

Etude des séquelles génito-urinaires de l'excision au service d'urologie du CHU Gabriel TOURE à propos de 24 cas.

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
Mali SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE



Université de Bamako



Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odontostomatologie

Année universitaire 2009-2010

République du



Un Peuple - Un But - Une Foi

Thèse N°

TITRE:

**ETUDE DES SEQUELLES GENITO-
URINAIRES DE L'EXCISION AU
SERVICE D'UROLOGIE DU CHU
GABRIEL TOURE A PROPOS DE 24 CAS**

Présentée et soutenue publiquement le 14/11/ 2009 devant la Faculté de
Médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie par

Monsieur Kassim SIDIBE

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

JURY

Président : PR SAHARE FONGORO

Membre : DR TEGUETE Ibrahima

Codirecteur : DR OUATTARA ZANAFON

Directeur de thèse : PR OUATTARA KALILOU

Etude des séquelles génito-urinaires de l'excision au service d'urologie du CHU Gabriel TOURE à propos de 24 cas.

DEDICACES

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

✓ **A mon père N'Faly SIDIBE**

Baba ton encadrement, ton amour du travail bien fait, tes conseils, tes encouragements et toute ton admiration pour moi ont permis la réalisation de ce travail. Saches que tes instructions resteront gravées dans ma mémoire et que je ne pourrai jamais faire assez pour toi.

Qu'Allah le tout Puissant te donne longue vie.

Baba je te remercie.

✓ **A ma maman Kadiatou SIDIBE**

Mère irréprochable, courageuse et dévouée, tu m'as entouré d'une attention et d'une affection sans pareille. Les mots me manquent pour décrire tes qualités. Tout ce que j'aurai à dire ne saurait exprimer tout le sacrifice et l'endurance dont tu as fait preuve pour m'élever. Ce travail est le fruit de tes efforts. Que Dieu t'accorde longue vie, une santé de fer et beaucoup de bonheur.

Mah mon admiration pour toi n'a pas de limite. Une fois de plus, je t'adore et te remercie.

A ma tante Lalla Aissa DICKO

A cette étape combien de fois importante de ma vie les mots me manquent pour te remercier.

Tante que le Miséricordieux t'accorde une santé d'acier et une longue vie. Sois assurée de ma profonde reconnaissance.

Encore une fois de plus je te remercie.

A ma tante Mariam DIALLO

A chacune de mes demandes à la hauteur de tes capacités, tu m'as comblé.

Saches que je n'oublierai pas ce que tu as fait pour moi.

Je te dis merci.

A mes grands-mères : Mariam DIAWARA et Fanta DIALLO, vos bénédictions de tous les jours m'ont toujours accompagné.

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

✓ **A mes frères et sœurs : Moussa, Koumba, Djénebou, Djéneba, Issa, Adama, Mahamadou, Assétou, Oumou, Mory, Fanta, Sékouba, Siaka (SIDIBE)**

Soyez assurés de mon amour et comptez sur mon soutien et mes conseils.

Je souhaite que ce travail soit pour vous q'une petite contribution et que vous ferez bien plus et ce, dans divers domaines.

A mes Cousins (es) : Mme OUATTARA Rokia KONE, Madio DIAKITE, Penda DOUMBIA, Mariam SOUMBOUNOU, Solomane SIDIBE, Samou SIDIBE, Dramane CAMARA, Abdoul Karim TOGOLA, Modibo SIDIBE, Adama COULIBALY

Vous avez été des frères pour moi. Merci pour toutes ces années passées dans un climat familial chaleureux et convivial. Que le Tout Puissant renforce les liens qui nous unissent.

✓ **A mes Tontons :** Diakaridia DIAKITE, Baba TOGOLA, Fodé KONATE, Bassidi TRAORE, Pr. Siaka SIDIBE, Adama SANGARE, Bakary DIARRA, Moussa DOUMBIA.

Trouvez ici, une fois de plus l'expression de mes remerciements et de mon amour.

✓ **A Mme COULIBALY OUMAÏSSA TIMBO**

Je vous remercie pour les conseils combien importants émanant de vous à chaque étape de mon cursus universitaire. Merci pour m'avoir traité comme votre propre fils. Que Dieu vous protège.

REMERCIEMENTS

✓ **A mes tantes**

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

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

✓ **A mon cousin Mory CAMARA**

En plus d'être un cousin tu as été un père pour moi.

Merci pour ton affection constante.

Trouve ici l'expression de ma sincère gratitude.

✓ **A mon amie madame SANOU Clémence KAMATE**

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

✓ **A madame SANGARE Chata SANGARE**

Merci pour ton soutien et tes conseils.

Que Dieu te donne longue vie et beaucoup de chance !

✓ **A mes amies**

Fatoumata KONE, Awa BAYOKO, Fanta KONE, Bata SANGARE, Djéneba DIAKITE, Kadiatou DIAKITE, Chata DIAKITE, Adam DIAKITE, Fatoumata Alassane SIDIBE, Adiaratou KONE.

Rien n'est plus important que l'amitié ; recevez donc à travers ce modeste travail l'expression de mes vifs sentiments d'amitié.

✓ **A mon maître Docteur Ricard DOLO**

Les mots ne peuvent pas exprimer toute la gratitude que je ressens pour toi. Sans ton aide ce travail aurait difficilement abouti.

Merci docteur pour ton inestimable soutien.

✓ **A mes amis**

Seydou DIARRA, Oumar B DIAKITE, Ali KONE, Adama N SANGARE, Drissa DIALLO, Oumar KONE, Abdoul Kassim TOURE, Mohamed Kolé SIDIBE, Souleymane MARIKO, Abdoulaye Toumani SIDIBE, Lassina Samoura, Mamadou Moussa DIAKITE, Demba Coulibaly, Abou DIALLO, Ibrahim DEMBELE, Daouda Yaya KONE, Adama SANGARE, Sanouci KONE, Hamadi KANTE, Seydou OUEDRAGO, Luc SIDIBE, Idrissa NIAMBELE, Fatogoma Issa KONE, Adama DIARRA, Salia SIDIBE, Bakary M SIDIBE, Alaye SANGARE, Alassane SANGARE, Jean Wamian KONE, Ousmane TIMBO, Lassina KONE, Abdoulaye COULIBALY, Amadou KONE .

Que notre amitié ne souffre d'aucune entrave et résiste à l'épreuve du temps. Je vous aime.

✓ **A tous mes collègues internes du service d'urologie du CHU Gabriel TOURE : Fatoumata KANSAYE, Abdoul Karim TRAORE, Mamadou Souleymane KEITA, Zafara DIARRA, Issa Nagazié TRAORE, Amadou S DIARRA, Sékou KANE, Seydou TRAORE, Jacob DOUGNON, Wapi LOUZOLO, Sékou OUATTARA, Papa Souleymae COULIBALY, Ahmed KOUROUMA, Ousmane Nago DEMBELE, Aboubacar Baba COULIBALY, Tora FOFANA, Mamadou Seyba TRAORE.**

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

Soyez assurés de ma sincère reconnaissance.

Bonne chance et courage à vous.

- ✓ **A mes aînés du Service : Drs Adama TOUNKARA, Adama DEMBELE, Yacouba SANGARE, Moussa Zié SANOGO, Kourbé DIARRA, Amadou KASSOGUE, Ibrahima BERTHE, Richard A DOLO, Seydou COULIBALY, Mamadou BALLO, Mamadou Prosper SANOGO, Boukary GUINDO, Modibo SANOGO, Amadou BERTHE, Moumine Zié DIARRA, Sadia TANGARA, Badian I TOGOLA, Mohamed Ali SAMAKE, Amadou H BAH, Youssouf COULIBALY, Moussa FANE.**

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

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

- ✓ **A mes cousins et cousines**
- ✓ **Au major Mme kadiatou DIARRA et à tout le personnel du service d'urologie du CHU Gabriel TOURE**
- ✓ **A toutes les filles qui ont accepté d'adhérer à cette étude. Bonne santé.**
- ✓ **A MON COLLEGUE DE TOUS LES JOURS : Zafara DIARRA**

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

- ✓ **A MA SOEUR AINEE Mme Safiatou KONE**
- ✓ **Aux docteurs Amadou MARIKO et Bassidi SINAYOKO**

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

- ✓ **A mes oncles : Zoumana, Dramane, souleymane, Seydou, Benokozou, Satigui, Abou, Bourama.**
- ✓ **Aux colonels Siaka SANGARE et Tiéoulé Satigui SIDIBE**

✓ **Aux familles DICKO, COULIBALY, DOUMBIA, AYA, KONATE et SIDIBE.**

✓ **REMERCIEMENTS PARTICULIERS**

AU Docteur OUATTARA Zanafon

Vos qualités humaines, votre amour du travail bien fait et votre souci constant de la bonne formation des internes font de vous un exemple à suivre. Votre contribution morale et pratique a été indispensable pour la réalisation de cette recherche.

Trouvez ici toute ma reconnaissance et ma satisfaction.

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

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

*A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT
DU JURY*

PROFESSEUR SAHARE FONGORO

- MAITRE DE CONFERENCE EN
NEPHROLOGIE A LA FMPOS
- CHEVALIER DE L'ORDRE DU MERITE
DE LA SANTE DU MALI

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury, malgré vos multiples occupations. Cher maître, l'intégrité, la rigueur, le courage et le sérieux sont des qualités irréfutables d'un homme remarquable. Ces vertus que vous incarnez ont forcé notre admiration. Merci pour votre disponibilité constante.

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

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

DOCTEUR TEGUETE Ibrahima

- SPECIALISTE EN GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE

-MAITRE ASSISANT EN GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE A LA FMPOS

Cher maître, nous sommes très honoré de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être membre de ce jury malgré vos nombreuses occupations.

Recevez, cher maître l'expression de notre grand respect et toute notre admiration.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

DOCTEUR OUATTARA ZANAFON

- CHIRURGIEN UROLOGUE ANDROLOGUE
- MAITRE ASSISTANT A LA FMPOS
- CHEF DU SERVICE D'UROLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE

Vos excellentes qualités de médecin, votre dévouement envers vos patients, votre sagesse sont le gage de l'assurance d'un brillant succès de cette haute responsabilité.

En acceptant de co-diriger nos travaux, c'est un grand honneur que vous nous faites malgré vos multiples tâches. Vous témoignez ici par votre disponibilité l'intérêt que vous portez aux travaux scientifiques.

Vos critiques et vos suggestions ont largement contribué à améliorer la qualité de ce travail.

Veillez recevoir ici le témoignage de toute notre reconnaissance. Que Dieu vous donne longue vie.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

PROFESSEUR OUATTARA KALILOU

- DOCTEUR Ph.D. DE L'INSTITUT D'UROLOGIE DE KIEV
- CHEF DU SERVICE D'UROLOGIE DU CHU « POINT G »
- PROFESSEUR TITULAIRE D'UROLOGIE A LA FMPOS
- EXPERT NATIONAL ET INTERNATIONAL EN CHIRURGIE DE LA FISTULE OBSTETRICALE

Nous sommes très honoré de vous avoir comme Directeur de thèse.

Votre courtoisie, votre spontanéité font de vous un maître exemplaire.

Nous sommes fier d'avoir bénéficié de votre enseignement.

En acceptant de nous confier cette tâche oh combien sensible, vous nous avez témoigné votre confiance.

Nous garderons de vous le souvenir d'un excellent maître, d'un professionnel digne de respect.

Recevez en retour le témoignage de notre profonde gratitude et de notre marque de considération.

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

AMADOU HAMPATE BA

Acronymes

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

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

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

-J.C. : Jésus Christ

-MGF : Mutilation Génitale Féminine

**-CIAF: Conférence Internationale
Afrique Francophone**

**-CHU: Centre Hospitalier et
Universitaire**

**ECBU : Examen Cytobactériologique
des Urines**

Etude des séquelles génito-urinaires de l'excision au service d'urologie du CHU Gabriel TOURE à propos de 24 cas.

SOMMAIRE

I – Introduction– Objectifs	4
II – Généralités	5
A- Première partie : rappel sur l'appareil génital féminin	6
1. Rappels anatomiques	11
2. Rappels physiologiques	13
B- Deuxième partie : la pratique de l'excision	14
1. Les origines de l'excision	19
2. La répartition géographique de l'excision	20
3. La prévalence de l'excision	22
4. Les différents types d'excision	23
5. Les complications de l'excision	25
C- Troisième partie : l'excision au MALI	26
1. Les raisons évoquées	28
2. Description de l'excision en milieu bambara	29
3. La lutte contre l'excision au mali depuis 1990	33
4. L'excision et les religions	34
III – Méthodologie	35
1. Cadre de l'étude	36
2. Différents types d'excision	37
3. Type et durée de l'étude	37
3. Population d'étude	37
4. Echantillonnage	37
5. Recueil des données	38
6. Analyse et saisies des données	38
IV – Résultats	59
V – Commentaires et Discussion	65
VI – Conclusion et Recommandations	68
VII – Références	75

I. INTRODUCTION – *OBJECFIFS*

INTRODUCTION

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

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

Parmi les complications génito-urinaires nous pouvons citer entre autre

l'hémorragie, l'infection, la rétention d'urine, les fistules, les cicatrices, les

Kystes etc.

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

En 1931, elle est dénoncée pour la première fois par Séqira qui démontre sa nocivité médicale. A la suite de celui-ci, l'excision est désignée comme une pratique mutilante par l'ensemble du corps médical européen. Shandall (1967) Verzy (1975) et Hoskin (1978) présentent l'excision comme une lésion des organes sexuels et reproducteurs de la femme, susceptible d'entraîner une

morbidité ou une mortalité immédiate ou d'interférer plus tard dans les fonctions sexuelles et reproductives de la femme [2]

Dès le début des années 80, le débat sur l'excision alimente sans cesse les causeries, conférences, colloques et séminaires relatifs à la santé et aux droits humains de la femme. Mais le sujet continue d'opposer, voire, de diviser les opinions nationales africaines. Cette opposition a atteint son paroxysme lorsqu'il s'est agi pour certains pays de prendre des dispositions légales et réglementaires interdisant sa pratique. Si en Afrique du sud, l'excision a été interdite depuis 1920 sans heurt et sans conséquence sociale apparente, il n'en est pas de même pour tous les pays africains. [3]

L'excision est pratiquée dans toutes les régions du Mali et touche 85 % de la population féminine selon EDS IV Mali (2006). [4]

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

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

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

Objectif général

Etudier les séquelles génito-urinaires liées à l'excision au service d'urologie du CHU Gabriel TOURE de janvier 2008 à décembre 2008.

Objectifs Spécifiques

- 1 – Identifier les principales séquelles liées à l'excision.
- 2 – Rattacher à chaque type d'excision les types de complications y afférent.
- 3 – Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes pendant la période d'étude.

II-GENERALITES

A-Première partie :

Rappel sur l'appareil génital féminin

1. Rappels anatomiques

L'appareil génital de la femme se compose de 3 grandes parties : [6]

Les ovaires

L'utérus et les trompes

Le vagin et la vulve

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

La vulve

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

Les grandes lèvres

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

Au point de vue histologique on distingue :

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

Les Petites lèvres

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

Le Clitoris

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

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

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

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

- Rappports :

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

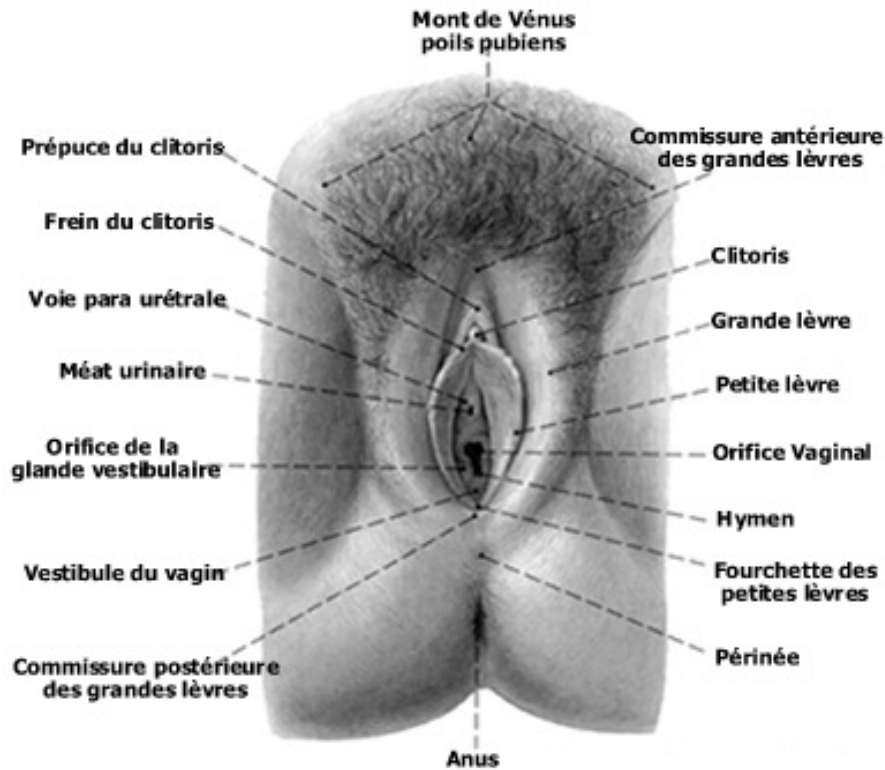


Schéma : Vue de face de la vulve et du mont de Venus [6].

Le mont de venus

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

Innervation

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

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

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

Sur la face dorsale du clitoris cheminent les nerfs dorsaux du clitoris, branches du nerf honteux interne. Les rameaux terminaux de ces nerfs aboutissent à différents extérocepteurs : - les corpuscules de Pacini, de Meissner, de Krause, de Finger ou corpuscules de la volupté etc ; -les récepteurs thermiques, corpuscules de Ruffin (chaleur et douleur) et corpuscules de Krause (froid) ; -les barorécepteurs, corpuscules de Meissner et de Pacini (tact appuyé), disque de Merkel (tact léger, caresses). Le nombre et la variété de ces extérocepteurs vont croissant des petites lèvres au gland clitoridien. Celui-ci plus richement innervé que son homologue masculin, présente des formations en massue décrites sous le nom de corpuscules de la volupté de Kraus – Finger.

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

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

Vaisseaux de la vulve

Les artères :

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

Les veines : Elles ont des territoires analogues aux artères.

Les lymphatiques :

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

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

Le vagin :

Etendu du col utérin à la vulve, le vagin constitue un conduit situé derrière la vessie et l'urètre, devant le rectum. Sa longueur moyenne est de 8 cm. 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. 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. [6]

2. Rappels physiologiques

Bien que beaucoup de choses aient été dites ou écrites sur leur compte, les mécanismes qui conduisent la femme au plaisir sexuel sont encore peu connus. De nombreux auteurs affirment avoir établi que tout orgasme chez la femme trouve son origine dans le clitoris, bien qu'elle puisse le ressentir d'une autre manière.

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

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

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

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

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

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

L'orgasme existant indiscutablement chez la femme excisée, tout laisse à penser que l'organisme privé de clitoris développe de nouveaux chemins pour assurer le plaisir. [2]

Deuxième partie :

La pratique de l'excision

1. Les origines de l'excision

Il est généralement admis que l'excision remonte au 2^{ème} siècle avant Jésus Christ précisément 163 ans avant sa naissance [Giorgis Belkis W.]. Les traces les plus anciennes en parlaient cinq siècles avant notre ère.

Erlich signale [7] que René Nelly, dans « érotique et civilisation » estime que chez les Egyptiens, l'excision remonte à 5000-6000 ans avant J.C. et qu'elle a été d'usage courant dans toute l'humanité protohistorique. L'un de ses arguments réside dans le fait que l'excision se pratique dans la zone qui correspond au foyer de la première néolithisation occidentale, à savoir l'Egypte, l'Ethiopie, la Syrie et la Perse. Cette thèse est confirmée par la découverte de momies excisées [7].

Dans le monde arabe, l'excision existait avant l'avènement de l'islam, ainsi que le confirment des textes de Aetius d'Aida [7] ; l'argument évoqué fait allusion à la taille excessive du clitoris qui aurait notamment pour conséquence d'être à l'origine d'un plus grand désir sexuel chez les femmes.

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

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

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

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

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

Des théories d'ordre économique

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

Ceci semble être confirmé par Mary Jane Sherfey, psychiatre américaine, qui estime « qu'à l'origine, les femmes étaient dotées d'une capacité orgasmique immodérée, incompatible avec le développement de la sédentarité monogame ». Ainsi, selon elle, l'hypersexualité qui caractériserait les femmes serait un obstacle à supprimer, en particulier par l'excision pour permettre au règne de l'homme de se maintenir [7].

Des théories d'ordre médico- psychologique

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

Ils rejoignent l'idée de nombreux auteurs médicaux, dont Diepgen [7] qui précise que l'opération était prescrite dans les cas d'hypertrophie clitoridienne, pour des raisons esthétiques et fonctionnelles (réduction de l'hyperexcitabilité sexuelle).

Des théories d'ordre anthropologique

Les raisons de sa pratique sont nombreuses mais c'est la thèse anthropologique qui correspond le mieux au contexte malien, car l'excision, pour Germaine Dieterlen [8], s'inscrit dans la pensée cosmogonique bambara.

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

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

Pour devenir un être stable, pour se marier, procréer, sacrifier, l'enfant doit être débarrassé de son wanzo. Cet effet est obtenu au cours de la circoncision, de l'excision et des rites qui terminent la retraite des opérés. La plus grande part des forces s'écoule dans la terre avec le sang de l'organe mutilé. Le reste de la force s'échappe avec la fumée du feu par-dessus lequel les enfants sautent... avant de rentrer dans leur demeure... mais le wanzo ne disparaît pas : il est capté dans les masques de la société du ndomo à laquelle appartiennent les incirconcis. C'est seulement lorsqu'un adolescent a perdu son wanzo qu'il est admis à se marier : tout individu refuserait d'épouser un partenaire qui n'en aurait pas été complètement débarrassé. [8]

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

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

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

Des théories d'ordre religieux

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

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

D'après Assad [9] citant Ibn el Athir, le prophète (paix et salut sur lui) aurait ajouté que « la circoncision est obligatoire pour l'homme, honorable pour la femme. Pour Belkis Giorgi, la pratique de l'excision serait issue d'une légende qui affirme que Sarah, épouse d'Abraham, aurait excisé elle-même sa coépouse Hagar dont elle était jalouse.

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

Une origine qui aurait pris naissance chez les coptes d'Egypte et les Abyssins d'Ethiopie. Elle aurait été transmise aux arabes, (bien avant le prophète) qui auraient assuré sa diffusion.

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

2. Répartition géographique

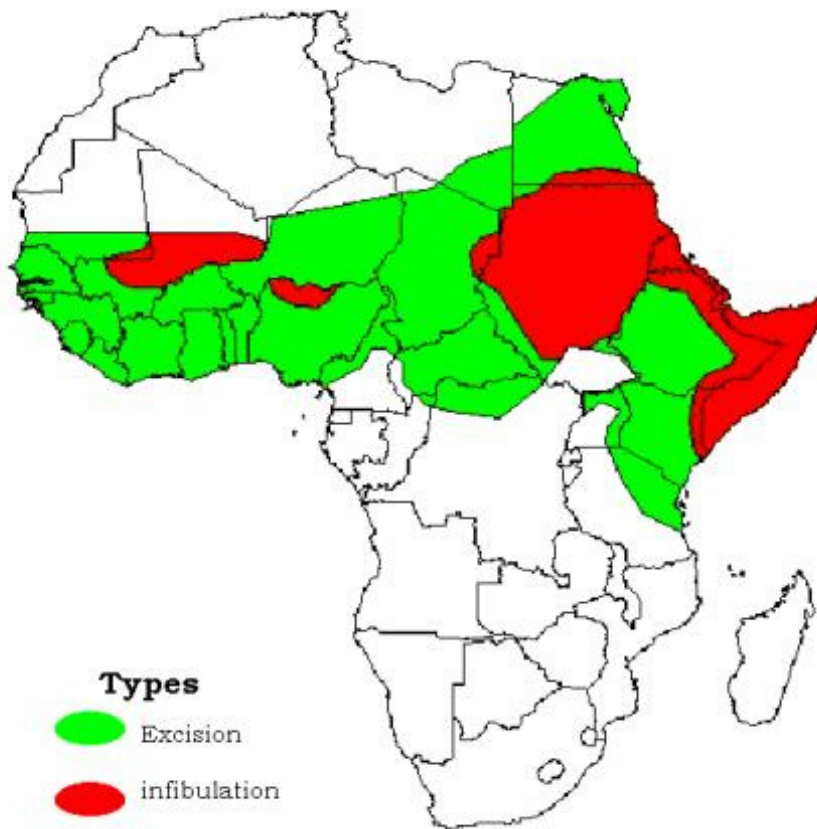
Les MGF ont été probablement pratiquées dans le monde entier à un certain moment historique pour des raisons liées à la sexualité féminine. Aujourd'hui, il est très difficile d'établir avec précision la géographie des MGF. Elles sont fréquentes de la côte "est" à la côte "ouest" de l'Afrique (de l'Ethiopie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

Quant à l'infibulation, elle est surtout limitée à certains pays tels que l'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 retrouvées dans certaines parties du Proche-Orient, parmi les aborigènes d'Australie, et dans certaines parties de l'Océanie et du bassin de l'Amazonie. Elles sont aussi pratiquées dans quelques pays d'Asie notamment l'Indonésie, le Yémen, la Malaisie et l'Oman.

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



Répartition géographique des types de MGF en Afrique. [10]

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

3. La prévalence de l'excision

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

Il faudra noter que cette prévalence varie au sein d'un même pays en fonction des ethnies, du niveau d'instruction, du milieu (urbain ou rural), de la religion.
[10]

Tableau I : Prévalence des MGF en Afrique.

Pays	Prévalence (%)
Somalie	98
Djibouti	98
Egypte	97
Soudan	97
Erythrée	95
Mali	94
Sierra Leone	90
Ethiopie	90
Burkina-Faso	66

Etude des séquelles génito-urinaires de l'excision au service d'urologie du CHU Gabriel TOURE à propos de 24 cas.

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

Reference: Data from bureau of democracy, Human right, and labor, US department of state. Country reports on human rights practices for 1997. [10]

4. Les différents types d'excision

Selon l'OMS [11], 4 types existent :

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

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

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

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

5. Les complications

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

Les complications immédiates

- L'hémorragie

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

massive. Des pertes de sang importantes peuvent entraîner une anémie chronique.

-Le choc

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

-L'infection

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

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

- Les fractures et luxations
- Le sida

Les complications à long terme

-Les infections chroniques des voies urinaires :

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

-Les séquelles anatomiques :

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

+ Les cicatrices chéloïdes

+ Les kystes desmoïdes

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

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

- Les conséquences obstétricales

D'après Maïga L. [12] un groupe de sages-femmes maliennes déclare que l'excision serait responsable de :

+ Lenteurs à l'expulsion (90%)

+ Déchirures périnéales (63%)

+ Difficultés de réparation du périnée (58%)

+ Hémorragies des tissus (32%)

+ Fistules vésico- vaginales (11%).

-Les séquelles psychologiques

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

C-TROISIEME PARTIE :

Excision au Mali

Le Mali fait partie des pays où la pratique des MGF/Excision est très répandue. Selon l'EDSM-IV en 2006, le taux de prévalence est de 85% parmi les femmes âgées de 15 à 49ans. Les régions de Kidal, Gao et Tombouctou enregistrent les taux de prévalence les plus bas. Il faut noter que ces régions sont constituées essentiellement de sonrhais, de maures et de tamasheks qui pratiquent très peu l'excision.

1. Les raisons évoquées

Du point de vue « rite d'initiation »

Dans les communautés qui la pratiquent, l'excision est un véritable rite initiation qui se pratiquait entre l'âge de 7 et 15 ans. Ce rite était d'une importance capitale car il était le symbole de l'acquisition de l'identité sociale par la fille qui devenait ainsi une femme accomplie. Il se faisait à une période précise et un jour précis, en fonction de la lunaison et des réponses aux pratiques divinatoires. L'épreuve devait être supportée sans cris. Ce qui prouvait la vaillance et la maturité des excisées devant la douleur. [3]

Du point de vue « contrôle de la sexualité féminine »

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

Toute fois, la bonne conduite ne s'impose pas seulement à la femme au foyer. A sa première nuit de noce, la jeune fille doit être vierge. Il sera connu dans le village que telle fille a perdu sa virginité et la honte sera sur elle et sur sa famille.

La fille excisée serait donc moins demandeuse d'acte sexuel et donc plus disposée à la fidélité. [16]

Du point de vue « hygiène et esthétique »

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

Cependant, l'hygiène de la femme relève d'un comportement quotidien à l'égard de soi même et de son environnement, un comportement acquis au cours de son éducation. [13]

Du point de vue « religion musulmane »

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

Du point de vue « mythe »

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

2. Description de l'excision en milieu bambara

Katy Dolo raconte [14] :

« L'exciseuse est avertie à l'avance. L'excision se pratique de bonne heure. Les jeunes filles sont regroupées dans une chambre et sont conduites les une après les autres dans l'enclos de toilette où se trouve l'exciseuse et deux ou trois assistantes. La fille est entièrement déshabillée. On la fait asseoir sur une pierre plate, les jambes bien écartées. Selon son âge et son courage, la fille reste tranquille sans qu'on ait besoin de la maîtriser. Plus la fille est jeune plus elle

s'agit, donc les assistantes ont pour rôle de l'immobiliser. Ainsi la région à exciser est bien découverte. L'exciseuse tient le clitoris et les lèvres entre trois doigts d'une main et de l'autre elle tient le petit couteau bien aiguisé et les tranches d'un trait. La région est ensuite lavée à grande eau pour vérifier la plaie avant d'appliquer une poudre noire à base de recette de plantes ou de la bouse de vache, etc.....comme hémostatique. On fait porter à la fille une garniture d'étoffe et on l'habille de son pagne noir et de sa camisole. Elle est enfin conduite dans la chambre de réclusion où elle restera jusqu'à la guérison qui survient normalement au bout de deux semaines.

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

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

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

3. Lutte contre l'excision au mali depuis 1990

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le 16 juillet : décret N^o157/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 PAI1 par le CEDPA en finançant les ONG et associations qui luttent contre l'excision.

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

30 mars : deuxième réunion statutaire du comité national

21 juillet : troisième réunion dudit comité ;

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

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

○ 2001

Janvier : mise en œuvre du projet PAI2 du CEDPA.

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

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

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

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

○ 2002

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

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

4 juin : création PNLE

○ 2003

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

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

○ 2004

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

○ 2005

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

○ 2006

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

○ 2007

6 février : journée internationale de lutte contre les MGF

4. L'EXCISION ET LES RELIGIONS

Excision et religion musulmane [10]

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

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

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

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

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

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

vertu de « la sourate 2 verset 195 » : "Ne vous exposez pas, de vos propres mains, à la perte".

Excision et église catholique

Le point de vue de l'église catholique sur l'excision est sans ambiguïté. C'est du moins ce qui ressort des déclarations du révérend père DIARRA. L'église, explique-t-il, considère l'excision comme une mutilation, une injustice, une atteinte à la liberté et une entorse au but du mariage. Pour l'église catholique, toute opération qui a une autre raison que la conservation de la vie est une mutilation et condamnée en tant que telle. En effet, écrit-il : « on ne trouve nulle part, une évocation de l'excision aussi bien dans l'Ancien que dans le Nouveau Testament : Dans la Bible donc, aucune allusion à l'excision, aucune allusion qui fonde sa pratique ou qui légitime sa pratique. Nul ne peut donc invoquer la Bible pour la justifier. » [29]

L'excision et l'église évangélique protestante

Le pasteur Thaddée Diarra présente l'excision comme une pratique traditionnelle, dont l'inobservance est inconcevable dans certaines sociétés comme la sienne. Ainsi on trouve chez les chrétiens, des familles qui pratiquent l'excision et d'autres qui ne la pratiquent pas. Cependant précise le pasteur, il faut que les chrétiens comprennent que l'excision n'est pas une obligation religieuse.

Sur le plan biblique, explique-t-il, il n'y a aucun verset qui traite directement ou indirectement de l'excision, comme c'est le cas avec la circoncision [19].

III. METHODOLOGIE

1. Cadre de l'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale s'étendant sur une période de 12 mois, de janvier 2008 à décembre 2008 ; effectuée dans le service d'urologie du CHU Gabriel TOURE, BAMAKO (MALI).

L'hôpital Gabriel TOURE a été créé en 1957 sous le nom de dispensaire central. IL est situé en commune II dans le quartier commercial du District de Bamako en plein centre de la ville. Son accès est très facile ce qui explique la grande affluence au niveau des différents services.

Actuellement l'hôpital compte plusieurs services de référence dont la pédiatrie, la gynécologie obstétrique, la gastro-entérologie, la cardiologie, la médecine interne, la radiologie, la traumatologie, la chirurgie, l'urologie, l'ORL, l'anesthésie réanimation, le service des urgences, le laboratoire d'analyses biomédicales.

C'est en 1984 que le service d'urologie est devenu une unité à part entière ; avant il était rattaché à la chirurgie générale et ne disposait que de 4 lits d'hospitalisation.

Actuellement le service d'urologie dispose de 12 lits d'hospitalisation. Le personnel est constitué de 2 urologues, 1 technicien supérieur de santé, 2 techniciens de santé, 3 aides soignantes et 2 manœuvres.

Les missions assignées à ce service sont :

- * La prise en charge des affections urogénitales des patients de tout âge ;
- * La formation des étudiants des différentes écoles socio sanitaires (FMPOS, INFSS, écoles privées) et la formation continue du personnel de santé ;
- * La conduite des travaux de recherche dans le domaine de l'urologie.

Les activités du service sont entre autres les consultations, les interventions chirurgicales, les endoscopies urinaires et les gardes de chirurgie d'urgence.

Dans ces derniers temps le service a enregistré une fréquence croissante des séquelles de l'excision et voyant qu'aucune thèse n'a été réalisée sur ce thème, nous avons décidé d'étudier les séquelles génito-urinaires de l'excision.

2. Les différents types d'excision

Selon l'OMS [11], 4 types existent :

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

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

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

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

3. Type et durée de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale qui s'est déroulée du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2008.

4. Echantillonnage

Critères d'inclusion

Etait incluse dans notre étude toute patiente ayant consulté dans le service et présentant une pathologie génito-urinaire rattaché à l'excision.

Critères de non inclusion

N'était pas incluse dans notre étude toute patiente ayant consulté dans le service et présentant une pathologie génito-urinaire non rattachée à l'excision.

Taille de l'échantillon

Nous avons colligé 24 cas de séquelles génito-urinaires de l'excision durant la période d'étude.

5. Déroulement de l'étude

Les patientes ont été examinées. Elles ont été interrogées ainsi que leurs mères et parfois leurs pères. L'anonymat a été respecté et l'adhésion était libre.

6. Collecte des données

Les supports des données :

- Une fiche d'enquête
- Les dossiers des malades comportant :
 - * les données sociodémographiques (nom, prénom, âge, sexe, ethnie, provenance)
 - * les motifs de consultation
 - * l'histoire de la maladie
 - * les données de l'examen physique
- Les examens complémentaires :
 - * ECBU à la recherche d'infections génito-urinaires car les troubles de la miction sont dans la majorité des cas responsables de stases urinaires entraînant une prolifération microbienne dans les cavités urinaires.
 - * les examens biologiques : la NFS-VS ; glycémie ; TCK, TS, TP, groupage sanguin, Rhésus.

Technique de collecte des données

- L'interrogatoire des patientes et des mères.
- L'examen physique minutieux des patientes.

7. Les variables étudiées

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

8. Analyse et saisie des données

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel EPI INFO. 6. fr.

9. Aspect éthique

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

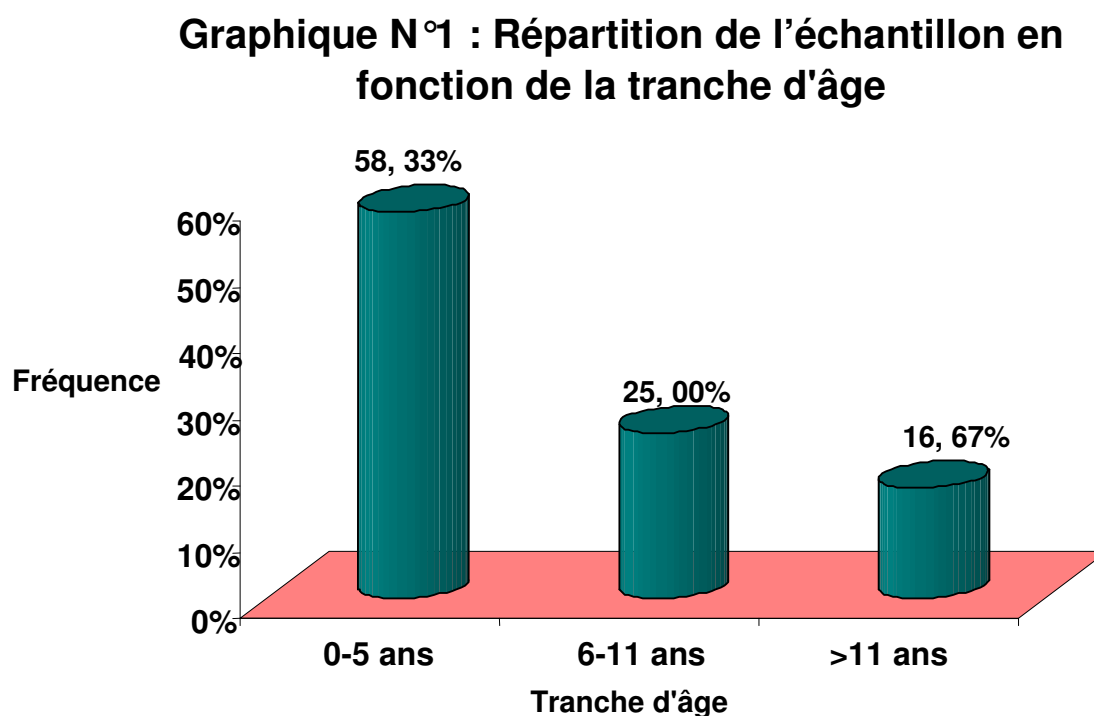
IV- RESULTATS

Fréquence globale

Sur 360 interventions chirurgicales nous avons colligé 24 cas de séquelles d'excision soit une fréquence de 6,67 %.

Fréquences spécifiques

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



Il ressort de ce diagramme que la tranche d'âge de 0-5 ans était la plus représentée avec 58,33%.

Tableau I : Répartition de l'échantillon en fonction du type d'excision

Type d'excision	Effectif	Pourcentage
Type I	-	-
Type II	8	33,3%
Type III	16	66,7%
Type IV (NON CLASSEE)	-	-
Total	24	100

L'infibulation (type III) était la plus représentée avec 66,7% et le type II représentait 33,3% des cas.

Tableau II : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge à l'excision

Tranche d'âge à l'excision	Effectif	Pourcentage
0-4 ans	14	58,33%
5-9 ans	8	33,33%
10-14 ans	2	8,33%
Total	24	100%

La majorité des filles ont été excisées avant l'âge de 5ans soit 58,33%.

Les caractéristiques sociodémographiques

Tableau III : Répartition de l'échantillon en fonction de la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Rurale	3	12,5%
<u>Urbaine</u>	<u>21</u>	<u>87,5%</u>
Total	24	100%

Les filles résidaient majoritairement en milieu urbain 87,5%

Tableau IV : Répartition de l'échantillon en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Arabe	-	-
<u>Non scolarisée</u>	<u>16</u>	<u>66,6%</u>
Niveau primaire	4	16,7%
Niveau secondaire	4	16,7%
Niveau supérieur	-	-
Total	24	100%

La majorité des excisées n'étaient pas scolarisée soit 66,6%

Tableau V : Répartition de l'échantillon en fonction de la religion

Religion	Effectif	Pourcentage
<u>Musulmane</u>	<u>21</u>	<u>87,5%</u>
Chrétienne	3	12,5%
Total	24	100%

Les musulmanes étaient majoritaires avec 87,5%.

Tableau VI : Répartition de l'échantillon en fonction de la région d'origine

Région	Effectif	Pourcentage
<u>Kayes</u>	<u>7</u>	<u>29,2%</u>
Koulikoro	2	8,3%
Sikasso	2	8,3%
<u>Bamako</u>	<u>13</u>	<u>54,2%</u>
Total	24	100%

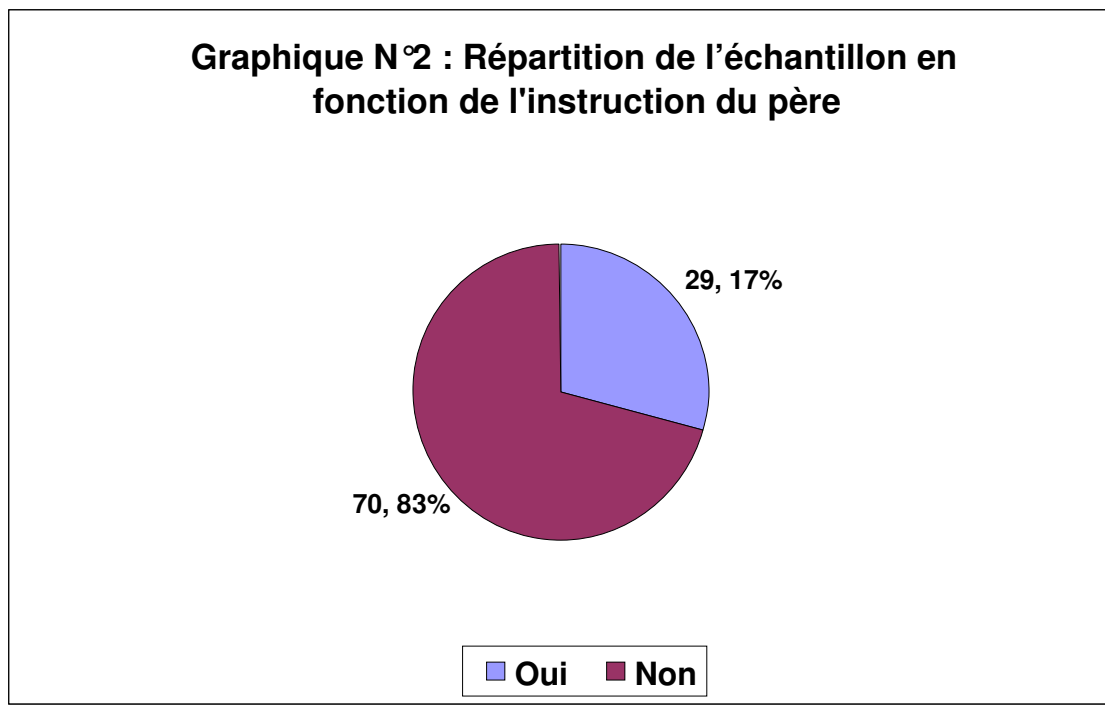
Bamako et Kayes venaient en tête avec les fréquences respectives de 54,2% et 29,2%.

Tableau VII : Répartition de l'échantillon en fonction des ethnies

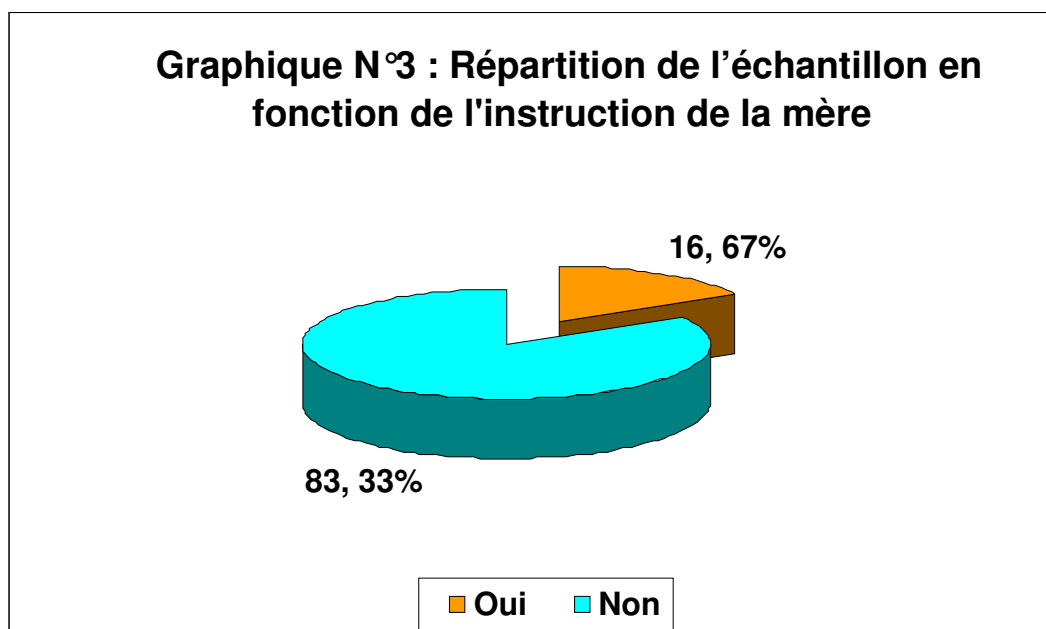
Ethnie	Effectif	Pourcentage
<u>Bambara</u>	<u>9</u>	<u>37,5%</u>
Peulh	2	8,3%
<u>Soninké</u>	<u>11</u>	<u>45,8%</u>
Sonrhäï	1	4,2%
Maure	1	4,2%
Total	24	100%

Les ethnies Soninké et Bambara étaient les plus représentées avec respectivement 45,8% et 37,5% et les ethnies du nord sont moins représentées.

Profil socio- démographique des parents



Sept pères sur dix n'ont pas été à l'école.



Huit mères sur dix étaient illettrées.

Tableau VIII : Répartition de l'échantillon en fonction de la profession du père

Profession père	Effectif	Pourcentage
Commerçant	6	25%
<u>Cultivateur</u>	<u>11</u>	<u>45,83%</u>
Pêcheur	1	4,17%
Enseignant	2	8,33%
Boucher	1	4,17%
Chauffeur	1	4,17%
Eleveur	2	8,33%
total	24	100%

Les pères étaient des cultivateurs dans 45,83% cas.

Tableau IX : Répartition de l'échantillon selon la profession de la mère

Profession de la mère	Effectif	Pourcentage
Commerçante	2	8,33%
Secrétaire	1	4,17%
<u>Ménagère</u>	<u>19</u>	<u>79,16</u>
Teinturière	1	4,17%
Enseignante	1	4,17%
Agent de santé	-	-
Total	24	100%

Les mères étaient en majorité ménagères soit 79,16%.

Etude clinique

Tableau X : Répartition de l'échantillon en fonction du type de cicatrice

Type cicatrice	Effectif	Pourcentage
Cicatrices simples	<u>12</u>	<u>50%</u>
<u>Brides</u>	<u>12</u>	<u>50%</u>
Total	24	100%

Les cicatrices simples et les brides ont été rencontrées avec 50% chacun.

Tableau XI : Répartition de l'échantillon en fonction du motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
<u>Dysurie</u>	<u>8</u>	<u>33,33</u>
Pollakiurie	2	8,33
Impériosité mictionnelle	1	4,17
<u>Rétention d'urine</u>	<u>6</u>	<u>25</u>
Brûlure mictionnelle	4	16,67
Aménorrhée	1	4,17
Impossibilité de pratiquer l'acte sexuel	2	8,33
Total	24	100

La dysurie a été le motif de consultation le plus fréquent avec 33,33% suivie de la rétention d'urine 25%.

Tableau XII : Répartition de l'échantillon en fonction des troubles psycho sexuels

Troubles psycho sexuels	Effectif	Pourcentage
Impossibilité de pratiquer l'acte sexuel	02	8,33%
Aucun problème (enfants)	22	9,67%
Total	24	100%

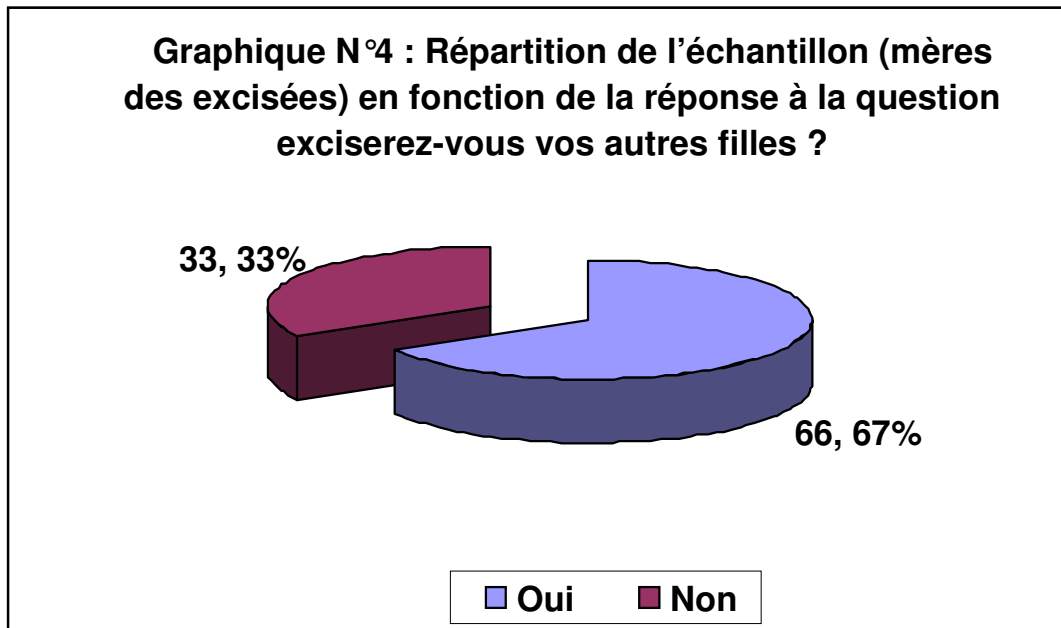
L'impossibilité de pratiquer l'acte sexuel a été observée chez les 2 patientes mariées âgées de 18 et 19ans soit 8,33%.

Souvenir de l'excision

Tableau XIII: Répartition de l'échantillon en fonction du souvenir d'excision

Souvenir d'excision	Effectif	Pourcentage
<u>Aucun</u>	<u>14</u>	<u>58,33%</u>
Douleur	3	12,5%
Douleur+ hémorragie	4	16,67%
Hémorragie	3	12%
Total	24	100%

La majorité des patientes n'avaient gardé aucun souvenir de leur excision soit 58,67%.



La majorité des mères projetaient d'exciser leur fille soit 66,67%.

Tableau XIV : Connaissance des mères sur l'existence de complication liée à l'excision

l'excision peut elle entraîner des complications ?	Effectif	Pourcentage
Oui	6	25%
<u>Non</u>	<u>15</u>	<u>62,5%</u>
Sans réponse	3	12,5%
Total	24	100%

La majorité des mères ignoraient l'existence de complications liées à l'excision 62,5% et 12,5% n'en savait rien.

Tableau XV : Répartition des mères des patientes en fonction des complications citées

Complications	Effectif	Pourcentage
<u>Accouchement difficile</u>	<u>3</u>	<u>50%</u>
Stérilité	2	33,33%
Dyspareunie	1	16,67%
Total	6	100%

L'accouchement difficile avec 50% était la complication la plus citée par les femmes.

Tableau XVI : Répartition de l'échantillon en fonction de complication immédiate après excision

Type de complication	Effectif	Pourcentage
<u>Hémorragie</u>	<u>3</u>	<u>12,5</u>
<u>Retard de cicatrisation</u>	<u>3</u>	<u>12,5</u>
Tuméfaction	2	8,33
Absence de complication	16	66,67
Total	24	100

L'hémorragie et le retard de cicatrisation étaient les complications immédiates les plus fréquentes avec 12,5% chacun.

Tableau XVII: Répartition de l'échantillon en fonction des germes isolés

Germes Isolés	Effectif	Pourcentage
<u>Eschericha coli</u>	<u>9</u>	<u>39,13</u>
<u>Klebsiella</u>	5	21,74
<u>Staphylococcus auréus</u>	3	13,04
<u>Stérile</u>	<u>6</u>	<u>26,09</u>
Total	23	100

Eschericha coli était le germe le plus fréquent avec 39,13% et la culture était stérile dans 26,09% des cas. N= 23

Tableau XIIX : Répartition de l'échantillon en fonction de la sensibilité des germes aux antibiotiques.

Type d'antibiotique	Effectif	Pourcentage
<u>Amoxicilline+Acide clavulanique</u>	<u>11</u>	<u>64,71</u>
Cotrimoxazole	1	5,88
Ciprofloxacine	2	11,76
Ceftriaxone	3	17,65
Total	17	100

Les germes étaient plus sensibles à l'amoxicilline + acide clavulanique avec 64,71%

ETUDE ANALYTIQUE

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

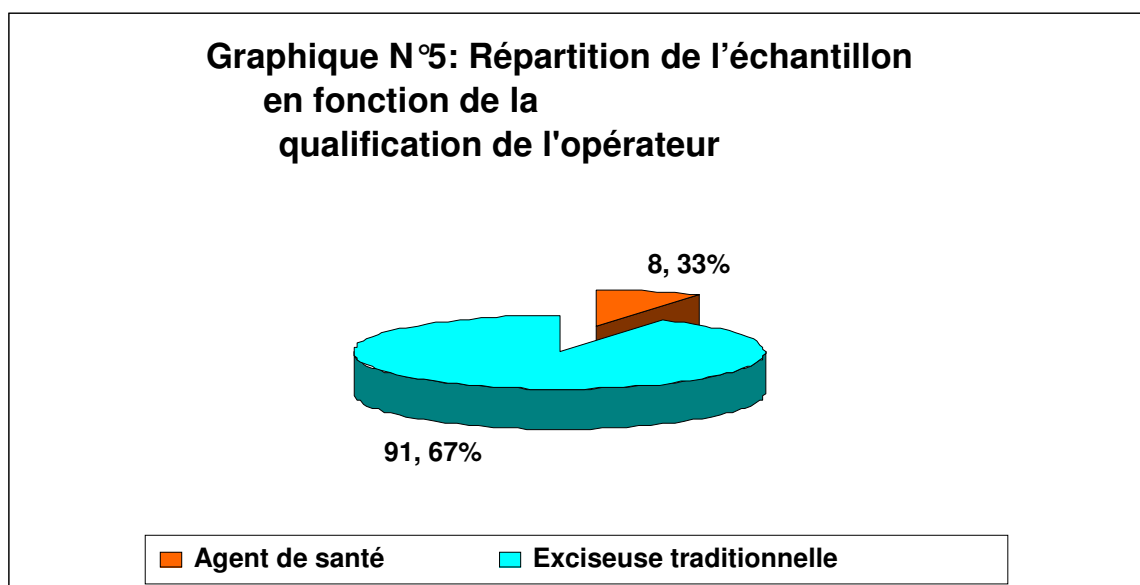
Type Région	Type I		Type II		Type III		Type IV	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<u>Kayes</u>	0	0%	0	0%	<u>7</u>	<u>43,75</u> <u>%</u>	0	0%
Koulikoro	0	0%	0	0%	2	12,5%	0	0%
Sikasso	0	0%	0	0%	2	12,5%	0	0%
<u>Bamako</u>	0	0%	<u>8</u>	<u>100%</u>	5	31,25 %	0	0%
Total	0	0%	8	100%	16	100%	0	0%

Bamako était en tête pour la pratique du type II avec 100% et 7 sur 16 des patientes infibulées soit 43,75% venaient de la région de Kayes.

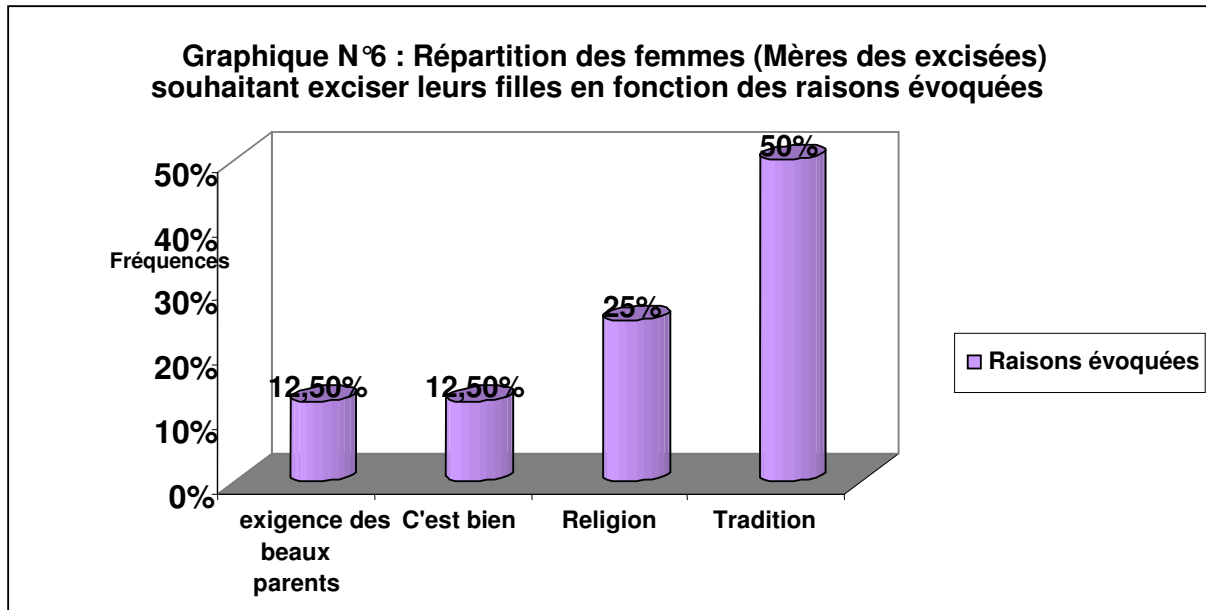
Tableau XX : Relation entre âge à l'excision et souvenir à l'excision

Souvenir de l'excision	Aucun		Douleur		Douleur+Hémorragie		Hémorragie	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Age à l'excision								
0-4 ans	<u>14</u>	<u>58,33</u>	0	0	0	0	0	0
5-9 ans	0	0	02	66,6	03	75	03	100
10-14 ans	0	0	01	33,3	01	25	0	0
Total	14	100	03	100	04	100	03	100

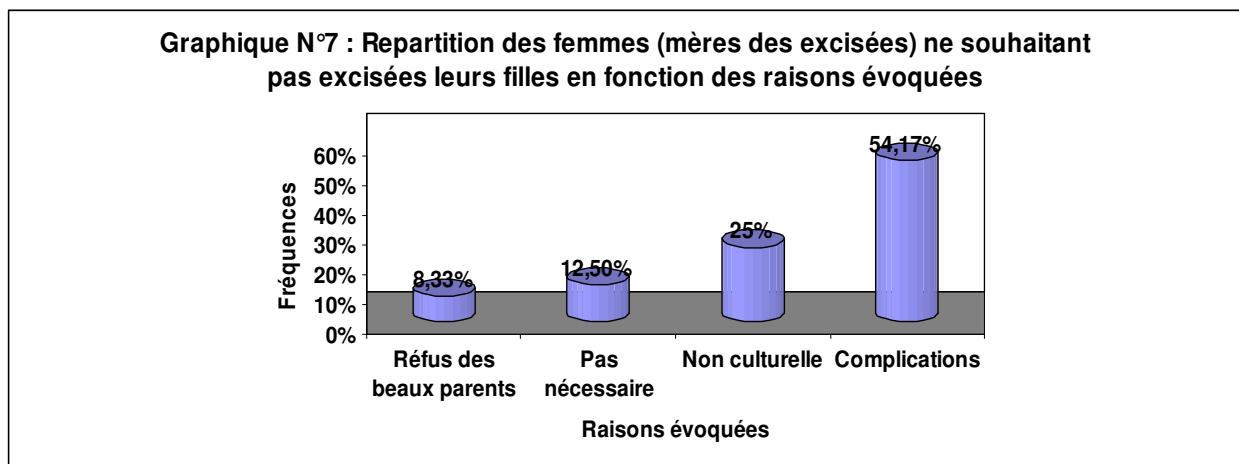
Plus l'excision était pratiquée tôt moins les patientes en gardent un souvenir.



L'excision était pratiquée par une exciseuse traditionnelle dans 91,67 % des cas.



La moitié des mères souhaitaient exciser leurs filles pour des raisons traditionnelles soit 50%.

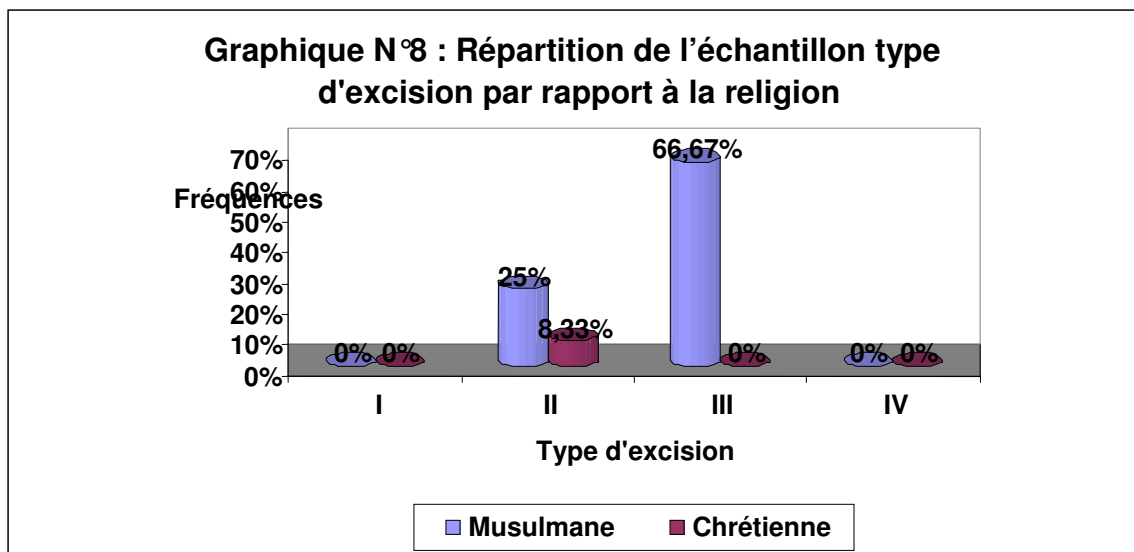


La majorité des mères ne souhaitaient pas exciser leurs filles parce que l'excision entraîne des complications soit 54,17%.

Tableau XXI : Relation entre type d'excision et ethnies

Ethnie	Type I		Type II		Type III		Type IV	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Bambara	0	0%	6	75%	3	18,75%	0	0%
Peulh	0	0%	1	12,5%	1	6,25 %	0	0%
Malinké	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Sarakolé	0	0%	1	12,5%	10	62,5%	0	0%
Sonrhäï	0	0%	0	0%	1	6,25%	0	0%
Sirifi (maure)	0	0%	0	0%	1	6,25%	0	0%
Total	0	0%	8	100%	16	100%	0	0

L'infibulation était significativement associée à l'ethnie Sarakolé tandis que le type II était associé à l'ethnie bambara.



Tous les cas d'infibulations ont été retrouvés chez les musulmanes.

V. Commentaires et ***discussion***

Sur 360 interventions chirurgicales au cours de la période d'étude nous avons eu 24 cas soit 6,67%.

Age des femmes enquêtées

La tranche d'âge de 0 à 5 ans est la plus touchée dans notre étude avec une fréquence de 58,33 % et celle de 12 à 19 ans est la moins touchée avec une fréquence de 16,67% (graphique 1). Nos résultats sont inférieurs à ceux trouvés par Kanté et EDS II Mali qui sont respectivement de 51,1% dans la tranche d'âge de 14 à 19 ans [32] et de 51,1% dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans [26].

Cette différence tient au fait que la majorité de nos patientes sont des enfants (moins de 12ans).

Nationalité

Toutes les patientes étaient de nationalité malienne, soit 100% des cas (V).

Les différents types d'excision

L'excision était par ordre de fréquence de type III (66,67%) et de type II (33,33%) Sidibé [36] et Kanté [32] ont rapporté respectivement 61,8% et 63,9% de cas d'excision de type II .Cependant ELGAALI avait trouvé une fréquence élevée du type I avec 35% [29].

Tranche d'âge à l'excision

Dans notre étude la majorité des patientes ont été excisées avant l'âge de 5 ans soit 58,33% (tableau II). EDS II Mali avait trouvé que 41% des femmes étaient excisées entre l'âge de 0 à 4 ans [26]. Sidibé dans son étude pédiatrique avait trouvé que 49,1% des enfants étaient excisés avant l'âge de 2 mois [36].

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

Profession et niveau d'instruction des femmes et des parents

Dans notre étude 66,6% des patientes étaient des analphabètes (Tableau VI).

Les parents sont analphabètes dans la majorité des cas avec 70,8% pour les pères (graphique 2) et 83,33% pour les mères (graphique 3).

45,83% des pères sont cultivateurs et les mères sont ménagères dans 79,16% des cas.

Fréquence des ethnies

Dans notre étude, les soninkés et les bambaras sont les ethnies les plus représentées avec respectivement 45,8% et 37,5% (tableau VII). Dans d'autres études maliennes, les bambaras sont toujours en tête avec Sidibé 26,1% [36] et pour Kanté 34,6% [32]. Ceci s'explique par la prédominance numérique de l'ethnie bambara.

Religion : Les musulmanes sont majoritaires avec 87,5% des cas (Tableau V).

Instruction et profession des parents

Notre étude a fait ressortir 70,83% de pères et 83,33% de mères analphabètes (graphiques 2 et 3).

45,83% des pères étaient des cultivateurs et 79,16% des mères étaient des ménagères. (Tableaux IIX et IX).

Aïssata Sidibé dans une étude pédiatrique avait rapporté 38,5% de pères fonctionnaires et 53% de mères ménagères [36].

Motif de consultation

La dysurie et la rétention aigue d'urine étaient les motifs de consultation les plus fréquents avec respectivement 33,33% et 25% des cas (XI).

Opérateur

Dans notre étude 91,67% des patientes ont été excisées par des exciseuses traditionnelles contre 8,33% par des agents de santé. (Graphique 5).

EDS II avait trouvé 7% d'excision par les agents de santé en 1996 [26] contre 2% trouvé par EDS III en 2001 [27]. Dans des études hospitalières Kanté avait trouvé 3,8% d'excision par les agents de santé [32] et Sidibé 6,2% [36] respectivement en 2001 et en 2004. On remarque une diminution de la pratique de 1996 à 2001. Cette baisse pourrait s'expliquer d'une part par la sensibilisation des agents de santé et d'autre part par la décision ministérielle du 7 janvier 1999 interdisant la pratique dans les centres de santé.

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

Cicatrices

Nous avons recensé 50% de brides et 50% de cicatrices simples (Tableau X). Ces résultats sont différents de ceux de DIALLO [2] qui avait trouvé 9,8% de chéloïdes et kystes dermoïdes. L'apparition de ces complications est surtout liée à la sensibilité de la peau de chaque personne.

Complications citées

L'accouchement difficile (50%), la stérilité (33,33%) et la dyspareunie (16,67%) ont été par ordre de fréquence décroissante les trois complications majeures citées par les mères des patientes (Tableau XV). Ce résultat est différent de

celui d'Antou où la stérilité venait en tête suivie de l'accouchement difficile et du sida [44].

Examens complémentaires

L'examen cyto bactériologique des urines a été réalisé chez 95,8% des patientes et a été positif dans 73,91% des cas (Tableau XVII)

Escherichia coli était le germe le plus fréquent avec 39,13% des cas (Tableau XVII).

Les germes isolés étaient sensibles à l'association Amoxicilline + Acide clavulanique à 64,71% des cas (Tableau XIX).

Troubles psycho sexuels

Dans notre étude 8,33% des femmes avaient une impossibilité de pratiquer l'acte sexuel (tableau XII). Ce résultat est différent de ceux trouvés dans la littérature. En effet Kanté avait trouvé 70,5% de dyspareunie [32] et Eldefrawi dans une étude Egyptienne portant sur les mutilations génitales féminines et leur impact psycho sexuel avait trouvé 45% de frigidité.

Connaissances sur l'excision

Il ressort de notre étude que 58,33% des femmes n'ayant gardé aucun souvenir de leur excision ont été excisées avant l'âge de 5 ans (tableau XIV). Ceci montre que plus les femmes sont excisées tôt, moins elles gardent un souvenir de leur excision.

66,67% des mères sont en faveur de la poursuite de l'excision (graphique 4). Ce taux est inférieur à celui de l'EDS III Mali qui avait trouvé 80% [27]. Ces résultats montrent que beaucoup reste à faire dans la lutte contre l'excision.

62,5% des mères des patientes pensent que l'excision n'entraîne aucune complication. Au contraire 25% pensent que l'accouchement difficile, la stérilité et la dyspareunie peuvent être des complications liées à l'excision (tableau XIV).

50% des mères des femmes souhaitent exciser leurs filles pour des raisons traditionnelles (graphique 6). Dans la littérature, on retrouve les raisons suivantes :

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

Elgaali avait trouvé 27% de raisons liées à la tradition et 58% à la religion [29].

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

Dans notre étude :

Le type III est pratiqué en majorité par les ressortissantes de Kayes avec 43,75%. Toutes les patientes qui ont le type II soit 8 sont de Bamako (tableau XIX).

Le type II est pratiqué surtout par les Bambaras avec 75% et l'infibulation (type III) par les sarakolés (Tableau XIX).

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

Tous les cas d'infibulation (Type III) ont été retrouvés chez les musulmanes (Graphique 8).

VI. Conclusion et ***Recommandations***

Conclusion

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

- ✚ Les séquelles d'excision ont représenté 6,67% des activités chirurgicales du service durant la période d'étude.
- ✚ Deux types d'excision ont été retrouvés avec une fréquence élevée du type III soit 66,67% et le type II avec 33,33% des cas.
- ✚ 62,5% des femmes ignorent l'existence de complications liées à l'excision.
- ✚ Toutes les ethnies du Mali pratiquent l'excision avec une très forte fréquence chez les ethnies Soninké et bambara avec respectivement 45,8% et 37,5%.
- ✚ Pour des raisons traditionnelles et religieuses en majorité, la plus part des mères des patientes souhaitent exciser leurs filles.
- ✚ Bien que pratiquée à priori par des exciseuses traditionnelles, on assiste toujours à une médicalisation de l'excision ; 8,33% d'agents de santé continuent à pratiquer l'excision.
- ✚ L'étude que nous avons effectuée renforce la position qui a toujours été la notre : l'excision est un acte dangereux. Cette information est encore trop peu connue de la société malienne et doit lui être transmise avec le maximum de soins.

Recommandations

Aux agents de santé

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

Aux autorités

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

VII. REFERENCES

[1] Mutilations Sexuelles Féminines

OMS, Genève 1982

[2] DIALLO HABIBATOU « *Aspects socio sanitaires de l'excision au Mali* »,
thèse Med Bamako 1990 ; N°27

[3] SAMAKE SANATA

Perception et attitudes des étudiants maliens face à l'excision
Mémoire FLASH Bamako, 2002 ; 40p

[4] Enquête Démographique de Santé du Mali (EDS IV), 2006

Direction Nationale de la Santé : Cellule de Planification et de statistique

[5] MERGER. R, CHADEYRONA.

L'accouchement sans douleur 1^{ère} Edition, Paris Cedex, 1983, p127

[6] ROUVRIERE. H

Anatomie du tronc Ed Masson, Paris, 1978(Tome 2 11eme Edition) ; p632

[7] ERLICH M.

La femme blessée, essai sur les mutilations sexuelles féminines.
L'Harmattan, Paris 1986 ; p438

[8] DIETERLEN GERMAINE

Essai sur la religion bambara
1^{ère} édition PUF, Paris 1951 ; 67p

[9] ASSAD F.

Plein feu sur la mutilation sexuelle des femmes

Forum OMS Genève, 1982 ; p4

[10] KINTEGA BOULMA

Les mutilations génitales féminines

Thèse médecine Maroc 2004

[11] TOURE YOUNOUSSA, KONE FELIX

Excision au Mali : réalités et perspectives de lutte

Centre djoliba, mai 1997 rapport d'enquête 51p

[12] MAÏGA LALA MINT DAH

« Conséquences gynéco obstétricales de l'excision chez les femmes malinkés »,

Dakar 1984, p61

[13] KASSOGUE PIERRE

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

[14] DOLO KATY

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

[15] TOURE YOUNOUSSA et KONE FELIX

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

Centre djoliba Mali 1999 rapport d'enquête 76p

[16] DEMBELE AGNES

Quelques coutumes qui nuisent à la santé de la femme
Mémoire ENSUP Bamako 1985, 62p

[17] TOURE YOUNOUSSA et KONE FELIX

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

[18] TOURE YOUNOUSSA et KONE FELIX

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

[19] TOURE YOUNOUSSA et KONE FELIX

L'excision au mali : revue et analyse de la situation, Centre Djoliba, 2002, p32

[20] PASAF

L'excision au mali : guide de dialogue avec les décideurs, Bamako 2002

[21] FATOU ATJI

Excision : Aspects socio sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de Gynécologie Obstétrique du CHU du Point G
Thèse de Médecine Bamako, 2007, 85p

[22] CENTRE DJOLIBA /INTERNATIONAL MALI.

Journées médicales de réflexion sur les MGF, Bamako les 28, 29, 30 avril 1998

[23] OMS, Bureau Régional pour l'Afrique.

Plan d'action régional pour accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines en afrique. Brazzaville, 1997

[24] BOUHOUSSOU M.

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

[25] FANE TIDJANE

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

[26] COULIBALY. S et al

*Rapport de l'Enquête Démographie et de Santé Mali, (EDS-Mali / II)
Macro international INC, Calverton Maryland USA 1996*

[27] BALLO.MB et al

*Enquête Démographique et de Santé du Mali, 2001 ;(EDS-Mali / III)
Macro international INC, Calverton Maryland USA 2001*

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

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

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

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

[30] GONDO D., N'GUESSAN K., BONI S., BOUHOUSSOU K., KONE N.

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

[31] GRIAULE MARCEL

Dieu d'eau. Fayard, Paris ; 1966

[32] KANTE IBRAHIM

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

Thèse Med FMPOS Bamako Mali, 2001 ; p69

[33] TOURE MOUSTAPHA

Excision et santé de la femme, UNFPA Mali décembre 2003

[34] TOURE CHEICK OUMAR, PERLE COMBARY

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

Prime II Mali fev/mars 2002

[35] TOURE CHEICK OUMAR

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

Prime II Mali 2004 70p

[36] SIDIBE AÏSSATA

« Excision : aspects épidémiologiques, socio culturels et anatomocliniques à propos de 1000 cas à la Pédiatrie du CHU GT », Thèse Med, 2004 ; 92p,

FMPOS Bamako.

[37] SAUREL RENEE

L'enterrée vive. Ed Skatline, 1981; Paris.

[38] RONAN M CONROY

Female genital mutilation: whose problem, whose solution?

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

[39] TRAORE LAMINE BOUBACAR

Exciser ou ne pas exciser sa fille. PASAF 2002

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

Prevalence and medicalization of female genital mutilation.

J med Jul-sept 2004 Nigeria

[41] TRAORE A.B.S.

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

[42] TRAORE LAMINE BOUBACAR

Les attitudes et perceptions par rapport à l'excision dans la sous région ouest africaine. PNLE Mali ,2002 ; 19p

[43] RECHERCHES OPERATIONNELLES, ASSISTANCE

TECHNIQUE, PROJET II EN AFRIQUE, POPULATION COUNCIL

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

Ouagadougou, Burkina Faso novembre 1998

[44] [ATJI. F « *Excision* : Aspects socio sanitaires au Mali à propos de 1000

cas au service de Gynécologie Obstétrique du CHU du Point G », Thèse Med, Bamako, 2007 ; 108p.

ANNEXE 1

Les associations travaillant sur l'excision au mali

- AMSOPT : Association malienne pour le suivi et l'orientation des pratiques traditionnelles. BP E 1543 Bamako Tel : 20-29-58-95
- APDF : Association pour le progrès et la défense des droits des femmes. BP 1740 Bamako Tel : 20-23-23-62
- ASDAP : Association de soutien au développement des activités de population. BP 951 Bamako Tel : 20-20-27-69
- CAFO : Coordination des associations et ONG féminines, Avenue Cheick Zayed BPE 194 Bamako Tel : 20-23-74-74
- CEDPA : Centre pour le développement des activités de population. BPE 1524 Bamako Tel: 20-21-02-46
- CENTRE DJOLIBA: Avenue Modibo Keita BP 298 Bamako Tel : 20-22-83-32
- PLAN INTERNATIONAL MALI BP 1598 Bamako Tel: 20-23-05-83/20-22-40-40
- POPULATION COUNCIL: Avenue Cheick Zayed Hamdallaye Immeuble ABK 1 Apt 203 Bamako Tel : 20-29-27-64/67
- PASAF: Projet d'Appui a la Lutte contre les Pratiques Préjudiciables a la femme et a l'enfant ; kalaban coura aci rue 6232 BPE 5198 Bamako Tel : 20-23-20-87

- CNAPN : Comité National d'Action pour l'Abandon des Pratiques Néfastes à la Santé ; kalaban coura aci rue 6232 BPE 5198 Bamako
Tel : 20-28-70-89/9
- PNLE : Programme National de Lutte contre l'Excision ;
Badalabougou sema Tel : 20-23-20-87

ANNEXE 2

LÉGISLATION INTERNATIONALE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Des pays comme le Royaume-Uni, la Suède, la Belgique ou le Ghana ont une législation qui vise à interdire précisément les mutilations génitales féminines, alors que la France et le Canada posent le principe de l'interdiction de ces procédés essentiellement au titre des lois visant les mauvais traitements à enfants [19].

Annexe 3

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

MAPUTO LE 11 JUILLET 2003

ARTICLE 5 : Elimination des pratiques néfastes

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

- a)** Sensibiliser tous les secteurs de la société sur les pratiques néfastes par des campagnes et programmes d'information, d'éducation formelle et informelle et de communication ;
- b)** Interdire par des mesures législatives assorties de sanctions, toutes formes de mutilation génitale féminine, la scarification, la médicalisation et la paramédicalisation des mutilations génitales féminines et toutes les autres pratiques néfastes ;

c) Apporter le soutien nécessaire aux victimes des pratiques néfastes en leur assurant des services de base, tels que les services de santé, l'assistance juridique et judiciaire, les conseils, l'encadrement adéquat ainsi que la formation professionnelle pour leur permettre de se prendre en charge ;

d) Protéger les femmes qui courent le risque de subir les pratiques néfastes ou toutes autres formes de violence, d'abus et d'intolérance.

ANNEXE 4

Profil : patiente de 2ans

MDC : rétention aiguë d'urine

Reçue en consultation de garde

Intervention : déinfubulation

Opérateurs : Dr Zanafon OUATTARA et Interne Kassim SIDIBE.

Avant l'intervention



Au cours de l'intervention



Après l'intervention



***Etude des séquelles génito-urinaires de l'excision au service d'urologie du CHU Gabriel
TOURE à propos de 24 cas.***

Date :

Numéro :

1-Nom :

2- Prénom :

3-Age :

4-Lieu de résidence (Cochez un seul critère)

a. Urbain / /

b. Rural / /

5-Religion

a. Musulmane / /

b. Chrétienne / /

c. Animiste / /

d. Autre.....

6-Ethnie

a. Peulh / / b. Bambara / / c. Senoufo / / d. Sarakolé / / e. Malinké / / f. Maur / /

g. Dogon / / h. Sonrhai / /

7-Etat Civil

a. Mariée / / b. Célibataire / / c. Divorcé / / d. Veuve / / e. Enfant / /

8-Niveau d'alphabétisation (êtes- vous instruite ?)

a. Oui / /

b. Non / /

9-Instruction des parents (vos parents sont-ils instruits ?)

a. PèreOui / /Non / /

b. Mère.....Oui / / Non / /

10-Vos sœurs ont-elles été excisées ?

a. Oui / /

b. Non / /

11-Si vous avez répondu affirmativement à la question 10, Y a-t-il eu des complications ?

a. Oui / /

b. Non / /

12-A quel age avez vous été excisé ?

a. Avant 5 ans / / b. 5 – 10 ans / / c. Après 10 ans / /

13-Par qui ?

a. Exciseuse du village / / b. Agent de santé / / c. Autre / /

14-Quel souvenir avez-vous de votre excision ?

.....

15-Exciserez vous vos filles ?

a. Oui / /

b. Non / /

Pourquoi ?.....

16-A votre avis l'excision peut elle entraîner des complications ?

Si oui citer les :

17-Motifs de consultation

- a. Dysurie / / b. Pollakiurie / / c. Impériosité mictionnelle / /
- d. rétention d'urine e. In contenance urinaire / / f. Autre / /

18- Type d'excision

- a. Type I : Ablation du capuchon du clitoris / /
- b. Type II : Ablation totale ou partielle des petites lèvres et clitoris / /
- c. Type III : Type II + oblitération de l'orifice vaginal / /

19-Présence de cicatrice

- a. Oui / / b. Non / /

20-Type de cicatrices

- a. Kyste desmoïde / / b. Chéloïdes / / c. Brides / / d. Autre

21-ECBU + Antibiogramme

- a. Oui / / b. Non / /

Si oui résultat :

22-Diagnostic

- a. Sténose du méat urétral / /
- b. Accolement des lèvres / /
- c. Infibulation / /
- d. Autre

23-Traitement Médical

- a. Oui / / b. Non / /

Si oui à préciser ?.....

24- Traitement chirurgical

- a. Oui / / b. Non / /

Si oui quelle technique opératoire ?.....

25-Type d'anesthésie

- a. anesthésie générale / / b. Rachianesthésie / / c. Anesthésie Péridurale / /

26-Suites opératoires

- a. Simple / / b. Compliquée / /

Si oui laquelle ?.....

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : SIDIBE

Prénom : KASSIM

Titre : Etude des Séquelles Génito-urinaires de l'excision au CHU Gabriel Touré à propos de 24 cas.

Année de soutenance : 2009-2010

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

Ville de soutenance : BAMAKO

Secteur d'intérêt : Urologie, santé publique

Résumé

Notre étude transversale visant à étudier les séquelles génito-urinaires de l'excision s'est déroulée dans le service d'urologie du CHU Gabriel TOURE du 1er janvier au 31 décembre 2008 soit 12 mois. Nous avons reçu 24 cas.

Deux types d'excision ont été retrouvés dans l'étude avec 66,67% de fréquence pour le type III et 33,33% pour le type II. Toutes les ethnies et toutes les régions du Mali sont concernées par la pratique.

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

62,5% des femmes ignorent l'existence de complications liées à l'excision.

Dans 8,33% des cas, l'opérateur est un agent de santé. Nous avons également recensé des cas de brides.

66,6% des femmes projettent d'exciser leur fille.

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

MOTS CLEFS : excision, infibulation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !!!