

Ministère de l'Enseignement

République du Mali

Supérieur et de la Recherche

Scientifique

Un Peuple – Un But – Une Foi



FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année

Universitaire 2010 – 2011

**TITRE** Thèse N° \_\_\_\_/

**BILAN DE LA PRISE EN CHARGE DES SEQUELLES D'EXCISION AU  
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE  
BAMAKO DE 2002 à 2009**

**THESE**

Présentée et soutenue le ..... 2011 devant la  
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par Monsieur *Malamine Abdoulaye TRAORE*

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

**JURY**

**PRESIDENT : Pr Tiéman COULIBALY**

**MEMBRE: Dr Broulaye TRAORE**

**CO-DIRECTEUR DE THESE: Pr Salif DIAKITE**

**DIRECTEUR DE THESE : Dr Moustapha TOURE**



## DEDICACE

**Je dédie cette thèse :**

**A mon père : Abdoulaye TRAORE**

Tu nous as toujours dit avec la même ferveur que le travail et le courage fournissent les réponses à toutes les questions. Tu as créé en nous l'amour du travail bien fait, tes infatigables conseils ont porté fruit, tu nous as guidé avec rigueur mais aussi avec amour. Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, font de toi un père exemplaire.

Que **DIEU** te récompense et te garde encore longtemps parmi nous.  
Amen !

## REMERCIEMENTS

**Mes remerciements vont :**

**A ma mère : Fatoumata COULIBALY**

Douce mère ;

Tendre mère ;

Vénérable mère, tu es toujours prête à tout sacrifier pour que nous, tes enfants réussissent. Tu as toujours été là quand nous avons besoin de toi, ton amour et ton soutien ne nous ont jamais fait défaut, tes qualités humaines font de toi un être exceptionnel. Ce travail est le fruit de ton effort sans cesse renouvelé .Tu me répétais sans cesse que « seul le travail bien fait est gage de réussite », maman tu me connais mieux que moi-même. Aucun mot ne saurait traduire à juste valeur ce que je ressens pour toi. Puisse **DIEU** te garder longtemps à nos côtés, Amen !

**A ma femme Kadidia SOUMARE**, je te remercie pour ta patience, ta compréhension et ton soutien moral. Puisse DIEU te récompenser pour tout ce que tu as fait pour moi, La meilleure récompense est auprès de DIEU. En signe d'affection, trouve ici l'expression de tout mon amour.

**A mon fils Abdoulaye TRAORE**

Je te présente toutes mes excuses pour ces multiples moments d'absence, après ce travail nous aurons un temps long de récréation. Sache mon fils que la vie est un long parcours et je souhaite que le tout

puissant guide tes pas vers le bon chemin. Puisse DIEU t'accorder longue vie. Amen !

**A mes Tantes Djénèba COULIBALY, Mme DIAKITE Mariam SIDIBE :**  
Vous avez été pour moi des mères exemplaires ; ce travail est le votre

**A mes Frères et Sœurs :** Vos soutiens et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut, ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité.

**A mes Neveux et Nièces,**

**A mes belles-sœurs,** particulièrement **Awa KEITA** et **Fatoumata TRAORE** dite **Tassé**, Qu'**ALLAH** le tout puissant vous récompense pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A tous mes camarades de la FMPOS

A mes aînés de la FMPOS, Merci pour vos conseils.

**A mes cousins et cousines,** particulièrement mon homonyme **Malamine COULIBALY**. C'est l'occasion pour moi d'exprimer ma profonde gratitude pour ton soutien et tes conseils sans cesse, Merci !

**A Dr Ibrahim TRAORE** vos conseils m'ont été très utiles pour la réalisation de ce travail, grand merci.

**A Dr Abdoulaye KAMISSOKO** merci pour tes conseils.

A **Dr Koné Diakaridia** tes conseils ont été d'un apport inestimable pour la réalisation de ce travail. Merci

A **tout le personnel de la clinique Eureka.**

Au **médecin-chef et tout le personnel du CS Réf. de la commune IV.**  
Merci de m'avoir accueilli dans votre service pour la réalisation de ce travail.

A **tous les camarades étudiants en médecine du CS réf CIV.**

A mon **Oncle Cheick Ibrahim COULIBALY**, merci pour tes conseils,

A mes **Amis Seydou DIARRA et Mamadou A DIARRA** merci !

**Mes compassions à l'endroit de toutes les fillettes et femmes du monde victimes de l'excision.**



**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU  
JURY**

# **A notre maitre et président du jury**

## **Professeur Tiéman COULIBALY**

- ❖ **Maitre de conférences en traumatologie et d'orthopédie à la FMPOS**
- ❖ **Chirurgien orthopédique et traumatologue au CHU Gabriel TOURE**
- ❖ **Membre de la société malienne de chirurgie orthopédique et traumatologique**

Cher maître vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations

Votre simplicité, votre sérénité, votre abord facile votre esprit communicatif, votre culture, votre éloquence, font de vous un maître admiré de tous

Cher maître veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et soyez assuré de notre attachement indéfectible.



## **A notre maitre et membre du jury Docteur Broulaye TRAORE**

- **Pédiatre praticien hospitalier**
- **Président de l'association malienne de lutte contre la déficience mentale chez l'enfant : AMALDEME**
- **Pédiatre conseiller à l'Association Malienne de Lutte contre la Déficience Mentale**
- **Chargé de cours dans les écoles de formation socio sanitaires de Bamako.**

Cher maître,

Nous sommes honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Votre disponibilité, votre rigueur scientifique ont forcé notre admiration.

Trouvez ici cher maître, le témoignage de notre gratitude et de notre plus grand respect.

# **A notre maître et co-directeur de thèse**

## **Professeur Salif DIAKITE**

❖ **Professeur honoraire de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.**

Cher maître, vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable

Votre simplicité, votre volonté de transmettre votre savoir aux jeunes, votre désir d'égalité entre les hommes, votre humanisme votre franchise, font de vous un exemple à suivre

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

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

## **Docteur Moustapha TOURE**

- **Diplômé de gynécologie et obstétrique**
- **Diplômé d'échographie de la faculté de médecine de Brest**
- **Titulaire d'un certificat du cours européen d'épidémiologie Tropical de bale en suisse**
- **Titulaire d'un certificat de fécondation in vitro de Hambourg en Allemagne**
- **Titulaire du master en recherche sur le système de santé de l'université libre de Bruxelles**
- **Médecin chef du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako**
- **Maître assistant de gynécologie et d'obstétrique à la FMPOS**
- **Chevalier de l'ordre national Mali**

Cher Maître,

Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Votre grand amour pour la gynéco-obstétrique et la qualité de votre

enseignement nous ont marqués et séduits. Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves. Si ce travail est une réussite, il le doit à votre compétence et à votre savoir faire. Soyez rassuré, Cher Maître de notre profonde reconnaissance.

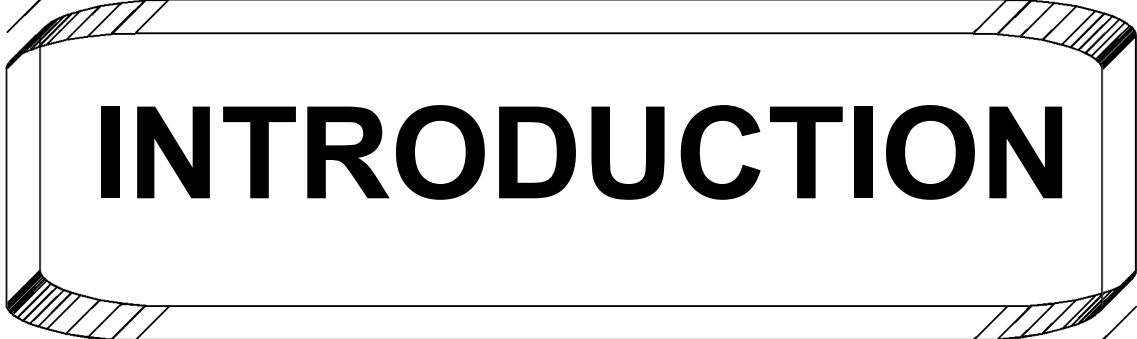
## Abréviations

- ⇒ **AMSOPT**: Association Malienne de Suivi et d'Orientation des Pratiques Traditionnelles
- ⇒ **APDF** : Association Pour le Développement de la Femme
- ⇒ **ASDAP**: Association de Soutien au Développement des Activités de Population
- ⇒ **CENTRE DJOLIBA** : Centre de réflexion de formation action documentation pour le développement
- ⇒ **CNAPN** : Comité National d'Action pour L'Abandon des Pratiques Néfastes à la femme et à l'enfant
- ⇒ **CSCom** : Centre de Sante Communautaire
- ⇒ **CS Réf** : Centre de Santé de Référence
- ⇒ **DSR** : Division Santé de la Reproduction
- ⇒ **FGM** : Female Genitale Mutilation (mutilation génitale féminine)
- ⇒ **FNUAP** : United Nations Fund for Population Activities (Fond des Nations Unies pour les Activités de Population)
- ⇒ **IEC/CCC** : Information Education Communication/ Communication pour le Changement de Comportement
- ⇒ **MGF** : Mutilation Génitale Féminine
- ⇒ **MPFEF** : Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
- ⇒ **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ⇒ **ONG** : Organisation Non Gouvernementale

- ⇒ **PNLE** : Programme National pour la Lutte contre l'Excision
- ⇒ **PRADO**: Programme des adolescents
- ⇒ **SIDA** : Syndrome d'Immuno-DéficiencE AcquisE
- ⇒ **UNICEF** : United Nations Children's Fund (Fond des Nations Unies pour les Enfants)
- ⇒ **UNIFEM** : Fond de développement des Nations Unis pour la Femme
  
- ⇒ **USAID** : United States Agency for International Development
  
- ⇒ **UDPM** : Union Démocratique du Peuple Malien
  
- ⇒ **VIH** : Virus de l'ImmunodéficiencE Humaine

## SOMMAIRE

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>page.15</b>
<b>II. OBJECTIFS .....</b>	<b>page. 19</b>
<b>III. GENERALITES.....</b>	<b>page. 21</b>
<b>IV. METHODOLOGIE .....</b>	<b>page. 49</b>
<b>V. RESULTATS.....</b>	<b>page.59</b>
<b>VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>page.77</b>
<b>VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>page.85</b>
<b>VIII. REFERENCES.....</b>	<b>page.89</b>
<b>IX. ANNEXES.....</b>	<b>page.92</b>



# INTRODUCTION



## **I. Introduction :**

Selon l’OMS, les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation de ces organes pratiquées pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques. **[13]**

Toutes les sociétés ont défini des normes en matière de soins et de comportements qui varient en fonction de l’âge, de la période de vie, du sexe et de la classe sociale. Ces normes, que l’on désigne souvent sous le nom de pratiques traditionnelles, peuvent être utiles ou avoir des conséquences. Les pratiques traditionnelles à l’égard des fillettes ou se rapportant aux relations entre les femmes et les hommes, au mariage et à la sexualité peuvent avoir des conséquences néfastes pour les femmes et les jeunes filles. **[13]**

14 pratiques traditionnelles ont été répertoriées au Mali. L’excision de part son ancrage socioculturelle, sa prévalence, ses conséquences sur la santé de la femme et de l’enfant est celle qui de loin constitue un réel problème de santé publique.

L’excision est une pratique extrêmement ancienne et son origine remonte vraisemblablement au temps de l’Egypte pharaonique. Cette pratique s’est progressivement étendue de l’Egypte à la corne de l’Afrique, puis à toute l’Afrique sub-saharienne, pour toucher aujourd’hui près de la moitié des pays africains. **[11]**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a, en 1998, décrit de manière large les mutilations sexuelles féminines dans un document du même nom, portant le sous-titre : « aperçu du problème ». De manière générale, elle a identifié que la chirurgie génitale, tant traditionnelle que moderne, est pratiquée dans différentes sociétés pour toute une série de raisons médicales, esthétiques, physiologiques ou sociales. **[13]**

La lutte contre la pratique de l'excision au Mali a commencé très tôt, depuis l'indépendance du pays, à travers la première femme députée Aoua Keita qui s'est distinguée dans cette lutte. Ensuite sous la deuxième république, l'organe des femmes du parti unique (UDPM) a organisé des campagnes de sensibilisation. Toutes ces actions étaient timides. Il a fallu attendre l'avènement de la démocratie multipartite en Mars 1991 pour voir éclore des mouvements associatifs de femmes qui prendront à leur compte la lutte contre l'excision, vue comme une atteinte importante à la santé des femmes et des filles, mais aussi aux droits de la personne tout court. Ainsi, depuis vingt ans, la lutte contre l'excision a pris une autre dimension. L'Etat par certaines de ses structures a emboité le pas aux associations et ONG pour lutter contre l'excision. La DSR, le CNAPN d'abord et ensuite le PNLE permettent d'appuyer et mieux organiser la lutte pour l'abandon de l'excision. **[5]**

On considère qu'il y a dans le monde 132 millions d'excisées, 2 millions par an et tous les continents sont concernés notamment en Europe et Amérique du fait des grands courants migratoires **[7]**.

En Afrique on compte plus de 90% des cas dans 28 pays essentiellement en Afrique occidentale et orientale [7]. Toutefois, malgré la baisse du taux de prévalence de la pratique des MGF/excision au Mali de 91,6% (EDSM-III en 2001) à 85,2% (EDSM-IV en 2006), l'excision demeure encore une pratique courante et annihile les efforts déployés [7].

Aujourd'hui elle est de plus en plus perçue à travers le monde comme une atteinte aux droits de la personne, aux droits de la femme et de l'enfant.

Elle comporte des complications obstétricales, gynécologiques, psychosexuelles à court, moyen, et long terme.

La prise en charge des complications de l'excision est faite dans certaines structures sanitaires dont le centre de santé de référence de la commune IV, mais aucun bilan n'a été fait dans cette structure. Aussi nous avons entrepris la présente étude dont les objectifs sont les suivants :



**OBJECTIFS**

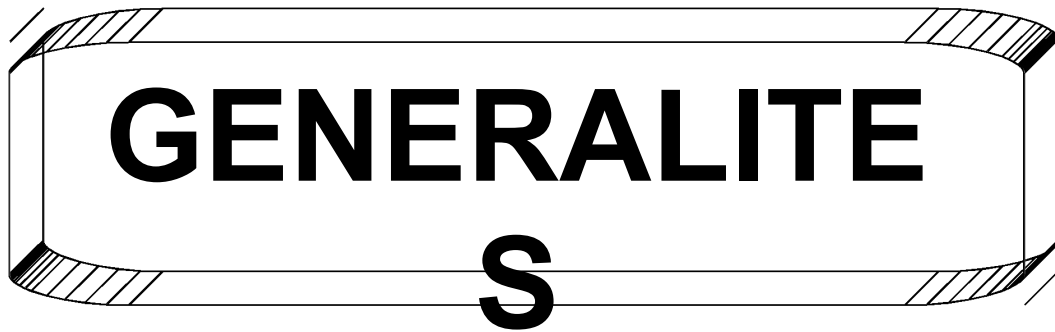
## II. Objectifs :

1. **Objectif général** : Etudier un bilan général de la prise en charge des séquelles d'excision au centre de référence de la commune IV du district de Bamako de 2002 à 2009.

### 2. Objectifs spécifiques :

- Identifier les caractéristiques socio-démographiques des patientes pendant la période de notre étude au CS Réf de la commune IV,
- Décrire un circuit de prise en charge des complications de l'excision.
- Identifier les principales complications et séquelles liées à l'excision,
- Identifier les types d'excision et le plus fréquent,
- Identifier les limites et les contraintes dans la prise en charge des séquelles d'excision,





**GENERALITE**

**S**

### **III. Généralités :**

#### **A. Rappels anatomiques de l'appareil génital féminin :**

##### **1. La vulve :**

Partie externe des organes génitaux féminins, elle est marquée à sa partie moyenne par une dépression médiane, le vestibule, au fond duquel s'ouvrent l'urètre et le vagin.

Le vestibule est limité de chaque côté tout d'abord par les petites lèvres qui se rejoignent en avant au niveau du clitoris puis plus en dehors par les grandes lèvres qui se perdent en avant du même clitoris sur une saillie médiane : pénil ou mont du venus. A la vulve sont annexées les glandes de Bartholin.

**1.1. Les grandes lèvres :** ce sont deux replis cutanés allongés sagittalement sur une longueur d'environ huit centimètre. Elles présentent une face externe recouverte de poils ; séparées de la cuisse par le sillon genito-crural et une face interne qui est lisse et séparée de la petite lèvre par le sillon inter-labial. Leur extrémité antérieure se perd sur le mont de vénus, tandis que l'autre s'unit à celle du côté opposé par la commissure postérieure.

Au point de vue histologique on distingue :

- La peau
- Une couche de fibres musculaires lisses formant le dartos des grandes lèvres



- Une couche graisseuse
- Une membrane fibro-élastique
- Une deuxième couche adipeuse

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

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

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

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

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

- **Les corps caverneux** : Analogue à ceux de la verge chez l'homme, ils s'unissent pour former le corps du clitoris qui se prolonge puis change de direction et se coude pour former le genou (ou coude) du clitoris. Le clitoris se termine par une extrémité arrondie : Le gland du clitoris.
- **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 baguette sagittale ou bride qui va de la face inférieure du clitoris au méat urétral. Ce revêtement cutané contient des corpuscules sensitifs très particuliers et très nombreux.
  - ✓ **Une couche celluleuse**
  - ✓ **Fascia clitoridien** : Il est semblable au fascia du pénis, les glandes de Bartholin sont situées de chaque côté de la moitié postérieure du vestibule.

#### **1.5. Les vaisseaux et les nerfs de la vulve :**

- ✓ **Les artères** : Elles viennent en avant des artères honteuses externes, branche de la fémorale ; en arrière de la périnéale superficielle, branche de la honteuse interne ; au centre des artères caverneuses, bulbaire et bulbo-urétrale et dorsale du clitoris venus de la honteuse interne.
- ✓ **Les veines** : Elles ont des territoires analogues aux artères.

- ✓ **Les lymphatiques** : Ils vont aux ganglions inférieurs superficiels (groupe supéro-interne). Seules les lymphatiques du gland clitoridien vont aux ganglions inguinaux profonds et rectaux cruraux.
- ✓ **Les nerfs** : Ils proviennent en avant des filets génito-cruraux, des abdomino-génitaux et des génitaux en arrière du nerf périnéal et du rameau périnéal interne venus du nerf honteux interne (sur la face dorsale du clitoris cheminent les nerfs dorsaux du clitoris, branche du nerf honteux interne).
- ✓ **Les corps érectiles** : Ils reçoivent leurs filets vasomoteurs du sympathique.

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

### **1.7. Les dimensions :**

A l'état de flexibilité :

- Sa longueur est en moyenne de 6 à 7 cm dont environ 3 cm pour les racines ; 2,5 cm pour le corps et 0,6 cm pour le gland.
- Son diamètre est de 0,6 à 0,7 cm.

A l'état d'érection sa dimension augmente très peu et le corps garde la même direction

**1.8. Rapports** : 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.

**2. 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 et présente deux faces : Une face antérieure et une face postérieure

- La première répond dans ses  $\frac{2}{3}$  supérieurs à la vessie et à la portion terminale des deux uretères ; dans son  $\frac{1}{3}$  inférieur à l'urètre.
- La seconde répond au cul-de-sac de Douglas dans son quart supérieur et à l'ampoule rectale dans ses trois quarts inférieurs. Vagin et rectum sont alors séparés par la cloison recto-vaginale.

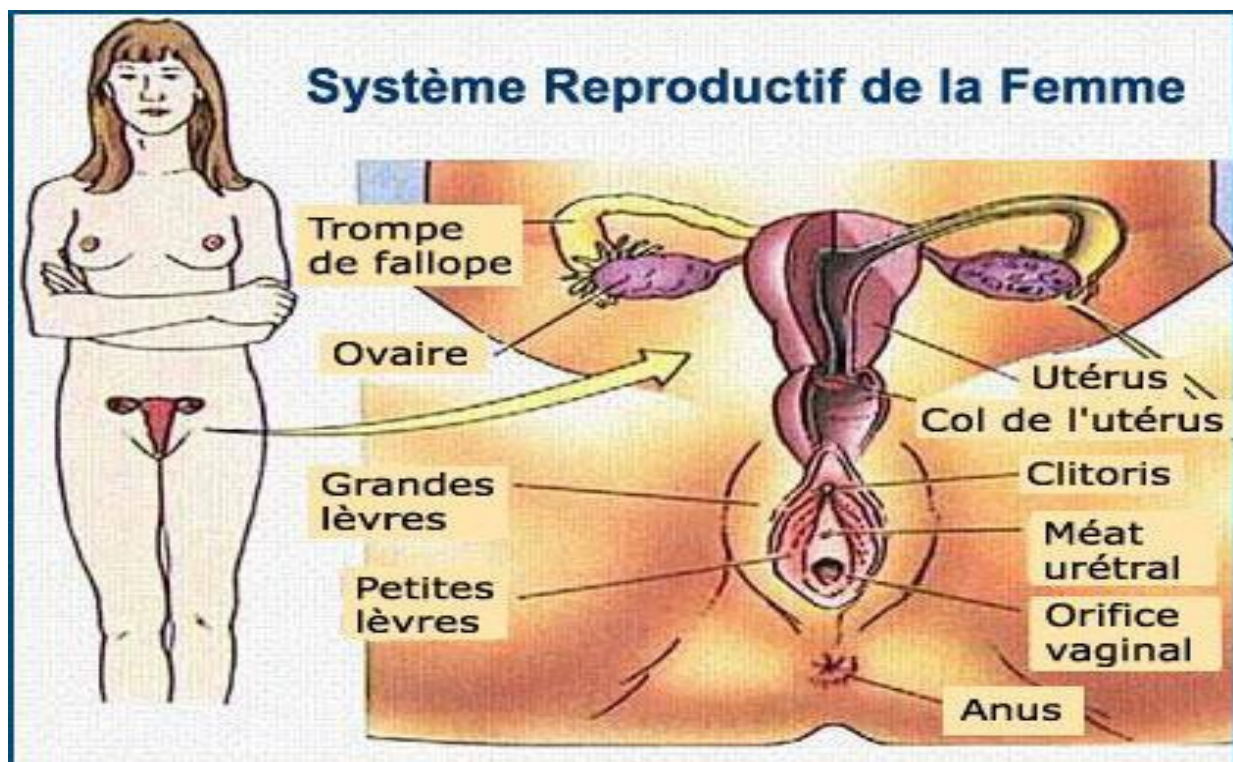
Le vagin débouche au fond du vestibule dont il est séparé par l'hymen. Le vagin et la vulve sont les organes de l'acte sexuel. Ils permettent par ailleurs l'expulsion de l'enfant lors de l'accouchement.

**3. Les ovaires** : Il s'agit de deux glandes qui produisent les hormones féminines et les ovules.

**4. L'utérus** : Il constitue le « nid » dans lequel se développera l'œuf fécondé et comprend :

- ✓ deux trompes qui ont pour fonction essentielle de conduire les ovules jusqu'au corps de l'utérus,
- ✓ un corps qui héberge le fœtus pendant toute l'évolution de la grossesse et assure l'expulsion par ses contractions,
- ✓ le col qui fait communiquer l'utérus avec le vagin.

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



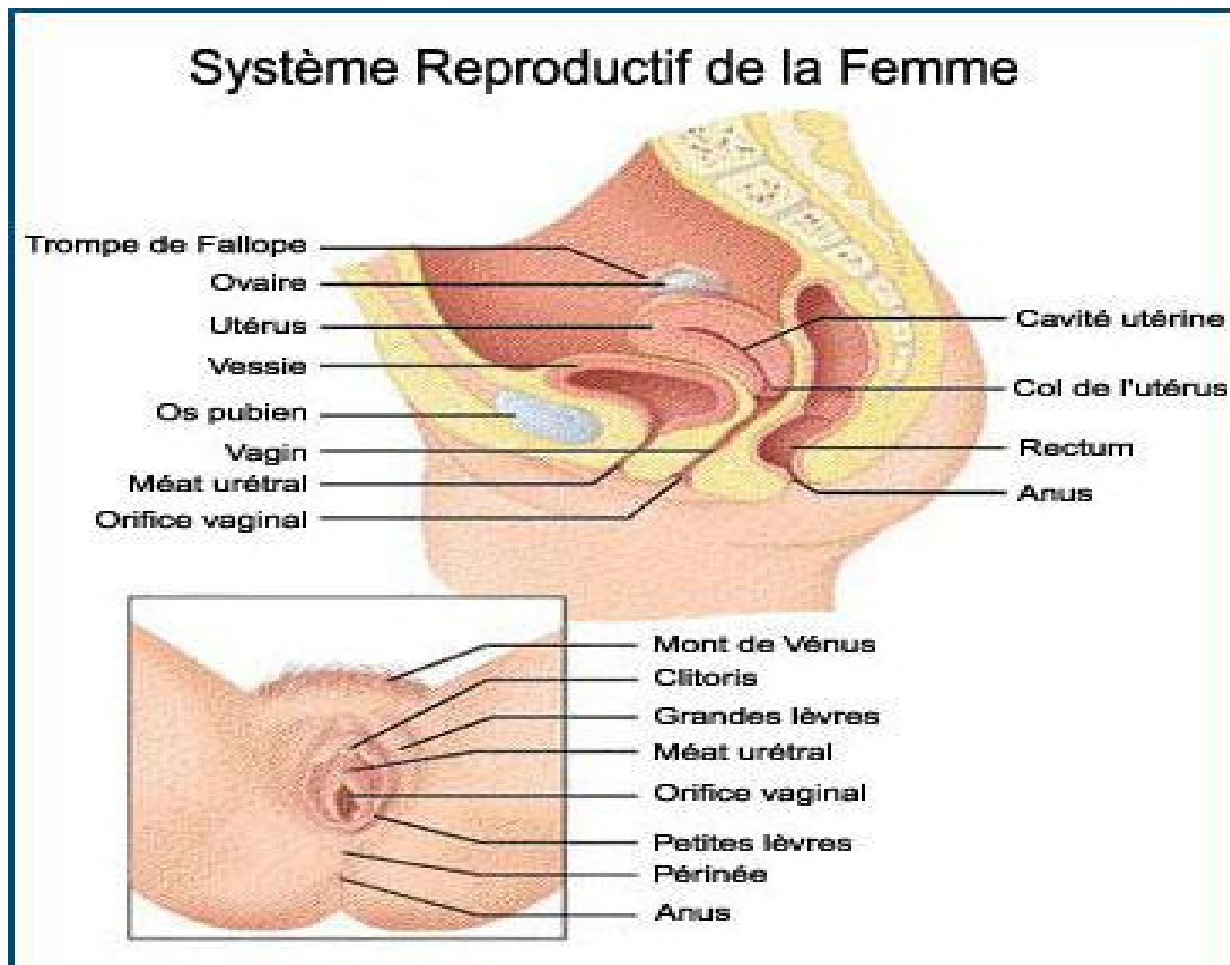


Figure1 : Anatomie des organes génitaux externes féminins

Source : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2006, 15 septembre.

## B. Rappels physiologiques :

Pour Baccigalupo [1], sexologue clinicienne française, « les comportements sexuels de la femme évoluent avec le temps » c'est-à-dire tout au long de sa vie. Elle intitule son chapitre sur la sexualité de la femme adulte « le temps des amours sereines » et indique que « l'âge adulte est celui de l'affirmation de la sexualité et de l'investissement amoureux dans la durée ». Elle indique encore : « La femme découvre, puis comprend de mieux en mieux ses réactions sexuelles ; son plaisir à

faire l'amour est plus grand ; elle investit la pénétration. L'orgasme devient plus accessible, que ce soit par le biais des caresses sexuelles ou lors du coït » Il s'agit cependant de nuancer cette description. Toujours selon Baccigalupo, « certaines femmes n'accèdent pourtant pas à cette maturité sexuelle, elles font l'amour essentiellement pour répondre au désir de leur partenaire, et ignorent ce qu'elles apprécient ; elles sont alors incapables de guider leur compagnon sur ce chemin. [...] D'autres redoutent l'acte sexuel ; la peur se développe et un cercle vicieux s'installe ». Ainsi, l'aptitude à accéder à la sérénité sexuelle dépend étroitement du niveau de maturité de chaque personne et, également, du degré de confiance qui se construit dans le temps, au sein du couple, aussi bien au niveau des échanges quotidiens que sexuels. Pour mieux comprendre la maturité sexuelle de la femme, il nous faut à présent décrire l'orgasme, c'est-à-dire la capacité d'atteindre le comble du plaisir sexuel. Il convient toutefois de rester très prudent sur une définition « standard » de l'orgasme car « à chaque femme son orgasme ». Les sexologues définissent d'ailleurs scientifiquement l'orgasme comme « une réaction psychophysique de courte durée, consistant en un brusque relâchement des tensions érotiques » (Crépault, cité par Baccigalupo). Et Baccigalupo ajoute, suite à cette définition scientifique un peu sèche, que « si les mots manquent pour décrire le plaisir, les phénomènes physiologiques qui accompagnent l'orgasme sont, eux, bien tangibles ». Nous laissons donc à Baccigalupo, qui est sexologue, le soin de décrire l'orgasme.

Selon Baccigalupo, pour Freud, lorsque la femme atteint sa maturité sexuelle, l'orgasme clitoridien doit faire place à un orgasme vaginal. 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, de veines et 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. Quant il est pleinement gonflé, le système clitoridien dans son ensemble devient brusquement trente fois plus large que le gland et le corps externe clitoridien qui est communément désigné sous l'appellation de clitoris.

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 leurs 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 révèle à l'organisme et à la conscience le mécanisme normal de l'acte sexuel. 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 le 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 secondes en général faiblement perçues dominant chez quelques unes, ce qui rendait compte de certaines anorgasmies après hystérectomie. Les points de départ de l'arc réflexe sont innombrables (peau, muqueuse, images psychiques), 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 prolongée.

- 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. Il est possible, comme cela

à été dit précédemment que l'obtention de l'orgasme soit alors plus exigeant dans la conduite de l'acte sexuel.

### **C. Les types d'excision : Selon l'OMS ;**

- **Type I** : Excision du prépuce avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris.
- **Type II** : Excision du prépuce, du clitoris et excision partielle ou totale des petites lèvres.
- **Type III** : Excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation).
- **Type IV** : Les interventions non classées :
  - Piqûres, perforations ou incision du clitoris et /ou des petites lèvres et des grandes lèvres.
  - Etirement du clitoris et/ou des petites lèvres.
  - Cautérisation par brûlure du clitoris et du tissu avoisinant.
  - Grattage de l'orifice vaginal ou incision du vagin.
  - Introduction des substances corrosives dans le vagin pour provoquer des saignements ou introduction des plantes dans le vagin pour le resserrer ou le rétrécir.
  - Toute autre intervention qui répond à la définition des mutilations sexuelles féminines données ci-dessus.

**E. Les sens donnés à la pratique de l'excision au Mali [5]:** les populations maliennes donnent plusieurs sens à l'excision dont :

- ***L'excision comme rite d'initiation*** : L'excision et la circoncision sont des rites d'initiation. L'initiation est l'un des rites les plus importants du fait que l'individu et le social, le profane et le sacré, le réel et l'imaginaire s'y entremêlent intimement. L'excision est un élément d'identification au groupe et, au-delà, à l'ethnie. Ainsi, la mythologie bambara qui explique l'origine de l'excision dans le versement du sang maléfique (le wanzo) par la section du clitoris de la fillette et le prépuce du garçon permet de rendre leur être stable pour se marier et procréer. L'excision en tant que rite de passage exige de la souffrance de la part des initiés.
- ***L'excision comme porte d'entrée dans les échanges matrimoniaux*** : l'excision est indispensable pour rentrer dans le cercle des géniteurs. Il est impensable dans beaucoup de communautés au Mali et en Afrique occidentale qu'une femme soit mariée sans avoir au préalable subi l'excision. L'excision paraît donc indispensable pour rentrer dans les échanges matrimoniaux. Une femme ***Bilakoro*** (non excisée en bambara) et ***Djofolo*** (en songhay) ne peut contracter un mariage.
- ***L'excision comme exigence de l'islam*** : L'excision est souvent assimilée à une obligation de la religion musulmane au Mali. Si le Mali est un pays habité majoritairement de musulmans, peu d'entre eux savent lire et comprendre le Coran. Les interprétations souvent douteuses ont créé la confusion selon laquelle, une femme non

excisée ne peut pas faire ses prières parce qu'impure et sale. Ce préjugé est particulièrement tenace dans le milieu urbain où foisonnent tous les types de prédicateurs. Selon les leaders religieux musulmans, nulle part dans le Coran, ni dans la Sunna, il n'est fait obligation de l'excision. Si l'islam, au dire des marabouts, ne condamne pas formellement l'excision, il n'en fait pas pour autant une exigence religieuse.

Une des plus grandes difficultés aujourd'hui concernant la question de l'excision est sa liaison avec l'islam. Certains milieux qui tentent de résister aux campagnes de lutte contre l'excision ont fait l'amalgame entre les deux, rendant l'approche IEC plus difficile. Il serait très important de pouvoir démêler l'excision de l'islam pour aboutir à des résultats significatifs.

- ***Le clitoris comme siège de maléfices*** : Le clitoris est souvent perçu comme source de maléfices. Ainsi la peur de ne pas ressembler aux autres, d'être différente lorsqu'on n'est pas excisée est forte. Pour maintenir cette pratique, des récits, des histoires et des fabulations sont créés et qui font qu'il est difficile de ne pas être comme les autres femmes, celles qui sont excisées.
- ***L'excision comme exigence hygiénique et esthétique*** : La préoccupation esthétique est justifiée dans les récits par une hypertrophie anormale des organes génitaux externes, en particulier le clitoris qui peut s'allonger démesurément, plus qu'un pénis. La quête d'hygiène sexuelle féminine est aussi aujourd'hui souvent citée comme cause de l'excision, d'où le fait que celle-ci prenne parfois

dans certaines zones du Mali l'appellation de **Sélidji** qui signifie purification. Dans ces zones on pense qu'une femme non excisée n'est pas autorisée à faire les prières rituelles musulmanes, car portant en elle une souillure que seule l'excision permet de purifier.

- **L'excision comme facteur de régulation sexuelle** : Une des fonctions principales attribuées à l'excision est celle de la diminution de la sensibilité féminine. Cette notion recouvre deux significations :
  - la maîtrise de l'appétit sexuel ;
  - la fidélité qu'apporte la diminution de la pulsation sexuelle, valeur cardinale que toute femme doit avoir en Afrique.

Le fait de maîtriser son corps est une valeur dévolue à la femme et le fait que l'on considère que la femme non excisée en est incapable est une arme redoutable qui frêne de beaucoup l'engagement des hommes en faveur de l'abandon de la pratique de l'excision. Il est au demeurant clair que ce n'est pas la section du clitoris qui peut rendre la femme tranquille, comme on le dit pudiquement chez nous, mais plutôt l'éducation. L'éducation traditionnelle africaine en général et malienne en particulier visait à assigner à la femme un rôle de soumission et d'effacement, empêchant tout esprit de révolte et de prise de position publique. La diminution supposée du désir sexuel que l'excision procurerait n'est pas prouvée.

- **L'excision comme facteur de fertilité** : Dans beaucoup de communautés une grande signification est donnée au sacrifice. Le

sang humain est censé être plus accepté par les dieux que celui des animaux. Au sang et particulièrement celui provenant de l'excision et de la circoncision est prêté des puissances exceptionnelles comme celles de donner de bonnes récoltes, de circonscrire les maladies et épidémies, de fertiliser les femmes et d'augmenter les chances. Ainsi, l'effet positif de l'excision serait plutôt dû à sa fonction symbolique. Pour d'autres, la modification du sexe de la femme par l'excision serait plus propice au maintien et au bon développement de la grossesse.

- **L'excision comme facteur de séparation de sexes** : Pour beaucoup, le clitoris est le principe mâle chez la femme qu'il faut couper pour mettre de l'ordre dans le désordre originel qui frappe tous les humains. Tout comme le prépuce symboliserait le vagin chez l'homme, le clitoris serait l'équivalent du pénis chez la femme. Il peut aussi gêner l'homme au moment des rapports sexuels en lui fermant l'entrée du vagin.

## **F. Les méthodes, lieux et matériels de l'excision au Mali:**

L'excision se faisait dans les toilettes très généralement les jeudis et les vendredis avec un couteau ou une lame et le traitement était à base de médicaments traditionnels. (*Image 1*)

## **G. Les Législations dans les pays où les excisions sont pratiques courantes. [11]:**

- 1) **Bénin** : Ce pays n'a pas de loi spécifique sur le sujet, malgré une prévalence évaluée à 50% des femmes du pays.
- 2) **Burkina Faso** : Une loi interdisant les mutilations génitales féminine (MGF) a été promulguée en 1996, pour entrer en vigueur en février 1997. Auparavant, il existait déjà un décret présidentiel établissant un comité national contre l'excision et prévoyant des amendes à l'encontre des personnes reconnues coupables d'excision sur des fillettes ou des femmes. La loi de 1996 a renforcé la répression. Depuis, plusieurs exciseuses ont été condamnées à des peines d'emprisonnement.
- 3) **Côte d'Ivoire** : Une loi promulguée le 18 décembre 1998 prévoit que toute atteinte à l'intégrité des organes génitaux d'une femme, par voie de mutilation totale ou partielle, excision, désensibilisation ou toute autre pratique, si elle s'avère sanitaires néfaste, est passible d'une peine d'emprisonnement de un à cinq ans, et d'une forte amende (de 360 000 à deux millions de [francs CFA](#)). La peine est portée de cinq à vingt ans d'emprisonnement si la victime meurt des suites de son opération. Par ailleurs, si la procédure est effectuée par un médecin, il risque jusqu'à cinq ans d'interdiction de pratique professionnelle.
- 4) **Djibouti** : Les MGF ont été interdites par la révision du code pénal du pays, entré en vigueur en avril 1995. L'article 333 du code pénal



prévoit, pour les personnes reconnues coupables de ces pratiques, une peine d'emprisonnement de cinq ans et une amende de un million de francs de Djibouti.

- 5) **Égypte** : En décembre 1997, la cour de cassation égyptienne a rendu un arrêt en faveur d'une interdiction gouvernementale des MGF, dans lequel il est stipulé que les contrevenants s'exposent à des sanctions criminelles et administratives. Il existe en outre un décret ministériel qui interdit ces pratiques. Malgré ces lois et décrets, les MGF se perpétuent encore en très grande majorité dans ce pays, même si certains comme Abou Shawareb en juillet 2005, ont décidé d'eux-mêmes de mettre fin à ces pratiques. Le Code pénal prévoit aussi des cas de « blessure » et de « traumatisme intentionnel ayant entraîné la mort », qui peuvent éventuellement être juridiquement applicables. On a relevé dans la presse au moins treize cas de personnes poursuivies sur la base des termes du Code pénal, notamment des médecins, des sages femmes et des barbiers, accusés d'avoir pratiqué des MGF ayant entraîné des [hémorragies](#), des états de choc et des décès.
- 6) **Ghana** : En 1989, le chef du gouvernement du Ghana, le président [Rawlings](#), s'est formellement prononcé contre les MGF et les autres types de pratiques traditionnelles néfastes. L'article 39 de la constitution du Ghana contient en outre des éléments visant l'abolition des pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé et au bien-être des personnes. Certains pensent que cette loi a, en fait, généré une évolution des pratiques vers la clandestinité.

- 7) **Guinée** : Les MGF sont illégales en Guinée, selon l'article 265 du code pénal. Elles sont punies par une peine de travaux forcés à perpétuité et, si elles entraînent le décès de la victime dans un délai de 40 jours, le contrevenant s'expose à la peine de mort. Aucun cas de MGF n'a toutefois, à ce jour, été porté devant les tribunaux. L'article 6 de la constitution guinéenne, qui interdit les traitements cruels et inhumains, peut aussi prendre en compte ces pratiques, si un cas venait à être porté devant la cour suprême. L'un des membres de la cour suprême de Guinée travaille actuellement en collaboration avec une ONG locale, en vue d'insérer dans la constitution guinéenne une clause spécifique interdisant ces pratiques.
- 8) **Indonésie** : Les autorités préparent actuellement un décret interdisant aux médecins et aux personnels paramédicaux toutes pratiques de MGF. Les MGF sont aujourd'hui encore très répandus en Indonésie. Azrul Azwar, le directeur général des affaires de santé du pays, a déclaré que « *Toutes les structures de santé gouvernementales seront formées à relayer les informations concernant la décision d'interdiction et l'étendue du problème de la circoncision féminine.* ».
- 9) **Nigeria** : Au Nigeria, il n'existe aucune loi fédérale interdisant les pratiques de MGF. Les opposants à ces pratiques se réfèrent à la section 34(1) (a) de la Constitution de la République Fédérale du Nigeria de 1999, qui stipule que « aucun individu ne sera soumis à la torture ou à des traitements inhumains ou dégradants », pour en appeler à l'interdiction des pratiques de MGF sur tout le territoire. Un

membre du parlement a élaboré un projet de législation en faveur de l'interdiction, mais ce projet n'est pas encore passé en commission.

- 10) **Ouganda** : Il n'existe en Ouganda aucune loi réprimant les pratiques de MGF. En 1996, toutefois, un tribunal a statué en faveur de la prohibition de ces pratiques, sur la base des termes de la section 8 de la Charte des Enfants, promulguée cette même année, qui rend illégal le fait de soumettre un enfant à des pratiques sociales ou coutumières néfastes pour sa santé.
- 11) **République centrafricaine** : En 1996, le président a émis une ordonnance interdisant les MGF sur tout le territoire. Cette ordonnance a force de loi, et toute infraction à son égard est passible d'une peine d'emprisonnement allant de un mois à deux ans, et d'une amende de 5 100 à 100 000 francs centrafricains. Il ne semble toutefois pas que cette loi n'ait jamais été appliquée dans les faits.
- 12) **Sénégal** : Depuis une loi promulguée en janvier 1999, les pratiques de MGF sont illégales au Sénégal. Le président **Diouf** a fait un appel solennel en faveur de l'arrêt de ces pratiques et de la législation les interdisant. La loi modifie le code pénal en faisant des MGF des actes criminels, réprimés par une sentence pouvant aller de un à cinq ans d'emprisonnement. Un porte-parole du RADDHO (Rassemblement Africain pour la Défense des Droits de l'Homme) a déclaré dans la presse : « L'adoption de la loi ne se suffit pas en elle-même, car il est désormais nécessaire de la faire appliquer

rigoureusement pour que les femmes en bénéficient. » Quelques femmes se penchent sur la question.

- 13) **Somalie** : En Somalie, il n'existe aucune loi nationale spécifique interdisant les MGF. Le Code pénal mis en place prévoit toutefois des clauses de « blessures », « blessures graves » et « blessures très graves », qui pourraient éventuellement être juridiquement applicables. En novembre 1999, le Parlement de l'administration du [Puntland](#) a approuvé à l'unanimité une législation rendant ces pratiques illégales. Il ne semble toutefois exister aucun cas de mise en application de cette loi.
- 14) **Tanzanie** : La section 169 A de la circulaire spéciale sur les crimes sexuels de 1998 interdit les MGF. Ces pratiques sont punies de peine d'emprisonnement allant de cinq à quinze ans, et/ou d'une amende ne pouvant pas excéder 300 000 [shillings tanzaniens](#). Cette législation a débouché sur quelques arrestations, mais qui ne semblent pas avoir, jusqu'à présent, abouti sur des poursuites pénales.
- 15) **Togo** : Le 30 octobre 1998, l'Assemblée Nationale a voté à l'unanimité une loi interdisant les pratiques de MGF. Les sentences prévues vont des peines d'emprisonnement de deux mois à dix ans, à des amendes de 100 000 à un million de francs togolais. Toute personne qui aurait connaissance de telles pratiques dans son entourage et qui n'en informerait pas les autorités, est passible d'une peine d'un mois à un an d'emprisonnement, et d'une amende de 20 000 à 500 000 francs togolais.

Selon l'UNICEF, **seulement 13 pays africains** disposent de lois réprimant les mutilations sexuelles féminines et autres types de violences faites aux femmes.

#### **H. Aspects juridiques de l'excision :**

De plus en plus nous voyons des procès intentés à des parents et exciseuses ayant excisé leur enfant. Le dernier procès date du 11 février 1999 à Paris contre la Malienne Awa GREOU, exciseuse à Paris. Ce qui pose la problématique de la loi spécifique contre l'excision. Certains pays comme le Burkina-Faso, le Sénégal ont fait voter des lois contre l'excision. ***Il faut noter qu'il n'y a pas de loi votée contre la pratique de l'excision au Mali.***

L'excision se présente en une pratique coutumière portant atteinte à l'intégrité physique de la jeune fille ou de la femme.

Malgré l'existence de textes répressifs, les auteurs et les complices restent impunis.

Telle que décrite, l'excision peut être définie comme une blessure faite à l'aide d'un couteau ou d'un objet tranchant sur l'appareil génital d'une fillette ou d'une jeune fille et dont il résulte une mutilation. L'auteur en est l'exciseuse, la victime la fillette et les complices les parents et souvent la communauté villageoise. Les conséquences sont l'hémorragie qui peut être plus ou moins grave selon la dextérité ou l'habileté de la praticienne. Il est arrivé des cas extrêmes où les blessures occasionnées ont entraîné la mort de la ou des victimes. Il a également été observé des

cas de tétanos, d'infection urinaire, de traumatisme, d'accouchements difficiles.

L'excision constitue-t-elle une infraction au regard du droit positif malien ?  
Si oui, quel est le régime applicable ?

Certaines infractions constitutives d'atteinte à l'intégrité physique prévue et punies par le code pénal présentent des similitudes avec la pratique de l'excision. Il s'agit en premier lieu de l'infraction de coups et blessures volontaires.

**L'article 166, alinéa I** du code pénal stipule que : « Tout individu qui volontairement aura porté des coups ou fait des blessures ou commis toute autre violence ou voie de fait, s'il est résulté de ces sortes de violence une maladie ou une incapacité de travail personnel pendant plus de 20 jours sera puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 20 000 à 500 000 F CFA ;

**L'article 166** énonce que lorsque les violences, les blessures ou les coups auront été suivis de mutilation, amputation, privation de l'usage d'un membre ou d'un sens, cécité, perte d'un œil, ou d'une autre infirmité ou maladie, la peine sera de 5 ans à 10 ans de travaux forcés.

**L'article 167** prévoit quant à lui le cas où les coups et blessures reçus n'ont entraîné aucune maladie ou incapacité supérieure à 20 jours ; la peine dans ce cas est de 11 jours à 2 ans et d'une amende de 20 000 à 100 000 F CFA, ou de l'une de ces deux peines seulement.

**L'article 163** réprime les coups mortels, c'est-à-dire le cas où les victimes décèdent des suites de coups reçus. L'infraction devient un

crime passible de 5 ans à 20 ans de travaux forcés et facultativement de 1 à 10 ans d'interdiction de séjour.

Les éléments constitutifs de toutes ces infractions sont les mêmes à savoir :

- un acte matériel de violence,
- un élément intentionnel,
- le 3<sup>ème</sup> tient au dommage qui est la résultante des coups.

### **I. Les complications :**

L'excision peut entraîner des complications qui peuvent survenir de façon immédiate, à moyen ou long terme.

#### **1) Les complications immédiates :**

- **La douleur** : L'excision est pratiquée sans anesthésie. L'opération provoque une douleur très vive chez la victime, car le clitoris renferme de nombreuses terminaisons nerveuses. Même si l'anesthésie devrait se faire, elle nécessiterait de nombreuses piqûres très douloureuses.
- **L'hémorragie** : C'est la complication la plus fréquente. Elle est parfois liée à la section de l'artère dorsale du clitoris. Sa gravité dépend de son abondance et de sa durée. Ainsi les conséquences peuvent aller de l'état de choc à la mort par suite d'anémie aigüe.
- **Le choc** : Il peut être secondaire à la douleur intense provoquée par l'excision ou à une hémorragie trop abondante.

- **Le décès** : Il est très difficile, voire impossible de chiffrer le nombre de décès dus aux MGF, aucune étude n'ayant été menée sur cet aspect. De nos jours, vu la lutte qui s'instaure contre les MGF, il est probable que les données soient difficiles à obtenir, la pratique tendant à être faite de manière clandestine ; du moins, nous pouvons le supposer.

« La mort peut résulter d'une hémorragie massive (choc hémorragique), de la douleur et du traumatisme subi (choc neurogène) ou d'une infection grave généralisée (septicémie) ».

- **La blessure urétrale** : Du fait des dispositions anatomique, une blessure involontaire de l'urètre peut survenir lors de l'excision lorsque, sous la douleur, l'enfant se débat (l'opération se faisant sans anesthésie). Cette blessure peut entraîner alors une incontinence urinaire chez l'excisée. Les lésions peuvent intéresser le vagin, le périnée postérieur.
- **Le traumatisme** : IL associe un choc neurogène et un choc hémorragique, le traumatisme lié à l'excision peut ainsi provoquer la mort.
- **Les infections** : Le matériel utilisé pour la pratique ainsi que les traitements traditionnels peuvent être source de souillure. L'infection induite peut remonter dans la filière génitale entraînant une infection pelvienne souvent chronique pouvant être à l'origine de tétanos, de septicémies ou de stérilité primaire.



- **La Rétention aigüe d'urine** : Elle survient ;
  - soit par phénomène reflexe du fait des brûlures lors de la miction, l'enfant s'abstient d'uriner. Ceci entraîne à la longue une rétention qui le plus souvent d'elle-même ;
  - soit à cause de l'atrésie vulvaire qui oblitère le méat urinaire nécessitant intervention chirurgicale.

## 2) Les complications à moyen terme :

- **Les cicatrices cutanées vulvaires** : La survenue de cicatrices telles que les chéloïdes, kystes dermoïdes et brides au niveau de la région excisée est assez fréquente.
- **L'atrésie vulvaire** : Elle peut survenir de deux façons différentes :
  - une mauvaise cicatrisation qui provoque un accolement des deux grandes lèvres. Elle réalise l'aspect infibulé ;
  - faite de façon volontaire pour préserver la virginité de la femme.
- **L'hématocolpos** : Dans le cas d'infibulation ou d'atrésie vulvaire, lorsque surviennent les premières règles se pose le problème d'hématocolpos, ne trouvant pas d'issue pour sortir le sang menstruel stagne et forme dans la cavité vaginale une véritable masse qui est douloureuse et dont l'évacuation demande une nouvelle intervention sur la région vulvaire. Par ailleurs chaque menstruation est accompagnée de difficultés d'évacuation et de douleur plus ou moins intense selon le degré d'ouverture de l'orifice vaginal à l'origine des

dysménorrhées. Les troubles des règles par le phénomène d'hématocolpos peuvent être cause de douleurs pelviennes permanentes.

La complication la plus douloureuse et la plus insupportable de l'excision est le développement d'un névrome au point de section du nerf dorsal du clitoris. (*Image 2*)

- **l'excision et la transmission du VIH** : L'exciseuse opère toutes les filles au cours de la journée avec le même instrument souillé. Elles les exposent ainsi au risque de transmission du VIH/SIDA.
- **Les conséquences urinaires** : Logiquement la cicatrice qui résulte de la plaie vulvaire peut être à l'origine d'un obstacle à l'élimination de l'urine et être source d'infection ascendante. (*Image 5*)
- **Infection pelvienne chronique** :
  - **Les abcès** : Infections circonscrites, ils nécessitent parfois une incision chirurgicale.
  - **Les infections vaginales** : Elles s'accompagnent de pertes vaginales ou leucorrhées malodorantes. Elles peuvent atteindre l'utérus, les trompes, les ovaires et provoquer la stérilité.
- **Les fistules** : Secondaires à des blessures accidentelles, communications anormales entre :
  - voies urinaires (vessie/urètre) et génitales (vagin) ;

-voies génitales (vagin) et digestive (rectum). Incontinence urinaire ou fécale qui peut durer toute la vie, avec de graves répercussions psychologiques, sociales et économiques.

### 3. Les complications à long terme :

- **Les séquelles anatomiques** : Kystes liquidiens, sébacés ou dermoïdes, entraînés par les cicatrisations vulvaires. (*images 3, 4*)
- **Les conséquences obstétricales** : Ces complications sont les plus fréquentes et les plus spectaculaires. Elles sont engendrées par les cicatrices vicieuses de la région clitoridienne après excision. Ces cicatrices vont prolonger la durée de la période expulsive du fœtus hors des voies génitales conduisant rapidement à la souffrance fœtale et à l'épuisement de la mère. Ces cicatrices vont céder au moment de l'accouchement provoquant une hémorragie souvent difficile à maîtriser.

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

- **Les séquelles psychologiques (psycho-sexuelles)** : De nombreuses recherches ont été faites sur les aspects psychologiques des mutilations sexuelles féminines. Certains auteurs comme Dr BAASHER.T.A [4], CISSE Mamadou [2], ont signalé:

- l'anxiété
- la dépression
- l'excitation psychologique (à cause de l'apparition d'une tumeur kystique sur la région vulvaire après excision).

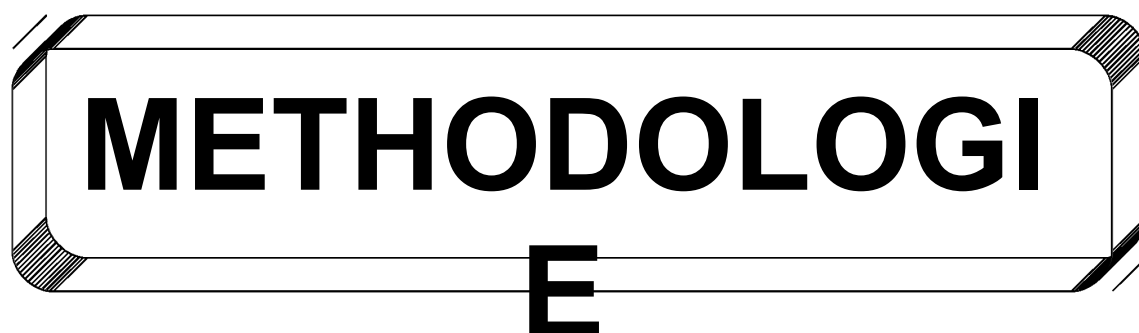
Selon ces auteurs l'excision est considérée comme un traumatisme aussi bien physique que psychologique, entraînant :

- ✓ une diminution du plaisir sexuel et rend la femme frigide,
- ✓ un état de névrose,
- ✓ une dyspareunie.

Selon feu SANKARA THOMAS « l'excision est une infériorisation de la femme », et par là bloque « l'épanouissement intégral de la femme, essentiel à la vie de la femme et de la société » [8].

**J. Le Coût de la prise en charge :** La majorité des frais de prise en charge a été assurée par le ministère de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille en collaboration avec le programme national de lutte contre la pratique de l'excision et certaines associations notamment AMSOPT, la Croix rouge et APDF, mais avec un certain nombre de cas non négligeables qui ont été pris en charge par le CS Réf C IV.

Le coût moyen de la prise en charge d'une séquelle d'excision au centre de santé de référence de la commune IV est estimé à 30 000 FCFA, (y compris le kit opératoire, les frais d'analyse, l'acte opératoire, et le suivi post opératoire).



**METHODOLOGI**  
**E**

## **IV. Méthodologie :**

- 1. Cadre d'étude :** Notre étude s'est déroulée au centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako (MALI)



**1.1. Historique de la commune IV:** La commune IV fut créée par l'ordonnance 78-34 / CMLN du 18 Août 1978 et placée sous la tutelle du gouverneur du district de Bamako. Elle est constituée par 8 quartiers dont le plus ancien est Lassa et le tout nouveau Sibiribougou. La commune IV du district de Bamako a une superficie de 37,68 Km<sup>2</sup> pour une population actualisée de **252 294** habitants (source DNSI, recensement 2009).

***Elle est limitée :***

- A l'Ouest par la limite Ouest du district de Bamako qui fait frontière avec le cercle de Kati ;
- A l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III ;
- Au Sud par le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source PUS CIV Mars 2001).

Le Centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune IV, d'abord PMI (Protection Maternelle et Infantile) de Lafiabougou en 1981 et érigé en juin 2002 en centre de référence pour répondre aux besoins de santé des populations de la commune.

**1.2. Les structures sanitaires de la commune IV :**

- *ASACOSEK (Association de Santé Communautaire de Sebenikoro-Kalabambougou);*
- *ASACOLA 1 (Association de Santé Communautaire de Lafiabougou Secteur 1);*



- *ASACOLAB 5* (Association de Santé Communautaire de Lafiabougou-Bougoudani Secteur 5) ;
- *ASACOLA2* (Association de Santé Communautaire de Lafiabougou Secteur 2) ;
- *ASACODIP* (Association de Santé Communautaire de Djicoroni-Para);
- *ASACOLABASAD* (Association de Santé Communautaire de Lassa-Banconi-Samakoro-Diakoni) ;
- *ASACOSEKASI* (Association de Santé Communautaire de Sébénikoro- Kaïrabougou-Sibiribougou) ;
- *ASACODJENEKA* (association de santé communautaire de Djénékabougou) ;
- *La Maternité René Cisse d'Hamdallaye* ;
- *ASACOHAM* (Association de Santé Communautaire d'Hamdallaye).  
Tous ces centres dépendent du CS Réf.
- Outre ces centres cités ; il y a aussi des cliniques, cabinets privés et des officines.

### **1.3. Les locaux du centre de santé de référence de la commune IV :**

Le centre de santé de référence comporte :

- une unité de gynéco-obstétrique,
- une unité de chirurgie générale,

- une unité de médecine générale
- une unité d'ophtalmologie,
- une unité d'ORL
- une unité de soins d'animation et de conseils (USAC)
- un bureau des FFI,
- un bloc opératoire,
- une salle d'accouchement,
- douze salles d'hospitalisation, dont :
  - six salles pour la gynécologie obstétrique avec 24 lits
  - et deux salles pour la chirurgie générale avec six lits.
- une unité de consultation prénatale,
- une unité de consultation postnatale,
- un cabinet dentaire,
- un laboratoire,
- un dispensaire antituberculeux,
- une unité de dépistage du cancer du col,
- deux salles de soins infirmiers,
- une mosquée,

- une morgue.

Ces différentes unités sont tenues par un personnel :

#### **1.4. Personnel du centre de santé de référence de la commune IV :**

Le centre de santé de référence emploie à la date d'aujourd'hui :

- deux gynécologues obstétriciens, dont le médecin chef du centre,
- un médecin ophtalmologiste, deux assistants médicaux en ophtalmologie
- un chirurgien généraliste,
- trois médecins généralistes,
- seize sages-femmes, deux infirmières obstétriciennes
- sept anesthésistes réanimateurs, dont :
  - ✓ 2 Médecins
  - ✓ 5 assistants
- quatre infirmiers d'Etat et deux assistantes médicales en ORL
- trois techniciens supérieurs de laboratoire
- deux techniciens supérieurs en odonto-stomatologie,
- dix aides-soignants,
- une gérante de pharmacie,
- cinq manœuvres,

- quatre chauffeurs,
- quatre gardiens dont un de la morgue
- deux comptables,
- une secrétaire administratif,
- un coursier
- un aide de bloc

A ceux-ci s'ajoute un nombre variable de faisant fonction d'interne (FFI) selon les périodes

**2. Type d'étude :** IL s'agit d'une étude rétrospective

**3. Période d'étude :** L'étude s'est déroulée 2002 à 2009

**4. Population d'étude :** Toutes patientes vues en consultation gynéco-obstétrique au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

**5. Echantillonnage :**

- ✓ **Critères d'inclusion :** Patientes de 0-49 ans excisées ou présentant des complications ou des séquelles liées à l'excision.
- ✓ **Critères de non inclusion :** Les cas de complications ou de séquelles d'excision en dehors de notre période d'étude.

**6. Taille de l'échantillon :** L'échantillonnage des unités statistiques (femmes et fillettes excisées) a été fait par la méthode non probabiliste.

**7. Collecte des données :** Un questionnaire constitué des différentes variables ont été élaboré, corrigé et pré-testé avant d'être appliqué aux femmes, aux fillettes excisées et aux parents : ceci à permi d'éclairer les questions à compréhension difficile pour les intéressées et à enlever les questions non nécessaires

**8. Analyse des données :** Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS version 12.0, le traitement des textes a été fait sur Microsoft Office Word version 2007.

**9. Aspects éthiques :** L'étude a été faite avec le consentement éclairé des patientes et des parents des fillettes et dans la confidentialité. L'anonymat a été gardé dans tous les cas. Les informations recueillies n'ont pas été utilisées à d'autres fins.

**10. Surveillance de nos patientes :** Nos patientes sont revues et examinées en post opératoires à J2, J4, et J6. Un contrôle est effectué tous les jours jusqu'à la cicatrisation complète justifiée par le gynécologue pour enfin libérer la patiente.

**11. Circuit de prise en charge des MGF au Cs réf CIV :**

Notre district sanitaire, CS Réf CIV est un centre de prise en charge des complications de l'excision qui a été organisé en dix (10) étapes selon les procédures suivantes.

- **1<sup>ère</sup> étape :** Provenance des patientes

Nos patientes provenaient :

- ⇒ des CSCOM (Centre de santé communautaire)
- ⇒ du PNLE (Programme National de Lutte contre l'Excision) organe national qui coordonne toutes les activités de prise en charge des mutilations génitales féminines au Mali.
- ⇒ des ONG / Associations
- ⇒ directement par les populations
  - **2<sup>ème</sup> étape** : Accueil, counseling, dossier

Les patientes sont reçues au district sanitaire tous les jours par une sage femme, nommée point focal et formée dans ce sens. Lors du 1<sup>er</sup> counseling, un dossier est ouvert pour la patiente.

- **3<sup>ème</sup> étape** : Examen par le gynécologue

Visite médicale pour confirmation du diagnostic, ensuite prescription du bilan préopératoire.

- **4<sup>ème</sup> étape** : Analyses au laboratoire : Les analyses se font tous les jours. Une fois les résultats reçus, ils sont interprétés par le gynécologue, puis la patiente est adressée en consultation anesthésique préopératoire.
- **5<sup>ème</sup> étape** : Examen pré-anesthésique

L'anesthésiste consulte la patiente, s'il n'y a pas de contre indication, elle est adressée après programmation au bloc opératoire pour préparation.

- **6<sup>ème</sup> étape** : Accueil au bloc opératoire

Préparation de la patiente par l'infirmier.

- **7<sup>ème</sup> étape** : Accueil en salle opératoire

La patiente est installée dans la salle d'opération pour intervention chirurgicale par le gynécologue selon le type de séquelle.

- **8<sup>ème</sup> étape** : Accueil en salle post opératoire : C'est la surveillance de la patiente au réveil.
- **9<sup>ème</sup> étape** : Sortie de la patiente, 2<sup>ème</sup> counseling

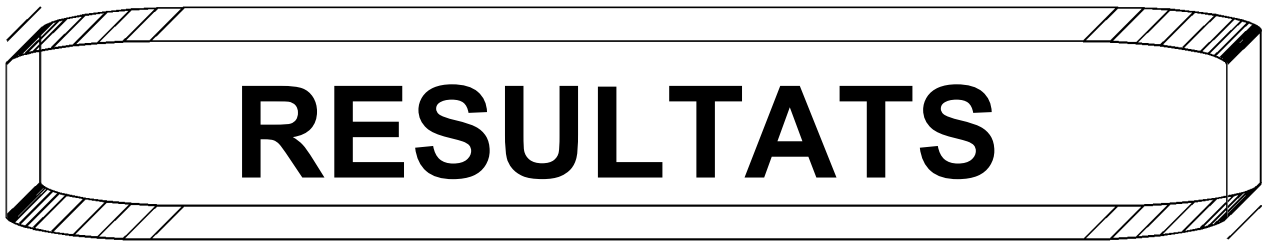
Après un réveil complet et des constantes normales, la patiente sort le même jour.

Au moins, trois pansements post opératoires à J2, J4, et J6 réguliers sont recommandés à la patiente. Un contrôle est effectué après par le gynécologue pour libérer la patiente.

Avant de regagner son domicile, le point focal et le gynécologue sensibilisent la patiente et les parents sur les dangers de l'excision sur la santé de la femme et de l'enfant.

- ⇒ **10<sup>ème</sup> étape** : Feedback,

Un feedback est adressé aux structures ayant adressé la patiente par exemple : CSCOM, ONG / Associations, PNLE



# RESULTATS



## V. Résultats :

### 1. Fréquence globale :

Au cours de notre étude, effectuée de 2002 à 2009, **364** cas de complications d'excision ont été diagnostiqués et pris en charge au centre de santé référence de la commune IV du district de Bamako soit une fréquence de 3 à 4 cas par semaine.

### 2. Les caractéristiques sociodémographiques de nos patientes

**Tableau I** : Répartition des patientes selon l'âge

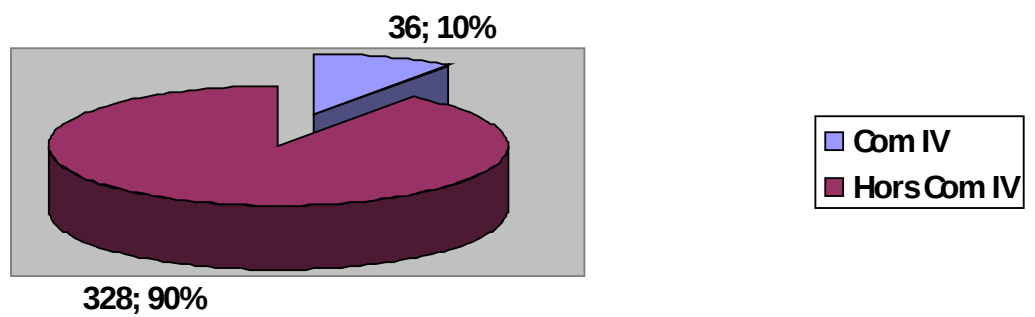
---

<b>Ages</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Moins de 5 ans</b>	<b>203</b>	<b>55,81</b>
5-14 ans	14	3,85
15-19 ans	89	24,45
20-24 ans	48	13,19
25-49 ans	10	2,74
Total	364	100

---

Les enfants de moins de 5 ans constituaient 55,81 % des patientes

**Figure 1:** Répartition des patientes selon la localité dans le district de Bamako



**Tableau IV : Répartition des patientes selon la région d'origine**

---

<b>Résidence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bamako</b>	<b>208</b>	<b>57,14</b>
Ségou	22	6,04
Sikasso	28	7,69
Kayes	18	4,95
Mopti	10	2,75
Koulikoro	70	19,23
Kidal	2	0,55
Tombouctou	4	1,10
Gao	2	0,55
<b>Total</b>	<b>364</b>	<b>100</b>

---

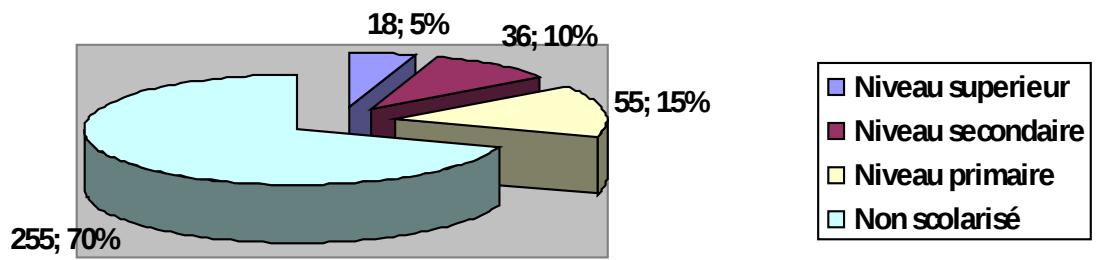
Toutes les régions étaient représentées.

**Tableau II: Répartition des patientes selon l'ethnie**

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bambara</b>	<b>116</b>	<b>31,86</b>
Malinké	91	25,00
Peulh	54	14,84
Sarakolé/Soninké/ Marka	40	10,99
Sonrhāï	10	2,75
Dogon	11	3,02
Senoufo/Minianka	15	4,12
Diawando	10	2,75
Tamashek	5	1,37
Bobo	12	3,30
<b>Total</b>	<b>364</b>	<b>100,0</b>

L'ethnie bambara était la plus représentée avec 31,86%, suivie des malinkés 25%

**Figure 2 :** Répartition de nos patientes selon le niveau de scolarisation :



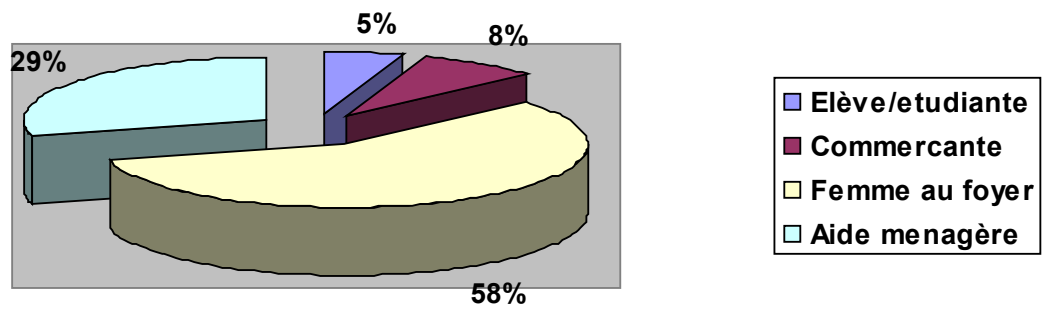
### 3. Les caractéristiques sociodémographiques des parents :

**Tableau III:** Répartition des patientes en fonction de la profession du père au moment de l'excision

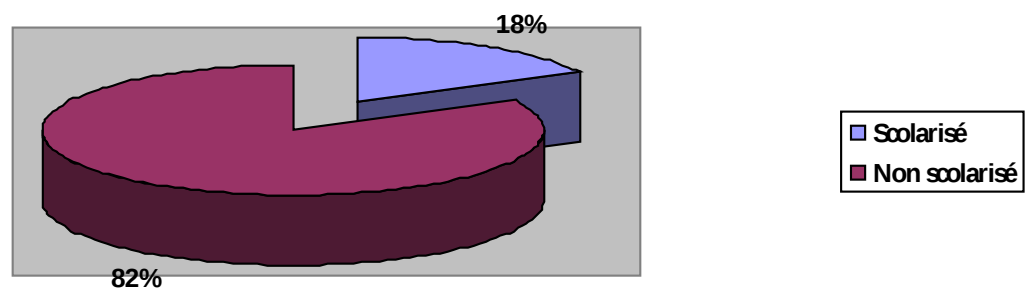
Profession père	Effectif	Pourcentage
Commerçant	40	10.99
<b>Cultivateur</b>	<b>135</b>	<b>37.09</b>
Comptable	5	1.37
Pêcheur	12	3.30
Enseignant	10	2.75
<b>Agent de santé</b>	<b>8</b>	<b>2.20</b>
Chauffeur	9	2.47
Ouvrier	52	14.29
Eleveur	11	3.02
Autre	82	22.52
<b>Total</b>	<b>364</b>	<b>100%</b>

**Autres** : Minier, Boucher, Militaires, Ingénieurs, Artistes

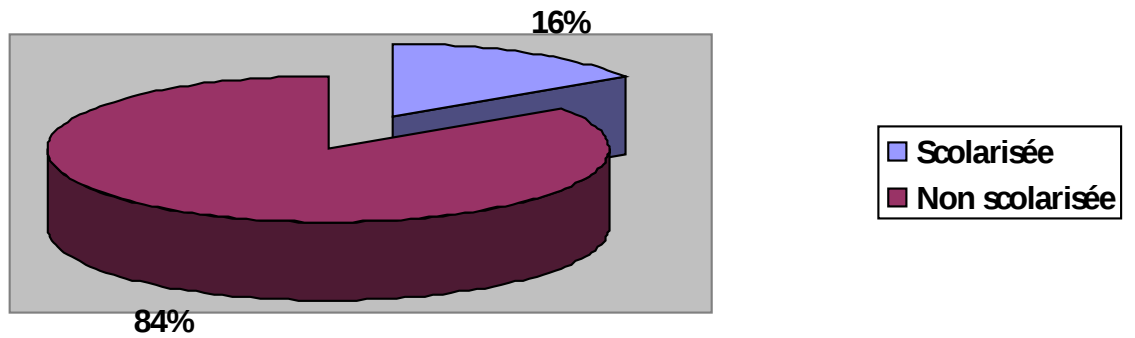
**Figure 3 :** Répartition des patientes en fonction de la profession de la mère au moment de l'excision



**Figure 4:** Répartition des patientes selon le niveau d'instruction du père au moment de l'excision



**Figure 5** : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction de la mère au moment de l'excision





**Tableau IV : Répartition des patientes selon la région d'origine**

---

<b>Résidence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bamako</b>	<b>208</b>	<b>57,14</b>
Ségou	22	6,04
Sikasso	28	7,69
Kayes	18	4,95
Mopti	10	2,75
Koulikoro	70	19,23
Kidal	2	0,55
Tombouctou	4	1,10
Gao	2	0,55
<b>Total</b>	<b>364</b>	<b>100</b>

---

**Tableau V: Répartition des patientes selon le mode d'admission**

---

<b>Mode d'admission</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Venue d'elle-même	6	1,65
Référée	340	93,40
<b>Evacuée</b>	<b>18</b>	<b>4,95</b>
<b>Total</b>	<b>364</b>	<b>100</b>

---

#### 4. Motif de consultation :

**Tableau VI** : Répartition des patientes selon le motif de consultation

---

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Travail d'accouchement prolongé	21	5,77
Algie pelvienne+ Prurit vulvaire	92	25,27
Chéloïde	13	3,57
<b>Dysurie</b>	<b>188</b>	<b>51,65</b>
Hémorragie	8	2,20
Kyste vulvaire	29	7,97
Hématocolpos+ Hématométrie	1	1,09
Atrésie vulvaire	9	2,74
Incontinence urinaire	3	0,82
<b>Total</b>	<b>364</b>	<b>100,0</b>

---

La dysurie était le principal motif de consultation dans 51,65 %

## 5. Le diagnostic :

**Tableau VII** : Répartition des patientes selon le type d'excision

Type	Effectif	Pourcentage
Type I	60	16,48
Type II	110	30,22
<b>Type III</b>	<b>194</b>	<b>53,30</b>
<b>Total</b>	<b>364</b>	<b>100,0</b>

Le type III était le type d'excision la plus pratiquée avec 53,30 %

**Tableau VIII** : Répartition des patientes en fonction du type de cicatrice

Type cicatrice	Effectif	Pourcentage
Cicatrices simples	<b>322</b>	<b>88,46</b>
Chéloïde	13	3,57
Kystes dermoïdes	29	6,87

---

**Total**

**364**

**100%**

---

## 6. Les complications :

**Tableau IX:** Répartition des patientes en fonction des complications

<b>Complications</b>	<b>Types</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Gynécologiques</b>	<b>Dysurie</b>	<b>188</b>	<b>51,65</b>
	Dyspareunie	13	3,57
	Kystes vulvaires	29	7,97
	Chéloïdes	13	3,57
	Atrésie vulvaire	9	2,47
	Hematocolpos	1	0,27
<b>Urologiques</b>	<b>FVV</b>	<b>7</b>	<b>1,92</b>
	Incontinence à l'effort	3	0,82
<b>Obstétricales</b>	<b>Déchirures périnéales</b>	<b>101</b>	<b>27,75</b>
<b>Total</b>		<b>364</b>	<b>100</b>

## 7. Les examens complémentaires

**Tableau X:** Répartition des patientes en fonction des examens complémentaires demandés

<b>Examens complémentaires</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
NFS+GR	67	18,41
GR+HB	12	3,30
Creat+Glyc+NFS+GR	13	3,57
NFS+GR+Glyc	8	2,20
GR	7	1,92
Creat+Glyc+NFS	9	2,47
<b>Creat+Glyc+NFS+GR+TC+TS</b>	<b>153</b>	<b>42,03</b>
GR+HB+Glyc	8	2,20
NFS	16	4,40
NFS+Glyc	8	2,20
NFS+GR+Glyc+TC+TS	63	17,30
<b>Total</b>	<b>364</b>	<b>100</b>

## 8. La prise en charge :

**Tableau XI:** Répartition des patientes selon la nature de l'intervention chirurgicale

---

<b>Prise en charge</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Désinfibulation</b>	<b>194</b>	<b>53,30</b>
kystectomie	29	7,97
Fistulorraphie	9	2,47
Résection+Infiltration	13	3,57
Suture hémostatique	8	2,20
Plastie vaginale	9	2,47
Réparation de l'urètre	1	0,27
<b>Périnéorraphie</b>	<b>101</b>	<b>27,75</b>
<b>Total</b>	<b>364</b>	<b>100,00</b>

---



## 9. Relation entre type d'excision pratiqué et les complications observées

**Tableau XII:** Relation entre type d'excision et les complications obstétricales

Diagnostic	Complications obstétricales				Total
	Déchirures périnéales incomplètes	Déchirures périnéales complètes	Déchirures périnéales complètes compliquées	Difficulté d'expulsion	
<b>Type I</b>	1 (0,99)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,99)
<b>Type II</b>	5 (4,95)	1(0,99)	0(0,0)	1(0,99)	7(6,93)
<b>Type III</b>	56(55,45)	7(6,93)	7(6,93)	23(22,77)	93(92,07)
<b>Total</b>	<b>62(61,39)</b>	<b>8(7,92)</b>	<b>7(6,93)</b>	<b>24(23,76)</b>	<b>101(100)</b>

(p=0,001).

**Tableau XIII:** Relation entre les types d'excision et les complications urologiques

<b>Diagnostic</b>	<b>Complications urologiques</b>		<b>Total</b>
	Incontinence urinaire	Fistules	
<b>Type I</b>	0(0,00)	0(0,00)	0(0,00)
<b>Type II</b>	1(10,00)	0(0,00)	1(10,00)
<b>Type III</b>	2(20,00)	7(70,00)	<b>9(90,00)</b>
<b>Total</b>	3(30,00)	7(70,00)	<b>10(100,00)</b>

(P=0,00005).



**COMMENTAIRES  
ET DISCUSSION**

## **VI : Commentaires et discussion :**

Nous avons enregistré **364** patientes, les types d'excision retrouvés sont respectivement: le type I (16,48%), type II (30,22%), et type III (53,30%).

La désinfibulation sous anesthésie générale a été l'intervention la plus fréquente, les suites post opératoires ont été simples, la qualité de la cicatrisation a été satisfaisante et le coût moyen de la prise en charge était estimé a 30 000 FCFA assuré en partie par le PNLE, AMSOPT, la Croix rouge, APDF et d'autre part par le CS Réf de la commune IV.

### **1. Prévalence :**

Durant la période d'étude 364 cas de complications d'excision ont été pris en charge dans notre centre.

Les interventions chirurgicales pour les complications des mutilations génitales féminines (MGF) type III secondaires ont représenté 53,30 % de l'ensemble des interventions chirurgicales gynécologiques au centre de santé de référence de la commune IV soit 3 à 4 cas par semaine.

### **2. Age à laquelle l'excision a eu lieu:**

Nos patientes étaient âgées de 2 mois à 32 ans. L'âge moyen au moment de l'excision était de 2 ans et demi. Des résultats identiques

aux nôtres ont été trouvés par l'EDS IV en 2006, avec 57 % d'excisées dans la petite enfance [7].

On a tendance actuellement à rompre avec les traditions en excisant les jeunes filles en bas âge (0-4 ans) au lieu de 10-14 ans. Or l'une des raisons fondamentales de l'excision était de permettre l'éducation des filles sur les rôles de la femme dans notre société. Donc si on a tendance à exciser les filles en bas âge, quel serait son rôle de socialisation qui justifierait autre fois sa pratique?

Plus l'excision est pratiquée tôt, plus le dommage encouru par la fille est grand, par ce que les organes génitaux externes ne sont pas encore bien différenciés.

A. KONTE [11] a trouvé que l'âge de l'excision dépend du milieu de résidence et du groupe ethnique d'appartenance (Sarakolé, Bambara et Peul). De plus, ces femmes étant des citadines pour la plupart, il n'est pas étonnant que l'excision ait eu lieu peu après leur naissance, comme cela se pratique en ville actuellement.

### **3. Provenance :**

Toutes les régions sont représentées, cependant la majorité de nos patientes sont venues de la ville de Bamako avec un pourcentage de 57,14 %. Cela peut s'expliquer par la proximité du centre et son accès facile aux populations de la ville de Bamako.

### **4. Localités :**

Dans notre étude la majorité des patientes sont venues de la commune IV du district de Bamako. Ceci peut s'expliquer par la situation géographique de notre lieu d'étude qui est situé pratiquement au centre de la commune IV.

### **5. Niveau de scolarisation de nos patientes :**

Dans notre étude 70 % de nos patientes étaient non scolarisées. Cette fréquence élevée est retrouvée chez A. KONTE [11] qui a relevé un taux de 92 %. Cette situation se reflète au sein de la population générale.

### **6. Ethnie des patientes :**

Dans notre étude la majorité des ethnies du Mali étaient représentées avec une prédominance des Bambaras des Malinkés et des peuls avec respectivement 31,86 %; 25 % et 14,84%. Des résultats inférieurs au nôtre pour les bambaras ont été trouvés par Diallo H. [3] avec 27,9 % et supérieurs au nôtre selon EDS IV, avec 98 % pour les bambaras et les Malinkés et 94% pour les Peulhs [7]. Les bambaras sont toujours en tête. Ceci peut s'expliquer par la prédominance numérique de l'ethnie bambara.

### **7. La profession et le niveau de scolarisation des parents :**

Notre étude a fait ressortir que 82% des pères et 84% des mères sont non scolarisés; 37,09 % des pères étaient cultivateurs, 2,20% d'agent de santé et 58% des mères ménagères. KEITA.K [10] a trouvé 87% de pères et 83% de mères non scolarisés ; 42,3% des pères étaient des cultivateurs et 84,6% des mères étaient des ménagères.

Une étude réalisée au Burkina Faso avait montré que la fréquence de la pratique des MGF diminue avec l'élévation du niveau d'instruction des parents [12]. Ceci pourrait être un élément d'espoir pour l'abandon de cette pratique combien néfaste car le taux de scolarisation est en hausse.

#### **8. Motif de consultation:**

Dans notre étude 51,65% de nos patientes ont consulté pour dysurie. Nos résultats sont inférieurs à ceux de Dr Touré M [6] qui a trouvé 95 % de cas de dysurie. Cela peut s'expliquer par la différence de la taille de notre échantillon, constitué en majeure partie de petits enfants (moins de 5 ans).

**9. Les types d'excisions :** Les types d'excision rencontrés dans notre étude se répartissent comme suit : Type I: 16,48 %, Type II : 30,22 % le type III : 53,30 %. Diallo H. [3] a trouvé un résultat inférieur au nôtre concernant le type III avec un taux de 1%. Ceci peut s'expliquer par la pratique de l'excision à un âge de plus en plus bas.

#### **10. Complications:**

**-Obstétricales :** Ces complications sont surtout dominées par les déchirures périnéales avec 27,75%. Ces résultats sont inférieurs à celui de KEITA.K [10] qui a trouvé 40%. Cette différence peut s'expliquer par le fait que la majorité de nos patientes est constituée essentiellement d'enfant de moins de 5 ans.

**-Gynécologiques** : Nous avons enregistré 3,57 % de patientes qui présentent une dyspareunie. Ce résultat est inférieur à celui de KEITA.K [10] qui a trouvé une fréquence de 7,7%. Cette dyspareunie s'explique par le rétrécissement de l'orifice vaginal qui rend douloureuse la pénétration lors des coïts.

**-Urologiques** : Les FVV ont représenté 1,92% de notre échantillon. Ce résultat est largement inférieur à celui de KEITA.K [10] qui a trouvé 9,6%. Les FVV sont surtout observées chez les patientes présentant le type III correspondant à l'infibulation.

Il existe un lien entre les types d'excision et les complications urologiques observées.

#### 11. Prise en charge chirurgicale :

- ⇒ **La désinfibulation** : 53,30 % de nos patientes ont bénéficié d'une désinfibulation. Ce résultat est supérieur à celui de KEITA.K [10] qui a enregistré 46%.
- ⇒ **La césarienne** a constitué 2,47 %, l'OMS, dans son rapport publié à l'issue d'une enquête sur la pratique de l'excision explique que les femmes qui ont subi l'excision ont de fortes chances d'accoucher par césarienne et le taux de mortalité est de 50% plus élevé chez leurs enfants [12].
- ⇒ **4,68%** de nos patientes ont accouché après désinfibulation. Selon l'OMS, les femmes excisées ont 66% de chance de donner naissance à un bébé qui aura besoin de soins intensifs pendant



que 55% d'entre elles risquent de perdre leurs enfants avant ou après l'accouchement [47].

⇒ **Fistulorrhaphie :**

2,47% de nos patientes ont bénéficié d'une fistulorrhaphie dont les suites ont été marquées par une fermeture complète de la fistule.

⇒ **Reconstruction de l'urètre :**

Au cours de notre étude nous avons eu un cas de blessure de l'urètre dont la réparation a été faite en France.

## **12. La technique de la reconstitution du clitoris :**

C'est une technique initialement mise au point par le Docteur Pierre Foldes (2004,2006) qui consiste après résection de la cicatrice, le genou puis le corps du clitoris sont libérés en préservant l'innervation. Un néogland clitoridien est reconstruit par plastie cunéiforme puis réimplanté en situation anatomique. Cette technique vise à restaurer une anatomie normale et obtenir un organe normalement innervé et si possible fonctionnel.

## **13. Contraintes et difficultés :**

Si des efforts importants sont déployer aujourd'hui pour mettre fin à la pratique de l'excision, des contraintes majeures demeurent sur le chemin des acteurs de la lutte pour son abandon notamment la discontinuité du financement de la prise en charge des complications.

L'option de la loi a bien été explorée en juin 2002 par les autorités, mais elle fut très vite abandonnée face à la résistance d'une couche de la population.

Du reste, une loi dans le contexte actuel nous paraît quelque peu prématurée. La réserve qu'une loi précipitée peut susciter, est de voir vis-à-vis des ONG et associations qui font la sensibilisation de proximité dans les villages se développer de l'hostilité et du rejet, toute chose qui mettra un frein à leurs activités. Il serait alors difficile d'avoir des statistiques sur la pratique, et les cas de complications lors des excisions clandestines ne seront plus pris en charge par les centres de santé, car les parents auront peur de se voir arrêtés et traduits en justice.

Avec l'intensification de la sensibilisation, une loi ne serait elle envisageable et pertinent avec la proportion importante de la population générale à l'abandon de la pratique de l'excision. Ce qui n'est pas le cas actuellement.



**CONCLUSION ET  
RECOMMANDATIONS**

## VII : Conclusion et recommandations

### 1. Conclusion :

Depuis l'engagement officiel des autorités pour la prise en charge des complications de l'excision ou mutilation génitale féminine, **364 cas** ont été pris en charge au centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako de 2002 à 2009 à travers un circuit de prise en charge mise en place en 10 étapes.

Nos patientes étaient âgées de 2 mois à 32 ans avec un âge moyen de deux ans et demi au moment de l'excision. La tranche d'âge des moins de 5 ans a été la plus représentée avec une fréquence de 55,81%.

Le principal motif de consultation a été la dysurie avec une fréquence de 51,65%. Les complications étaient surtout observées dans les types II et III de l'excision avec respectivement 30,22 et 53,30 %. Les complications obstétricales ont été dominées par les déchirures périnéales avec une fréquence de 27,75%. Les complications gynécologiques ont été dominées par les dysuries avec 51,65%.

Les suites opératoires ont été simples dans l'ensemble, la cicatrisation obtenue en une ou deux semaines, tous ont été de qualité satisfaisante.

Par son ampleur et ses conséquences graves sur la santé, l'excision au Mali constitue un réel problème de santé publique. Plusieurs services techniques, associations et organisations non gouvernementales (ONG) mènent depuis plusieurs années la lutte pour l'abandon de la pratique de

l'excision. La lutte passe d'une part par l'éducation et la sensibilisation de la population sur les dangers de cette pratique et d'autre part par la prise en charge chirurgicale de ses séquelles.

Une étude plus approfondie des infibulations tardives est nécessaire au niveau national surtout chez les enfants afin d'en évaluer la prévalence, assurer la prise en charge pour prévenir les conséquences sur la santé de l'enfant et de la femme.

## **2. Recommandations :**

### **a. Aux autorités politiques :**

- Approfondir les réflexions sur l'adoption des mesures législatives, judiciaires et réglementaires.
- Pénaliser les agents de santé qui pratiquent l'excision
- Rendre effectif l'enseignement du module MGF dans les établissements scolaires.
- Faire un plaidoyer pour mobiliser tous les partenaires et leaders communautaires en vue d'accélérer l'élimination des mutilations génitales féminines.
- Former des agents de santé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.
- Insérer les exciseuses qui ont accepté l'abandon de cette pratique dans une activité génératrice de revenu.

**b. Au personnel de santé :**

- Sensibiliser les mères lors des consultations prénatales et activités de routine sur les complications des mutilations génitales féminines.
- Sensibiliser les mères sur les inconvénients et les dangers de l'excision à travers les causeries débats et les possibilités de prise en charge.
- Intégrer un module sur les mutilations génitales féminines dans le programme de gynécologie et d'obstétrique des écoles de santé.
- Renforcer la collaboration avec les communicateurs traditionnels.
- Relancer la collaboration avec les leaders religieux.
- Diffuser les résultats des études portant sur les MGF auprès de tous les acteurs.

**c. A la communauté:**

- Créer des associations féminines de lutte contre les mutilations génitales féminines,
- Intensifier les causeries débats sur les inconvénients de l'excision,
- Reconvertir les exciseuses traditionnelles.



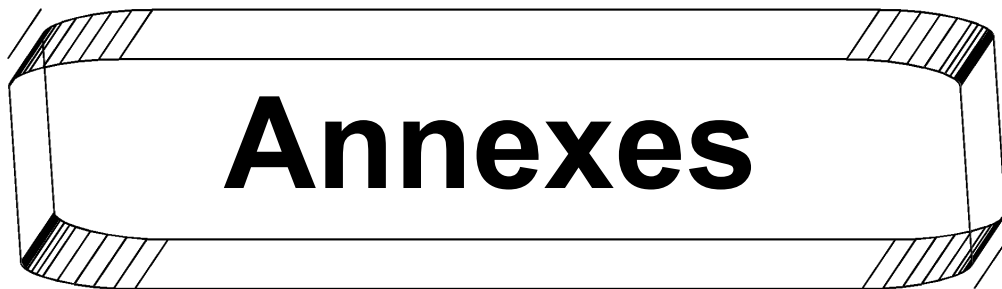
# REFERENCES

## VIII. Référence :

1. **Baccigalupo, M.** *Une sexologue répond à vos questions. Sexualité féminine au fil de la vie.* Paris : Presses du Châtelet. (2006)
2. **CISSE Mamadou (Pr ENSUP).** Etre jeune aujourd'hui : « étude psychologique sur la jeunesse malienne ». Études maliennes N°35 Spécial 1985.
3. **DIALLO Habibatou.** « Aspects socio- sanitaires de l'excision au Mali » THESE de L'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie. 27 juillet 1990, n°49,1989
4. **Dr. BAASHER. T.** « Pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants ». « Aspects psychologiques de circoncision féminine » OMS. Bureau régional pour la méditerranée orientale. Rapport séminaire tenu à Khartoum (Soudan) du 10 au 15/2/1979.
5. **Dr TOURE M.** excision et sante de la femme. Edition Ganndal ISBN : 2-91332664968, Bamako (Mali) décembre 2003.
6. **Dr TOURE M, DIAKITE O M, AZADEH H.** " infibulation tardives authentiques sans suture". Bamako (Mali) 17-20 Novembre 2008
7. **EDS IV,** Enquête Démographique et de Santé au Mali. 2006
8. **Feu SANKARA THOMAS.** « Excision est une infériorisation de la femme », Famille et développement N°59 décembre 91.



9. **HELENE-MARIE et MONTIN SYLLA.** « De quelques faux débats autour de l'excision, incidence sur toute tentative en matière » Psychopathologie africaine 1993 vol XXV N°3 PP 347-361.
10. **KEITA Kanda.** Prise en charge des séquelles liées à l'excision à l'hôpital Niamakoro FOMBA de Ségou, thèse médecine 2010
11. **KONTE A : Mémoire de fin d'étude,** Pratique de l'excision au Mali ; Genève Novembre 2007
12. **OMS/UNICEF/FNUAP.** Mutilations Sexuelles Féminines, Déclarations commune OMS/UNICEF/FNUAP année 1997.



**Annexes**

## IX : Annexes :

### Mes images :

⇒ Lieux et matériels de l'excision



*Image 1*

Source : Images IEC/MGF Dr TOURE Moustapha en collaboration avec AMSOPT

*En ces lieux, près de la fosse septique, au milieu, étalées sur une natte à même le sol, très nombreuses sont celles qui ont subi tour à tour l'excision.*

*Dans la jarre contenant de l'eau, placée à l'angle, l'exciseuse rince son instrument avant de procéder à la prochaine excision.*

*On comprend aisément les risques de propagation des maladies infectieuses dans ce contexte.*

**⇒ Infibulation chez une jeune femme (rétention d'urine, hématométrie, Hématocolpos)**



**Image 2**

**Source : Images IEC/MGF Dr TOURE Moustapha en collaboration avec AMSOPT**

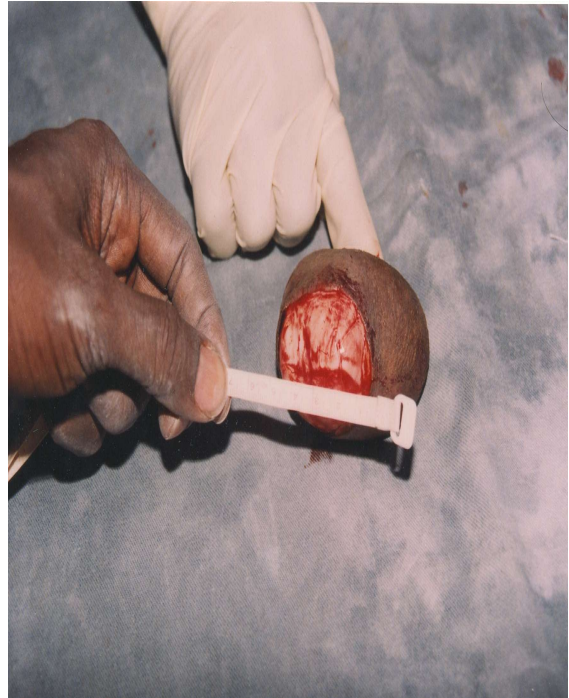
*Douleur cyclique avec rétention d'urine récidivante depuis plusieurs années, survenue après l'excision à l'âge de 10 ans, la rétention des menstruations a entraîné une voussure au niveau de l'abdomen qui a été prise pour une grossesse par les membres de la famille qui accusait et accablait la patiente de les déshonorer.*

*Sensibilisation de la patiente et de la famille très étonnées.*

*Intervention chirurgicale sous anesthésie générale*

*Patiente revue périodiquement après quatre cycles réguliers.*

⇒ **Kyste vulvaire chez une femme après excision**



(Image 3 et 4)

Source : Images IEC/MGF Dr TOURE Moustapha en collaboration avec AMSOPT

- *Kyste apparu quelque temps après l'excision sur la cicatrice. Il devenait de plus en plus gros malgré les traitements traditionnels (sans succès). Ce kyste a entraîné un traumatisme psychologique chez le conjoint avec séparation de corps.*
- *Intervention chirurgicale sous anesthésie générale, ablation du kyste, suites opératoires simples, information et sensibilisation du couple, réconciliation du couple après guérison.*

⇒ **Infibulation chez un nourrisson (jet urinaire au cours de l'intervention)**



*Image 5*

**Source : Images IEC/MGF Dr TOURE Moustapha en collaboration avec AMSOPT**

*Type III avec rétention aigue d'urine, obstruction des voies urinaires basses, abcès.*

*Désinfibulation, incision de l'abcès. Intervention sous anesthésie générale.*

*L'avenir obstétrical est incertain, risque majeur d'atteinte tubaire pouvant entrainer des séquelles irréversibles.*



## Fiche d'enquête sur l'excision : questionnaire

Date : .....

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

### 1. Caractéristiques de la patiente :

1. Age : .....

2. Lieu d'origine : .....

3. Résidence : .....

4. Localité dans le district de Bamako : .....

5. Religion a-Musulmane  b-Chrétienne :  c- Animiste :

6. Ethnie :

a-Bambara  b-Sarakolé  c-Peulh  d-Malinké  e-Maure   
f-Kasonke  g-Autres :

### 7. Etat civil (statut matrimonial)

a) Mariée

b) Célibataire

c) Divorcée

d) Veuve

**8. Niveau de scolarisation :**

- Niveau supérieur :
- Niveau secondaire :
- Niveau primaire :

**9. Excision :** a-Oui  b-Non

**10. Type :**

- a) Type I : Ablation du clitoris
- b) Type II : Ablation total ou partielle des petites lèvres et du clitoris
- c) Type III : Type II+oblitération de l'orifice vaginale
- d) Type IV : autres intervention non classées

**11. Vos sœurs aînées ont-elles été excisées :**

**12. Vos jeunes sœurs ont-elles été excisées :**

**13. Si vous avez répondu affirmativement à la question 8**

- a) A quel âge l'opération a-t-elle été pratiquée ?.....
- b) Par qui ?.....

-Médecin :.....-Infirmière.....-Sagefemme :.....-Aide soignant...  
-Accoucheuse du village :..... - Autres :.....

**14. Complications à long terme :**

**15. Les antécédents obstétricaux : G P V A D**

**16. Déroulement de l'accouchement**

**1. Intervention d'accouchement :**

a- Non:  b- Forceps :  c- Ventouse  d-Césarienne

e-Indication de la césarienne :.....

**2. Dystocie :.....**

a) Disproportion foeto-pelvienne :.....

b) Atonie utérine :.....

c) Souffrance fœtale :.....

d) Autres :.....

### 3. Déchirure du périnée :

a- Non       b- Simple       c- Compliquée       d-Complexe

4. Episiotomie :              Oui               Non

### 17. Complication Psycho-sexuelles : Oui              Non

- Anxiété par rapport à la consommation du mariage
- Dépression
- Frigidité
- Dyspareunie

### 18. Caractéristiques de l'excision :

• Cicatrices      Oui               Non

• Types de cicatrices :

a-kyste dermoïdes       b-Chéloïde       c-Brides       d- Infibulation

e-Autres :  f- épisiotomie :

g- déchirures :    incomplète :....., complètes : .....complètes  
compliquées :

a) Déchirure incomplètes : lésion des muscles superficiels du périnée de la peau ano-vulvaire et de la muqueuse vaginale

b) Déchirures complètes : incomplète plus atteinte du sphincter externe de l'anus.

c) Déchirures complètes compliquées : complète plus atteinte de la muqueuse du canal anal.

h- Nombre de césarienne :.....

### 19. Complications gynécologiques :

i. Troubles des règles :.....

ii. Type de troubles des règles :.....

iii. Régularité du cycle :.....

**20. Complications urologiques :** Oui  Non

Si Oui précisé le type:.....

**21. Niveau d'étude du père:**

- Niveau primaire :.....
- Niveau secondaire :.....
- Niveau supérieur :.....

**22. Profession du père :**

- Cadre supérieur :.....
- Cadre moyen :.....
- Cadre inférieur :.....

**23. Niveau d'étude de la mère :**

- Niveau primaire :.....
- Niveau secondaire :.....
- Niveau supérieur :.....

**24. Profession de la mère :**

- Cadre supérieur :.....
- Cadre moyen :.....
- Cadre inférieur :.....

## Fiche signalétique

**Nom** : TRAORE

**Prénom** : Malamine Abdoulaye

**Titre** : Bilan de la prise en charge des séquelles d'excision au centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako de 2002 à 2009

**Année universitaire** : 2009-2010

**Email** : [m.traore@pediatrician.com](mailto:m.traore@pediatrician.com)

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako (MALI)

**Secteurs d'intérêt** : Gynéco- obstétrique, santé publique

**Résumé** : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur la prise en charge des séquelles d'excision dans le centre de santé de référence de le commune IV du district de Bamako(Mali) de 2002 à 2009 avec le partenariat du PNLE, AMSOPT, la croix rouge et APDF.

Nous avons pris en charge 364 cas de séquelles d'excision.

Trois types d'excision ont été retrouvés durant la période d'étude avec 16,48% pour le type I, 30,22% pour le type II et 53,30% pour le type III. La majorité des ethnies du Mali ont été représentées. La dysurie a été le motif de consultation le plus fréquent avec 51,65%.

Nous avons retrouvé des complications : gynécologiques comme les dyspareunies avec une fréquence de 10,16%. Obstétricales telle que les déchirures périnéales avec 28,89% et urologiques FVV avec 1,92%. Les suites de nos prises en charge ont été simples.

**MOTS CLES** : Excision, Mutilation génitale féminine, prise en charge, séquelles d'excision

## Factsheet

**Name** : TRAORE

**Surname** : Malamine Abdoulaye

**Title** : Minutes of the free-coverage of the drawbacks of female genital cutting in the health-care center of reference of commune IV of the district of Bamako from 2002 to 2009

**School year** : : 2009-2010

**Email** : [m.traore@pediatrician.com](mailto:m.traore@pediatrician.com); [malaminetraore@ymail.com](mailto:malaminetraore@ymail.com)

**Town of the thesis defense** : Bamako

**Country of origin** : Mali

**Place of deposit** : Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Teeth-care of Bamako(Mali)

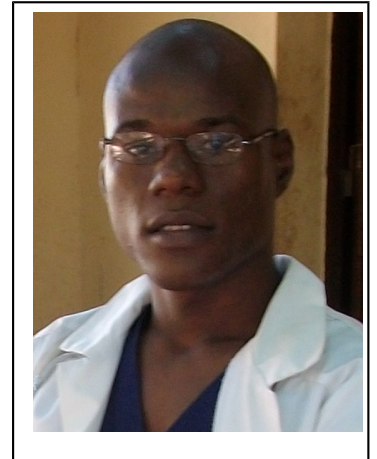
**Field of interest** : Gynecology- obstetrical, public health

**Summary** : this study is a retrospective one based on the free-coverage of the drawbacks of excision in the health-care center of reference of commune IV of the district of Bamako(Mali) from 2002 to 2009 with the partnership of the PNLE, AMSOPT, the Red cross and APDF.

We have covered 364 cases of excision drawbacks.

Three different types of excision have been found during the period of study with 16, 48% for the type I, 30, 22% for the type II and 53, 30% for the type III. The majority of Malian ethnic groups have been represented. Dysuria has been the most frequent motive of consultation with 51, 65%.

We have met some complications: those Gynecological such as dyspareunia with 3, 57% of frequency, those Obstetrical such as Laceration perineal with 27, 75% and Urological, Vaginal-bladder fistula with 1, 92%. The rest of our coverage have been simple



**Key word:** Excision, Female genital cutting, free coverage, excision drawbacks.



## SERMENT D'HYPOCRATE

**En présence des Maîtres** de cette faculté, de mes chers **condisciples**, devant **l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure**, au nom de **l'Etre 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 religions, de nations, de races, de partie ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

**Je garderai le respect absolu** de la vie humaine dès la 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 leurs pères.

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

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

**Je le jure !**

A 3D perspective drawing of a rectangular block. The front face is a white rectangle with the word "DEDICACES" written in bold, black, uppercase letters. The top and bottom edges of the block are rounded. The sides of the block are shaded with diagonal lines to indicate depth.

**DEDICACES**