cultures, le passage à l'état adulte s'opère par l'intermédiaire des rites initiatiques au cours desquels le corps est le plus souvent marqué. L'excision pratiquée sur les fillettes entre, souvent, dans le cadre de ces « blessures symboliques ».

Certains auteurs attribuent l'excision à l'islam, même si des adeptes d'autres religions la pratiquent également. C'est le cas par exemple des chrétiens et des animistes du Mali, des coptes d'Egypte et des Juifs Falasha d'Ethiopie (35).

L'excision est pratiquée dans toutes les régions du Mali. Cette pratique est traditionnelle chez les groupes ethniques au sud du Mali (Bambara, Soninké, Malinké, Senoufo...) tandis qu'elle ne concerne qu'une minorité au sein des ethnies sonraï, maures et tamashek au nord du pays.

- L'excision a fait objet de plusieurs études et purifications de part le monde.
- Selon l'OMS (6) les mutilations sexuelles concernent 138 millions de femmes et de fillettes.
- Selon l'UNICEF (31) en 2006, 3 millions de petites filles sont mutilées ou menacées de l'être chaque année, soit environ 6 milles par jour.
- Selon l'ONU, 2 millions de fillettes sont excisées chaque année
« AULAGNON M, le monde 11 août 1997, page 4.
- En France la commission (29) « Genre et Violence » dont les constats sont repris dans le rapport « violence et santé » estime à 60 milles/an le nombre de femmes excisées ou en danger de l'être.
- Selon la thèse de Fatou Atji, au Mali (22) 90 % de femmes sont excisées. Cependant malgré tout l'intérêt accordé à l'excision et toute la littérature née autour de sa pratique aucun d'eux ne traitent problématique de l'excision : Aspects cliniques et psychosociaux liées à l'excision chez les femmes. C'est pourquoi nous avons décidé d'initier cette étude visant les objectifs suivants :

JUSTIFICATION :

L'excision est une pratique courante dans le monde en général et en Afrique en particulier ; cette pratique est connue au Mali et s'inscrit dans le cadre d'une perception culturelle et d'après l'enquête menée par Fatou a l'hôpital du Point G en 2007 , elle touchait environ 90% des femmes. L'excision en tant que pratique culturelle encrée dans les mœurs des peuples depuis la nuit des temps, peut s'avérer dangereuse pour la santé voire la vie de la femme.

Ses conséquences les plus néfastes sont entre autres, la mauvaise cicatrisation (les chéloïdes), les hémorragies, les dysménorrhées, les accouchements dystociques, les troubles de la sexualité, la mort dans certains cas, etc.

Soucieux de tous ces risques, nous avons décidé de consacrer ce travail à cette pratique dans le CSCom de Wayerma et le CSref de Mancourani de SIKASSO. La prise en charge des patientes en cas de complications a été faite à l'hôpital de Sikasso.

II OBJECTIFS

1-Objectif Général :

Etudier l'excision dans ses dimensions psychosociales et cliniques.

2-Objectifs spécifiques :

- Décrire le profil psychosocial des femmes enquêtées.
- Evaluer la connaissance des femmes enquêtées sur les complications de l'excision.
- Apprécier l'impact de la sensibilisation sur un échantillon de la population de Sikasso.
- Apprécier les dysfonctions sexuelles chez les femmes enquêtées consultantes en CPN et les parturientes après accouchement.
- Evaluer les complications éventuelles au cours de l'accouchement

III GENERALITES

1 – Rappel anatomique de l'appareil génital féminin :

a) La vulve :

La partie externe des organes génitaux féminins, la vulve (voir schéma) (10) 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 : pénil ou mont de vénus. A la vulve sont annexées deux glandes de Bartholin.

b) Les grandes lèvres :

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

Au point de vue histologique on distingue :

- La peau ;
- Une couche de fibre musculaire lisse formant le dartos des grandes lèvres ;
- Une couche graisseuse ;
- Une membrane fibro élastique ;
- Une deuxième couche adipeuse.

c) 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 en haut avec la paroi abdominale en arrière avec les grandes lèvres.

C) 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 tandis que leurs extrémités antérieures bifurquent en deux replis antérieurs et postérieurs. Les deux replis antérieurs s'unissent au-dessus du clitoris pour former le capuchon, tandis que les replis postérieurs s'unissent au-dessous de lui pour former le frein. Par leur base supérieure, les petites lèvres répondent aux bulbes du vagin. Entre l'orifice vaginal et la fourchette se trouve une dépression appelée fossette naviculaire.

-Le mont du pubis et le tiers antérieur des grandes lèvres sont innervés par les branches génitales des nerfs ilio-hypogastrique, ilio-inguinal et génio-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 Krausse, de Finger ou corpuscules de la volupté etc. Les récepteurs thermiques, corpuscules de Ruffini (chaleur et douleur) et corpuscules de Krausse (froid). Les barorécepteurs, corpuscules de Meissner et de Pacini (tact appuyé), disque de Merkel (tact léger, caresses).

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

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

c) Clitoris :

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

c) Les corps caverneux :

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

d) Les enveloppes : Il s'agit de :

▪ **La peau :**

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

•**Une couche celluleuse :**

•**Fascia clitoridien :**

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

•**Vaisseaux et nerfs de la vulve :**

A Les artères :

Elles viennent en avant des artères honteuses externes, branches de la fémorale ; en arrière de la périnéale superficielle, branche de la honteuse interne ; au centre des artères caverneuses ; bulbaires et bulbo-urétrale et dorsales 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.

- **Les nerfs :**

Ils proviennent en avant des filets génito-crural, des abdomino-génitaux et des génitaux en arrière du nerf périnéal et du rameau périnéal interne le venus du nerf honteux interne (sur la face dorsale du clitoris cheminent les nerfs dorsaux du clitoris, branches du nerf honteux interne)....

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

- Moyen de fixité :

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

-Dimensions :

A l'état de la flaccidité :

sa longueur est en moyenne de 6 à 7cm dont environ 3cm pour les racines ;

2.5cm pour le corps et 0,6cm pour le gland.

Son diamètre est de 0,6 à 0,7cm.

A l'état d'érection, ses dimensions augmentent très peu et le corps garde les mêmes directions.

- 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 labiaux qui forment le frein clitoridien.

c) **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 8cm. Il présente 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 et dans son tiers inférieur, à l'urètre.

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

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

d) Les ovaires : Il s'agit de 2 glandes qui produisent les hormones féminines et les ovules.

e) L'utérus : Il constitue le « nid » dans lequel se développe l'œuf fécondé et comprend :

a- Deux trompes qui ont pour fonction essentielle de conduire les ovules jusqu'au corps de l'utérus.

b- Un corps qui héberge le fœtus pendant toute l'évolution de la grossesse et assure son expulsion par ses contractions.

a) Le vagin et la vulve :

Ce sont les organes de l'acte sexuel. Ils permettent, par ailleurs, l'expulsion de l'enfant lors de l'accouchement.

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

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 aussi d'une autre manière.

La région clitoridienne et vaginale (un réseau de nerfs, de veines et d'artères) constitue la plus grande partie érectile du corps féminine. 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 parasymphatique sacrée.

L'orgasme féminin s'accompagne de contractions périnéales qui précèdent l'éjaculation et les contractions utérines qui en principe la suivent. Les secondes, en général, faiblement perçues, dominant chez quelques-unes, ce qui rend compte de certaines anorgasmies après hystérectomie. Les points de départ de l'arc réflexe sont innombrables (peau, muqueuses, images psychiques), mais la stimulation clitoridienne est 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. Il est possible, comme cela a été dit précédemment, que l'obtention de l'orgasme soit alors plus exigeant dans la conduite de l'acte sexuel

3) La Pratique de l'excision dans le monde et au mali

a) Histoire

L'excision des femmes chez les Egyptiens (23) remonterait à 6 milles ans avant Jésus Christ, c'est à dire qu'elle plonge ses racines dans le néolithique et qu'elle a dû être d'un usage courant dans toute l'humanité protohistorique. L'excision géographique du fait l'atteste : Egypte, Ethiopie, Syrie, Perse délimitent en effet le foyer de la première néolithisation occidentale.

D'origine Païenne, l'excision s'est donc développée bien avant l'apparition des religions révélées, monothéistes.

A l'époque de la colonisation, la pratique de l'excision ne soulevait aucune polémique en Europe. Les Anthropologues, les administrateurs coloniaux et l'Eglise Catholique avaient connaissance d'une telle coutume mais n'en avaient pas fait cas.

La clitoridectomie n'est pas un phénomène purement africain mais a fait partie intégrante de la médecine européenne au 18^{ème}/19^{ème} siècle. En Angleterre, en 1865, le D^r ISAAC BAKER BROWN (1812-1873), directeur de la médicale Society of London est convaincu que l'origine de toutes maladies nerveuses prend sa source dans la masturbation. Afin d'enrayer cette pratique, il décide d'enlever aux fillettes et aux femmes le clitoris et dans certains cas de petites lèvres.

Une vive controverse s'en suit et presque tous les numéro de lancet et du Britisch médical Journal publient les prises de positions de partisans et adversaires de cette méthode entre 1866 et 1867. (23)

Aujourd'hui, il en est autrement : pour nous, il est difficile de comprendre pourquoi les MSF se pratiquent toujours. Et, pourtant, il est important de

connaître les raisons pour une meilleure prise en charge des femmes et une meilleure prévention.

B)Les raisons

o Les raisons dans le monde

❖ Les raisons sociologiques

Qu'est ce qui pousse des millions de parents à mutiler ainsi leurs enfants :

*«**Une toucouleur** : pour s'épanouir et vivre en harmonie avec les siens, il faut subir cette pratique car elle est non seulement purificatrice, mais aussi respectueuse des traditions de nos grands et arrière-grands-parents ; il faut la suivre pour ne pas être maudit» [2]*

«Pour nous, la coutume c'est comme pour vos Noël » [2]

«C'est l'honneur de la famille qui est en jeu, non excisées on ne trouverait pas de mari»(2)

«Cela s'est toujours fait, ma mère, ma grand-mère, l'ont fait. C'est la coutume. C'est difficile de renier ses origines, même si je sais que l'excision est mutilante» [2]

La plus part des parents qui s'adonnent à de telles pratiques n'agissent pas en pensant faire du mal à leur progéniture. Bien au contraire, ils souhaitent faciliter l'intégration sociale de leur petite fille, éloigner d'elle le mauvais sort, la maladie, la folie, la stérilité.

De plus, l'excision dans certaines localités dans certaines localités est une condition indispensable au mariage. Elle garantit l'honneur de la famille.

Une jeune fille qui refuse l'excision faisant subir un déshonneur à sa famille, à sa mère mais surtout à son père qui ne pourra pas la marchander au meilleur prix.

La jeune fille non excisée est, encore de nos jours, considérée comme une citoyenne de seconde classe, impure. De telle jeune fille n'a pas le droit de préparer les repas familiaux avant d'accepter d'être excisée. Pour ces femmes il est aussi difficile de subir cette épreuve que de la refuser et de se retrouver rejetée par leur famille, leur ethnie,. Elles ne pourront jamais se marier avec un membre de la communauté si elles ne sont pas excisées or se marier avec un homme de la même communauté est une tradition très importante en Afrique.

Les raisons religieuses

La religion est souvent invoquée par les musulmans pratiquant les MSF. L'excision est en effet souvent, considérée comme une tradition de l'islam. Les parents le font en pensant répondre à une obligation dictée par le Coran alors que, pour la plus part, ils ne l'ont jamais lu. La controverse de la prescription des mutilations provient d'un hadith attribué au prophète qui aurait recommandé à Um Attiah, une exciseuse «si tu coupes n'exagère pas car cela rend rayonnant le visage et c'est plus agréable pour le mari». D'où, le nom Sunna utilisé pour les mutilations de type I. Or, ce hadith est considéré comme dhaif par les savants musulmans, ce qui signifie que son authenticité n'est pas prouvée et pour preuve, il n'existe aucune allusion aux MSF dans le Coran. Elles ne sont pas pratiquées dans tous les pays musulmans .on peut citer entre autres : le Maroc, l'Algérie, la Tunisie,ou l'Iran et elles sont antérieures à l'avènement de l'Islam.

Pour mettre fin à ces croyances beaucoup d'associations notamment musulmanes, féminines, [35], de hauts dignitaires musulmans et d'Imams se positionnent contre les MSF, pour informer les différentes communautés que la religion ne leur demande pas de mutiler leurs filles.

Ces pratiques se retrouvent aussi chez les populations chrétiennes. Pour l'Abbé Sylvain CAMARA (35) «*la circoncision serait recommandée dans l'ancien testament comme un signe d'appartenance au peuple élu d'Israël, un symbole d'alliance effectué sur les garçons ; le nouveau testament y substitut le baptême comme rite religieux. Par ailleurs, aucune mention n'est faite de l'excision dans la Bible, ce qui est pour lui, une preuve suffisante que cette pratique n'engage en rien sa foi*». Les chrétiens qui pratiquent ces mutilations le feraient plutôt au nom de la tradition. Enfin, la majorité des animistes pratique les MSF qui font partie d'un ensemble de mythes et de rites dans l'adoration de multiples dieux

❖ **Les raisons hygiéniques et esthétiques**

Le clitoris est jugé comme un organe sale et laid, il est aussi réputé pour dégager une mauvaise odeur. La jeune fille est donc impure tant qu'elle le conserve.

«*Eloignez-vous de moi, vous n'êtes que deux petites filles sales et malsaines ; vous n'avez même pas encore été excisées !*» dit un père somalien à ses filles [18]

Dans certaines ethnies existe une croyance selon laquelle, le clitoris a la puberté grandirait et pendrait entre les jambes, tel un pénis. L'excision aurait donc pour bût de rendre la femme plus belle.

❖ **Les raisons médicales**

Certains défenseurs des mutilations évoquent des vertus sur la santé des femmes. Ainsi certains médecins, notamment en Egypte [6], déclarent que les MSF préviendraient le cancer du col de l'utérus, des affections inflammatoires, génitales et des maladies sexuellement transmissibles.

Elles favoriseraient également la fertilité par maintien de l'érection du fait de l'étroitesse du vagin et par une rétention de sperme dans les voies génitales.

Elles favoriseraient également le maintien et le bon déroulement de la grossesse.

❖ **Les raisons économiques**

Les exciseuses font partie intégrante de la société. Elles viennent d'ethnies qui excisent de mère en fille, et sont respectées et écoutées. La pratique des MSF est pour elles une source de revenus importants. Dans beaucoup de pays, elles font office d'accoucheuses traditionnelles et sont rémunérées en argent ou en marchandises telles que des poulets, des œufs, de riz etc. Elles jouissent d'une position sociale élevée. L'éradication des MSF entraîne pour ces praticiennes la perte de leur revenu et de leur statut social.

L'excision garantie également l'assurance d'une dot plus importante lors du mariage de la jeune fille. Or, la dot permet en général de financer le mariage des fils, garant de la continuité de la filiation. Les parents trouvent donc un avantage économique à la mutilation de leurs filles(6).

❖ **Les raisons psycho sexuelles**

La sauvegarde de la chasteté est une des raisons fréquemment invoquées. Les MSF permettent la préservation de la virginité ainsi, le Professeur CREA du Sénégal [31] élabore ce point : «l'ablation du clitoris, éliminant ainsi la sensibilité sexuelle de la jeune fille, la protège de l'instabilité sexuelle et des excès, si non de la débauche et lui permet de garder sa virginité jusqu'au mariage». L'infibulation, qui est en fait une variante

complémentaire de l'excision était au paravent pratiquée presque partout dans le monde et l'est toujours dans quelques pays : Le Soudan, la Somalie, le Djibouti. La pratique avait pour but de procurer une sécurité supplémentaire à la jeune fille et de l'aider à rester sexuellement intact jusqu'au soir de son mariage. Les jeunes filles ainsi protégées sont réputées pour avoir des valeurs morales très élevées et un avantage supplémentaire sur lequel les parents peuvent capitaliser en demandant une dot substantielle.

De même les MSF, en diminuant le désir sexuel de la femme, permettraient le contrôle de la sexualité féminine et des fonctions reproductrices. Ce qui réduirait ainsi les risques de relations extra conjugales.

❖ **Les raisons relatives aux croyances**

De nombreux mythes entourent le clitoris et lui attribuent des pouvoirs maléfiques.

Les mythes de la bisexualité originelle : L'être humain possède avant son initiation quatre (04) éléments spirituels : deux (02) âmes (ni) et deux intelligences (dya) qui sont logées dans le prépuce et le clitoris. La circoncision chez l'homme et l'excision chez la femme permettent de ne conserver que le (ni) et le (dya) correspondant à leur sexe. Il s'agit d'une dette de sang que l'homme doit verser aux divinités afin d'avoir le droit d'appartenir à un sexe bien précis.

Cela contribue à rendre la personnalité de la femme excisée plus féminine, une notion souvent associée à la docilité et à l'obéissance.

Le mythe bambara : le clitoris est un dard qui peut blesser, voire tuer l'homme ; ce dard est appelé Wanso.

Les mythes du Dogon : (43) dieu, nommé Amma , veut s'unir à la terre dont le sexe est une fourmilière et le clitoris une termitière. C'est alors que le premier désordre .de l'univers se produisit... Au moment où, dieu s'approche, la termitière se dresse, barre le passage et montre sa masculinité. Elle est l'égale du sexe de l'homme et l'union n'aura pas lieu. Pourtant, dieu est tout puissant. Il abat la termitière rebelle et s'unit à la terre excisée.

On retrouve souvent la croyance selon laquelle le clitoris peut devenir si long qu'il obstrue l'entrée du vagin et rend impossible tout rapport sexuel ou qu'il vient moucher le nouveau né à la naissance et l'empêche de respirer.

Enfin en Afrique, la peur du mauvais œil et la peur de la magie sont très ancrées. Ainsi, lors qu'une fillette présente des complications de l'excision, les parents l'attribuent à un maléfice.

o **Les Raisons au Mali**

Au Mali, les communautés justifient l'excision par plusieurs raisons(43):

❖ **Raisons socioculturelles**

- Certaines communautés pensent que sans excision, une fillette ne deviendra pas une femme adulte ni même un membre à part entière de la communauté. Elle n'aura pas le droit de s'associer avec d'autres personnes de son âge ni avec ses ancêtres.

- D'autres croient que les organes génitaux de la femme ont le pouvoir d'aveugler quiconque l'assistera pendant un accouchement ; de même ils peuvent provoquer la mort de son enfant ou 'être à l'origine de malformations ou de la folie de celui-ci et peuvent aussi provoquer l'impuissance de son mari.

- On pense, parfois, que l'excision garantit la virginité d'une fille. La virginité est une condition au mariage, et elle est nécessaire pour préserver l'honneur de la famille.
- Dans certaines communautés, l'excision constitue le rite de passage à l'âge adulte et s'accompagne de cérémonies importantes. Les filles intègrent le cercle des femmes.
- Les filles subissent généralement une pression sociale de la part de leurs parents et de la communauté pour se soumettre à l'excision. Elles sont menacées d'être rejetées par le groupe ou par la famille si elles ne se conforment pas à la tradition. Les filles non excisées sont victimes d'insultes et de discrimination.
- En règle générale, l'exciseuse traditionnelle est un membre puissant et respecté de la communauté, et l'excision constitue l'une de ses sources de revenus. Elle a donc un intérêt personnel à maintenir la tradition.

❖ **Raisons hygiéniques et esthétiques**

Dans les communautés où l'excision constitue une pratique traditionnelle, les organes génitaux externes d'une femme sont jugés laids et sales, et les gens pensent qu'ils continueront de grandir s'ils ne sont pas enlevés. Selon la croyance, le fait de retirer ces parties rendra les filles propres.

On pense également que l'excision rend les filles belles.

❖ **Raisons spirituelles et religieuses**

- Certaines communautés estiment nécessaire de retirer les organes génitaux extérieurs pour rendre une fille pure spirituellement et qu'il s'agit donc d'une obligation religieuse.

- Dans les sociétés musulmanes qui pratiquent l'excision les gens ont tendance à penser qu'il s'agit d'une obligation prescrite par le Coran. Toutefois, celui-ci ne fait aucune mention des mutilations sexuelles féminines.

Il est important de noter que ni la Bible ni le Coran ne prescrivent l'excision, bien qu'elle soit fréquemment exécutée par certaines communautés (en particulier musulmanes) qui croient sincèrement qu'elle fait partie de leur religion.

❖ **Raisons psycho sexuelles**

- On pense qu'une fille non excisée aura une libido excessive et incontrôlable, de sorte qu'elle risquera de perdre sa virginité prématurément, de déshonorer sa famille et de compromettre ses chances de se marier. Selon la croyance, un clitoris non excisé grandira et la pression sur cet organe provoquera un désir sexuel intense.
- Il existe également une croyance selon laquelle l'ouverture étroite résultant de l'infibulation ou de l'application de substances corrosives dans le vagin accroîtra le plaisir sexuel de l'homme, ce qui permettra de prévenir le divorce ou l'infidélité.
- Certaines communautés croient que l'excision d'une femme qui ne parvient pas à concevoir résoudra son problème de stérilité et certaines infections.

❖ **Raisons sur la préservation de la virginité**

Dans de nombreuses communautés, la notion de virginité était primordiale. Elle l'est encore dans certaines contrées du pays . Ainsi, si par malheur, la jeune fille n'était pas vierge le jour de ses noces, sa famille était déshonorée et souvent sa mère était répudiée, par ce que l'on considère généralement que la mère est responsable de l'éducation de sa fille. Il arrive donc que la mère soit chassée pour payer la faute de sa fille. La fille elle-même était exclue de la communauté ou donnée en mariage à un vieillard. La fille vierge était au contraire respectée et recevait beaucoup de cadeaux en récompense de sa bonne conduite. C'est pour ces raisons, que l'on tient absolument dans certaines communautés, à ce que les filles soient excisées. Aujourd'hui,, avec l'évolution des mentalités et la disponibilité des données scientifiques, il apparaît, de toute évidence, que ce n'est pas l'excision qui préserve la virginité des filles, mais la bonne éducation qu'elles reçoivent de leur famille, de leur communauté.

❖ **Raisons liées aux effets maléfiques du clitoris**

On avance que l'homme peut devenir impuissant lors des rapports sexuels avec une femme non excisée. Certains évoquent aussi que le bébé, en venant au monde, peut mourir ou avoir une faculté mentale diminuée en touchant le clitoris.

La peur des effets du clitoris est tellement vivace que, lorsque l'absence d'excision d'une femme ou d'un enfant est constatée à son décès, l'excision est pratiquée sur son corps avant de l'enterrer. On pense souvent que l'enterrement d'un corps non excisé peut être la source de beaucoup de malheurs, comme les épidémies, l'infécondité des femmes, les mauvaises récoltes, les mésententes au sein de la communauté, etc.

Or, si le clitoris pouvait rendre un homme impuissant, ou tuer un enfant à sa naissance, comment expliquer que la majorité des peuples du monde qui ne pratique pas l'excision continue à exister et à procréer ?

En réalité, le clitoris est un organe très important dans l'épanouissement sexuel de la femme. Il est hautement vascularisé (veines) et innervé (nerfs). Son ablation peut gravement affecter la santé de la femme.

Tous les préjugés qu'on lui impute relèvent de la méconnaissance de l'anatomie et de la physiologie (fonctionnement) du corps humain.

❖ Raisons liées à la fécondité et à l'accouchement des femmes

Certains pensent que l'excision facilite les rapports sexuels et rend les femmes plus fécondes. En enlevant tout ce qui peut entraver les rapports sexuels, (clitoris, petites lèvres...) la conception de l'enfant et l'accouchement se feraient sans complications, pensent beaucoup de femmes.

C'est tout le contraire, dès lors que l'excision peut rendre une femme stérile et lui causer de graves problèmes lors de l'accouchement.

❖ Raisons d'ordre initiatique

Un rite initiatique est une longue série d'épreuves physiques et morales qui ont pour objet d'introduire la jeune fille à la vie religieuse et dans le monde des adultes. Des cérémonies appropriées sont censées réaliser cette métamorphose. L'excision, en tant que rite de passage, exige de la souffrance de la part des initiées. Cette souffrance sert à préparer dans le sang et dans la douleur, la jeune fille à être femme.

Dans certaines localités du Mali, pendant plusieurs semaines, les jeunes filles âgées de 12 à 18 ans restent au près de plusieurs vieilles femmes

qui leur apprennent les traditions de la communauté (les mythes, certaines techniques médicinales, les chants, les proverbes, les contes, les normes sociales, etc.). Elles sont également instruites souvent fort précisément non seulement sur les comportements sexuels, mais aussi sur les tabous des menstruations et sur les «secrets» de l'enfantement : c'est tout le patrimoine du groupe qui est transmis à l'occasion de l'initiation. L'initiation était accompagnée de grandes fêtes villageoises qui duraient plusieurs jours. L'excision, de nos jours, est, cependant, très rarement liée à des rites initiatiques et relève plus du conformisme social.

c) Les différents types d'excisions

Selon l'OMS [30] 4 types existent :

□ infibulation, circoncision pharaonique ou encore circoncision soudanaise

Type I – excision du prépuce clitoridien, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris

□ **Type II** – excision du clitoris (clitoridectomie) avec excision partielle ou totale des petites lèvres

□ **Type III** – excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vulvaire laissant juste un orifice pour permettre l'écoulement des urines et du sang menstruel.

C'est type est encore appelé.

□ **Type IV** – Il regroupe toutes les interventions non classées :

- Piquûre, perforation ou incision du clitoris et/ou des petites et des grandes lèvres.

- Etirement du clitoris et/ou des lèvres.

- Cautérisation par brûlure du clitoris et du tissu avoisinant.
- L'incision Gishiri [76,105] qui est une incision du vagin.
- L'incision Angurya [76, 105] qui est l'ablation de la boucle de l'hymen sur des bébés. La croyance est qu'elle continuerait à grandir et finirait par sceller l'orifice vaginal si celle-ci n'est pas enlevée alors que sans être touchée, la boucle disparaît pendant les premières semaines de vie. D'après les informations reçues, ces deux incisions ne sont pratiquées que dans certaines régions du Nigeria.
- Introduction de substances corrosives ou de plantes dans le vagin pour provoquer des saignements ou pour resserrer ou rétrécir le vagin.
- L'introcision qui est une forme de mutilations pratiquées par les aborigènes Pita Pita en Australie.

d) La répartition géographique

Les MGF (18) 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 de MGF. Elles sont fréquentes de la côte "est" à la côte "ouest" de l'Afrique. 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'Egypte, le Soudan, l'Ethiopie, le Djibouti, l'Erythrée où 80 à 90% des MGF sont des infibulations.

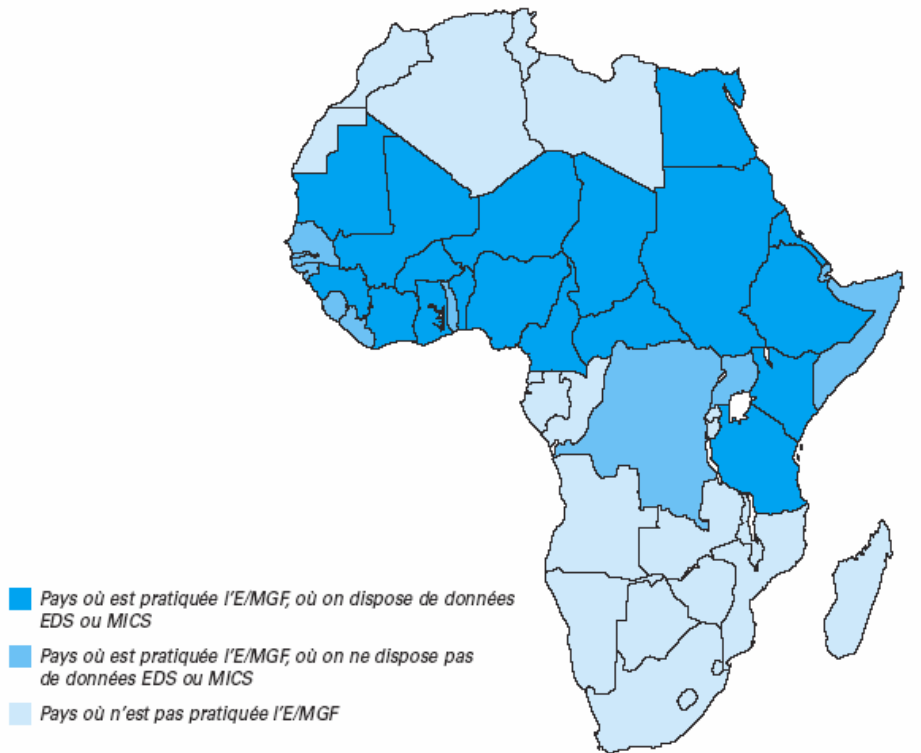
Par ailleurs, il faudra noter l'absence totale des MGF dans les pays de l'Afrique du nord à savoir : le Maroc, l'Algérie, la Tunisie, et la Libye.

En dehors de l'Afrique, les MGF seraient- pratiquées 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'ont 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.

Carte des données des EDS(18)



Afrique (voir la carte) : Bénin, Burkina Faso, République Centrafricaine, Tchad, Djibouti, Egypte, Ethiopie, Gambie, Erythrée, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Côte d'Ivoire, Kenya, Niger, Nigeria, Mali, Mauritanie, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Togo, Tanzanie, Ouganda, République Démocratique du Congo.

e) 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 2 millions de fillettes sont exposées à cette pratique soit 230 par 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 [18]

Tableau I : Prévalence des MGF en Afrique.

Pays	Type de MSF	Prévalence	Type d'enquêtes et dates
Bénin	I et II	17%	EDS 2001
Burkina-Faso	I et II	77%	EDS 2002
Cameroun	I et II	20%	Pas d'enquête
Côte d'Ivoire	I et II	45%	EDS 1998-99
Djibouti	I, II et III	98%	Pas d'enquête
Egypte	I, II et III	97%	EDS 2003 Echantillon de femmes ayant été marié au moins une fois
Erythrée	I, II et III	89%	EDS 2002
Ethiopie	I, II et III	80%	EDS 2000
Gambie	I et II	90%	Pas d'enquête
Ghana	I et II	5%	EDS 2003
Guinée Conakry	I, II et III	99%	EDS 1999
Guinée-Bissau	I et II	50%	Pas d'enquête
Kenya	I, II et III	32%	EDS 2003
Libéria	I et II	60%	Pas d'enquête
Mali	I, II et III	92%	EDS 2001
Mauritanie	I et II	71%	EDS 2001
Niger	I et II	5%	EDS 1998
Nigeria	I, II et III	19%	EDS 2003
Ouganda	I et II	5%	Pas d'enquête
Rép.centrafricaine	I et II	50%	MICS 2000
RDC	I et II	5%	Pas d'enquête
Sénégal	I et II	20%	Pas d'enquête
Sierra Léone	I et II	90%	Pas d'enquête
Somalie	III	98%	Pas d'enquête

Soudan	III	90%	MICS 2000 Enquête effectuée dans le Nord du pays Echantillon de femmes ayant été mariée au moins une fois
Tanzanie	II et III	18%	EDS 1996
Tchad	II et III	60%	Pas d'enquête
Togo	II	12%	Pas d'enquête

f) Les complications

La fréquence et la nature des complications immédiates et chroniques dépendent de l'hygiène locale, de l'habileté et de l'expérience de l'opératrice, ainsi que de la résistance de la victime (si l'enfant se débat avec force, le risque de complications augmente) et surtout du type de mutilation. L'infibulation cause le plus de dommages.

✓ **Complications immédiates des MSF**

Elles sont parfois dramatiques.

- La douleur très violente provoquée par la section d'un organe richement innervé, ajoutée à la peur et l'angoisse peut entraîner un état de choc.
- **Les blessures** causées par des mouvements de défense, peuvent provoquer des gestes maladroits de l'opérateur et donc des lésions des organes adjacents (vagin, périnée postérieur, urètre). Ces mouvements peuvent également aboutir à des fractures (fémur, clavicule, humérus) du fait de la pression exercée sur les membres de la fillette pour la maintenir immobile. (18)
- **L'hémorragie** fait souvent suite à la section de l'artère clitoridienne. Importante et difficile à contrôler, elle peut entraîner un état de choc pouvant aller jusqu'au décès.

✓ **Complications secondaires**

- **Les infections aiguës sont fréquentes** : Elles sont dues aux conditions d'hygiène désastreuses, aux pansements traditionnels et à l'immobilisation prolongée de la fillette dans ses urines et ses matières fécales. L'infection peut être locale à type de phlegmon ou d'abcès mais peut s'étendre à la partie haute de l'appareil génital et du péritoine et provoquer une endométrite, une salpingite, voire une pelvipéritonite pouvant aboutir à une stérilité. Elle peut diffuser et se généraliser en gangrène gazeuse ou septicémie aboutissant au décès.

- **D'autres complications infectieuses sont possibles** comme le tétanos, le sida, les hépatites et autres maladies hématogènes dues à l'utilisation d'un même instrument pour plusieurs petites filles.
- En cas d'infibulation et lors de l'apparition des règles, peut se développer, derrière la cicatrice, un hémocolpos qui va venir distendre le vagin voire les trompes, provoquant de violentes douleurs, des infections, une endométriose pouvant être source de stérilité.
- **Le névrome cicatriciel** est une complication très gênante, l'emprisonnement du nerf dorsal du clitoris, dans un point de suture ou dans du tissu cicatriciel, entraîne l'apparition d'une tumeur sensible interdisant tout contact et pouvant gêner la position assise.
- **Le pseudo infibulation** est une complication des MSF de type II. Il y a accolement des petites lèvres qui forment un pont cicatriciel recouvrant le méat urinaire, entraînant aussi les mêmes complications que l'infibulation.
- **L'anémie résultant des pertes sanguines.**

✓ **Les complications à long terme**

- **Les complications urinaires** : Les femmes qui subissent l'excision peuvent présenter des infections urinaires à répétition, des troubles de la miction et une incontinence urinaire due principalement aux lésions de l'urètre. On y retrouve une bactériurie persistante dans 25% à 30% des cas.

Le risque de voir apparaître ces complications est plus élevé en cas d'infibulation.

- **Des problèmes cicatriciels** : lorsque la plaie ne cicatrise pas correctement, elle laisse apparaître des chéloïdes vulvaires, des kystes dermoïdes, des abcès récidivants ou des névromes.
- **Les complications gynécologiques** : A type de dysménorrhées, ménorragie, sténose vaginale, vaginite chronique, endométrite chronique, annexites, infertilité, stérilité, fistule. (10)

✓ **Complications obstétricales**

- **La sévérité des complications** est proportionnelle à celle de la mutilation. Elles sont d'autant plus graves quand la femme se trouve dans un pays disposant de moyens restreints.

☐☐ **Pendant la grossesse**

On observe une augmentation de la vascularisation vulvaire qui majore le risque hémorragique et incite à déconseiller tout geste chirurgical vulvaire non indispensable.

Les mutilations de type II et III augmentent le risque d'infections génitales basses, d'infections urinaires et par conséquent le risque de fausses couches spontanées tardives, de menace d'accouchement prématuré et de ruptures prématurées des membranes(9).

☐☐ **En salle de naissance**

- ✓ Risque d'hémorragie du post-partum,
- ✓ Risque de déchirure du périnée lors de l'accouchement,
- ✓ Risque épisiotomie,

- ✓ Risque de travail prolongé ce qui augmente le risque de césarienne, d'hémorragie importante, de détresse chez le nouveau-né et de mortinaissance (27).

g) Complications sexuelles

Ces complications sont le plus souvent une dyspareunie, une absence de sensation, une diminution de la libido, une anorgasmie etc. (18).

h) Complications psychologiques

Les troubles psychologiques citées sont le stress, la dépression, les cauchemars etc. (13)

i- Description de l'excision au Mali

L'opération (43) est assez variable selon les régions. L'intervention qui peut durer jusqu'à une vingtaine de minutes, se pratique soit avec une lame de rasoir, soit avec un petit couteau spécialement fabriqué à cet effet. Les filles sont maintenues de force par plusieurs femmes «*apprenties exciseuses*» par les pieds, les mains et le bassin. Si elles sont d'un certain âge (11 à 15 ans), elles ne doivent pas se plaindre ou crier, sous peine d'attirer la honte sur leur famille. Diverses substances peuvent ensuite être utilisées pour tamponner la blessure (alcool, jus de citron, cendres, mélangées d'herbes, bouse de vache). Dans la région de Mopti, l'excision consiste, pour les Dogons Tommo du cercle de Bankass, au massage du clitoris pour l'atrophier. Une femme âgée spécialement désignée à cet effet, utilise du beurre de Karité qui est chauffée pour masser le clitoris chaque matin et pendant une période de 2 à 3 semaines (43).

j- La lutte contre l'excision au Mali depuis 1990

La lutte contre l'excision à connu plusieurs péripéties, en témoignent 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 :**

1^{er} 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.

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

Le 03 Août remise de couteau symbolique par 25 exciseuses à l'épouse du Président de la république sous l'impulsion de l'AMSOFT.

Le 31 Décembre : décret n°96-382/PM-RM portant création du comité national d'action pour l'abandon des pratiques néfastes. Objectifs : 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 ministre de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille. Le village de solenfara déclare l'abandon de l'excision.

Marche : 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.

07 Janvier : Une lettre circulaire N°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 07 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 BOBIGNI.

Le 16 Juillet : 1999 décret N°157/PM-RM portant création du comité national d'action pour l'éradication des pratiques néfastes à 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 PAI 1 par les CEDPA en finançant les ONG et associations qui luttent contre l'excision.

18 Janvier : arrêté N°00209/MPFEF-SG fixant les modalités de fonctionnement du comité national et des comités régionaux d'action pour l'éradication des pratiques néfastes à la santé de la femme et de l'enfant.

Le 30 Mars : 2^{ème} réunion statutaire du comité national.

21 Juillet 3^{ème} réunion du dit comité ;

12 Octobre : 4^{ème} réunion avec notification de la mise en place des comités régionaux de Bamako, Mopti, Ségou, 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 PAUD du CEDPA.

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

Participation du CNAPN et d'une délégation d'ONG malienne 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 Oumar KONARE convoque un conseil extraordinaire des ministres d'où ressortent les recommandations suivantes :
Création PNLE et rédaction d'un projet de loi.

04 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 les PNLE réunissant tous les acteurs.

- **2004**

06 février 1^{ère} journée internationale de lutte contre les MGF.

- **2005**

La journée du 06 février prend de l'ampleur avec le soutien de la Première Dame

- **2006**

21 au 22 février : 1^{ère} conférence sous-régionale sur les MGF et la mise en œuvre du protocole de Maputo.

- **2007**

06 février : journée internationale de lutte contre les MGF.

- **2008**

Soutenance d'une thèse de Doctorat de médecine sur «des aspects socio sanitaires au Mali»

IV-METHODOLGIE

1- CADRE D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de Mancourani et au CSCOM de Wayerma de Sikasso. La prise en charge des complications au cours de l'accouchement a été faite à l'Hôpital de Sikasso.

a) Présentation de la région de Sikasso :

Sikasso, appelée Kéné Dougou, est la troisième région administrative du Mali. Elle occupe le Sud du territoire national. Elle est limitée:

- au Nord-Est par la région de Ségou ;
- au Nord-Ouest par la région de Koulikoro
- au Sud par la République de Côte d'Ivoire ;
- à l'Est par le Burkina-Faso ;
- à l'Ouest par la République de Guinée

A cause de sa situation géographique la ville de sikasso est un véritable carrefour commercial et d'échange culturel.

Elle couvre une superficie de 71.790Km²; elle compte 2131199 habitants dont 81808 d'hommes et 79362 de femmes (source : DRPS/Sikasso ; 2005).

La région de Sikasso compte :

- 7 cercles
- 3 communes urbaines
- 144 communes rurales
- 1831 villages.

Les principales ethnies sont : Sénoufo, Bambara, Miniaka, Samogo, Peulh.

Les principales religions sont : l'islam, le christianisme et l'animisme.

Elle comprend deux grandes zones climatiques:

- La zone nord guinéenne, la pluviométrie y est abondante (1 150mm à 1 400mm de pluie/an).

La saison des pluies est relativement longue (plus de six mois, d'avril à octobre); avec environ 90 jours de pluie; la température maximale est de 41°C.

- La zone sud soudanienne couvre essentiellement le nord des cercles de Sikasso, Kadiolo, Kolondièba, Bougouni et Koutiala. La pluviométrie varie de 750 mm à 1 150mm. L'hivernage dure quatre à six mois (de mai à octobre) avec un maxima d'environ 75 jours de pluie. La température moyenne est de 27°C.

La végétation se compose de forêt claire, de savane boisée, de savane arborée, de savane arbustive et de galerie forestière.

Les voies de communication sont essentiellement constituées par quatre axes routiers:

- Axe Zegoua-Bamako ;
- Axe Koury-Koutiala ;
- Axe Koury-Kimparana-San;
- Axe Sikasso-Koutiala-kimparana.

L'économie est essentiellement basée sur l'agriculture, l'élevage, l'artisanat et le commerce.

Dans la région il existe des unités industrielles qui sont entre autres: 6 usines d'égrainage de coton (sikasso, koutiala, bougouni, koumantou, kignan, karangana, 2 huileries HAWYT à sikasso et HUICOMa à koutiala, une usine de thé à FARAKO).

On y trouve de nombreuses zones d'exploitation aurifères: Morila, Kalana, Siama.

La couverture sanitaire connaît une amélioration certaine, la région possède un seul hôpital situé dans la capitale régionale, 8 centres de santé de référence dont 1 par cercle et une zone sanitaire à Sélingué , 165 CSCOM fonctionnels, 17 cabinets de consultation privés. La carte sanitaire définit 186 aires de santé.

Sikasso est une zone où sévit fortement le paludisme (39,72%); les IST y sont courantes également (VIH 1%).

b) Le CSCOM de Wayerma :

Créé en 2001, le CSCOM de Wayerma est situé à 4km du CSRef,. Avec une population d'environ 21734habitants le cscocom compte les quartiers suivants :

Wayerma 1 et 2

Mamassoni

Et des villages environnants :

Koulsandougou

Longorola

Zanadougou

Nianondiassa

Diakorola

Zanto zianso

N'golo diassa

Diassa bleni

Le personnel est composé d'un médecin généraliste, d'une sage-femme, de deux infirmières obstétriciennes, trois matrones, un gérant un gardien et 2 aides soignants.

C) Centre de santé de Mancourani :

Créé en 1985 par le Gouverneur à l'époque comme centre de santé de quartier, en 1990-1991, la mairie avec l'appui d'une association française créera une maternité pour répondre aux aspirations des femmes de la commune.

Avec la nouvelle réforme administrative, le centre est en voie d'être érigé en CSCOM.

Le centre de santé est dirigé par un Médecin chef assisté par des chefs d'unité.

Le centre se compose de :

-Une Maternité avec une salle d'accouchement, une salle d'attente, une salle de garde, une salle de consultation prénatale (CPN) et une salle PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant) ;

-Un dispensaire qui comprend une salle de consultation pour le médecin, un bureau pour le major, une salle d'injection et de pansement, une salle d'observation et une salle pour le PEV (Programme Elargi de Vaccination).

-Une URENI (Unité de Récupération Nutritionnelle Intensive) créée en 2007 avec une salle d'hospitalisation pour les enfants malnutris,

-Un dépôt de vente de médicaments,

-Un espace aménagé pour les causeries débats qui sert aussi à la vaccination des enfants et de la surveillance préventive des enfants (SPE).

Rôle du personnel :

Le Médecin assure les consultations externes, coordonne toutes les activités du centre, il est également le représentant du Médecin au centre, participe aux réunions de l'équipe cadre du CSRéf et mène les activités de supervision des CSCOM. Il est assisté dans ses tâches par un adjoint.

Le technicien de santé est le responsable des soins infirmiers. Il fournit les rapports d'activités du service à la fin de chaque mois et est le responsable du SIS (Système d'Information Sanitaire).

La Sage Femme, dite Maîtresse, coordonne toutes les activités de la SR (santé de la reproduction). Elle produit également des rapports et est responsable de la formation des matrones. Elle est assistée dans ses tâches par deux autres sages femmes.

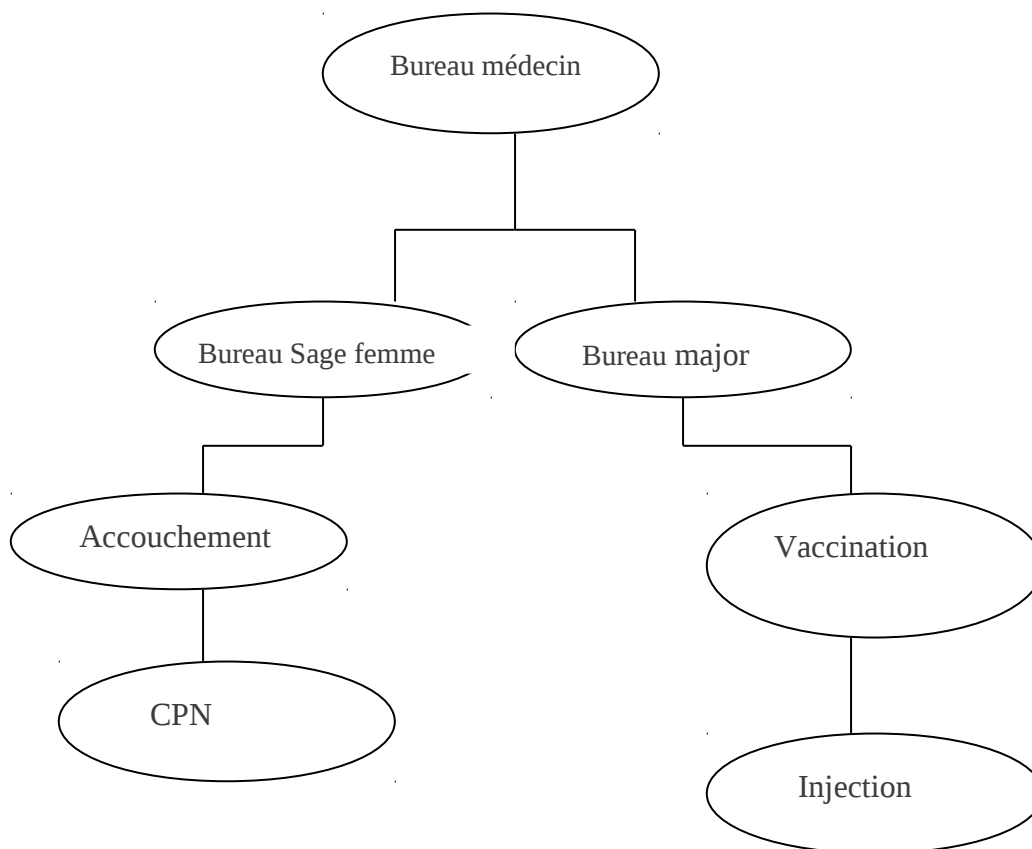
Les infirmières obstétriciennes participent pleinement à toutes les activités de centre telles que les CPN, les accouchements et Planification familiale.

Les matrones aident les sages femmes et les infirmières obstétriciennes (IO) à faire les accouchements, à donner les soins à la mère et au nouveau né et en plus elles s'occupent de la vaccination de routine et de SPE (surveillance préventive des enfants).

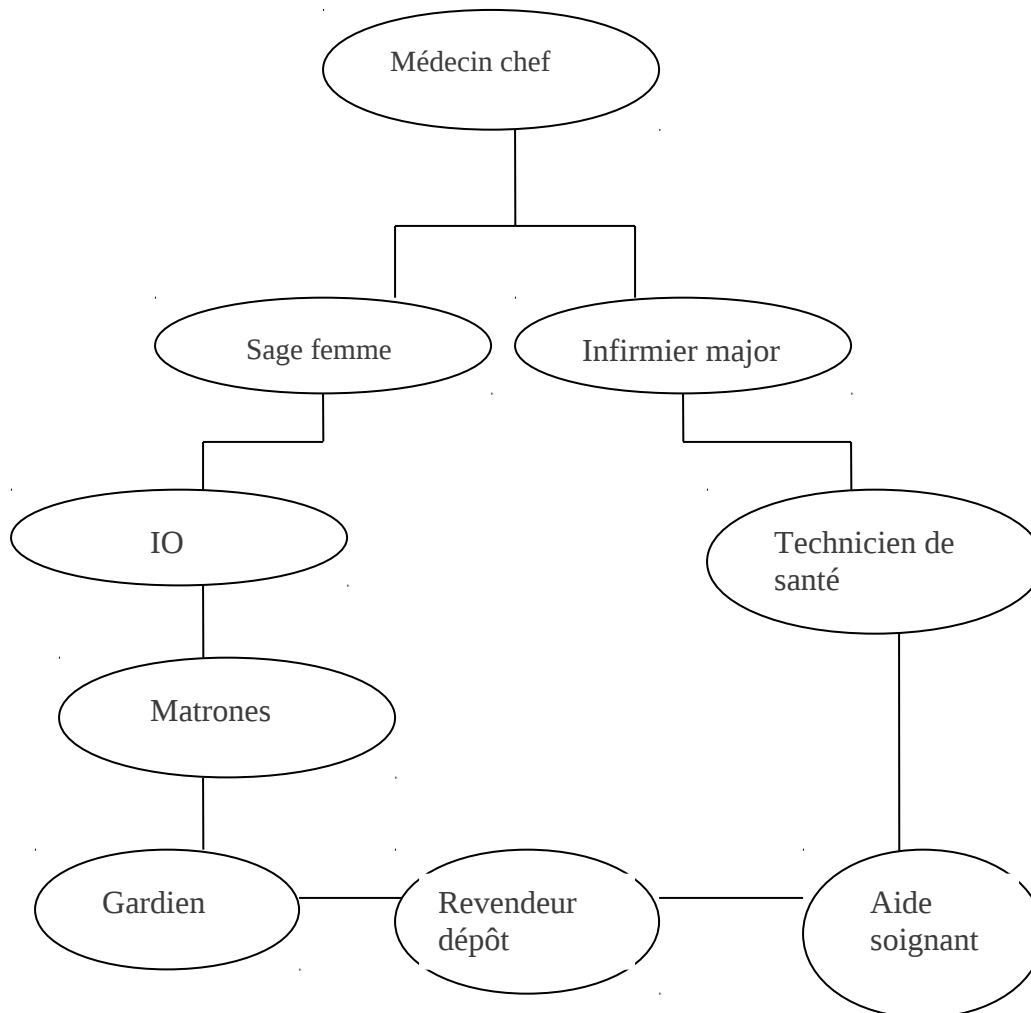
Le gérant du dépôt sert les ordonnances prescrites au centre.

Un gardien, assure la sécurité du centre et joue en même temps le rôle de manœuvre.

Organigramme de la structure :



Organisation sanitaire du fonctionnement



d) Hôpital régional :

Situé au centre ville, l'hôpital est d'accès facile.

C'est une structure de deuxième référence dans la pyramide sanitaire du Mali

Il doit répondre en permanence aux besoins de tous les malades référés par les établissements en santé périphériques: SSC (centre de santé de cercle), CSCOM (centre de santé communautaire).

Il est chargé d'assurer les soins médicaux curatifs et préventifs, la formation des agents de santé et la recherche médicale.

L'hôpital de Sikasso est bâti sur 4 hectares et situé en plein centre ville ; il est limité:

- au Sud par le grand marché,
- au Sud-Ouest par le centre social de la mission catholique,
- au Nord-Ouest par le dispensaire central,
- à l'Est par le groupe scolaire A, la BNDA, la Direction Régionale des Impôts, la poste et la SOTELMA.

Créé depuis 1930, l'établissement a évolué sous plusieurs appellations:

- Assistance médicale indigène (AMI)
- Assistance médicale africaine (AMA),
- Hôpital secondaire et Hôpital régional en 1972

Ces différents changements de nom n'ont pas été suivis d'investissement conséquent raison pour laquelle l'hôpital est constitué en grande partie de bâtiments datant des temps coloniaux.

> L'hôpital comprend :

- un bloc administratif,
- un bâtiment abritant la pharmacie et le laboratoire,
- un bâtiment pour le service de gynécologie et d'obstétrique (maternité centrale) et le cabinet dentaire.
- un pavillon d'hospitalisation de médecine,
- deux pavillons d'hospitalisation de chirurgie,
- deux bâtiments pour la pédiatrie,

- l'ancien bloc administratif comportant l'ophtalmologie, le bureau du Directeur, une salle de consultation et la salle pour les conseillers psychosociaux.
- un bâtiment pour le bloc opératoire, la radiologie et la réanimation,
- un pavillon d'hospitalisation de première catégorie comprenant :
 - le nouveau pavillon avec huit salles et le bureau SIH (système d'information hospitalier)
 - l'actuel bloc administratif comportant : le bureau des entrées ; le secrétariat, le service social, la salle de réunion et la pharmacie d'urgence.
 - une cuisine,
 - des latrines,
 - un bâtiment abritant la morgue et le garage,
 - un bâtiment pour le bloc des urgences,
 - un container pour l'O.R.L.

Le service de gynécologie et d'obstétrique comporte :

- * Trois salles d'hospitalisations
- * Deux bureaux de consultation gynéco obstétrique
- * Une salle de planification familiale.
- * Une salle d'accouchement
- * Une salle d'attente
- * Une salle de pansement
- * Un bureau des sages femmes
- * Une salle des infirmières

Le personnel était composé de : deux gynécologues chinois et deux gynécologues maliennes quatre sages femmes, deux infirmières obstétriciennes et trois aides soignantes.

2-Type d'étude : Etude prospective cas témoins :

Dans notre étude, la femme excisée constitue le cas et la femme non excisée le témoin.

Une femme excisée a été appariée avec une femme non excisée selon les critères d'âge et de parité qui devraient être identiques.

3-Période d'étude :

Notre étude a duré environ 13 mois : du 02 février 2008 au 28 février 2009.

4-Population d'étude :

Ont été concernées par cette étude, toutes les femmes suivies depuis leur 1^{ère} CPN jusqu'à leur accouchement.

5-Echantillonnage :

▪ Critères d'inclusion :

- Toutes les 200 femmes incluses dans la fourchette d'âge de 15 à 49 ans --excisées ou non, ciblées et suivies durant notre étude, depuis leur 1^{ère} CPN jusqu'à l'accouchement.

-Etre consentante.

-Avoir été reçu dans nos dits centres.

▪ Critères de non inclusion :

-Avoir moins de 15 ans ou plus de 49 ans

-Femmes ne faisant pas partie des femmes suivies

-Etre non consentante.

-Etre reçue dans un autre centre de santé.

▪ **Taille de l'échantillonnage :**

La taille de l'échantillon a été calculée selon la taille de l'échantillon cas /Témoin :

Rapport témoin /cas : 1=1

Niveau de confiance : 95%

Nombre de cas : 100

Nombre de témoins : 100

Total : 200

6- La collecte des données

- Supports :

Le recueil des données est fait sur des questionnaires individuels identiques soumis aux cas et aux témoins.

- Techniques :

Les techniques que nous avons utilisées durant l'enquête sont : l'interrogatoire, l'observation, l'examen physique et le contact téléphonique avec chacune des femmes en collaboration avec les sages femmes en cas de travail d'accouchement.

7- Analyse et saisie des données :

La saisie des données a été faite sur le logiciel Word 2000

L'analyse a été faite sur Logiciel EPI INFOS. 6 FR.

Les graphiques ont été réalisées sur EXCELL

Différents tests statistiques ont été utilisés :odds ratio ;Khi.

P<0.05 est considéré comme significatif.

8- Aspect éthique

Toutes les 200 femmes ont été soumises à un counseling éclairé avec leur consentement. L'anonymat a été respecté.

9- Les variables étudiées

L'âge, la résidence, la région d'origine, la profession, le niveau d'instruction, l'ethnie, la religion, l'état civil, l'instruction des parents, la profession des parents, excisée ou non excisée, le type d'excision, les cicatrices, les troubles psycho sexuels : Dyspareunie, frigidité, vaginisme autres troubles ; l'âge d'excision, l'opérateur, les souvenirs de l'excision, les connaissances sur l'excision, les types de complications :

Complications éventuelles durant l'accouchement : Les déchirures, l'état du nouveau-né, durée d'expulsion, hémorragie au cours de la délivrance,

10- Définitions opérationnelles des termes :

Type I – excision du prépuce clitoridien, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris

□ **Type II** – excision du clitoris (clitoridectomie) avec excision partielle ou totale des petites lèvres

□ **Type III** – excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vulvaire laissant juste un orifice pour permettre l'écoulement des urines et du sang menstruel.

C'est type est encore appelé.

V-RESULTATS

Tableau I Répartition des femmes enquêtées en fonction de leur lieu de résidence.

Résidence	Excisées		Non excisées	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Banconi	5	5%	1	1%
Bougoula ville	2	2%	2	2%
Hamdallaye	3	3%	4	4%
Kaboila	10	10%	6	6%
Lafiabougou	5	5%	10	10%
Mancourani	25	25%	27	27%
Médine	5	5%	4	4%
Sanoubougou	4	4%	6	6%
Wayerma	<u>41</u>	<u>41%</u>	<u>40</u>	<u>40%</u>
Total	100	100%	100	100%

41% des femmes excisées et 40% des femmes non excisées résident à Wayerma.

Tableau II Répartition des femmes enquêtées en fonction de d'âge.

Tranche d'âge	Excisées		Non excisées	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
15-19	60	60%	60	60%
20-24	20	20%	20	20%
25-29	8	8%	8	8%
30-34	5	5%	5	5%
35-39	5	5%	5	5%
40-44	1	1%	1	1%
45-49	1	1%	1	1%
Total	100	100%	100	100%

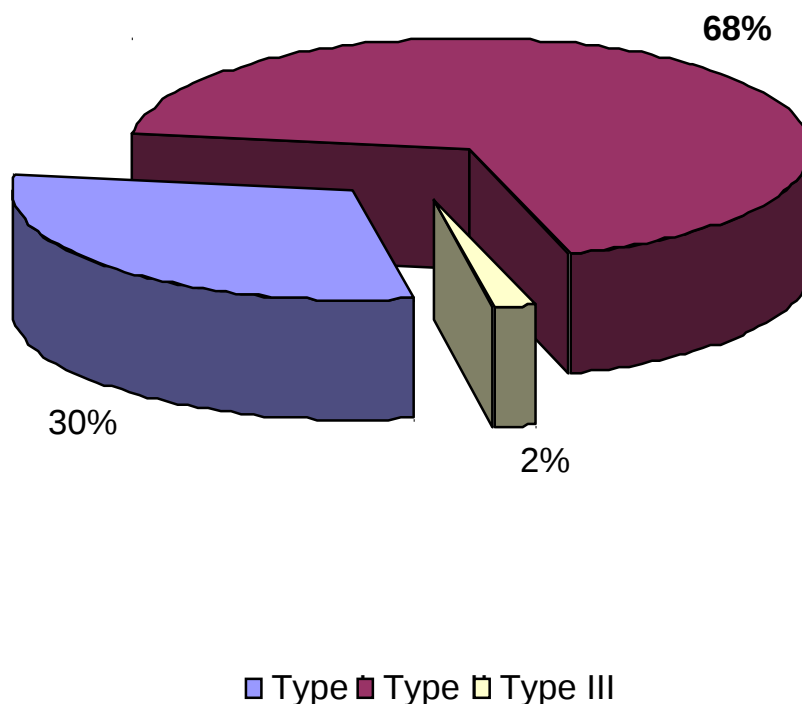
La tranche d'âge de 15 à 19 ans est la plus représentée avec 60% chez les excisées et les non excisées avec une moyenne de 18ans chez les non excisées et 19ans chez les excisées.

Tableau III Répartition des femmes enquêtées en fonction de la région d'origine.

Région d'origine	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
Kayes	15	15%	6	6%
Koulikoro	10	10%	8	8%
Sikasso.	40	40%	34	34%
Ségou	10	10%	2	2%
Mopti	6	6%	2	2%
Tombouctou	0	0%	10	10%
Gao	4	4%	15	15%
Bamako	15	15%	20	20%
Kidal	0	0%	3	3%
Total	100	100%	100	100%

La plupart des femmes excisées ou non sont originaires de la région de sikasso avec respectivement 40% et 34% .

GRAPHIQUE N°1 Répartition des femmes enquêtées en fonction du type d'excision.



Le type II est le plus fréquent avec 68% et le type III moins fréquent avec 2%

Tableau IV Relation entre le type d'excision et la région d'origine.

Régions d'origine	Types d'excision					
	Type I		Type II		Type III	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Bamako	6	20%	9	13,24%	0	0%
Kayes	4	13,33%	10	14,71%	1	50%
Koulikoro	4	13,33%	6	8,23%	0	0%
Sikasso	15	50%	24	35,29%	1	50%
Ségou	1	3,33%	9	13,24%	0	0%
Mopti	0	0%	6	8,23%	0	0%
Gao	0	0%	4	50,88%	0	0%
Total :	30	100%	68	100%	2	100%

Le type II a été pratiqué à 35,29% contre 50% le type I par les femmes venant de Sikasso, la différence n'est pas significative avec la valeur $P = 0,21$ et le degré de liberté (Chi^2) = 1,53.

Tableau V Répartition des femmes enquêtées en fonction de leur ethnie.

Ethnie	Excisées		Non excisées	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Bambara	6	6%	11	11%
Peulh	10	10%	6	6%
Sénoufo	28	28%	15	15%
Bobo	2	2%	10	10%
Sonrhaï	3	3%	25	25%
Dogon	5	5%	5	5%
Minianka	8	8%	3	3%
Bozo	2	2%	6	6%
Somono	4	4%	2	2%
Sarakolé	6	6%	2	2%
Tamachek	0	0%	3	3%
Maure	0	0%	0	0%
Samogo	10	10%	7	7%
Gana	6	6%	2	2%
Autre	0	0%	0	0%
Malinké	10	10%	3	3%
Total	100	100%	100	100%

Le senoufo est l'ethnie la plus représentée avec 28% d'excisées contre 25% de non excisées chez le sonrhaï.

Tableau VI Relation entre le type d'excision et l'ethnie

Ethnies	Type d'excision					
	Type I		Type II		Type III	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Bambara	5	16,67%	7	10,29%	0	0%
Peulh	2	6,67%	7	10,29%	1	50%
Senoufo	10	33,33%	18	26,47%	0	0%
Bobo	0	0%	2	2,94%	0	0%
Sorhai	1	3,33%	0	0%	0	0%
Dogon	3	10%	2	2,94%	0	0%
Mianka	2	6,67%	6	8,82%	0	0%
Bozo	1	3,33%	1	1,47%	0	0%
Sarakole	2	6,67%	4	5,88%	0	0%
Malinké	1	3,33%	8	11,76%	1	50%
Samogo	3	10%	7	10,29%	0	0%
Gana	0	0%	6	8,82%	0	0%
Total :	30	100%	68	100%	2	100%

Le type II a été pratiqué à 26,47% par les Sénoufos, contre 33,33 le type I le type III 50% par les Malinkés et 50% par les Peuhls. La différence n'est pas significative avec P : 0,75 et χ^2 de Yates = 0,10

Tableau VII Répartition des femmes enquêtées en fonction de l'état civil.

Etat civil	Excisées		Non excisées	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Marié	70	70%	40	40%
Célibataire	30	30%	60	60%
Total	100	100%	100	100%

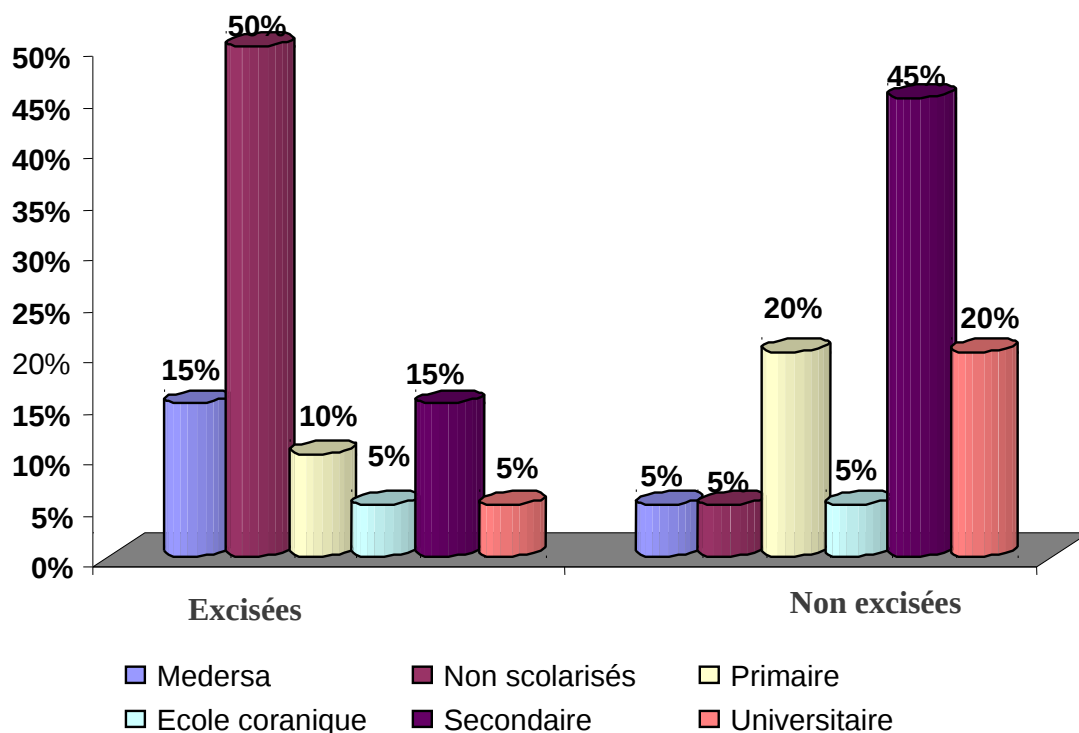
Les femmes mariées sont les plus représentées chez les excisées avec 70% ; tandis que chez les non excisées, ce sont les célibataires qui sont représentées avec 60%.

Tableau VIII Répartition des femmes enquêtées selon l'occupation.

Occupation	Excisées		Non excisées	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Commerçante	5	5%	5	5%
Elève/ Etudiante	20	20%	50	50%
Fonctionnaire	10	10%	5	5%
Ménagère	60	60%	30	30%
Autre	5	5%	10	10%
Total	100	100%	100	100%

L'occupation la plus fréquente est représentée par les ménagères avec 60% des cas chez les excisées et chez les non excisées les élèves et étudiantes avec 50%.

GRAPHIQUE N°2 Répartition des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction.



Chez les femmes excisées, 50% n'ont pas été scolarisées, alors que chez les non excisées, 45% ont un niveau secondaire.

Tableau IX Répartition des femmes enquêtées en fonction de la nationalité.

Nationalité	Excisées		Non excisées	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Maliennne	100	100%	100	100%
Autres	0	0%	0	0%
Total	100	100%	100	100%

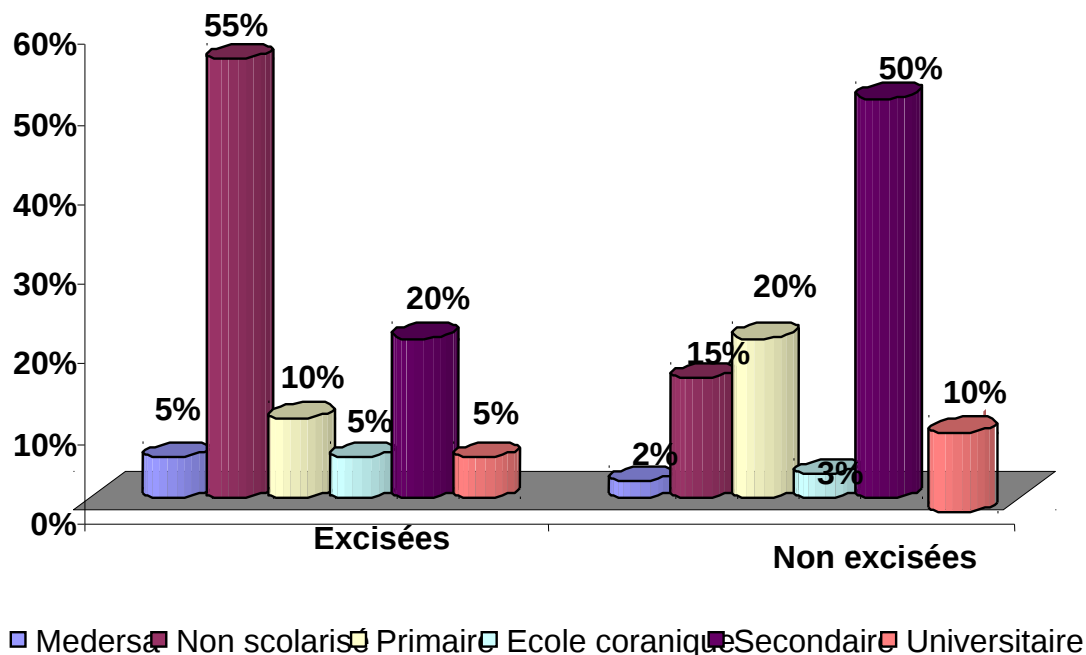
Les 100% des femmes enquêtées sont maliennes.

Tableau X Répartition des femmes enquêtées en fonction de leur religion.

Religion	Excisées		Non excisées	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Musulmane	94	94%	88	88%
Chrétienne	4	4%	12	12%
Animisme	2	2%	0	0%
Autres	0	0%	0	0%
Total	100	100%	100	100%

La religion musulmane est la plus représentée chez les excisées et les non excisées avec respectivement 94% et 88%

GRAPHIQUE N°3 Répartition des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction du père.



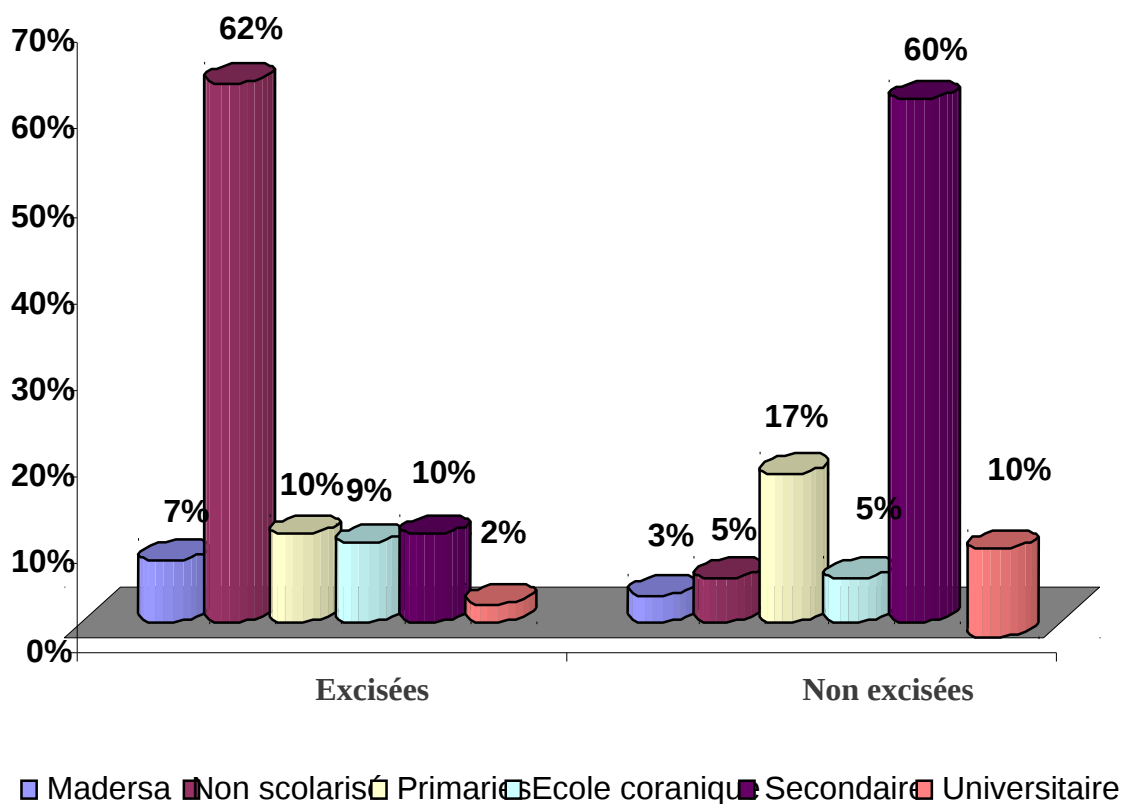
Les pères non scolarisés sont les plus fréquents chez les excisées avec 55% alors que chez les non excisées, a un niveau secondaire de 50%.

Tableau XI Relation entre le type d'excision et le niveau d'instruction du père

Type d'excision	Niveaux d'instruction du père					
	Type I		Type II		Type III	
	Eff	Pourcentage	Eff	Pourcentage	Eff	Pourcentage
Medersa	2	6,67%	3	4,41%	0	0%
Coranique	1	3,33%	4	5,88%	0	0%
Non scolarisée	7	23,33%	46	67,65%	2	100%
Primaire	3	10%	7	10,29%	0	0%
Secondaire	14	46,67%	6	8,82%	0	0%
Universitaire	3	10%	2	2,94%	0	0%
Total :	30	100%	68	100%	2	100%

67,65% des femmes excisées du type II ont leur père non scolarisé contre 23,33% du type I. La différence n'est pas significative avec $P = 0,12$ et la valeur théorique {5 Chi² de Yates = 2,42}

GRAPHIQUE N°4 Répartition des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction de la mère.



Les mères non scolarisées sont les plus fréquentes chez les excisées avec 62% ; alors que chez les non excisées, 60% ont un niveau secondaire.

Tableau XII Relation entre le type d'excision et le niveau d'instruction de la mère

Type d'excision	Niveaux					
	Type I		Type II		Type III	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Medersa	3	10%	4	5,88%	0	0%
Coranique	3	10%	6	8,82%	0	0%
Non scolarisée	14	46,67%	46	67,65%	2	100%
Primaire	6	20%	4	5,88%	0	0%
Secondaire	3	10%	7	10,29%	0	0%
Universitaire	1	3,33%	1	1,47%	0	0%
Total :	30	100%	68	100%	2	100%

67,64% des femmes excisées du type II ont des mères non scolarisées contre **46,66%** des femmes excisées du type I. $P = 1,24$ $\text{Chi}^2 = 1,40$. La différence n'est pas significative.

Tableau XIII Répartition des femmes enquêtées selon l'occupation de la mère.

Occupation de la mère	Excisées		Non excisées	
	Eff	%	Eff	%
Commerçante	5	5%	2	2%
Comptable	6	6%	15	15%
Enseignante	16	16%	16	16%
Fonctionnaire	2	2%	45	45%
Ménagère	50	50%	5	5%
Monitrice	6	6%	10	10%
Autres	15	15%	7	7%
Total	100	100%	100	100%

L'occupation de la mère la plus représentée chez les excisées est la ménagère avec 50% alors que chez les non excisées ce sont les fonctionnaires avec 45%.

Tableau XIV Répartition des femmes enquêtées selon l'occupation du père.

Occupation du père	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
Artisan	4	4%	0	0%
Berger	2	2%	0	0%
Chauffeur	4	4%	2	2%
Colonel	0	0%	1	1%
Commerçant	10	10%	2	2%
Comptable	5	5%	10	10%
Cultivateur	40	40%	4	4%
Docteur	0	0%	10	10%
Enseignant	10	10%	20	20%
Garde	2	2%	2	2%
Professeur	2	2%	2	2%
Maçon	5	5%	2	2%
Marabout	6	6%	4	4%
Infirmier	4	4%	10	10%
Fonctionnaires	1	1%	30	30%
Eleveur	5	5%	1	1%
Total	100	100%	100	100%

Chez les excisées dans 40% des cas, le père est cultivateur ; tandis que chez les non excisées dans la majorité des cas, le père est fonctionnaire avec 30% des cas

Tableau XV Répartition des femmes enquêtées en fonction de troubles psycho sexuels.

Troubles psycho sexuels	Excisées		Non excisées	
	Eff	%	Eff	%
Dyspareunie + Vaginisme + Frigidité	13	13%	0	0%
Vaginisme + dyspareunie	25	25%	0	0%
Frigidité	2	0	0	0%
Vaginisme	30	30%	10	10%
Autres	2	2%	0	0%
Aucun	30	39%	90	90%
Total	100	100%	100	100%

Chez les excisées, 39% ne présentent pas de troubles psycho sexuels ; contre 90% chez les non excisées. $P < 0.05$ Chi 4.54 la différence est Significative.

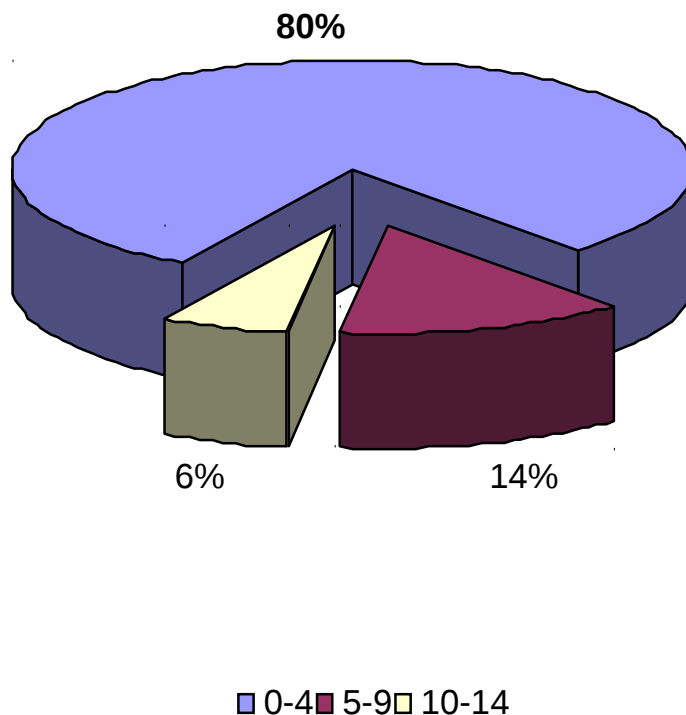
Autres : Douleur après le rapport sexuel.

Tableau XVI Relation entre le types d'excisions et les troubles psycho sexuels

Troubles psycho sexuels	Types d'excision					
	Type I		Type II		Type III	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Dyspareunie + Vaginisme + Frigidité	0	0%	13	19,11%	0	0%
Vaginisme + dyspareunie	5	16,66%	20	29,49%	0	0%
Vaginisme	14	46,67%	16	23,52%	0	0%
Frigidité	0	0%	2	2,94%	0	0%
AUTRES	0	0%	0	0%	2	100%
Aucun	11	36,67%	17	25%	0	0%
Total :	30	100%	68	100%	2	100%

Notre étude a montré 46.67% de Vaginisme dans le type I contre 23.52% dans le type II P > 0.05 Chi² =2.2la différence n'est pas significative.

GRAPHIQUE N°5 Répartition des femmes enquêtées en fonction de l'âge d'excision.



Les femmes excisées de 0-4 ans représentent 80% des cas contre 6%chez les femmes de 10-14ans ; $P < 0,00012$ χ^2 de Yate's :14.80

Tableau XVII : Répartition des femmes enquêtées selon leurs souvenirs de l'excision.

Souvenirs d'excision	Excisées	
	Effectif	Pourcentage
Aucun	70	70%
Douleur + hémorragie	30	30%
Total	100	100%

70% des femmes excisées n'ont aucun souvenir de l'excision contre 30% de femmes excisées ayant de souvenirs d'hémorragie + douleur. P = 0,0000061 Chi² = 16,06. La différence est significative.

Tableau XVIII Répartition des femmes enquêtées en fonction de la qualification de l'opérateur

Opérateurs	Excisées	
	Effectif	Pourcentage
Traditionnel	20	20%
Agent de santé	4	4%
Inconnu	76	76%
Total	100	100%

76% des femmes excisées ne savent pas par qui elles ont été excisées contre 20% par l'exciseuse traditionnelle. P = 0,000003 Chi² = 21,95. La différence est significative.

Tableau XIX : Répartition des femmes enquêtées selon la réponse à la question : Exciserez-vous vos filles ?

Exciserez-vous vos filles ?	Excisées		Non excisées	
	Eff	%	Eff	%
Oui	90	90%	25	25%
Non	5	5%	65	65%
Incertaine	5	5%	10	10
Total	100	100%	100	100%

90% des femmes excisées ont répondu oui à l'excision et chez les non excisées 65% ont dit non à l'excision de leur fille

P = 0,00011 Chi² = 14,84.

La différence est significative

Tableau XX Répartition des femmes enquêtées souhaitant exciser leur fille en fonction des raisons évoquées

Raisons	Excisées		Non excisées	
	Eff	%	Eff	%
Traditionnelles	50	56%	12	48%
Religieuse	30	33,33%	8	32
Maîtrise de la sexualité	10	11,11%	5	20%
Total	90	100%	25	100%

56% des femmes excisées ont dit oui à l'excision pour des raisons traditionnelles ; tandis que chez les non excisées le taux est de 48% pour la même raison.

La différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau XXI Répartition des femmes enquêtées ne souhaitant pas exciser leur fille en fonction des raisons évoquées

Raisons	Excisées		Non excisées	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Pas nécessaire	1	20%	15	23%
Non culturelle	2	40%	5	8%
Complications	2	40%	45	69%
Total	5	100%	65	100%

69% des femmes non excisées ont répondu non à la pratique de l'excision pour des raisons de complications contre **40%** chez les femmes excisées.

Tableau XXII: Connaissance des patientes sur l'existence de complications dues à l'excision ?

	Excisées		Non excisées	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	10	10%	58	58%
Non	85	85%	32	32%
Inconnues	5	5%	10	10%
Total	100	100%	100	100%

85% des femmes excisées n'ont pas de connaissances sur les complications dues à l'excision ; tandis que 58% le savent chez les non excisées.

P = 0,00047 Chi² = 12,44 La différence est significative

Tableau XXIII : Répartition des femmes enquêtées en fonction de la connaissance des complications.

Complications d'excision	Excisées		Non excisées	
	Eff	%	Eff	%
Hémorragie	4	4%	8	8%
Infections et stérilité	0	0%	2	2%
Diminution de la sensibilité sexuelle	0	0%	14	14%
Incontinence urinaire	0	0%	3	3%
Accouchement Difficile	6	6%	13	13%
VIH sida	0	0%	18	18%
Aucune connaissance	90	90%	42	42%
Total	100	100%	100	100%

6% des femmes excisées ont cité l'accouchement difficile comme complication majeure.

Par ailleurs, Le VIH SIDA, la diminution de la sensibilité sexuelle et l'accouchement difficile sont, par ordre décroissant, les complications majeures citées par les femmes non excisées avec respectivement : 18%, 14% et 13%.

Tableau XXIV Taux de déchirures périnéales liées à la présence de l'excision

Déchirures périnéales	Excisées		Non excisées	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Déchirures périnéales	20	20%	2	2%
Pas de déchirures périnéales	80	80%	98	98%
Total	100	100%	100	100%

Il y a eu 20% de déchirures périnéales chez les femmes excisées. contre 2% chez les femmes non excisées

Tableau XXV Relation entre les types d'excision et les déchirures périnéales au cours de l'accouchement.

Déchirure	Type d'excision					
	Type I		Type II		Type III	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Oui	2	6,66%	17	25%	<u>1</u>	<u>50%</u>
Non	<u>28</u>	<u>93,33%</u>	<u>51</u>	<u>75%</u>	<u>1</u>	<u>50%</u>
Total :	30	100%	68	100%	2	100%

25% du type II et 50% du type III ont une déchirure périnéale au cours de l'accouchement. Le test statistique n'a pas pu être appliqué vu la taille de l'échantillon.

Tableau XXVI Taux d'épisiotomie liée à la présence de l'excision.

Episiotomie	Excisées		Non_excisées	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	46	46%	5	5%
Non	54	54%	95	95%
Total	100	100%	100	100%

L'épisiotomie a été effectuée chez 46% des femmes excisées contre 5% chez les non excisées

P = 0,14 Chi² = 2,22. La différence n'est pas significative.

Tableau : XXVI Relation entre les types d'excision et l'épisiotomie.

Episiotomie	Type d'excision					
	Type I		Type II		Type III	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Oui	10	33,33%	35	51,47%	1	50%
Non	20	66,66%	33	48,53%	1	50%
Total :	30	100%	68	100%	2	100%

L'épisiotomie a été pratiquée chez 51,47% des femmes excisées du type II contre 33,33% du type I. La différence n'est pas significative avec $P = 0,40$ {Chi² de Yates = 0,70}

Tableau XXVIII Allongement de la durée d'expulsion liée à la présence de l'excision.

Durée d'expulsion	Excisées		Non excisées	
	Eff	%	Eff	%
> 45 mn	<u>52</u>	<u>52%</u>	30	30%
< 45 mn	48	48%	<u>70</u>	<u>70%</u>
Total	100	100%	100	100%

La durée d'expulsion <à 45 mn représente 48% chez les excisées et 70% chez les non excisées. P : 0.016 χ^2 :5.84 La différence est significative

Tableau XXIX Relation entre la durée d'expulsion et le type d'excision

Durée d'expulsion	Type d'excision					
	Type I		Type II		Type III	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
< 45 Minutes	25	83,33%	23	33,82%	0	0%
> 45 Minutes	5	16,67%	45	66,18%	2	100%
Total :	30	100%	68	100%	2	100%

Dans cette étude, 83,33% du type I contre 33,82% du type II ont une durée d'expulsion < à 45mn. Avec P : 0,00049 χ^2 :12,13 la différence est significative.

Tableau XXX Score d'Apgar du nouveau né à la naissance (première minute) en fonction de l'excision.

Score d'Apgar	Excisées		Non excisée	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
10	75	75%	91	91%
8 et 9	10	10%	4	4%
4 et 7	12	12%	4	4%
3	3	3%	1	1%
Total	100	100%	100	100%

Chez les femmes excisées l'Apgar du nouveau né est égal à 10 (première minute) dans 75% des cas et a 91% des cas chez les femmes non excisées. $P = 0,0041$ $\chi^2 8,26$. La différence est significative.

Tableau XXXI Relation entre le score Apgar et type d'excision

Score d'Apgar	Type d'excision					
	Type I		Type II		Type III	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
10	30	100%	44	64,71	0	0%
8-9	0	0%	10	14,70%	0	0%
4-7	0	0%	11	16,17%	1	50%
3	0	0%	2	2,94%	1	50%
0	0	0%	0	0%	0	0%
Total :	30	100%	68	100%	2	100%

100% du type I ont toutes un score Apgar = 10(première minute) contre 44% du type II. Donc la différence est significative avec P = 0,0012 et Chi² = 10,42

Tableau XXXII Répartition des hémorragies de la délivrance en fonction de la présence de l'excision.

Hémorragies de la délivrance	Excisées		Non excisée	
	Eff	%	Eff	%
Oui	20	20%	5	5%
Non	80	80%	95	95%
Total	100	100%	100	100%

L'hémorragie de la délivrance a été constatée chez 20% des femmes excisées contre 5% des femmes non excisées. Le test n'a pas été appliqué vu la taille de l'échantillon.

Tableau XXXIII : Relation entre le type d'excision et hémorragie de la délivrance.

Hémorragie de la délivrance	Type d'excision							
	Type I		Type II		Type III			
	Eff	%	Eff	%	Eff	%		
Oui	1	3,33%	18	26,47%	1	50%		
Nom	29	96,66%	50	73,33%	1	50%		
Total :	30	100%	68	100%	2	100%		

L'hémorragie a été constatée à 26,47% chez les femmes excisées du type II. Le test statistique n'a pas pu être applicable vu la taille de l'échantillon.

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSION

Notre étude est une étude prospective cas-témoin qui a porté sur 100 femmes excisées et 100 femmes non excisées et qui ont été suivies depuis leur 1^{ère} CPN jusqu'à l'accouchement au centre de santé de référence de Sikasso (Mancourani) et au CSCOM de Wayerma, le suivi des complications à été fait à l'hôpital de Sikasso.

Résidence

Quarante un pour cent de nos femmes excisées et 40% de nos femmes non excisées résident à Wayerma.

Cela s'explique par le fait que une partie de l'enquête s'est déroulée dans le CSCOM de Wayerma.

Age des femmes enquêtées :

La tranche d'âge 15 à 19 ans était la plus représentée avec 60% chez les femmes excisées et 60% chez les femmes non excisées et la tranche de 45 à 49 ans la moins représentée chez les excisées et les non excisées avec 1% dans les deux cas. Ce résultat est proche de celui trouvé par Kanté(25) qui est de 51,1% des femmes excisées et non excisées appartenant à la tranche d'âge de 14 à 19 ans. EDSM II (19) a trouvé le même résultat avec la tranche d'âge de 15 à 19 ans soit 60%.

Mais ce résultat est différent de celui de Fatou (22) qui a trouvé que la tranche d'âge de 25 à 29 ans est la plus touchée avec 23% et 15 à 19 ans la moins touchée avec 6,8%. Notre moyenne d'âge est de 19 ans pour les excisées et 18 ans pour les non excisées.

Ceci s'explique par la prédominance de la population jeune parmi la population générale au Mali.

Région d'origine

Quarante pour cent des femmes excisées et 34% des femmes non excisées sont de la région de Sikasso. Cela peut s'expliquer par le lieu d'étude

Ethnie

Le Sénoufo est l'ethnie la plus représentée avec 28% chez les femmes excisées tandis que chez les femmes non excisées l'ethnie la plus représentée est le Sonrhai avec 25%. Mr Kanté(25) a rapporté une prédominance de bamanan chez les femmes excisées 34,6% et chez les non excisées celle de Sonrhai avec 33,1%. Ceci s'explique par le fait que la pratique de l'excision est moins connue dans le milieu Sonrhai.

Etat civil :

Soixante dix pourcent(70%) des femmes excisées sont mariées alors que 60% des femmes non excisées sont célibataires. Ce résultat est différent de celui trouvée par Kanté (25) qui est de 50,4% de femmes célibataires excisées et 64% des femmes non excisées mariées.

Occupation :

L'occupation la plus fréquente est représentée par les ménagères avec 60% des cas chez les excisées. Par contre chez les non excisées elle est représentée par les élèves et étudiantes avec 60%.

Niveau d'instruction

Notre étude a montre que 50% des femmes excisées sont non scolarisées tan disque 45% des femmes non excisées ont un niveau secondaire contrairement a Kanté(25) qui a trouve 45.1% des femmes excisées avec un niveau secondaire ; contre 67.7% chez les non excisées.

Nationalité

Cent pour cent (100%) des femmes excisées enquêtées et les femmes non excisées enquêtées sont des maliennes. Ce résultat est proche à celui de Fatou (22) qui a trouvé que 98.3% sont des maliennes.

Religion

Quatre vingt quatorze pour cent des femmes excisées et 88% des femmes non excisées sont musulmanes, résultat proche de celui de Kanté qui trouve 94% de femmes excisées musulmanes contre 67.7% des femmes non excisées

Nos résultats sont différents à celui trouvé par ROUSTEL.D (32) qui est 59% des femmes non excisées sont des chrétiennes tandis que 67.33% des femmes excisées sont des musulmanes.

Niveau d'instruction du père des femmes enquêtées

De notre étude, il ressort que 55% des femmes excisées le père n'est pas scolarisé tandis que chez 50% des femmes non excisées le père a le niveau du secondaire. Ce résultat est différent de celui trouvé par Kanté(25) qui est de 48,9% des pères des femmes excisées sont du niveau secondaire contre 60,2% chez les femmes non excisées. La non scolarisation est un facteur important dont on doit tenir compte dans la lutte contre l'excision.

Une étude faite au Burkina Faso (33), a prouvé que la pratique de l'excision décline en fonction du niveau d'instruction des parents.

Niveau d'instruction de la mère des femmes enquêtées

Notre étude a montré que 50% des femmes excisées ont des mères non scolarisées tandis que 60% des femmes non excisées ont des mères du niveau secondaire.

Occupation du père des femmes enquêtées

De notre étude il ressort que, 40% des femmes excisées sont de pères cultivateurs ; tandis que, 30% des femmes non excisées ont le père fonctionnaire ; résultat différent de celui de Kanté(25) qui a trouvé 54,9% des femmes excisées de père fonctionnaire contre 80,5% chez les non excisées.

Occupation de la mère des femmes enquêtées

Cinquante pourcent (50%) des femmes excisées dans notre étude sont de mères ménagères ; tandis que 45% des femmes non excisées qui ont leurs mères fonctionnaires. Nos résultats sont inférieurs à ceux de Kanté qui sont 75,9% des femmes excisées de mères ménagères tandis que 68,4% chez les non excisées de mères fonctionnaires.

Type d'excision

Notre étude, a montre que le type II est le plus fréquent avec 68% comparable à celui de Kanté(25), Fatou(22 (25, 22, 34) et Sidibé qui ont trouvé respectivement 63,9% 72,7% et 61,8%. Cependant ELGAALI avait trouvé une fréquence élevée de type I avec 35% serait due à des problèmes ethniques.

Troubles psycho sexuels

Dans notre étude 59% des femmes excisées présentent des troubles psychosexuels contre 10% des femmes non excisées, tant inférieurs à ceux trouvés par Kanté qui est 78,9% chez les excisées contre 7,5% chez les non excisées.

En Egypte une étude menée en 1981 (9) sur 2000 femmes montrait que 25% d'entre-elles n'avaient pas de sensation lors de rapports sexuels, 30%

souffraient d'une baisse de la libido, de passivité, voir des répulsions envers l'acte sexuel et 50% de dyspareunie ou de vaginisme.

Au Sénégal, une étude faite en 2005 (27) montre que les femmes mutilées souffrent dans 30,4% des cas d'un syndrome post-traumatique associé à des troubles de la mémoire et 48% d'autres syndromes psychiatriques, associées la plus part du temps à des troubles du comportement.

L'âge de d'excision

L'âge de l'excision n'est pas connu dans 80% des cas chez les femmes enquêtées, résultat proche de celui de Kanté(25) et Fatou(22) qui ont trouvé respectivement 85,7% et 76,6% .

Souvenirs de l'excision

Soixante dix pourcent (70%) des nos femmes enquêtées n'ont aucun souvenir de leur excision, taux inférieur de à celui trouvé par Fatou (22) qui est de 85,2%.

Opérateur

Il est ressorti dans notre étude que 76% de nos femmes ne savent pas par qui elles ont été excisées ; 20% de nos femmes ont été excisées par des exciseuses traditionnelles contre 4% par les agents de santé.

Nos résultats obtenus sont < à ceux trouvés par EDSM II (19) 82% et Kanté (25) 82%.

Répartition des femmes enquêtées souhaitant exciser leur fille en fonction des raisons évoquées

De notre étude il ressort que 56% des femmes excisées souhaitent exciser leur fille pour des raisons traditionnelles contre 48% des femmes non excisées.

Répartition des femmes enquêtées ne souhaitant pas exciser leur fille en fonction des raisons évoquées

De notre étude il ressort que 40% des femmes excisées ne souhaitent pas exciser leur fille pour des raisons de complications contre 69% pour des femmes non excisées.

Connaissance de patientes sur l'existence de complications d'excision

Dans 85% de cas les femmes non excisées n'ont aucune connaissance sur l'existence de complications de l'excision tandis que 58% des femmes excisées ont des connaissances sur l'existence de complications de l'excision.

Répartition des femmes enquêtées en fonction des complications citées

De notre étude l'enquête a révélé que 6% des femmes excisées ont cité l'accouchement difficile comme complication majeure.

Par ailleurs, Le VIH SIDA, la diminution de la sensibilité sexuelle et l'accouchement difficile sont par ordre décroissant les complications majeures citées par les femmes non excisées avec respectivement un taux de : 18%, 14%, 13%.

Déchirure périnéale

De notre étude 20% des femmes excisées présentaient la déchirure périnéale contre 2% chez les femmes non excisées. Selon Kanté (25) 49,6% des femmes excisées ont eu une déchirure contre 11,3% chez les

femmes non excisées. Cécile Vernon (11) a trouvé que 13,6% des femmes excisées ont présenté la déchirure périnéale contre 6,3% chez les femmes non excisées

Épisiotomie :

L'épisiotomie a été effectuée chez 46% des femmes excisées contre 5% chez les non excisées, taux inférieur de celui trouvé par Kanté (25) qui est de 56,4% chez les femmes excisées contre 5,3% chez les non excisées.

Cécile Vernon (11) a trouvé 17,9% de femmes excisées qui ont subi l'épisiotomie.

L'excision entraîne une rigidité vulvaire qui nous amène à faire l'épisiotomie au cours de l'expulsion de l'enfant pour éviter les déchirures.

Allongement de la durée expulsion

Chez 52% des femmes excisées la durée d'expulsion a été supérieure à 45mn contre 30% chez les femmes non excisées. 48% de femmes excisées ont une durée d'expulsion inférieure à 45mn contre 70% chez les non excisées. Cécile Vernon (11) a trouvé 89,4% chez les non excisées contre 82,1% chez les excisées de durée d'expulsion inférieure à 45mn.

10,6% des femmes non excisées ont une durée d'expulsion supérieure à 45mn contre 17,9% chez les excisées.

Indice d'Apgar

Chez les excisées, Apgar du nouveau né est égale à 10 (à la première minute) 75% contre 91% chez les non excisées. Vernon a trouvé 80%(11) de score d'Apgar égale à 10(à la première minute) contre 92% chez les nouveau né de femmes non excisées.

Hémorragie de la délivrance

Notre étude a montré que 20% des femmes excisées ont présenté une hémorragie de la délivrance contre 5% chez les non excisées. Chez les non excisées Cécile (11) a trouvé un taux de 3,93% d'hémorragie de la délivrance contre 7% pour les excisées.

Relation entre le type d'excision et le niveau d'instruction du père

Dans notre étude, les 100% du type III ont été retrouvés pour les pères non scolarisés.

Chez 46% du type II le père n'était pas scolarisé. On ne peut pas affirmer qu'il y a une différence statistiquement significative entre les deux variables $P=0.12$

Relation entre le type d'excision et le niveau d'instruction de la mère

De notre étude, il ressort que le type I a été pratiqué à 46,66% dans les cas où la mère n'était pas scolarisée et le type II dans 67,65%. Le type III a été pratiqué à 100% quand la mère était non scolarisée (qui peut être expliquée par l'attachement à la tradition). On ne peut pas affirmer qu'il existe une différence statistiquement significative entre ces deux variables $P=1.24$

Relation entre le type d'excision et la déchirure du périnée au cours de l'accouchement

Dans notre étude, on a eu 6,66% de déchirures du périnée dans le type I, 25% dans le type II, 50% dans le type III. Ces déchirures surviennent le plus souvent à l'absence de l'épisiotomie. Le test statistique n'a pas pu être appliqué vu la taille de l'échantillon.

Relation entre le type d'excision et région d'origine

Le type I a été pratiqué à 15%, le type II à 24% et le type III à 50% par les femmes originaires de Sikasso. Ce résultat est probablement dû au fait que notre étude a été menée dans la ville de Sikasso.

Relation entre le type excision et I, hémorragie au cours de la délivrance :

Dans notre étude, l'hémorragie de la délivrance a été constatée dans 3,33% du type I, 26,47% du type II et 50% du type III. On constate une légère augmentation de l'hémorragie de la délivrance au niveau du type II et III par rapport au type I mais on ne peut pas affirmer qu'il existe une différence statistiquement significative entre les deux variables vu la taille de l'échantillon.

Relation entre le type d'excision et le score d'Apgar

De notre étude il ressort que 100% des femmes excisées du type I ont un nouveau né avec score d'Apgar = 10 contre 51,47% du type II alors que 29,49% du type II ont un nouveau né avec score entre 7 et 10. 50% du type III ont un nouveau né avec score entre 0 et 3. On constate que le score d'Apgar du nouveau né varie avec le type de l'excision.

Relation entre le type de l'excision et l'épisiotomie

De notre étude on note 33,33% d'épisiotomie dans le type I, 51,47% dans le type II, et 50% dans le type III. On peut affirmer qu'il existe une différence statistiquement significative entre les deux variables $P=0.04$

L'excision entraîne une rigidité vulvaire qui nous amène à faire l'épisiotomie au cours de l'expulsion du fœtus pour éviter la déchirure.

Relation entre le type d'excision et les troubles psycho sexuels :

Notre étude a montré que, frigidité, dyspareunie et vaginisme ont été retrouvés dans 13% des cas dans le type II

Vaginisme dyspareunie dans 5% du type I et 20% du type II.

Vaginisme 14% du type I et 16% du type II et autres douleurs ont été retrouvées dans le type III. On constate que le pourcentage de : dyspareunie frigidité vaginisme augmente du type I au type II. Notre étude nous a permis de révéler l'existence d'autres troubles dans le type III qui sont méésentente dans le foyer, douleurs durant toute la journée après les rapports sexuels.

VII -Conclusion

Au terme de notre étude prospective cas/Témoin à propos de 100 femmes excisées et 100 femmes non excisées réalisée au centre de santé de mancourani et au CSCom de Wayerma dont le suivi a été fait à hôpital de Sikasso du 2-2-2008 au 28-2-2009.

Les constatations que nous avons pu faire sont les suivantes : La pratique de l'excision diminue en fonction du niveau instruction des parents

Les troubles psychosexuels augmentent légèrement dans le type I par rapport aux femmes non excisées tandis que dans les types II et III les taux sont élevés. 90% des femmes excisées ont répondu oui à l'excision pour leurs enfants tandis que 65% des femmes non excisées ont dit non à l'excision ; 56% des femmes excisées souhaitent excisées leurs filles pour des raisons traditionnelles, tandis que 69% des femmes non excisées ne souhaitent pas le faire pour des raisons des complications ; 85% des femmes excisées n'ont aucune connaissance sur l'existence de complications de l'excision tandis que 58% des femmes non excisées ont des connaissances sur l'existence de complications de l'excision.

Dans notre étude 60% des femmes excisées ont cité l'accouchement difficile comme complication majeure.

En ce qui concerne les déchirures périnéales les femmes non excisées avaient plus de chance d'avoir un périnée intact après l'accouchement que les femmes excisées.

Dans le type I le taux d'épisiotomie a légèrement augmenté chez les femmes non excisées. Le type II a nécessité une Episiotomie dans 35% de cas.

Le type I n'augmente pas la durée de l'expulsion tandis que le type II et III influencent la durée expulsion en la prolongeant.

L'hémorragie de la délivrance a été plus fréquente dans les type II et III.

VIII Recommandations

Aux agents de santé :

- NE pas souscrire à une médicalisation de la pratique des MGF
- Faire l'information l'éducation et communication (IEC) lors des consultations gynécologiques et au cours des CPN afin de faire prendre conscience à la population des méfaits de l'excision.

Aux autorités :

- Appliquer la loi sur toutes genres des personnes qui pratiquent l'excision.
- Poursuivre la dotation des hôpitaux, des centres de santé de référence et des cscom 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.
- Impliquer le système éducatif malien

X - Références

11-Amnesty International

2- Female Genital Mutilation: A Human Rights information pack - in Stop violence against woman, 1997.

2-Amnesty International

- MGF. Droit d'asile- Edition française d'Amnesty Internationale - janvier 1998- (Index AI : ACT 77/13/97).

3-ANONYME :

Evaluation de la stratégie de reconversion des exciseuses pour l'éradication des mutilations génitales féminines (MGF) au Mali, CNRST/Population couincil, Décembre 1991

14- ANONYME :

2L'excision au Mali. Revue et analyse de la situation : Programmes, études et positions des religions, PASAF, Bamako, 2002

35- ANONYME :

4Rapport de l'étude des connaissances et pratiques sur les MGF dans le Kampena, services socio sanitaires du cercle de Tomnian et world vision, 2002

56-AULAGNON M.

6- Selon l'ONU, deux millions de fillettes sont excisées chaque années - le Monde, 11 août 1997, page 4.

7-BAMBA (ML)

L'excision en milieu senoufo de Kadiolo, ENSUP DER PPP (mémoire de fin d'étude) 1998

8-BATHIJA H.

– Les mutilations sexuelles féminines : un problème de santé publique mondiale – in 1ère journée humanitaire sur la santé des femmes dans le monde, 8 mars 2006, paris.

9-BERARDI JC. et al.

- Conséquences Obstétricales de l'Excision : Etude chez 71 femmes africaines excisées – J.Gynécol Obstet Biol Reprod, 14, 743-746, 1985.

110-CARCOPINO X., SHOJAI R., BOUBLI L.

2– Les Mutilations génitales féminines : généralités complications et prise en charge obstétricale - Ed. Masson- le 20 avril 2004.

311-CÉCILE VERNON

Complications obstétricales et néonatales des mutilations sexuelles féminines.

Université Louis Pasteur Faculté de médecine, école de sages femmes de Strasbourg 2007.

112-Dr COLLINET, Gynécologue obstétricien au CHRU de Lille, le 29 novembre à 18h30.

213-Colloque « Pour en finir avec les mutilation sexuelles féminines »-

Institut Pasteur, Paris, 4 décembre 2006

114-Colloque « les Mutilations Sexuelles Féminines », Colloque

Régional organisé par Gynécologie Sans Frontières – Université Catholique de Lille – 11 décembre 2006

15-Coulibaly, Pascal Baba :

L'excision à nouveau, in le Républicain(Hebdomadaire), N°388 du 11 septembre 1998.

16-DIALLO Abibatou

Aspects socio sanitaires de l'excision au Mali

Thèse école normale de médecine et de pharmacie en 1994

17-DIALLO A.

– Mutilations Génitales Féminines au Mali : revue de la littérature et des actions menées – novembre 1997._

18-Dounia BOUJAHMA

LES MUTILATION SEXUELLES FEMININES ETAT DES LIEUX ET PRISE EN CHARGE

L'école des sages femmes de la Faculté libre de médecine de Lille 2007

19-EDS II: ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTE PHASE II

Cellule de planification et des statistiques du Ministère de la Santé/Direction Nationale des statistiques et de Informatique.

Macro International INC, Calverton Maryland USA 1996

20-EDS III : ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTE PHASE III

Cellule de planification et des statistiques du Ministère de la Santé/Direction Nationale des statistiques et de Informatique.

Macro International INC, Calverton Maryland USA 2001.

21-ELGAALI M, STREVENSH, MARDHP. H.

Femal genital mutilation...an exported medical hazard.

Department of obstetrics and gynaecology, lund university sweden 2006

22-Fatou ADJI : Aspects socio sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G. Thèse de la FMPOS en 2007.

123-HALIMATOU B.

Excision : Que faut-il en penser ? - le 9 avril 2006- in [http:// tilz. Tearfund. Org/Publications](http://tilz.Tearfund.Org/Publications)

124-HENRION R.

le Rôle du médecin face aux mutilations sexuelles - la presse médicale, Ed.Masson, septembre 2003, n°29, vol.32, p : 1347-1348.

25-KANTE IBRAHIM

COMPLICATIONS GYNÉCO OBSTÉTRICALES ET GÉNITO URINAIRES LIÉES À L'EXCISION.

THÈSE FMPOS BAMAKO MALI 2001

126-KHADIATOU, MAÏKIBI D.

Mutilations génitales des femmes et des petites filles - in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ?- organisé par EQUILIBRES ET POPULATIONS en partenariat avec le GAMS – compte rendu réalisé par I.GILLETTE-FAYE et R.TOUBON- Paris le 14 juin 2001 sous le haut patronage de l'académie nationale de médecine.

27- MAHRANM :

Medical Risk of excision Med Bull eppf 15 1995 Maiga AOUDOUK SIDIBE
L'expérience de l'association malienne pour le suivi et l'orientation des pratiques traditionnelles (AMSOPT),in synthèse du colloque ; Comment lutter contre les MGF ICI ET la bas paris le 14 juin 2001

128-MAÏGA AOUDOU K. SIDIBE, TOURE C.

Pour une campagne transnationale en France et au Mali - in synthèse du colloque : comment lutter contre les mutilations génitales féminines ici et là-bas ? , Paris le 14 juin 2001.

129-MATIS R.

Mutilations sexuelles féminines : Définition, données épidémiologiques – in Colloque Régional « les Mutilations Sexuelles Féminines » organisé par Gynécologie Sans Frontières, Université Catholique de Lille, 11 décembre 2006.

130-OMS

Une nouvelle étude montre que la mutilation génitale féminine expose les mères et les bébés à des risques majeurs à l'accouchement – Genève, 2 juin 2006.

131-RANDALL J.

Après l'Afrique l'Asie Centrale cache ces mutilées - à l'occasion de la première journée humanitaire pour la santé des femmes dans le monde, le 8 mars 2006- forum de Grenelle, Paris.

132-ROUSTEL D.

Trois millions de filles excisées chaque année – l'Humanité, 6 février 2006.
WHO Study Group on Female Genital Mutilation and obstetric outcome –
Female Genital Mutilation and obstetrics outcome: Who collaborative prospective in six African countries – The Lancet, 2006, 367: 1835-41.

33-Recherches opérationnelles, assistance technique, projet II en Afrique, Population conseil

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

34-SIDIBE Aïssata

Excision : Aspects épidémiologiques, socio culturels et anatomo cliniques à propos de 1 000 cas. Pédiatrie HGTThèse FMPOS Bamako 2004.

35-TOURE CHEICK OUMAR

Religion et MGF : Rapports entre l'Islam et l'excision. Une synthèse du colloque comment lutter contre les MGF ici et làbas ? Paris le 14 Juin 2001.

36-TOURE CHEICK OUMAR

Prévention et prise en charge des complications liées à l'excision
Prime II Mali 2004 70P.

37-Toure Younoussa Kone Felix :

Excision au Mali réalités et perspectives de lutte
Centre djoliba, mai 1997 rapport d'enquête 51P.

38-Toure Younoussa et Yaouaga Felix Kone

Une loi contre l'excision au MALI opportunités obstacles et stratégies.
Centre djoliba Mali 1999 rapports d'enquête 76p.

39-Toure Younoussa et Kone Felix :

Projet de sensibilisation sur la santé reproductive des femmes au Mali.
Centre Djoliba décembre 1999.

40-Toure Younoussa et Kone Felix :

L'excision nuit à la femme Centre Djoliba Mali 2001.

41-TRAORE Lamine Boubacar

Exciser ou ne pas exciser sa fille. PASAF 2002.

42-TRAORE Lamine Boubacar

Les attitudes et perspectives par rapport à l'excision dans la sous région Ouest Africaine.

PNLE Mali 2002 19P.

43-Traoré Lamine Boubacar :

L'excision au Mali

Entretien avec les décideurs UNFPA 2007.

Annexes :

ANNEXE 1 :

LES associations travaillant sur l'excision au mali

- AMSOPT : Association malienne pour le suivi et l'orientation des pratiques traditionnelles. BP E1543Bamako Tel : 2029-58-95
- APDF : Association pour le progrès et la défense des droits des femmes. BP 1740 Bamako Tel : 2023-23-62
- ASDAP : Association de soutien au développement des activités de population. BP 9514 Bamako Tel : 2020 27 69

- CAFO : coordination des associations et ONG féminines,Avenue Cheick Zayed BPE 194 Bamako Tel : 2023-74-74
- CEDPA : centre pour le développement des activités de population. BPE 1524Bamako Tel : 2021-02-46
- CENTRE DJOLIBA : Avenue Modibo Keita BP 298 Bamako Tel : 2022-83-32
- PLAN INTERNATIONAL MALI BP 1598 Bamako Tel : 2023-05-83 /222-40-40
- POPULATION COUNCIL: Avenue Cheick Zayed Hamdallaye immeuble ABK1 Apt 203 Bamako Tel: 2029-27-64/6
- PASAF : projet d'appui a la lutte contre les pratiques préjudiciables a la femme et a l'enfant ; kalaba n coura aci rue 6666666232 BPE 5198 Bamako Tel : 2023-20-87
- CNAPN : comite national d'action pour l'abandon des pratiques néfastes a la santé ; kalaban coura aci rue 6232 BPE 5198 BAMAKO Tel : 2028-70-89 9
- PNLE : programme national de lutte contre l'excision ; Badalabougou sema Tel : 2023-20-8

Fiche signalétique

Nom : Sissoko

Prénom :Makan Bakary

Nationalité : Malienne

Titre : Problématique de l'excision à Sikasso : Aspects cliniques et psychosociaux

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Santé publique, Gynéco Obstétrique

Résumé

Les constatations que nous avons pu faire sont les suivantes : La pratique de l'excision diminue en fonction du niveau d'instruction des parents. 90% des femmes excisées ont répondu oui à l'excision pour leurs enfants tandis que 65% des femmes non excisées ont dit non à l'excision ; 56% des femmes excisées souhaitent exciser leurs filles pour des raisons traditionnelles, tandis que 69% des femmes non excisées ne souhaitent pas le faire pour des raisons de complications ; 85% des femmes excisées n'ont aucune connaissance sur l'existence de complications de l'excision tandis que 58% des femmes non excisées ont des connaissances sur l'existence de complications de l'excision.

Dans notre étude 60% des femmes excisées ont cité l'accouchement difficile comme complication majeure.

En ce qui concerne les déchirures périnéales les femmes non excisées avaient plus de chance d'avoir un périnée intact après l'accouchement que les femmes excisées.

Dans le type I le taux d'épisiotomie a légèrement augmenté chez les femmes non excisées. Le type II a nécessité une épisiotomie dans 35% de cas.

L'hémorragie de la délivrance a été plus fréquente dans les types II et III..

Mots clés : Excision, Sikasso, Gynécologie