

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali

Un Peuple- Un But -Une Foi



Université de Bamako

Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie



Année Universitaire 2008/2009

N°...../

**CONSEQUENCES
OBSTETRIQUES DE
L'EXCISION AU PAYS DOGON
A PROPOS DE 280 CAS.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2009...

Devant la Faculté de Médecine,
de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

PAR

Monsieur Souleymane SAGARA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLÔME D'ETAT)

JURY:

Président:	Pr. Salif	DIAKIT
Membres:	Dr. Bouraïma	E
		MAÏGA
	Dr. Issa	DIARR
Directrice:	Pr. Sy Assitan	A
		SOW

DEDICACES

Je dédis ce travail :

A ALLAH le tout puissant, le très miséricordieux et à son prophète (paix et salut sur lui) ; pour m'avoir donné la santé et le courage de mener à bien ce travail.

A mon père
Amadingué
SAGARA

Papa, grâce à ta sagesse et à ta qualité d'homme modèle, tu as cultivé en nous le sens du respect, de l'honneur, de la dignité, de l'amour et de l'endurance dans le travail. Ton souci a toujours été de nous inculquer l'amour du travail bien fait et le sens du devoir. Trouve ici cher père la récompense de tes immenses sacrifices. Puisse ce travail être le fruit de tes conseils, de ton estime et de ta confiance.

Je te souhaite une longue vie.

A ma mère,
Yatégué dite
Fatoumata
SAGARA

Maman, aucune dédicace, aucun mot ne saurait exprimer tout le respect, toute l'affection et tout l'amour que je te porte. Merci de m'avoir soutenu et aidé à surmonter tous les imprévus de la vie. Que ce travail, qui représente le couronnement de tes sacrifices généreusement consentis, de tes encouragements incessants et de ta

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

patience, soit de mon immense gratitude et de mon éternelle reconnaissance qui si grande qu'elle puisse être ne sera à la hauteur de tes sacrifices et tes prières pour moi.

Je prie Dieu, le tout puissant, de te protéger et de te procurer santé, bonheur et longue vie... . Amen!

A mes frères et sœurs :SAGARA, TOGO, OUOLOGUEM .

Je voudrai que vous trouviez dans ce travail, le fruit des efforts que vous avez consentis à mon égard. Merci d'avoir été pour moi non seulement des sœurs, des amies, mais aussi et surtout des confidentes.

Recevez à travers ce modeste travail qui est du reste le votre tous mes sentiments de fraternité

A ma Cousine: Oumou SAGARA et mon neveu Bouraïma SAGARA

Trouvez ici une fois de plus l'expression de mon amour.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements :

A mon grand-père
Ansama SAGARA
in memorium

Que la volonté de Dieu soit accomplie.
Que le tout puissant vous accueille
dans son paradis. Amen

A mes oncles : Issa
SAGARA,
Amakaye SAGARA,
Oumar SAGARA,

Avant d'être des oncles vous avez été d'abord des pères pour moi. Merci pour votre affection constante. Retrouvez ici l'expression de ma sincère gratitude

A
Mes tantes:

Aucun mot ne pourra exprimer mon attachement et mon amour pour vous. Tant de bonheurs vécus, tant de souhaits réalisés grâce à votre soutien qui ne m'a jamais fait défaut. Ce travail est le vôtre. Ensemble, œuvrons pour que l'esprit d'union et d'entraide perdure à jamais dans la famille.

A Monsieur et
madame Kadiatou
SIDIBE et TRAORE
Moussa

Vos soutiens sans faille et vos désirs de me voir réussir m'ont aidé tout le long de mon parcours. Pour tous ces souvenirs et tous ces moments de bonheur vécus grâce à vous, retrouvez ici toute ma reconnaissance.

Au Dr

Issiaka SAGARA

MLTC

et sa famille

**Aux Docteurs :
Sory QUOLOGUEM,
Mamadou KEÏTA,
Bakary KONE
Ali OUOLOGUEM**

Aucune phrase ne saurait exprimer le fond de mon cœur et toute la considération que j'ai pour vous. Je ne saurai assez vous remercier pour m'avoir conduit par vos conseils tout au long de cette thèse. *J'espère ne jamais vous décevoir.*

Mes sincères remerciements pour votre soutien sans faille. Puisse Dieu vous donner santé et succès dans vos entreprises.

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

**Amady COULIBALY
Julia THAOUSSA,
Fifi KANTE,
Ruth COULIBALY,
Larissa.**

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

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

**A tous mes tontons
et toutes mes
tantes :**

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Trouvez ici toute ma reconnaissance et mon profond respect.

**A tous mes cousins
et toutes cousines**

Vous m'avez considéré comme votre frère, votre esprit solidaire et votre admiration pour moi m'ont toujours exhorté à plus de persévérance afin de vous donner un bon

exemple, je vous souhaite bon courage et plein de succès dans la vie. Ce travail est aussi le vôtre; que la paix et l'entente règnent toujours entre nous.

**A mes collègues et
Amis(e) de tous les
jours : Hamidou
TOGO, Marie SAYE
Jessica MANNING**

Mes chers, rien ni aucun mot ne peut traduire ce qui nous unit et ce que nous avons vécu ensemble. Merci pour tout ce que vous avez fait pour ma famille et moi. Recevez à travers ce modeste travail qui est du reste le votre tous mes sentiments de fraternité

**Aux familles:
OUOLOGUEM,
SAGARA, DIARRA**

Vous avez toujours su me soutenir, merci. Ce travail est le vôtre. Vous m'avez considéré comme votre propre frère, avec vous je me suis toujours senti chez moi. Puisse Dieu vous accorder longue vie et beaucoup de bonheur.

**Aux Docteurs: Sidi
SANGARE,**

La rigueur et les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.

**COULIBALY Oumou
SIDIBE, Saoudatou
TALL, Diakaridia
DIALLO** | Merci pour vos conseils et soutiens. Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs.

**Aux sages-femmes
et tous le personnel
du CSRefCII du
district de Bamako** | Recevez par ce modeste travail toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude.

**A tout le personnel
du Centre de Santé
de Référence de
Bandiagara** | Vous avez rendu mon séjour au service très agréable et enrichissant, merci pour tous ces moments passés ensemble et de votre soutien.
Je n'oublierai jamais les instants passés avec vous.

**A ma tante : Mme
DJIGUIBA Yiriko
SAGARA à Abidjan** | Merci pour votre disponibilité, vos conseils sages et vos encouragements que Dieu vous accorde longue vie.

**A tous mes
collègues Internes
du service de
Gynécologie-
Obstétriques du
CSRef CII du District** | *Pendant notre cursus médical vous étiez toujours là pour me reconforter et me soutenir dans les moments les plus durs.*
Merci pour votre aide et votre sympathie.

de Bamako :

**A tous les membres
de l'association des
étudiants en santé
de la commune
rurale de DOUROU**

Recevez ici ma profonde gratitude. Que le bon Dieu puisse consolider d'avantage nos liens d'amitié.

**A tous mes cadets
du service Gynéco-
Obstétrique du
CSRef CII**

je vous souhaite beaucoup de courage et de patience.

**A tout le corps
professoral de la
faculté de médecine
de Bamako**

Merci pour la qualité de l'enseignement.

**A toutes les femmes
et tous les nouveau-
nés :**

Merci d'avoir accepté cette enquête et bonne santé.

**A Mme SAGARA
Sokona DIARRA**

Merci de tout cœur pour l'accueil vous que m'avez réservé chez vous.

***A tout le personnel
du SAMA***

Merci pour tous vraiment, que Dieu vous bénisse

Informatique

A mon pays le Mali

Chère patrie, que la paix et la prospérité puissent te couvrir.

REMERCIEMENTS

PARTICULIERS: Au

Médecin-chef du

CSRef de

Bandiagara :

Boubacar Sidiki

KOUYATE

Vos qualités humaines, votre amour du travail bien fait et votre souci constant de la bonne formation des cadets nous ont comblés. Votre contribution morale et pratique ont été indispensables pour la réalisation de cette recherche.
Trouvez ici toute notre reconnaissance et notre satisfaction.

A tous ceux qui me connaissent, qui me sont chers, et que je n'ai pas pu nommer ici car vous êtes si nombreux, de même à tous ceux qui de près ou de loin ont participé à la réalisation de ce travail, avec qui j'ai partagé des moments de joie et de peine, MERCI à tous du fond du cœur.

Amadou HAMPATE BA, le sage de Bandiagara disait, je cite :

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



***A Notre maître et Président du Jury,
Professeur Salif DIAKITE***

***Professeur titulaire de Gynécologie-
obstétrique à la Faculté de Médecine,
de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie de Bamako,***

***Gynécologue-Obstétricien au centre
hospitalier universitaire Gabriel TOURE,***

Cher Maître,

Vous nous faites un insigne honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre souci du travail bien fait, votre abord facile, vos qualités humaines forcent notre admiration.

Cher maître, veuillez accepter nos humbles remerciements et trouvez ici l'expression de notre reconnaissance et notre plus



A notre maître et Juge,
Docteur Issa DIARRA

Gynécologue-obstétricien,

**Maître-assistant en Gynécologie-
obstétrique à la Faculté de Médecine de
Pharmacie et d'Odonto-stomatologie,**

**Ancien Directeur Central des services
de santé des Armées,**

Chevalier de l'ordre du mérite de la

Cher maître,

*La spontanéité avec la quelle vous avez
accepté de porter un regard critique sur ce
travail nous a profondément touché,*

*Votre Simplicité, Vos qualités humaines et
Vos qualités de pédagogues expliquent
toute l'admiration que nous éprouvons à
votre égard.*

*Vous êtes un exemple de générosité et de
disponibilité. Trouvez ici l'expression de*



A notre maître et juge,
Docteur Bouraïma
MAÏGA,

**Maitre-assistant en Gynécologie-
Obstétrique à la FMPOS,
Chef du service de Gynécologie-
Obstétrique au centre hospitalier
universitaire Point G,
Détenteur d'un Ciwara d'excellence
en 1997,
Détenteur d'un diplôme de
reconnaissance décerné par le**

Cher maître,

Plus proche des étudiants, vous êtes pour nous un exemple de rigueur et d'amour du travail bien fait. Votre disponibilité constante, votre sens élevé d'humanisme et votre volonté affichée pour notre formation ont forcé notre estime. Ce travail n'aurait pu être réalisé sans vos précieux conseils et vos encouragements



**A notre Maître et Directrice de
thèse,**

**Professeur SY
Assitan SOW,**

**Professeur titulaire de
Gynécologue-obstétrique,
Chef du service de
Gynécologie-obstétrique au
centre de santé de référence de
la commune II,**

Chère maître, chère « Tantie »,

Vous avez quotidiennement tenté de nous inculquer les règles de la gynécologie et de l'obstétrique avec compétence et rigueur, témoins de vos amples connaissances.

Vous nous avez initié à la recherche. C'est avec patience et disponibilité que vous avez dirigé ce travail. Nous espérons ne vous avoir pas déçu.

Soyez rassuré, cher maître de notre dévouement et notre grandiose admiration.

Puisse ALLAH vous donner une longue vie à nos côtés afin que nous puissions bénéficier de votre

Acronymes

- **A.N.R.M : Assemblée Nationale République du Mali**
- **DNSI : Direction Nationale des Statistiques et de l'Informatique**
- **CIPD : Conférence Internationale sur la population et le développement**
- **J.C. : Jésus Christ**
- **MGF : Mutilation Génitale Féminine**
- **CIAF: Conférence Internationale Afrique Francophone**
- **CHU: Centre Hospitalier et Universitaire**
- **SFA : souffrance fœtale aigue**
- **CSRéf : Centre de Santé de Référence**
- **FIGO : Fédération Internationale le de Gynécologie et d'obstétrique**
- **CPN : consultation prénatale**
- **IEC : informations éducations et communications**
- **ONG : Organisations Non Gouvernementales**
- **OMS : Organisation Mondiale de la Santé**

SOMMAIRE

	Pages
I-Introduction-.....	1
Objectifs	3
II-Généralités.....	4
A- Première partie : rappel sur l'appareil génital féminin.....	4
1. Rappels anatomiques	
2. Rappels physiologiques	
B- Deuxième partie : la pratique de l'excision.....	13
1. Les origines de l'excision	
2. La répartition géographique de l'excision	
3. Les différents types d'excision	
4. Les complications de l'excision	
C- Troisième partie : l'excision au MALI.....	28
1. Les raisons évoquées	
2. Description de l'excision en milieu Dogon « Donou »	
3. La lutte contre l'excision au Mali	
4. L'excision et les religions	
III – Méthodologie.....	39
1. Cadre de l'étude	
2. Type et durée de l'étude	
3. Population d'étude	
4. Echantillonnage	
5. Recueil des données	
6. Analyse et saisies des données	

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

IV – Résultats.....	46
V- Commentaires et Discussion.....	94
VI -Conclusion et Recommandations.....	107
VII – Références.....	110
ANNEXE.....	117
- Fiche Signalétique	
- Annexe 1 : Infibulation	
- Annexe 2 : Multiples chéloïdes vulvaires	
- Annexe 3 : Instruments juridiques internationaux et régionaux sur les droits de l'homme	
- Fiche d'enquête	

Introduction :

D'après le dictionnaire « Larousse » exciser signifie « Enlever avec un instrument tranchant ».

L'excision encore appelée mutilation génitale féminine recouvre toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou des lésions de ces organes pour des raisons culturelles ou pour toute autre raison non thérapeutique [35].

Environ 60% des femmes dans les pays en développement sont victimes de mutilations génitales féminines [11].

Elle est courante dans plusieurs pays principalement en Afrique et l'OMS estime à plus de 100 millions de petites filles et de femmes qui ont subi une forme de mutilation sexuelle [35].

Chaque année au moins 2 autres millions de petites filles sont exposées au risque d'une mutilation sexuelle [35].

Les premières remises en cause de l'excision, en tant que pratique mutilante, remontent aux années 30 avec les travaux de Sequira. Celui-ci démontre sa nocivité médicale.

A la suite de celui-ci, l'excision est désignée par l'ensemble du corps médical occidental comme une pratique mutilante. Shandall (1967), Verzin (1975) ; et Hoskin (1978) présentent l'excision comme une lésion des organes sexuels et reproducteurs de la femme susceptible d'entraîner une morbidité ou une mortalité immédiate ou d'interférer plus tard dans les fonctions sexuelles et reproductives de la femme [2].

Depuis le début des années 80, le débat sur l'excision alimente sans cesse les causeries, conférences, colloques et séminaires relatifs à la santé et aux droits humains de la femme.

Mais le sujet continue d'opposer, voire de diviser les opinions nationales africaines.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Cette opposition des opinions conduit certains Pays à prendre des dispositions légales et réglementaires interdisant la pratique [8].

Si en Afrique du Sud, l'excision a été interdite depuis 1920 sans heurt et sans conséquence sociale apparente, il n'en est pas de même pour tous les pays africains [46].

L'excision est pratiquée dans toutes les régions du Mali et touche 85% de la population féminine selon EDS IV- Mali [17] en 2006.

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

Malgré les efforts déployés par les ONG, les associations et les pouvoirs publics l'excision reste très ancrée et très répandue dans le pays et ces raisons justifient en grande partie la présente étude et nous nous sommes fixés des objectifs suivants.

Objectifs

Objectif Général:

Etudier les conséquences obstétricales de l'excision en pays Dogon: cas de Bandiagara.

Objectifs Spécifiques :

- Déterminer la fréquence de l'excision en pays Dogon
- Décrire les complications survenues au cours de l'accouchement chez les femmes enquêtées.
- Rattacher à chaque type d'excision, les complications liées à l'excision
- Evaluer le pronostic foeto-maternel.

A-Première partie :
Rappel sur l'appareil génital féminin

1. Rappels anatomiques

L'appareil génital de la femme se compose de 3 grandes parties : [26]

Les ovaires

L'utérus et les trompes

Le vagin et la vulve

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

La vulve

La partie externe des organes génitaux féminins, la vulve (voir figure1) 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 coté tout d'abord par les petites lèvres qui se rejoignent en avant au niveau du clitoris puis plus en dehors par les grandes lèvres qui se perdent en avant du même clitoris sur une saillie médiane : mont de vénus. A la vulve sont annexées deux glandes de Bartholin.

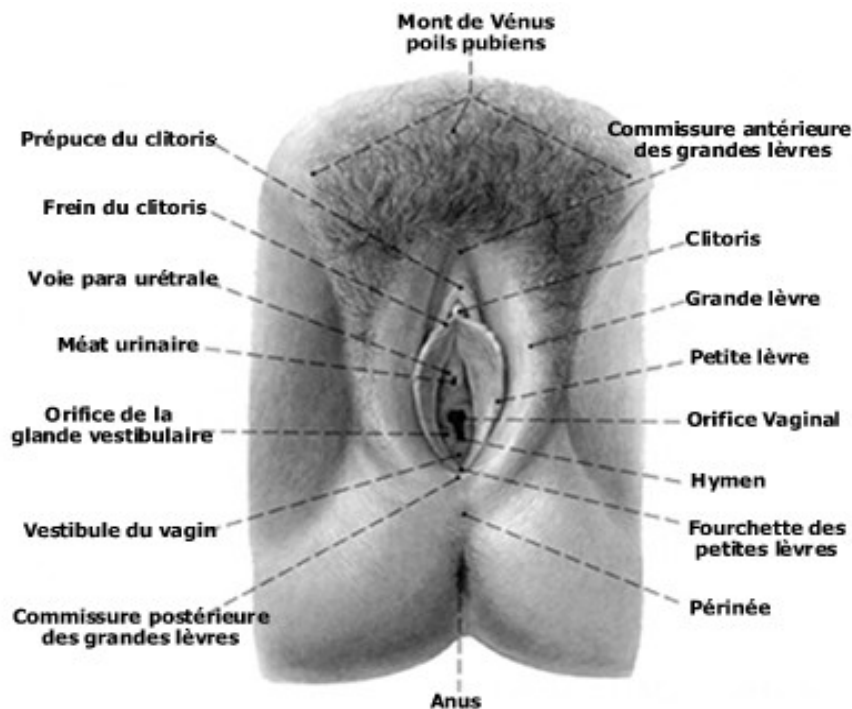


Figure1: Vue de la vulve et du mont de venus.

Les grandes lèvres

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

Au point de vue histologique on distingue :

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

Les Petites lèvres

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

Le Clitoris

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

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

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

- Les enveloppes : Il s'agit :

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

Une couche celluleuse : Fascia clitoridien :

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

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

- Rapports :

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

Le mont de venus

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

Innervation

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

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

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

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

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

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

Vaisseaux de la vulve

Les artères :

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

Les veines : Elles ont des territoires analogues aux artères.

Les lymphatiques :

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

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

Le vagin :

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

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

Le vagin débouche au fond du vestibule dont il est séparé par l'hymen. [6]

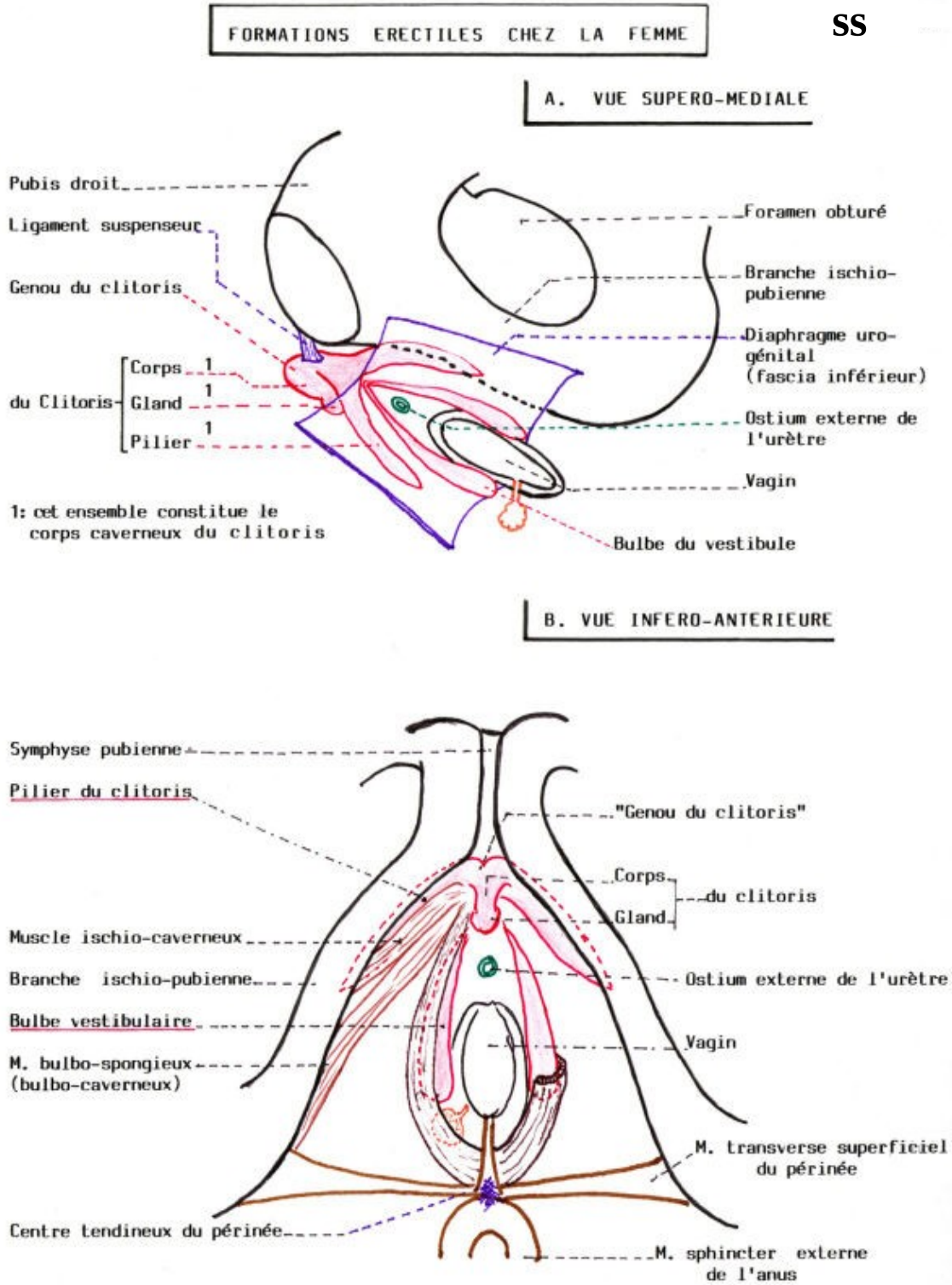


Figure2: Formation érectile chez la femme.

2. Rappels physiologiques

Bien que plusieurs auteurs ont menés des recherches sur leur compte, les mécanismes qui conduisent la femme au plaisir sexuel sont encore peu connus. De nombreux auteurs affirment avoir établi que tout orgasme chez la femme trouve son origine dans le clitoris ; bien qu'elle puisse le ressentir d'une autre manière.

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

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

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

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

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

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

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

L'orgasme existant indiscutablement chez elle, tout laisse à penser que l'organisme privé de clitoris développe de nouveaux chemins pour assurer le plaisir.[11]

B-Deuxième partie :

La pratique de l'excision

1. Les origines de l'excision

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

Erlich signale [21] que René Nelly, dans « érotique et civilisation » estime que chez les Egyptiens, l'excision remonte à 5000-6000 ans avant J.C. et qu'elle a été d'usage courant dans toute l'humanité protohistorique. L'un de ses arguments réside dans le fait que l'excision se pratique dans la zone qui correspond au foyer de la première néolithisation occidentale, à savoir l'Egypte, l'Ethiopie, la Syrie et la Perse. Cette thèse est confirmée par la découverte de momies excisées.

Dans le monde arabe, l'excision existait avant l'avènement de l'islam, ainsi que le confirment des textes de Aetius d'Aida [21] ; l'argument évoqué fait allusion à la taille excessive du clitoris qui aurait notamment pour conséquence d'être à l'origine d'un plus grand désir sexuel chez les femmes.

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

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

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

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

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

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

Des théories d'ordre économique

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

Ceci semble être confirmé par Mary Jane Sherfey, psychiatre américaine, qui estime « qu'à l'origine, les femmes étaient dotées d'une capacité orgastique immodérée, incompatible avec le développement de la sédentarité monogame ». Ainsi, selon elle, l'hypersexualité qui caractériserait les femmes serait un obstacle à supprimer, en particulier par l'excision pour permettre au règne de l'homme de se maintenir [21].

Des théories d'ordre médico- psychologique

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

Ils rejoignent l'idée de nombreux auteurs médicaux, dont Diepgen [21] qui précise que l'opération était prescrite dans les cas d'hypertrophie clitoridienne, pour des raisons esthétiques et fonctionnelles (réduction de l'hyperexcitabilité sexuelle).

Des théories d'ordre anthropologique

Les raisons de sa pratique sont nombreuses mais c'est la thèse anthropologique qui correspond le mieux au contexte malien, car l'excision, pour Griaule M [25], s'inscrit dans la pensée cosmogonique Dogon.

Griaule M [25] évoque dans « Dieu D'eau » l'origine mythique de l'excision dans la cosmogonie Dogon. " ...et ce corps est une femme, orienté nord-sud, posé à plat, face au ciel. Une fourmilière est son sexe, une termitière son clitoris. Amma, qui est seul et veut s'unir à cette créature, s'approche d'elle. C'est alors que se produit le premier désordre de l'univers... au moment où Amma s'approche, la termitière se dresse; barre le passage et montre sa masculinité. Elle est l'égale du sexe étranger, l'union n'aura pas lieu. Pourtant Amma est tout puissant. Il abat la termitière rebelle et s'unit à la terre excisée. Mais l'incident originel devait marquer à jamais la marche des choses: de l'union défectueuse naquit au lieu des jumeaux prévus, un être unique, (le thos aureus), le chacal, symbole des difficultés de Amma ... Amma eut d'autres rapports avec sa femme et cette fois rien ne vint entraver cette union, car l'excision avait fait disparaître la cause du premier désordre. L'eau, semence divine pénétra donc au sein de la terre et la génération poursuivit les cycles réguliers de la gémelliparité. Deux êtres se modelèrent". Ainsi, chaque être humain dès l'origine fut nanti de deux âmes de sexe différents, ou plutôt de deux principes correspondants à deux personnes distinctes à l'intérieur de chacun. Pour l'homme, l'âme femelle siégea dans le prépuce. Pour la femme, l'âme fut supportée par le clitoris ... la vie des hommes ne pouvait s'accommoder de ces êtres doubles, il fallait décider chacun à verser dans le sexe pour lequel il était apparemment le mieux fait. Nomma circonçit donc l'homme, rayant ainsi en lui toute la féminité du

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

prépuce. Mais celui-ci se métamorphosa en un animal qui n'est "ni serpent ni insecte mais qui est classé avec les serpents ". Cet animal portant le nom de "nay"...

Alors l'homme s'unit à sa compagne. Plus tard elle accoucha des deux premiers enfants d'une série de huit, qui devaient être les ancêtres du peuple Dogon.

A ce moment la souffrance de la parturition se concentra dans son clitoris qui, excisé par une main invisible, se détacha d'elle et s'éloigna, métamorphosé en scorpion. La poche et le dard de ce dernier symbolisaient l'organe, le venin étant l'eau et le sang de la douleur. " Elle est aussi par sa qualité terrestre, le rappel et le témoin de la dette que chacun doit à la terre, car c'est de glèbe que fut formé le premier couple. Et cette dette doit se payer, par versement de sang lors de la circoncision, de l'excision, lors des périodes menstruelles.

"Tant qu'elles conservent son prépuce ou son clitoris, supports du principe de sexe apparent, masculinité et féminité sont de même force. Il n'est donc pas juste de comparer l'incirconcis à un homme ; il est comme la fille non excisée, à la fois male et femelle. Si cette indécision où il est quant à son sexe devait durer l'être n'aurait jamais aucun penchant pour la procréation. En effet, le clitoris qu'à reçu la fille est un jumeau symbolique, un pis-aller male avec lequel elle ne saurait se reproduire et qui, au contraire, l'empêcherait de s'unir à un homme. De même que Amma a vu se dresser devant lui l'organe de la terre, de même l'homme qui s'unirait à une femme non excisée serait "piqué" et l'opportunité de sa présence discutée par l'organe qui se prétendrait son égal. L'individu, d'autre part, ne peut se conduire normalement sous une double direction. L'enfant ne peut rien faire de sérieux et on ne peut rien lui faire de sérieux tant qu'elle

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

n'est pas excisée. C'est ainsi qu'il ne peut ni recevoir sa devise, ni assurer un culte, ni supporter de remèdes donnés par les guérisseurs contre les maladies, ni utiliser d'amulette . Cette pratique en effet suppose des va-et-vient de forces vitales, trop violents pour un être dont l'âme n'est pas encore "fixée".

Il est nécessaire que l'un des principes prenne définitivement le pas sur l'autre.

"L'écoulement du sang de la circoncision est comparable au fait d'offrir un sacrifice sur l'autels. Et c'est la terre qui vient boire le sang". Il semble qu'à l'idée de dette se joint aussi une idée de force néfaste prise par la personne en même temps que sa condition terrestre. D'où la nécessité de se débarrasser à la fin de l'enfance, de cet élément que l'on renvoie à son lieu d'origine".

En résumé, ce sont donc des raisons diverses qui expliquent la circoncision et l'excision : nécessité de débarrasser l'enfant d'une force mauvaise, nécessité pour lui de payer une dette de sang, et de verser définitivement dans un sexe. A cela, il convient d'ajouter que l'homme doit par solidarité souffrir dans son sexe comme la femme.

Dieterlen [12] précise que la notion de bisexualité de l'être est fondamentale : les principes spirituels sont sexués comme le corps, dont l'ambivalence est flagrante pendant l'enfance : le garçon est féminin dans son prépuce, la fille est mâle dans son clitoris. L'un des buts de la circoncision et de l'excision est de promouvoir l'enfant dans le sexe auquel il est apparemment destiné en supprimant l'organe du sexe opposé.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

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

Des théories d'ordre religieux

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

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

D'après Assad [3] citant Ibn el Athir, le prophète (paix et salut sur lui) aurait ajouté que « la circoncision est obligatoire pour l'homme, honorable pour la femme. Pour Belkis Giorgi, la pratique de l'excision serait issue d'une légende qui affirme que Sarah, épouse d'Abraham, aurait excisé elle-même sa coépouse Hagar dont elle était jalouse.

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

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

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

2. Répartition géographique

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

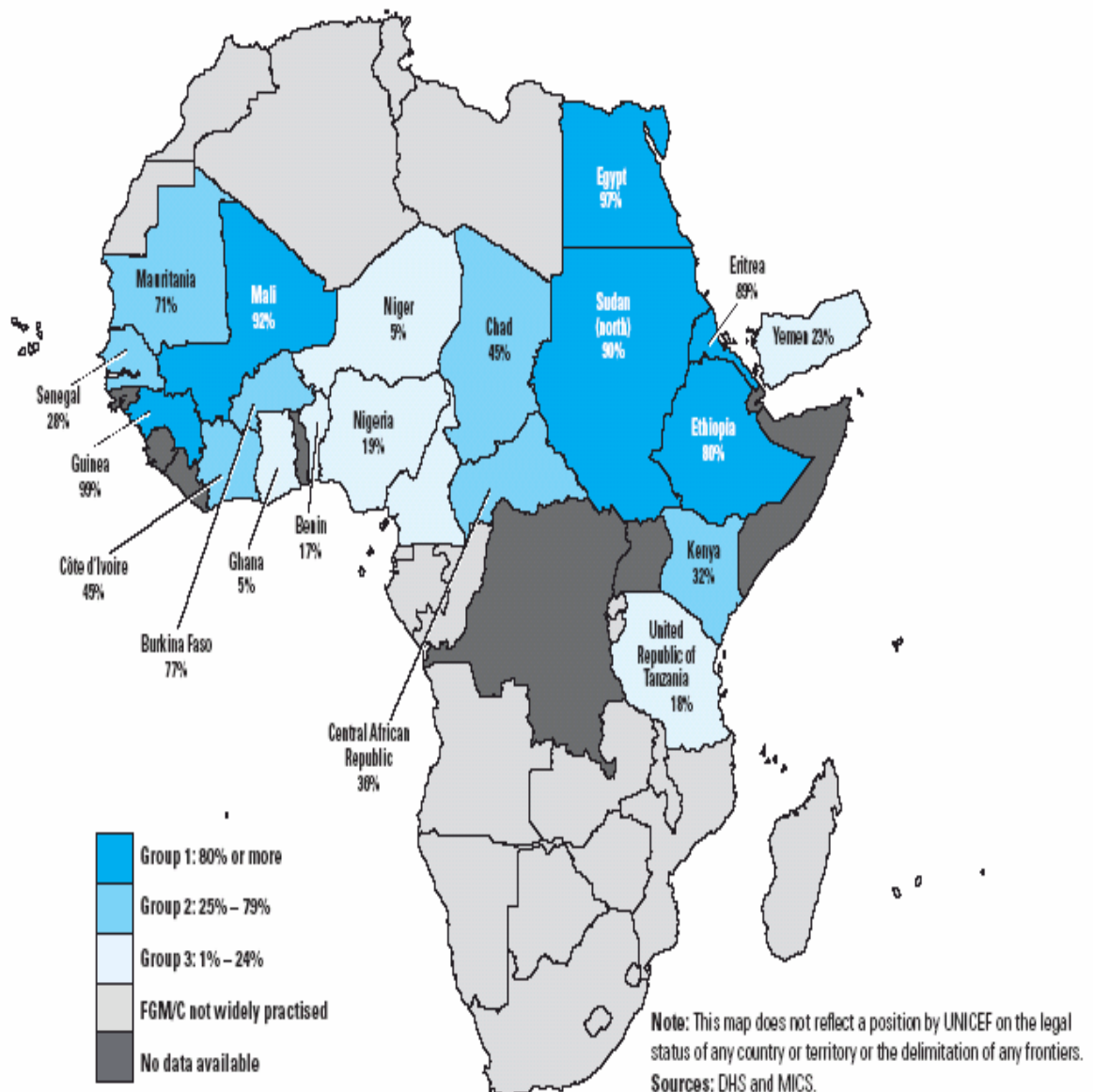
Quant à l'infibulation, elle est surtout limitée à certains pays tels que l'Egypte, le Soudan, l'Ethiopie, le Djibouti, l'Erythrée où 80 à 90% des MGF sont des infibulations.

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

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

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

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon



Répartition géographique des types de MGF en Afrique : [20]

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

Tableau I : Prévalence des MGF en Afrique.

Pays	Année	Prévalence (%)
Somalie	2005	97,9
Djibouti	2006	93,1
Egypte	2005	95,8
Nord -Soudan	2000	90,0
Erythrée	2002	88,7
Mali	2006	85
Sierra Leone	2005	94,0
Ethiopie	2005	74,3
Burkina-Faso	2005	72,5
Gambie	2005	78,3
Guinée	2005	95,6
Liberia*		45,0
Tchad	2004	44,9
Togo	2005	5,8
Kenya	2003	32,2
Bénin	2001	16,8
Guinée Bissau	2005	44,5
Nigeria	2003	19,0
Centrafrique	2005	25,7
Côte-d'Ivoire	2005	41,7

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Ghana	2005	3,8
Mauritanie	2001	71,3
Sénégal	2005	28,2
Niger	2006	2,2
Cameroun	2004	1,4
Tanzanie	2004	14,6
Ouganda	2006	0,6
RDC*		5

Reference: Eliminer les mutilations sexuelles féminines: déclarations interinstitutions, OMS.[20]

***Les données proviennent des ONG ou autres mais pas des enquêtes nationales de santé et de démographie.**

4. Les différents types d'excision

Selon l'OMS [51], 4 types existent :

Types I : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie).

Types II : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres ('excision)

Types III : Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par ablation et l'accolement des petites lèvres et /ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (Infibulation).

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

5. Les complications

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

Les complications immédiates

- L'hémorragie

L'hémorragie est un résultat immédiat fréquent et presque inévitable. Lors de l'ablation du clitoris, l'artère clitoridienne, dont la pression est élevée, est sectionnée. Une hémorragie peut également se produire après la première semaine lorsque la croûte formée sur la plaie au niveau de l'artère se détache généralement en raison d'une infection. L'ablation des

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

petites et /ou des grandes lèvres endommage aussi les artères et les veines. Les saignements importants peuvent entraîner un état de choc, ou un décès soudain en cas d'hémorragie massive. Des pertes de sang importantes peuvent entraîner une anémie chronique.

-Le choc

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

-L'infection

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

-La rétention d'urine

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

- Les fractures et luxations
- Le sida

Les complications à long terme

-Les infections chroniques des voies urinaires :

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

-Les fistules

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

-Les séquelles anatomiques

+ les cicatrices chéloïdes

+ les kystes dermoïdes

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

- Les séquelles physiologiques

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

- Les conséquences obstétricales

D'après Maïga L. [35] un groupe de sages-femmes maliennes déclare que l'excision serait responsable de :

+ déchirures périnéales (63%)

+ difficultés de réparation du périnée (58%)

+ Fistules vésico- vaginales (11%).

-Les séquelles psychologiques

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

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

C-TROISIEME PARTIE :

Excision au Mali

1. Les raisons évoquées

Considérations d'ordre initiatique :

Dans les communautés qui la pratiquent, l'excision est un véritable rite initiation qui se pratiquait entre l'âge de 7 et 15 ans. Ce rite était d'une importance capitale car il était le symbole de l'acquisition de l'identité sociale par la fille qui devenait ainsi une femme accomplie. Il se faisait à une période précise et un jour précis, en fonction de la lunaison et des réponses aux pratiques divinatoires. L'épreuve devait être supportée sans cris. Ce qui prouvait la vaillance et la maturité des excisées devant la douleur. [49]

Considérations liées au contrôle de la sexualité féminine :

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

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

La fille excisée serait donc moins demandeuse d'acte sexuel et donc plus disposée à la fidélité. [49]

Considérations hygiéniques et esthétique :

Certaines personnes pensent que les parties génitales de la femme non excisée sont laides et sentent mauvais et sont malpropres. En enlevant

ces parties et en rendant la peau plus lisse, ils ont l'impression d'en améliorer l'apparence et l'hygiène. [49]

Cependant, l'hygiène de la femme relève d'un comportement quotidien à l'égard de soi même et de son environnement, un comportement acquis au cours de son éducation. [52]

Considérations religieuses :

L'excision est souvent assimilée à une obligation de la religion musulmane au Mali. Des interprétations souvent douteuses ont créé la confusion selon laquelle, une femme non excisée ne pourrait pas faire ses prières. Ce préjugé est particulièrement tenace dans le milieu urbain, où foisonne tout type de prédicateurs. [49]

Considérations liées à la fécondité et à l'accouchement des femmes :

Certains pensent que l'excision facilite les rapports sexuels et rend les femmes plus fécondes. En enlevant tout ce qui peut entraver les rapports sexuels (clitoris, petites lèvres..) la conception de l'enfant et l'accouchement se feraient sans complications, pensent beaucoup de femmes. Certains disent que le bébé en venant au monde peut mourir en touchant le clitoris. D'autres pensent que le clitoris peut blesser l'homme et occasionner sa mort. [49].

Considérations liées aux effets maléfiques du clitoris : On avance que l'homme peut devenir impuissant lors des rapports sexuels avec une femme non excisée. D'autres évoquent aussi que le bébé, en venant au monde, peut mourir ou avoir une faculté mentale diminuée en touchant le clitoris. L'excision est donc censée sauvegarder la vie de l'homme et celle du nouveau-né. Si ceux-ci étaient le cas dans les pays où l'excision n'est pas pratiquée, tous les hommes seraient morts et tous les bébés des morts nés.

2. Description de l'excision en milieu Dogon : « Donou »

Une femme raconte son excision :

«C'était le matin, nous étions trois, nous sommes regroupés autour de la bouillie du petit déjeuner dans une maison isolée du village avec ma tante quand nous avons vu un groupe de vieilles femmes diriger vers la maison nous avons compris soudain ce qui allait se passer et nous avons déposé la cuillère. C'est ma grande sœur qui rentre la première dans l'enclos de la toilette où se trouve l'exciseuse et ses deux assistantes; elle n'a pas crié. Ensuite ça été le tour de ma cousine, nous avons entendu des cris horribles. Maman me dit ; ton père est avec son fusil à côté et si tu cries il allait te tuer : c'était pour me faire peur.

Je n'ai pas crié, ce qui s'est passé était atroce, on m'a d'abord déshabillée et m'a assise sur une pierre plate, les jambes bien écartées et puis on m'a coupée avec un petit couteau bien aiguisé.

La région est lavée avec de l'eau pour vérifier la plaie avant d'appliquer une poudre noire à base de recette de plantes, ou de la bouse de vache comme hémostatique.

On nous a fait porter à chacune une garniture d'étoffe et on nous a donné un pagne noir puis on nous a conduit dans une chambre de réclusion où on était restée jusqu'à la guérison de la plaie qui était survenue au bout de douze jours.

Les plaies étaient soignées par l'application régulière de beurre de karité. Les Cinq premiers jours, pour atténuer la brûlure de la plaie au moment de la miction ma tante qui s'occupait de nous projetait un jet d'une infusion de plantes médicinales du début jusqu'à la fin de la miction.

Il y avait en même temps une grande fête ,les camarades de ma tante , les grand-mère ,nous apportaient de la nourriture et ma tante nous

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

éduquait :elle nous apprenait , à bien nous tenir , à savoir recevoir , les contes , les chants , les normes sociales .

On a été également instruite précisément sur les comportements sexuels, mais aussi sur les tabous des menstruations.

Au douzième jour c'est la grande fête proprement dite, le matin très tôt les vieilles nous ont nettoyées et nous ont habillées avec de pagne neuf. La cérémonie s'est terminée par une excursion sur le village».

3- Une exciseuse raconte à propos du pouvoir conféré par sa grand-mère :

«C'est ma grand-mère qui m'a donné le pouvoir, sans pouvoir on ne peut pas exciser. On récite des mots pour casser les mauvais esprits comme les chaleurs. Ce sont des mots qui existent depuis la nuit des temps.

Pour se protéger, j'ai été lavée depuis toute petite avec des décoctions spéciales de feuilles et de racines d'arbres. Cela protège et donne le pouvoir. C'est important, par ce que si une forgeronne plus ancienne ou une sorcière sait que j'excise, elle-etre jalouse et me porter, malheur. Moi je n'ai jamais eu d'ennui, j'ai été bien protégée. (49)

4. Lutte contre l'excision au Mali :

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

- o C'est en 1966 pour la première que l'église catholique Diocèse de San lança la lutte contre l'excision.
- o Entre 1980-1984 l'UN FM a emboîté le pas et a mené des campagnes de sensibilisations et des séminaires de formation à fin de démontrer le rôle néfaste de cette pratique sur la santé de la mère et de l'enfant.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

- o De 1984-1991 le comité national de lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes au Mali (COMAPRAT) fut créé avec comme objectif l'éradication des mutilations génitales féminines.
- o 1990 : soutenance d'une thèse de doctorat de médecine sur « les aspects socio sanitaires de l'excision au Mali »
- o 1991 : naissance de l'AMSOPT
- o 1993 : naissance de l'ASDAP
- o 1994 : premier procès en France Awa Greou exciseuse d'origine malienne
- o 1995 : sommet mondial sur la population au Caire. Projet expérimental PLAN INTERNATIONAL AMSOPT
- o 1996 : sommet mondial des femmes à Beijing.

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

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

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

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

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

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

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

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

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

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

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

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

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

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

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

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

Le 16 juillet : décret N°157/PM-RM portant création du comité national d'action pour l'éradication des pratiques néfastes a la santé de la femme et de l'enfant. Ce décret annule le précédent.

Le 28 décembre, première réunion statutaire du comité national.

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

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

30 mars : deuxième réunion statutaire du comité national

21 juillet : troisième réunion dudit comité ;

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

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

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

- o 2001

Janvier : mise en œuvre du projet PAI2 du CEDPA.

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

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

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

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

- o 2002

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

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

4 juin : création PNLE

- o 2003

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

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

- o 2004

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

- o 2005

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

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

o 2006

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

o 2007

6 février : journée internationale de lutte contre les MGF

o 2008

Soutenance d'une autre thèse de médecine sur les aspects socio-sanitaires.

6 février : journée internationale de lutte contre les MGF sous le thème tolérance zéro aux MGF.

o 2009

2 Février: Passage de la première publicité à la télévision nationale sur les effets néfastes de l'excision.

6 février: journée internationale de lutte contre les MGF tolérance zéro au MGF, les jeunes s'engagent.

7-02-2009

Interview du Docteur Bouraïma MAIGA à la télévision nationale sur les méfaits de l'excision en langue Bamanan.

5-L'EXCISION ET LES RELIGIONS

Excision et religion musulmane [52]

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

Selon l'Imam de la mosquée du Centre islamique de Hamdalaye El Hadj Idrissa Diarra : « Il y a trop de bruit sur l'excision, et tout ce qui se dit d'un coté comme de l'autre n'est pas toujours exact. En Islam, l'excision n'est pas une obligation. Il n'est écrit nulle part que pour être une bonne musulmane, il faut avoir été excisée, comme c'est le cas avec la circoncision. De même, il n'est écrit nulle part que la femme qui est excisée n'est pas une bonne musulmane. L'Islam n'écarte ni les gens qui pratiquent l'excision, ni ceux qui ne la pratiquent. L'Islam n'impose pas l'excision. Mais il ne l'interdit pas non plus»(52).

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

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

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

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

Aziz Hamel, adversaire de la circoncision féminine, invoque ce verset et ajoute: "L'excision est une déformation de ce que Dieu a créé, alors que

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

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

Excision et église catholique

Le point de vue de l'église catholique sur l'excision est sans ambiguïté. Selon l'abbé Joseph Tandem DIARRA:« On ne trouve nulle part, une évocation de l'excision aussi bien dans l'Ancien Testament que dans le Nouveau Testament: dans la Bible donc, aucune allusion à l'excision, aucune allusion qui fonde sa pratique ou qui légitime sa pratique. Nul ne peut donc invoquer la Bible pour la justifier».[49]

L'excision et l'église évangélique protestante :

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

Sur le plan biblique, explique t-il, il n'y a aucun verset qui traite directement ou indirectement de l'excision, comme c'est le cas avec la circoncision [52].

METHODOLOGIE :

1- Cadre d'étude

Cette étude s'est déroulée au centre de santé de référence de Bandiagara (Région de Mopti)

Le cercle de Bandiagara fut créé le premier décembre 1902 par le gouverneur de l'A O F.

Le cercle couvre une superficie de 10520 km² avec une population de 287294 habitants.

Il comprend 414 villages repartis en 20 communes rurales et une commune urbaine (Bandiagara comme chef lieu du cercle).

Le cercle de Bandiagara est limité au nord par le cercle de Douentza, au sud par les cercles de Bankass et Tominian (Région de Ségou), à l'est par le cercle de Koro et à l'ouest par les cercles de Mopti et de Djenné.

La ville de Bandiagara est au centre du Pays Dogon. Son plateau est formé de massif rocheux de gré d'une altitude de 400 à 600 mètres, entouré de plaines d'une hauteur comprise entre 250 et 300 mètres. Les Falaises forment des bordures orientales et septentrionales. L'ensemble du plateau est drainé par des cours d'eau saisonniers.

Le centre de santé de Bandiagara a été créé en 1907 sous le temps colonial et érigé en centre de santé de référence en 2000.

Le cercle de Bandiagara comprend 19 CSCOM. Les 16 CSCOM sont techniquement tenus par des infirmiers assistés de matrone et de gérant de dépôt de vente.

Les CSCOM de Bandiagara central de Sangha et également de Kaba sont tenus par les médecins.

Le centre de santé de référence de Bandiagara :

Le centre de santé de référence est situé à l'est de la ville de Bandiagara.

Après rénovation le centre dispose :

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

- D'un bloc administratif: comprenant le bureau de Médecin chef, d'un bureau de Médecin chef adjoint, d'un bureau du gestionnaire, le bureau du chargé de SIS, une salle informatique et 2 toilettes.
- D'une unité gynéco- obstétrique avec une capacité de 8 lits. Elle comprend une salle d'accouchement avec 2 tables, une salle de planning familial/ suites de couche d'un bureau de sage- femme maîtresse, une salle de garde sage- femme, 2 toilettes.
- Un service social; disposant:
 - ° 1 Toyota Hulux
 - ° Deux ambulances Toyota BJ dont une fonctionnelle permettant le système référence/ évacuation.
 - ° Une Moto Yamaha DT 125
- D'une unité chirurgicale disposant 2 blocs opératoires avec une salle équipée et fonctionnelle et de 8 lits d'hospitalisation
- D'une unité Médicale : axée sur la pédiatrie, Médecine Interne, Parasitologie et ayant une capacité de 24 lits avec ventilateurs, un bureau du major, une salle de garde des infirmiers et d'une toilette.
- D'une unité de recherche sur le paludisme (BMP), située dans la cour du CSRef.
- D'une unité d'odontostomatologie
- D'une unité d'ophtalmologie
- D'une unité d'analyses médicales (Laboratoire)
- D'un dépôt répartiteur du cercle (DRC) en médicaments essentiels qui permet la dotation en médicaments essentiels de tous les CSCom.
- D'un dépôt de vente : rendant disponible les médicaments essentiels et les produits d'urgence.
- D'une unité de chaîne de froid
- D'un service d'hygiène

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

- D'un site d'incinération des déchets biomédicaux.
- D'une morgue.

Les Ressources humaines:

- Médecins: 2
 - D'un médecin -chef a tendance gyneco- obstetricale
 - D'un Médecin - chef adjoint à tendance chirurgicale.
- Assistants médicaux : 3
 - ° D'un assistant médical en santé publique
 - ° D'un assistant médical en odontostomatologie
 - ° D'un assistant médical en ophtalmologie
- Infirmiers: 3 et 1 Infirmier formé en Technique d'Anesthésie Réanimation
- Sage femme : 3
- Infirmière obstétricienne : 1
- Technicien supérieur d'hygiène et assainissement : 1
- Technicien de laboratoire : 2
- Administrateur social : 1
- Technicien supérieur du développement social : 3
- Gestionnaire : 1
- Secrétaire : 1
- Aide- soignante : 3 (Matrone)
- Chauffeur : 3
- Garçon de salle : 2

A noter : 3 Médecins, un Pharmacien, un Technicien de laboratoire, un Interne en Pharmacie et un Interne en Médecine au BMP.

Les permanences de garde sont assurées à l'unité médicale par un infirmier et à l'unité gynéco-obstétrique par une sage- femme et une matrone.

2- Type d'étude : Etude cas- témoins un cas étant une femme excisée et le témoin, une femme non excisée.

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

3- Période d'Etude : L'étude a débuté le 1er- février-2008 et a pris fin au 31- janvier-2009 soit 12 mois.

4- Population d'Etude :

Sont concernées par cette étude toutes les femmes venues accoucher dans le centre de santé de référence au cours de la période d'enquête.

5- Echantillonnage :

*** Critères d'inclusion :**

Femmes âgées de 14-49 ans excisées ou non excisées venues au dit centre pour accoucher durant notre période d'étude.

Etre nullipare

Femmes consentantes.

*** Critères de non inclusion :**

Femmes de moins de 14 ans ou plus de 49 ans

Femmes non consentantes,

Grossesses gémellaires

Femmes ayant un antécédent d'accouchement.

6- Recueil des données :

L'interrogatoire des patientes.

L'examen physique minutieux des patientes.

7- Analyse et saisie des données :

La saisie des données a été faite sur le logiciel Epi Info 6.fr

L'analyse a été effectuée sur SPSS.10.

Les graphiques ont été réalisés sur Excel

Le test de khi² a été utilisé.

8- Taille de l'échantillon :

Une patiente exposée correspond à une femme excisée- une patiente non exposée correspond à une femme non excisée.

La taille de l'échantillon est calculée selon la formule suivante :

$$N = \frac{z^2 Pq}{l^2}$$

$z^2 = 2$: Ecart réduit

$P = 1 - q \rightarrow P = 88\% = 0,88$

$= 1 - q = > q = 1 - p = 12\% = 0,12$

= Prévalence du phénomène étudié

l = Précision souhaitée par le chercheur

= 5%

$$N = \frac{z^2 Pq}{l^2} = \frac{(2,5761^2 \times 0,88 \times 0,12)}{(0,05)^2}$$

280 femmes excisées ou non excisées venues accoucher dans le dit centre

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

Aspect Ethique de l'enquête :

Toutes les femmes enquêtées ont été soumises à un consentement libre et éclairé.

L'anonymat a été respecté.

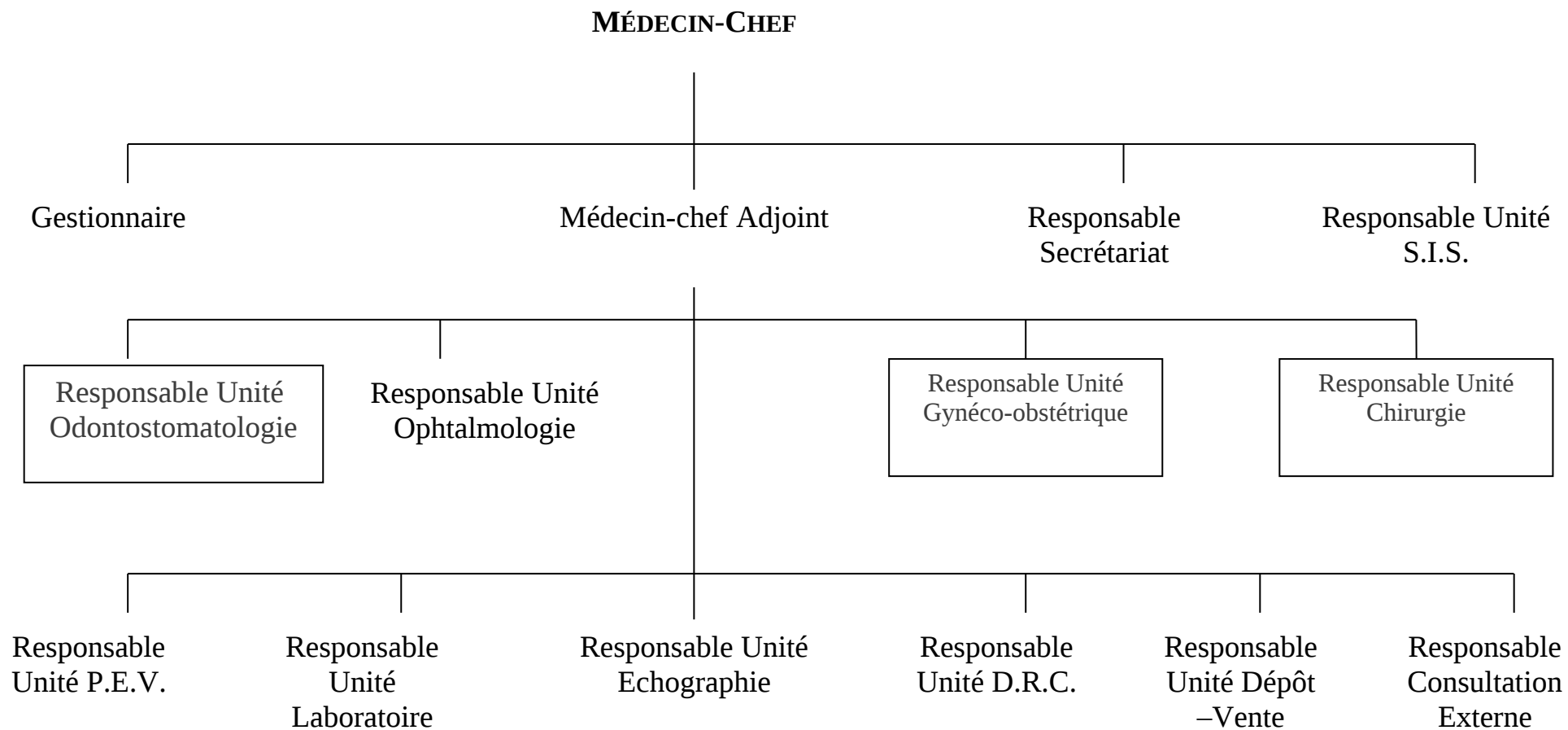
Les variables étudiées.

- Age
- Lieu de résidence,
- Ethnie,
- Religions,
- Etat civil,

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

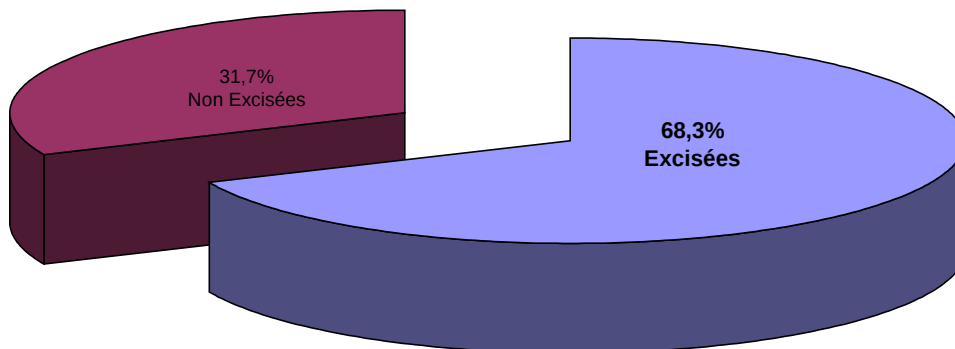
- Niveau d'instruction et profession des patientes,
- Profession du procréateur
- Niveau d'instruction et profession des mères,
- Niveau d'instruction et profession des pères,
- Excisée ou non excisée,
- Les types d'excision,
- Les cicatrices de l'excision,
- Age d'excision,
- Souvenir d'excision,
- Les connaissances sur l'excision,
- La durée d'expulsion,
- Mode d'accouchement
- Les complications au cours de l'accouchement :
 - Complications obstétricales : déchirures, Périnéales, épisiotomie, l'état du nouveau-né
 - Durée de réanimation,
 - Complications gynécologiques,
 - Complication urologiques,
 - Complications du post- partum -immédiat,
 - Durée d'hospitalisation des patientes,

Organigramme de Fonction du Centre de Santé de Référence de Bandiagara



RESULTATS

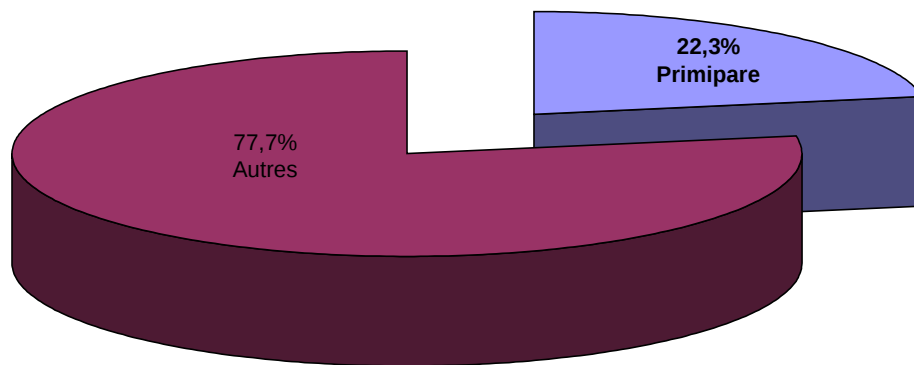
Figure I : Fréquence de l'excision pendant la période d'étude:



Pendant notre période d'étude, le pourcentage des femmes excisées était de 68,3%.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Figure II : fréquence des nullipares excisées par rapport aux autres parités



Les nullipares ont représenté 22,3% de la population des femmes qui ont accouché

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau I : Répartition des femmes enquêtées selon les tranches d'âge

Tranches d'âge (ans)	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
14-19	56	40	56	40
20-24	41	29,3	41	29,3
25-29	33	23,6	33	23,6
30-34	9	6,4	10	7,1
35-39	1	0,7	0	0
Total	140	100	140	100

La tranche d'âge la plus importante est 14 -19 ans soit 40% chez les excisées 40% également chez les non excisées.

L'âge moyen est de 18 ans chez les excisées et de 19 ans chez les non excisées.

Tableau II : Répartition des femmes enquêtées selon le lieu de résidence :

Lieu de résidence	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
Urbain	61	43,6	77	55
Rural	79	56,4	63	45
Total	140	100	140	100

$p=0,05$ $OR=0,66 [0,38-1,04]$

La différence est statistiquement significative avec $p=0,05$.

Tableau III : Répartition des femmes enquêtées selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
Célibataire	80	57,1	63	45
Mariée	60	42,9	77	55
Total	140	100	140	100

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

p=0,042

OR=1,63 [0,99-2,79]

Les femmes célibataires étaient prédominantes chez les excisées soit 57,1% contre 45% des femmes non excisées. La différence est statistiquement significative.

Tableau IV : Répartition des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Excisées		Non excisées		Test statistique	
	Effectif	%	Effectif	%	p	OR-IC
Primaire	31	22,1	35	25	0,57	0,85 [0,47-1,54)
Secondaire	16	11,5	28	20	0,48	0,52 [0,25-1,05]
Supérieur	3	2,1	4	2,9	0,70	0,74[0,11-4,49]
Ecole coranique	4	2,9	7	5	0,35	0,56[0,12-2,26]
Non scolarisé	86	61,4	66	47,1	0,016	1,79[1,08-2,95]
Total	140	100	140	100		

La population étudiée était caractérisée par une forte représentation de femmes non scolarisées soit 61,4% Chez les femmes excisées contre 47,1%chez les femmes non excisées. La différence est statistiquement significative avec p=0,016.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau V : Répartition des femmes enquêtées selon leur occupation

Profession	Excisées		Non excisées		<i>p</i>	<i>OR-IC</i>
	Effectif	%	Effectif	%		
Commerçante	8	5,7	6	4,3	0,58	1,35 [0,40-4,87)
Ménagère	100	71,4	85	60,6	0,05	1,62 [0,95-2,75]
Enseignante	4	2,9	5	3,6	0,50	0,79[0,15-3,78]
Elève/Etudiante	24	17,1	40	28,6	0,02	0,52[0,28-0,95]
Teinturière	4	2,9	4	2,9	-	-
Total	140	100	140	100		

Dans la majorité des cas, il s'agit des femmes au foyer: chez les excisées 71,4% et 60,6%chez les non excisées. La différence est statistiquement significative avec $p=0,05$.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau VI : Répartition des femmes enquêtées selon des occupations du procréateur

Profession du procréateur	Excisées		Non excisées		p	OR-IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Commerçant	15	10,7	43	30,7	0,044	0,50 [0,24-1,04)
Cultivateur	73	52,1	40	28,6	0,000058	2,72 [1,61-4,61]
Elève/Étudiant	27	19,3	27	19,3	0,027	0,54[0,30-0,97]
Enseignant / Gardien	10	7,2	15	10,7	0,294	0,64[0,25-1,59]
Autres *	15	10,7	15	10,7	-	
Total	140	100	140	100		

*=chauffeur, éleveur,

La différence est statistiquement significative avec $p=0,000058$.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau VII : Répartition des femmes enquêtées selon leur religion

Religion	Excisées		Non excisées		<i>p</i>	OR-IC
	Effectif	%	Effectif	%		
			f			
Musulmane	122	87,1	118	84,3	0,49	1,26[0,61-2,50]
Chrétienne	17	18,2	19	13,6	0,72	0,88[0,41-1,88]
Animiste	1	0,7	3	2,1	0,3	0,33[0,01-4,16]
Total	140	100	140	100		

La majorité des femmes excisées et non excisées étaient musulmanes soit respectivement 87,1% et 84,3%. Statistiquement il n'ya pas de relation entre l'excision et la religion

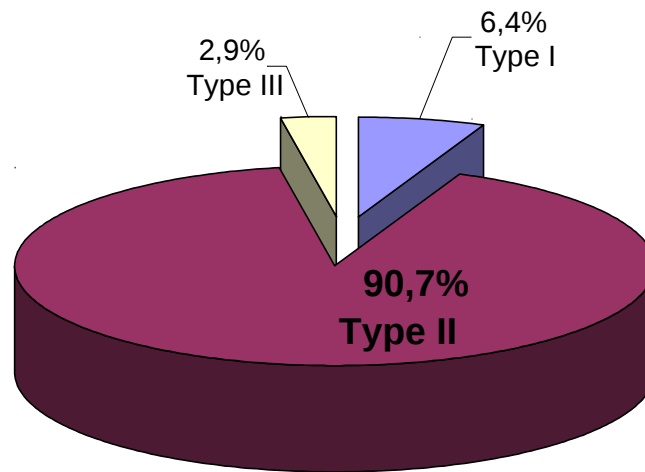
Tableau VIII : Répartition des femmes enquêtées selon leur ethnie

Ethnie	Excisées		Non excisées		<i>p</i>	OR-IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Dogon	110	78,6	124	88,6	0,15	0,60[0,27-1,29]
Peulh	21	15	10	7,1	0,036	2,29[0,98-5,67]
Sonrhaï	1	0,7	4	2,9	0,18	0,24[0,01-2,52]
Bambara	8	5,7	2	1,4		
Total	140	100	140	100		

Les femmes Dogons étaient majoritaires dans la population des excisées et des non excisées soit respectivement 78,6% et 88,6%. La différence n'est pas statistiquement significative.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Figure III : Répartition des femmes enquêtées selon le type d'excision



Le type 2 est le plus pratiqué avec 90,7%, l'infibulation est pratiquée dans 2,9%

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau IX : Répartition des femmes enquêtées selon que leurs sœurs aînées aient été excisées ou non

Sœurs aînées excisées	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	138	98,6	8	5,7
Non	2	1,4	132	94,3
Total	140	100	140	100

$p=10^{-7}$ OR=1138[221,7-10105,2]

La différence est statistiquement significative avec $p=10^{-7}$.

Tableau X : Répartition des femmes enquêtées selon que leurs sœurs cadettes aient été excisées ou non

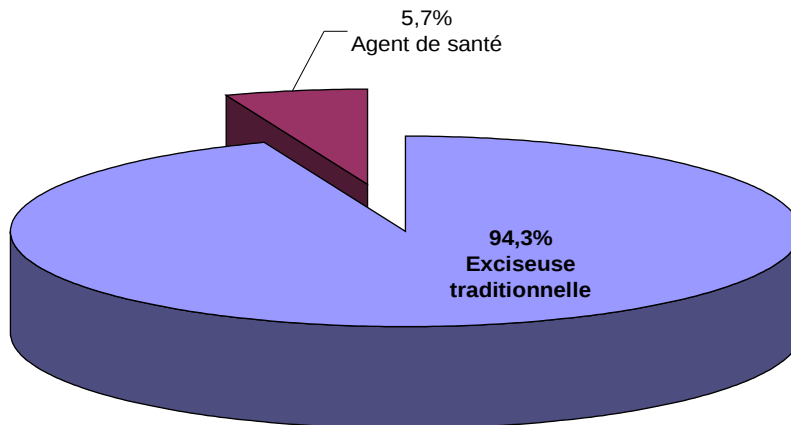
Sœurs cadettes excisées	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	81	57,9	0	0
Non	59	42,1	140	100
Total	140	100	140	100

$p=10^{-7}$

Statistiquement il ya une différence significative avec $p=10^{-7}$.

Figure IV : Répartition des femmes enquêtées selon la qualification de l'opérateur

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon



Dans 94,3%des cas, l'excision est pratiquée par une exciseuse traditionnelle 5,7 % était pratiquée par les agents de santé.

Tableau XI : Répartition des femmes enquêtées en fonction de la réponse à la question exciserez-vous vos filles ?

Exciserez-vous vos filles ?	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	119	85	22	15,7
Non	21	15	118	84,3
Total	140	100	140	100

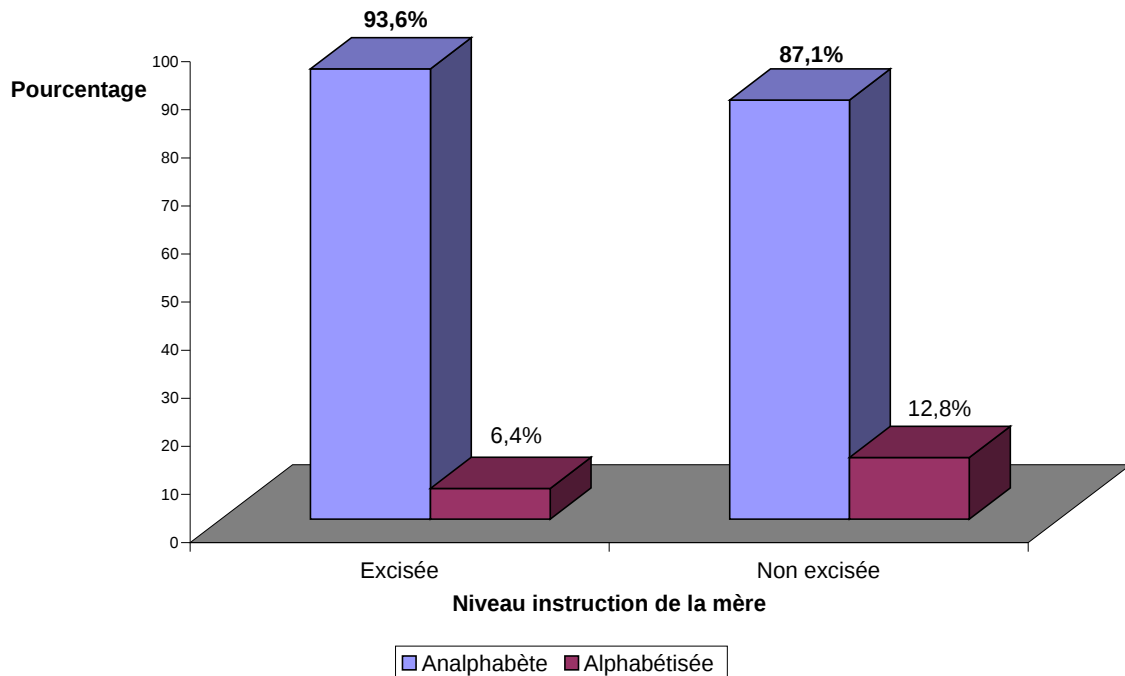
$P=10^{-7}$

OR=30,39[15,17-61,47]

La différence est statistiquement significative.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Figure V : Répartition des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction de la mère

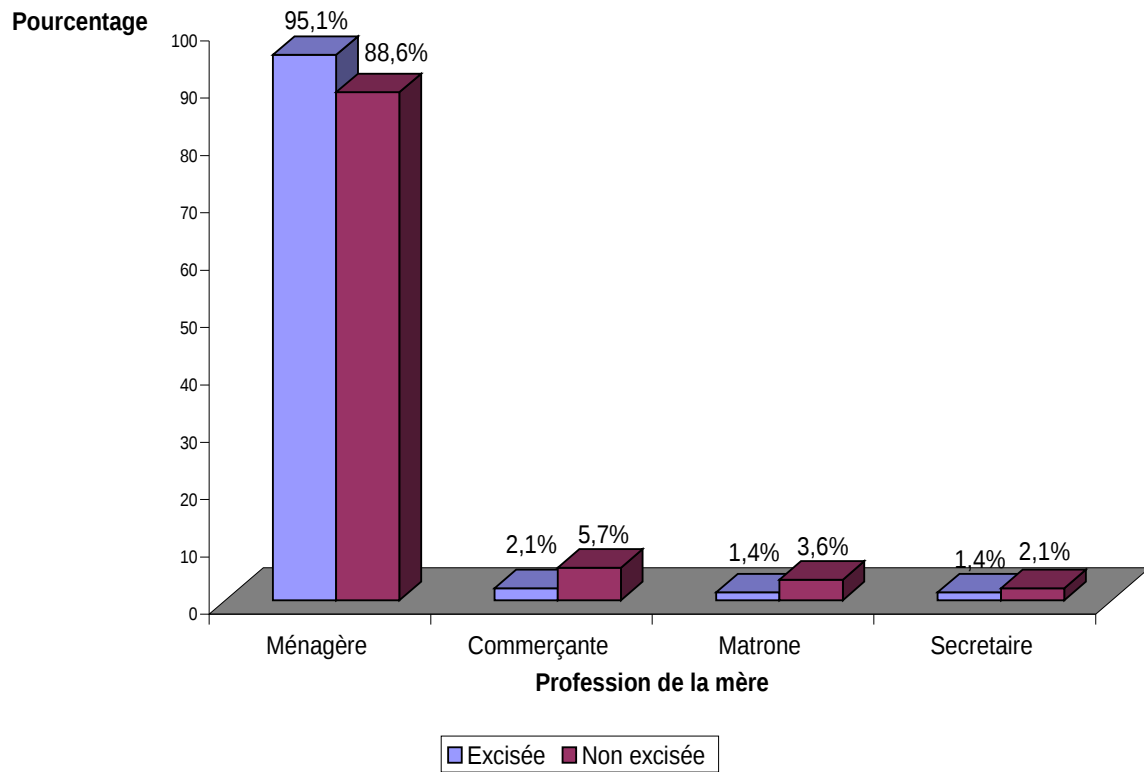


P=0,68 OR=2,15 [0,87-5,63]

93,6% des mères des femmes excisées étaient non scolarisées contre 87,1% chez les mères des femmes non excisées. La différence n'est pas statistiquement significative.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Figure VI : Répartition des femmes enquêtées selon la profession de leur mère

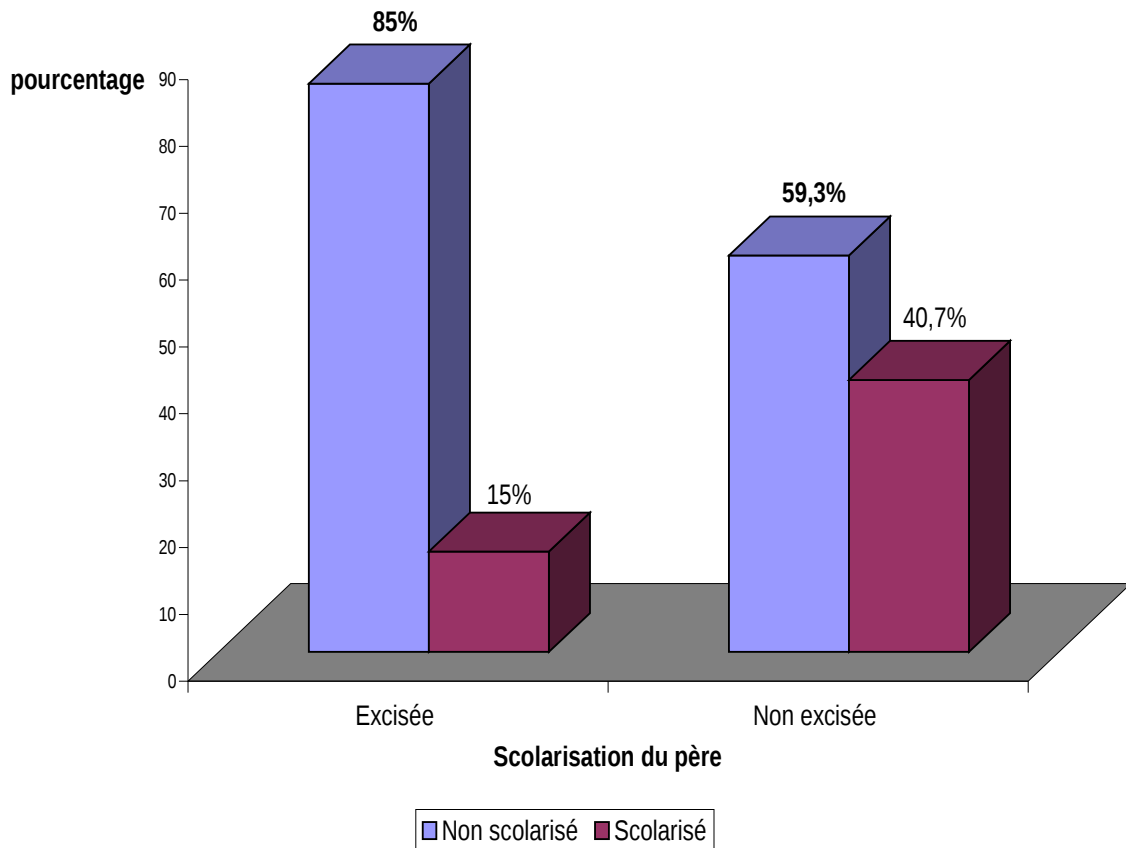


Ménagère : $p=0,050$ $OR=2,4[0,91-7,27]$

La différence est statistiquement significative.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Figure VII: Répartition des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction du père



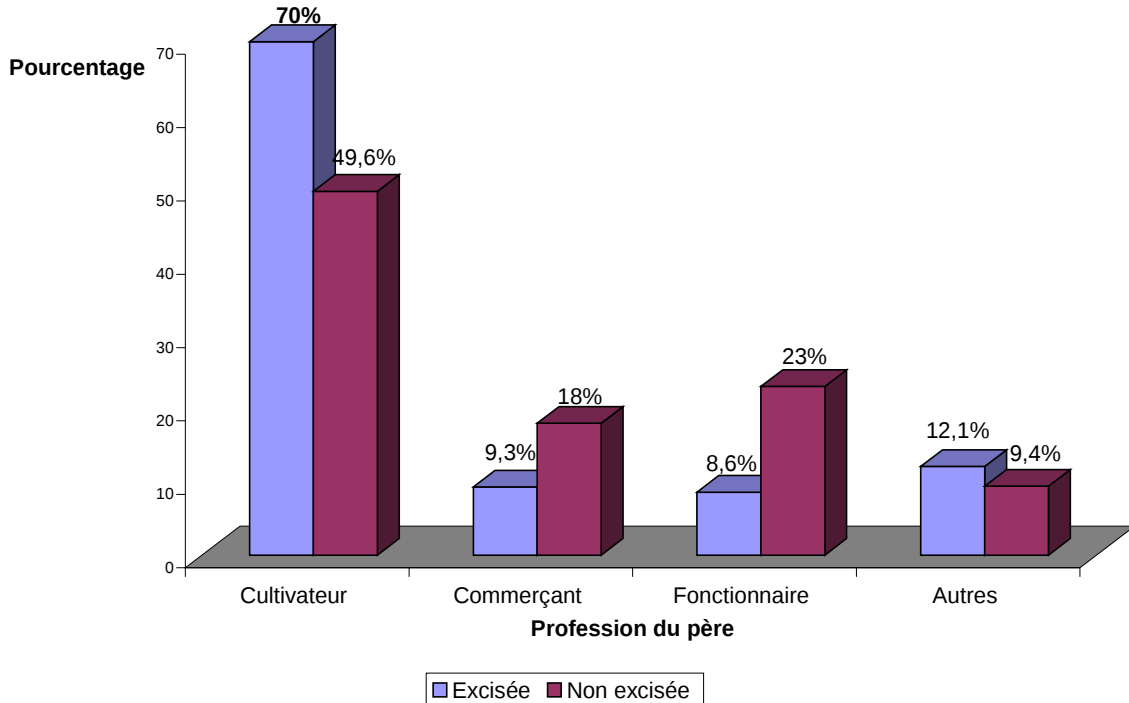
$P=0,0000016$

$OR=3,89[2,12-7,27]$

Ce graphique montre que la majorité des pères des femmes excisées sont non scolarisés soit 85% contre 59,3% des pères des femmes non excisées étaient non scolarisés. La différence est statistiquement significative.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Figure VIII : Répartition des femmes enquêtées selon la profession du père



Cultivateur : $p=0,0004$

OR=2,40[1,43-4,04]

Autres: chauffeur, éleveur, Artiste

70% des pères des femmes excisées étaient cultivateurs contre 49,6% des pères des femmes non excisées étaient cultivateurs. La différence est statistiquement significative.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau XII : Répartition des femmes enquêtées en fonction de l'âge à l'excision

Age à l'excision	Excisées	
	Effectif	%
Ne sait pas	99	70,7
5-9 ans	25	17,9
10-14 ans	16	11,4
Total	140	100

70,7%des femmes excisées ne savaient pas à quel age elles ont été excisées.

Tableau XIII : Répartition des femmes enquêtées selon la connaissance sur l'existence des complications liées à l'excision

Connaissance sur complications excision	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	59	42,1	64	45,7
Non	81	57,9	76	54,3
Total	140	100	140	100

$p=0,547$ $OR=0,86[0,52-1,43]$

57,9% des femmes excisées ignoraient l'existence de toute complication liée à l'excision contre 54,3% chez les femmes non excisées. La différence n'est pas statistiquement significative.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau XIV : Répartition des femmes enquêtées selon leurs connaissances par rapport aux complications citées

Types de complications cités	Excisées		Non excisées		p	OR-IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Accouchement difficile	17	12,1	19	13,5	0,91	0,96 [0,40-2,24)
SIDA	14	10	15	10,7	0,96	1,62 [0,40-2,54]
Tétanos	11	7,9	9	6,5	0,49	1,40[0,48-4,17]
Hémorragie	8	5,8	7	4,9	0,65	1,26[0,37-4,45]
Dysurie –infection- stérilité	4	2,8	10	7,2	0,12	0,39 [0,08-1,48)
Dyspareunie, frigidité	3	2,1	3	2,1	0,62	1,09 [0,14-8,45]
FVV	2	1,4	1	0,7	0,46	2,21[0,11-132,4]
Total	59	42,1	64	45,7		

Les difficultés d'accouchement, sida, le tétanos sont des complications majeures citées par les femmes excisées, par ordre de fréquence décroissante:

Les difficultés d'accouchement, sida, infections urinaires, dysurie, sont par ordre de fréquence décroissante les complications majeures citées par des femmes non excisées. Le test statistique n'est pas significatif.

Tableau XV : Répartition de la population des femmes excisées en fonction du souvenir d'excision

Souvenir de l'excision	Excisées	
	Effectif	%

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Aucun	100	71,8
Douleur	17	12,7
Douleur+hémorragie	15	8,8
Dysurie	8	6,7
Total	140	100

71,8 des femmes n'ont gardé aucun souvenir de leur excision.

Tableau XVI : Répartition des femmes enquêtées en fonction l'antécédent d'avortement spontané :

Antécédent d'avortement	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	12	8,6	3	2,1
Non	128	91,4	137	97,9
total	140	100	140	100

$p=0,024$ $OR=3,48[1,04-14,98]$

8,6% des femmes excisées ont un antécédent d'avortement spontané contre 2,1% chez les femmes non excisées. La différence est statistiquement significative avec $p=0,024$.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau XVII : Répartition des femmes enquêtées selon l'état du cycle

Etat du cycle	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
Régulier	74	52,9	131	93,6
Irrégulier	66	47,1	9	6,4
Total	140	100	140	100

$p=10^{-7}$ OR=0,08[0,3-0,17]

47,1% des femmes excisées ont un cycle irrégulier contre 6,4% chez les femmes non excisées. La différence est statistiquement significative.

Tableau XVIII : Répartition des femmes enquêtées selon les pathologies gynécologiques

Pathologies gynécologiques	Excisées		Non excisées		p	OR-IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Absence	37	26,4	108	77,2	10^{-7}	19,3 [7,83-56,70]
Dysménorrhée	103	73,6	32	22,8	0,003	2,02 [1,22-3,35]
Total	140	100	140	100		

73,6% des femmes excisées ont présenté des dysménorrhées contre 22,8% chez les non excisées.

. La différence est statistiquement significative.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau XIX : Répartition des femmes enquêtées selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Excisées		Non excisées		p	OR-IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Voie basse						
normale	95	67,9	125	89,3	0,0000	0,25 [0,12-0,50)
Forceps	9	6,4	1	0,7	0,009	9,55 [1,28-421,5]
Césarienne	20	14,3	6	4,3	0,0003	3,72[1,38-11,66]
Ventouse	16	11,4	8	5,7	0,08	2,13[0,82-5,95]
Total	140	100	140	100		

67,9% d'accouchement normal, 6,4% de forceps, 14,3% de césarienne, 11,4% de ventouse chez les femmes excisées contre 89,3% d'accouchement normal, 0,7% de forceps, 4,3% de césarienne, 5,7% de ventouse chez les femmes non excisées. La différence est statistiquement significative.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

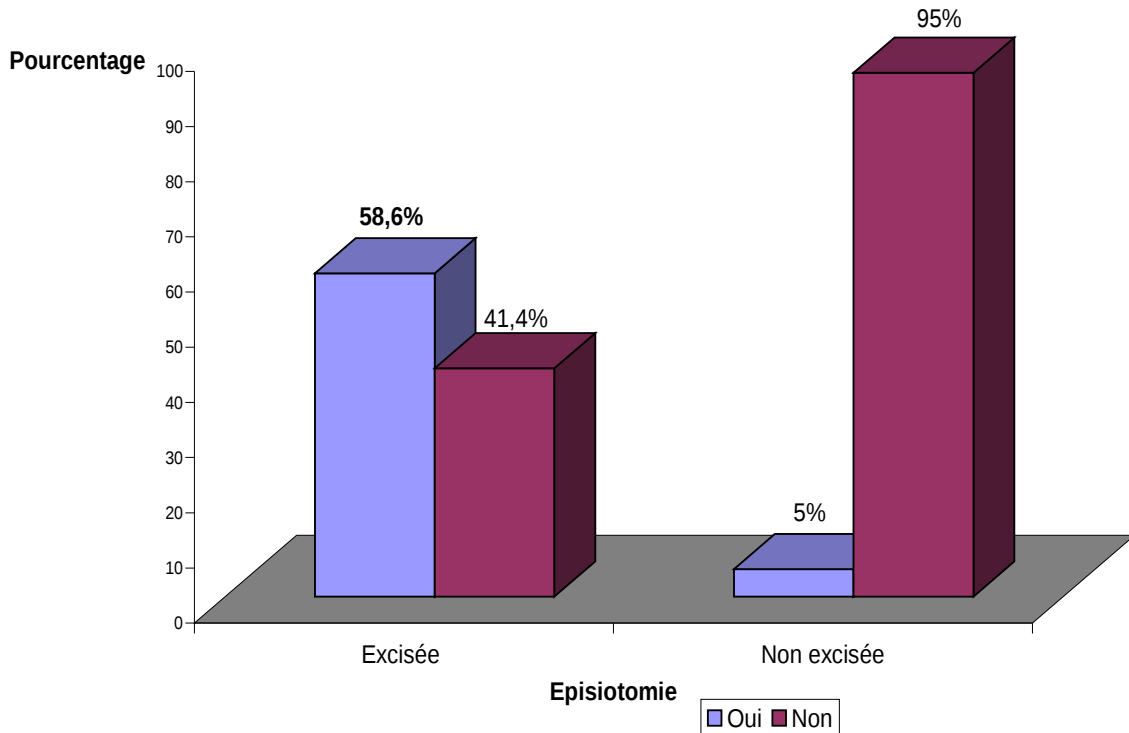
Tableau XX : Répartition des femmes enquêtées selon les complications obstétricales

complications	Excisées		Non excisées		p	OR-IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Absence	100	71,4	130	92,9		
SFA	40	28,6	10	7,1	0,0004	12,57[2,20-123,3]
Total	140	100	140	100		

28,6% de SFA chez les femmes excisées contre 7,1% chez les femmes non excisées. En effet les nouveau-nés des femmes excisées ont 12 fois plus de risque de souffrir pendant l'accouchement que les nouveau-nés des non excisées. La différence est statistiquement significative avec $p=0,0004$.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Figure IX : Répartition des femmes enquêtées selon l'épisiotomie pratiquée

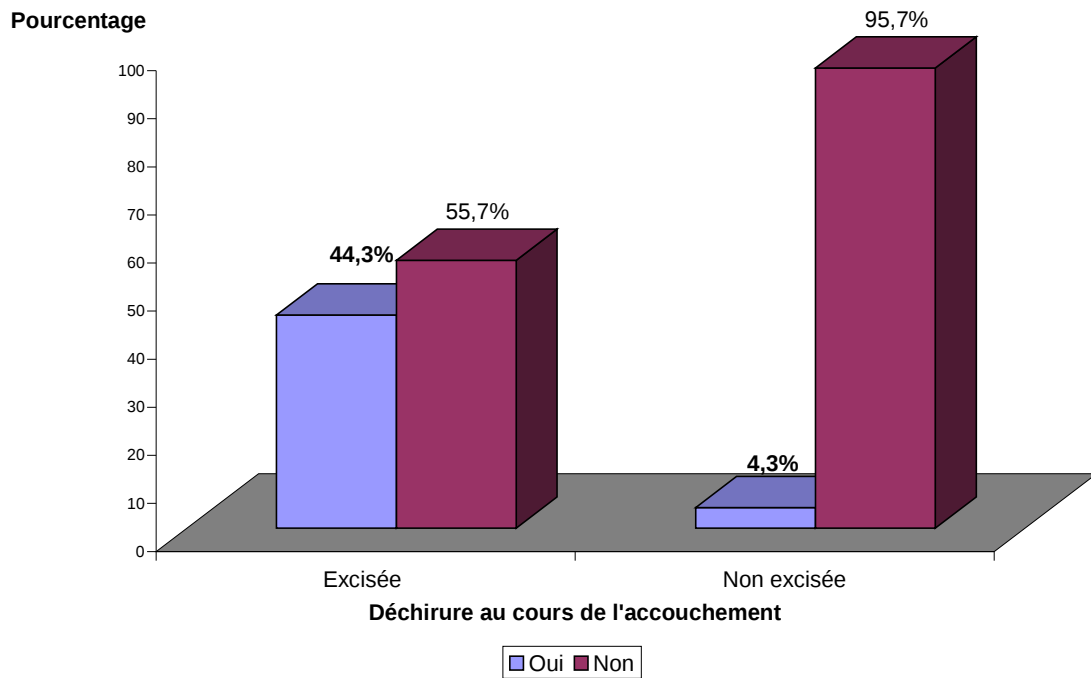


$P=10^{-7}$ $OR=26,86 [11,38-72,22]$

IL existe une relation entre la pratique de l'excision et l'épisiotomie avec $p=10^{-7}$. En effet les femmes excisées ont 27 fois plus de risque de subir l'épisiotomie que les femmes non excisées.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Figure X : Répartition des femmes enquêtées en fonction de la présence de déchirure périnéale au cours de l'accouchement



$p=10^{-7}$

OR=17,75 [7,18-52,05]

IL existe une relation entre l'excision et les déchirures du périnée au cours de l'accouchement.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau XXI : Répartition des femmes enquêtées en fonction du type de déchirure périnéale

Type déchirure périnéale	Excisées		Non excisées		p	OR-IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Absence	78	55,7	134	95,7	<i>10-7</i>	
Déchirure simple	42	30	4	2,9		<i>19,5 [5,94-100,6]</i>
Déchirure complète	16	11,4	2	1,4	<i>0,0006</i>	<i>8,90[2,02-86,8]</i>
Déchirure compliquée	4	2,9	0	0	<i>0,043</i>	-
Total	140	100	140	100		

La différence est statistiquement significative.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau XXII : Répartition des femmes enquêtées selon les complications urologiques

Complications urologiques	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	112	74,3	40	28,6
Non	28	25,7	100	71,4
Total	140	100	140	100
P=10 ⁻⁷ OR=33,3[16,20-70,02]				

IL existe une relation entre l'excision et les complications urologiques avec $p : 10^{-7}$.

Tableau XXIII : Répartition des femmes enquêtées selon le type de complications urologiques

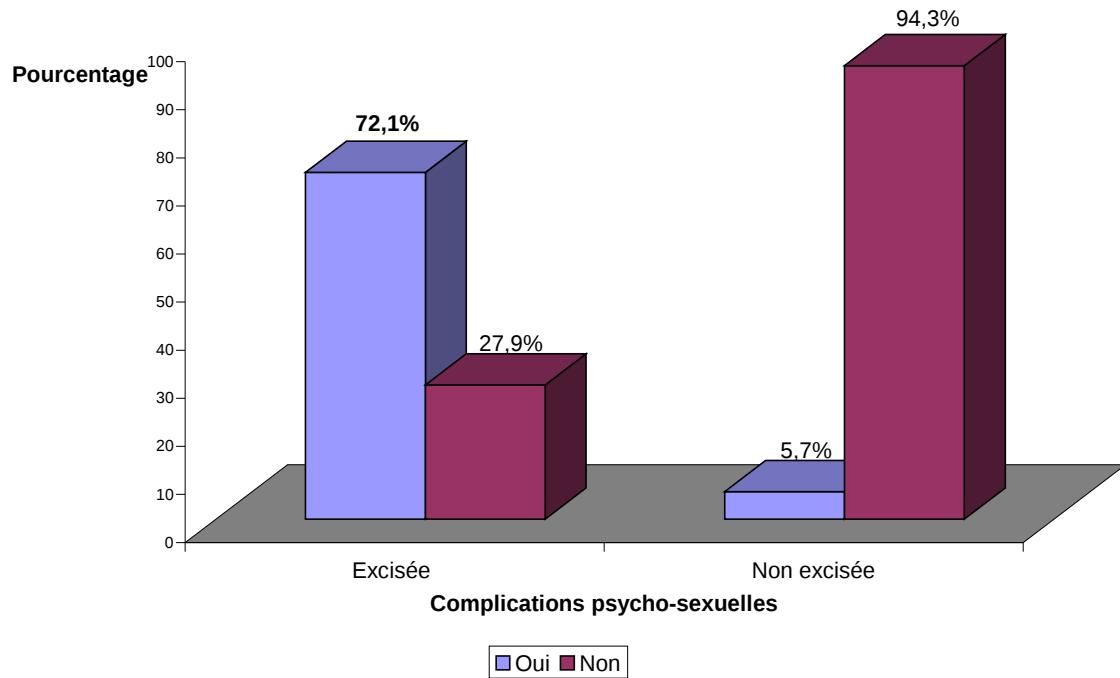
Type de complications urologiques	Excisées		Non excisées		<i>p</i>	<i>OR-IC</i>
	Effectif	%	Effectif	%		
Brûlure mictionnelle	93	83	26	65	0,0046	0,48(0,21-1,06)
FVV	3	2,7	0	0	0,39	
Pollakiurie	16	14,3	14	35	0,006	0,005(0,01-0,24)
Total	112	100	40	100		

Nous avons enregistré 2,7% de FVV chez les femmes excisées contre une absence de fistule vésico-vaginale chez les non excisées.

La différence est statistiquement significative.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Figure XI : Répartition des femmes enquêtées selon la présence des complications psycho-sexuelles



$P=10^{-7}$

OR=42,73[18,44-108,72]

Il existe une relation entre l'excision et les complications psycho-sexuelles avec $p=10^{-7}$.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau XXIV : Répartition des femmes enquêtées selon le type de complications psycho sexuelles

Type complications psycho-sexuelles	Excisées		Non excisées		p	OR-IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Absence	39	8	132	12,5	0,018	8,42[1,10-376,4]
Dépression	8	0	1			
Frigidité	47	46,5	0	0	10 ⁻⁷	-
Dyspareunie superficielle	30	29,7	7	87,5	0,42	[0,82[0,43-1,49]
Dyspareunie profonde	16	15,8	0	0	10 ⁻⁷	-
Total	140	100	140	100		

Il existe une relation entre l'excision et la frigidité avec $p=10^{-7}$.

Tableau XXV : Répartition des femmes enquêtées selon la présence ou non de cicatrices vulvaires

Type de cicatrice	Excisées	
	Effectif	%
Cicatrices disgracieuses	74	45,7
Cicatrices simples	64	52,9
Chéloïde	2	1,4
Total	140	100

45,7% de cicatrices disgracieuses, 52,9% de cicatrices simples, 1,4% de chéloïdes chez les femmes excisées.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau XXVI : Répartition des femmes enquêtées selon la durée de l'effort expulsif :

Durée effort expulsif (mn)	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
> 30	97	69,3	30	21,4
<30	43	30,7	110	78,6
Total	140	100	140	100
P=10 ⁻⁷		OR=0,12 [0,07-0,21]		

Il existe une relation entre l'excision et la durée d'expulsion avec $p=10^{-7}$.

Tableau XXVII: Répartition des femmes enquêtées en fonction du score d'APGAR à la première minute.

Score d'APGAR première minute	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
APGAR<7	56	40	9	6,4
APGAR≥7	84	60	131	93,6
TOTAL	140	100	140	100

P=10⁻⁷ O R=9,70 IC=[4,43-23]

Il existe une relation entre l'excision et le score d'APGAR à la première minute avec $P= 10^{-7}$.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau XXVIII: Répartition des femmes enquêtées en fonction du SCORE d'APGAR à la cinquième minute

Score d'APGAR cinquième minute	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
APGAR<7	13	9,3	2	1,4
APGAR≥7	127	90,7	138	98,6
TOTAL	140	100	140	100

P=0,0035 avec OR=7,06 IC=[1,54-65,31]

Il existe une relation entre l'excision et le score d'APGAR à la cinquième minute avec $p=0,0035$.

Tableau XXIX : Répartition des femmes enquêtées selon que le nouveau-né soit réanimé ou non

Nouveau-né réanimé	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	56	40	11	7,9
Non	84	60	129	92,1
Total	140	100	140	100

$p=10^{-7}$ OR=10,46 [5,04-23,19]

En effet des nouveau-nés des mères excisées ont 10 fois plus de risque d'être réanimé à la naissance que les nouveau-nés des mères non excisées.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau XXX : Répartition des femmes enquêtées en fonction de la mortalité néonatale

Mortalité néonatale	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	3	2,1	0	0
Non	137	97,9	140	100
Total	140	100	140	100

p=0,123

Nous avons enregistré 3 décès néonataux dont le premier est survenu après une rupture utérine et les deux autres dans un tableau de SFA. Le test statistique n'est pas significatif à cause des petits chiffres

Tableau XXXI : Répartition des femmes enquêtées selon les complications liées à la délivrance

Complications de la délivrance	Excisées		Non excisées		p	OR-IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Hémorragie	23	16,4	2	1,4	0,00001	12,26[3,04-114,36]
Aucune	117	83,6	138	98,6		
Total	140	100	140	100		

La différence est statistiquement significative.

Tableau XXXII : Répartition des femmes enquêtées selon le décès néonatal précoce (les nouveau-nés ont été vus une semaine après la naissance)

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Décès néonatal précoce	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	4	2,9	1	0,7
Non	136	97,1	139	99,3
Total	140	100	140	100

P=0,018

OR=8,42 [1,10-376,43]

Il existe une relation entre l'excision et le décès néonatal précoce avec p=0,018.

Tableau XXXIII : Répartition des femmes enquêtées selon la présence ou non de la bosse séro-sanguine

Bosse séro- sanguine	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	54	38,6	12	8,6
Non	86	61,4	128	91,4
Total	140	100	140	100

P=10⁻⁷

OR=6,70 [3,28-14,50]

La différence est statistiquement significative.

Tableau XXXIV : Répartition des femmes enquêtées selon la durée d'hospitalisation :

Durée d'hospitalisation (jours)	Excisées		Non excisées	
	Effectif	%	Effectif	%
> 3	38	27,1	10	7,1
< 3	102	72,9	130	92,9
Total	140	100	140	100

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

P=<0.0001 OR=4.84 [2.19-10.94]

En effet Les femme excisées ont environ 5 fois plus de risque de séjourner au-delà de 3 jours après accouchement à l'hôpital.

Tableau XXXV : Relation entre le type d'excision et l'ethnie

Type excision	Type I		Type II		Type III		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Ethnie							
Dogon	7	5	100	71,4	3	2,1	78,5
Peulh	0	0	20	14,3	1	0,7	15
Sonrhäï	0	0	1	0,7	0	0	0,7
Bambara	2	1,4	6	4,3	0	0	5,7
Total	9	6,4	127	90,7	4	2,8	99,9
Test statistique	<i>p=0,000001</i>		<i>p=10⁻⁸</i>		<i>p=0,072</i>		

Le type I, le type II et l'infibulation sont significativement associés à l'ethnie Dogon. Ce test montre que les Dogons pratiquent plus les 3 types d'excision par rapport aux autres ethnies.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau XXXVI : Relation entre le type d'excision et la religion

Type excision Religion	Type I		Type II		Type III		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Musulmane	7	5	111	79,3	4	2,9	87,2
Chrétienne	2	1,4	15	10,7	0	0	12,1
Animiste	0	0	1	0,7	0	0	0,7
Total	9	6,4	127	90,8	4	2,9	100
Test	$p=0,000001$		$p=10^{-8}$		$p=0,0024$		

statistique

Les femmes infibulées sont des femmes musulmanes. Les 3 types d'excision étaient dominés chez les musulmans avec une différence statistiquement significative par rapport aux religions.

Tableau XXXVII : Relation entre le type d'excision et l'opérateur

Type excision Opérateur	Type I		Type II		Type III		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Exciseuse traditionnelle	7	5	121	86,4	2,9	4	94,3
Agent de santé	2	1,4	6	4,3	0	0	5,7
Total	9	6,4	127	90,7	2,9	4	100
Test statistique	$p=0,027$		$p=10^{-7}$				

Les exciseuses traditionnelles ont pratiqué majoritairement les 3 types d'excision avec une différence statistiquement significative.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau XXXVIII : Relation entre le type d'excision et l'existence d'avortement

Type excision Existence d'avortement	Type I		Type II		Type III		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Oui	1	0,7	11	7,9	0	0	8,6
Non	8	5,7	116	89,3	0	0	88,6
Total	9	6,4	127	97,2	0	0	97,2
Test statistique	p=0,000044						

On constate l'absence d'avortement chez les femmes infibulées. Il existe une relation entre le type d'excision et le nombre d'avortement avec $p=0,000044$.

Tableau XXXIX : Relation entre le type d'excision et la mortalité néonatale

Type excision Mortalité néonatale	Type I		Type II		Type III		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Oui	0	0	2	1,4	1	0,7	2,1
Non	9	6,4	126	89,3	3	2,1	97,8
Total	9	6,4	127	90,7	4		99,9

$\chi^2=10,36$

$p=0,0056$

. Il existe une relation entre le type d'excision et la mortalité néonatale avec $p=0,0056$.

Tableau XL : Relation entre le type d'excision et l'épisiotomie

<u>Type excision</u>	<u>Type I</u>	<u>Type II</u>	<u>Type III</u>	<u>Total</u>
----------------------	---------------	----------------	-----------------	--------------

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

<i>Episiotomie</i>	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Oui	4	2,8	75	53,6	3	2,1	58,5
Non	5	3,6	52	37,1	1	0,7	41,4
Total	9	6,4	127	90,7	4	2,8	99,9
Test statistique	$p=0,500$		$p=0,0007$				

2,1% des femmes infibulées ont subi l'épisiotomie contre 53,6% chez les femmes excisées de type II.

Tableau XLI : Relation entre le type d'excision et les déchirures périnéales

Type excision	Type I		Type II		Type III		Total
Déchirure périnéale	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Oui	3	2,1	57	40,7	2	1,4	44,2
Non	6	4,3	70	50	2	1,4	55,7
Total	9	6,4	127	90,7	4	2,8	99,9
Test statistique	$p=0,90$ (Fischer exact)						

1,4% des femmes infibulées ont eu des déchirures contre 40,7% chez les femmes excisées de type II. La différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau XLII : Relation entre le type d'excision et le type de déchirure périnéale

<i>Type excision</i>	<i>Type I</i>	<i>Type II</i>	<i>Type III</i>	<i>Total</i>
----------------------	---------------	----------------	-----------------	--------------

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

<i>Type de déchirure</i>	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<i>périnéale</i>						
Déchirure simple	3	2,1	30	21,4	0	0
Déchirure complète	2	1,4	22	15,7	1	0,7
Déchirure compliquée	0	0	3	2,1	1	0,7
Total	5	3,5	55	39,2	2	1,4
Test statistique	<i>p=0,23(Fisher exact)</i>					

0,7% des femmes infibulées ont eu une déchirure compliquée contre 2,1% de déchirure compliquée chez les femmes excisées de type II. La différence n'est pas statistiquement significative.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau XLIII : Relation entre le type d'excision et le mode d'accouchement

Type excision	Type I		Type II		Type III		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Mode accouchement							
Voie basse normale	5	3,6	89	63,6	1	0,7	67,9
Forceps	3	2,1	5	3,6	1	0,7	6,4
Ventouse	0	0	15	10,7	1	0,7	11,4
Césarienne	1	0,7	18	12,9	1	0,7	14,3
Total	9	6,4	127	90,8	4	2,8	100

Fischer exact = 0,086

On constate que les accouchements normaux sont surtout fréquents dans les deux premiers types d'excision.

. Le test statistique n'est pas significatif.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau XLIV : Relation entre le type d'excision et les complications obstétricales

<i>Type excision</i>	<i>Type I</i>		<i>Type II</i>		<i>Type III</i>		<i>Total</i>
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
<i>Complications obstétricales</i>							
Absence	6	4,3	93	66,4	1	0,7	71,4
SFA	3	2,1	34	24,3	3	2,1	28,5
Total	7	6,4	127	90,7	4	2,8	99,9
Test statistique $p=0.04$ (Fisher exact)							

24,3% chez les excisées de type II ont souffert au cours de l'accouchement contre 2,1% des nouveau-nés des femmes infibulées et des femmes excisées de type I.

Il existe une relation entre les types d'excision et Les complications avec $p=0,04$.

-

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau XLV : Relation entre le type d'excision et les complications gynécologiques

Type excision Complications gynécologiques	Type I		Type II		Type III		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Oui	5	3,6	126	89,9	4	2,9	96,4
Non	4	2,9	1	0,7	0	0	3,6
Total	9	6,4	127	90,6	4	2,9	100

$X^2=46,66$ ddl=2 $p=10^{-8}$

Il existe une relation entre les types d'excision et les complications gynécologiques avec $p=10^{-7}$

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau XLVI : Relation entre le type d'excision et le type de pathologies gynécologiques

<i>Type excision</i> <i>Type de complications gynécologiques</i>	<i>Type I</i>		<i>Type II</i>		<i>Type III</i>		<i>Total</i>
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Absence	3	2,1	33	23,6	1	0,7	26,4
Dysménorrhée	6	4,3	94	67,1	3	2,1	73,5
Total	9	2,8	127	90,7	2	2,8	99,9

Dysménorrhée $p=0,005$

Le test statistique est significatif.

Tableau XLVII : Relation entre le type d'excision et les types de complications urologiques

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Type excision	Type I		Type II		Type III		Total
Type de complications	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
urologiques							
Brûlure mictionnelle	2	1,4	88	62,9	3	2,1	66,4
FVV	0	0	2	1,4	1	0,7	2,1
Pollakiurie	6	4,3	10	7,1	0	0	11,4
Total	8	5,7	100	71,4	4	2,8	79,9
Test statistique $p=0.20$ (Fisher exact)							

On note deux cas de FVV chez les femmes excisées de type II et un cas de FVV dans la population des femmes infibulées.

Il existe une relation entre les types d'excision et la FVV avec $p=0,006$.

Tableau XLVIII : Relation entre le type d'excision et les types de cicatrices

Type excision	Type I		Type II		Type III		Total
Types de cicatrice	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Cicatrices	5	3,6	70	50	2	1,4	55
disgracieuses							
Chéloïdes	0	0	2	1,4	0	0	1,4
Cicatrice simple	4	2,9	55	39,3	2	1,4	43,6
Total	9	6,4	127	90,7	4	2,8	100
Test statistique $p=1$ (Fisher exact)							

On note 1,4% de chéloïdes chez les femmes excisées de type II. La différence n'est pas statistiquement significative.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau XLIX : Relation entre le type d'excision et les complications psycho-sexuelles

<i>Type excision</i>	<i>Type I</i>		<i>Type II</i>		<i>Type III</i>		<i>Total</i>
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
<i>Complications psycho-sexuelles</i>							
Oui	6	4,3	91	65	4	2,9	72,2
Non	3	2,1	36	25,7	0	0	27,8
Total	9	6,4	127	90,7	4	2,9	100
Test statistique	<i>p=0.54 (Fisher exact)</i>						

65% des femmes excisées de le type II et 4,3% dans le type I ont présenté des complications psycho-sexuelles contre 2,9% chez les femmes infibulées.

La différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau L : Relation entre le type d'excision et les types de complications psycho-sexuelles

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

<i>Type excision</i>	<i>Type I</i>		<i>Type II</i>		<i>Type III</i>		<i>Total</i>
<i>Complications psycho-sexuelles</i>	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Dépression	0	0	8	5,7	0	0	5,7
Dyspareunie	3	2,1	26	18,6	1	0,7	21,4
superficielle Dyspareunie	2	1,4	12	8,6	2	1,4	11,4
profonde Frigidité	1	0,7	45	32,1	1	0,7	33,5
Total	6	4,2	91	65	4	2,8	72

Fischer exact = 0,199

La différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau LI : Relation entre le type d'excision et la réanimation oui ou non du nouveau-né

<i>Type excision</i>	<i>Type I</i>		<i>Type II</i>		<i>Type III</i>		<i>Total</i>
<i>Nouveau-né</i>	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

<i>réanimé</i>							
Oui	3	2,1	50	35,7	3	2,1	39,9
Non	6	4,3	77	55	1	0,7	60
Total	9	6,4	127	90,7	4	2,8	99,9

$X^2=2,23$ $p=0,328$

On peut affirmer qu'il n'existe pas de relation entre le type d'excision et la réanimation d u nouveau-né puisque le test statistique n'est pas significatif.

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

Type excision Durée d'expulsion (mn)	Type I		Type II		Type III		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
> 30 mn	4	2,9	89	63,6	4	2,9	69,4
< 30 mn	5	3,6	38	27	0	0	30,6
Total	9	6,5	127	90,6	4	2,9	100

$p=0,10$

On peut affirmer qu'il n'existe pas de relation entre les types d'excision et la durée d'expulsion puisque le test statistique n'est pas significatif.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau LIII: Relation entre type d'excision et le Score d'APGAR à la première minute

<i>Type d'excision</i> <i>APGAR 1ère minute</i>	<i>Type I</i>		<i>Type II</i>		<i>Type III</i>		<i>Total</i>
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
APGAR<7	2	1,4	51	36,4	3	2,1	39,9
APGAR≥7	7	5	76	54,3	1	0,7	60
TOTAL	9	6,4	127	90,7	4	2,8	99,9

P= 0,19 $\chi^2=3,060$.

On peut affirmer qu'il n'existe pas de relation entre les types d'excision et le Score d'APGAR à la première minute avec p=0,19.

Tableau LIV: Relation entre type d'excision et Score d'APGAR à la cinquième minute :

<i>Type d'excision</i> <i>APGAR 5è minute</i>	<i>Type I</i>		<i>Type II</i>		<i>Type III</i>		<i>Total</i>
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
APGAR<7	0	0	11	7,9	2	1,4	9,3
APGAR≥7	9	6,4	116	82,9	2	1,4	90,7
TOTAL	9	6,4	127	90,8	4	2,8	100

P=0,011 $\chi^2=8,85$

Il existe une relation entre le type d'excision et le score d'APGAR à la cinquième minute avec p=0,011.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau LV: Relation entre le type d'excision et la durée d'hospitalisation:

<i>Type excision</i>	<i>Type I</i>		<i>Type II</i>		<i>Type III</i>		<i>Total</i>
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
<i>Durée d'hospitalisation</i>							
> 3 jours	2	1,4	33	23,6	3	2,1	27,1
< 3 jours	7	5	94	67,1	1	0,7	72,8
Total	9	6,4	127	90,7	4	100	99,9

$$\chi^2=4,83 \quad p=0,089$$

23,6% dans le type II et 1,4% dans le type I ont une durée d'hospitalisation supérieure à 3 jours contre 2,1% chez les femmes infibulées La différence n'est pas significative.

Tableau LVI : Relation entre le type d'excision et la présence ou non d'hémorragie du post-partum immédiat

<i>Type excision</i>	<i>Type I</i>		<i>Type II</i>		<i>Type III</i>		<i>Total</i>
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
<i>Hémorragie post-partum immédiat</i>							
Oui	2	1,4	18	12,9	2	1,4	15,7
Non	7	5	109	77,9	2	1,4	84,3
Total	9	100	127	90,8	4	2,8	100

$$\chi^2=4,07 \quad p=0,131$$

14,3% chez les femmes non infibulées ont présenté une hémorragie du post-partum immédiat contre 1,4% chez les femmes infibulées. La différence n'est pas statistiquement significative.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Tableau LVII : Relation entre le type d'excision et le décès néonatal précoce

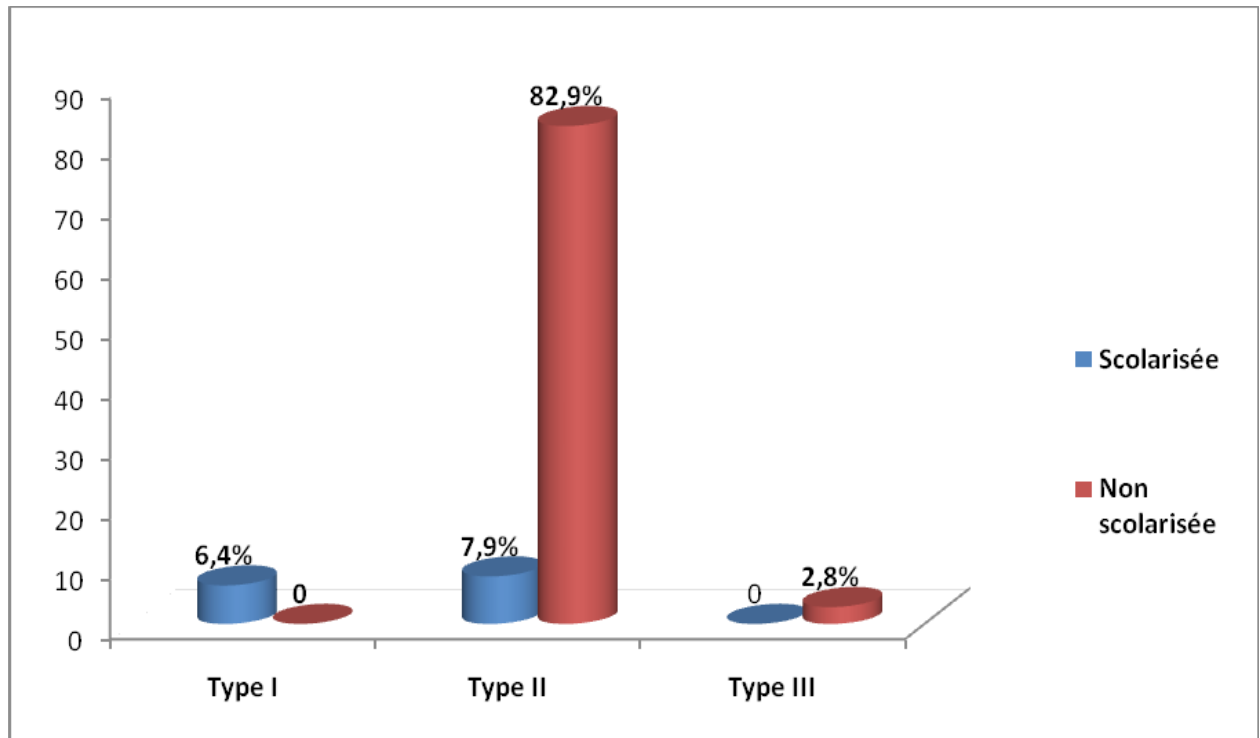
Type excision	Type I		Type II		Type III		Total
Décès néonatal précoce	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Oui	0	0	2	1,4	2	1,4	2,8
Non	9	6,4	125	89,3	2	1,4	97,1
Total	9	6,4	127	90,7	4	2,8	99,9

KHi²=33,05 p=0,00000007

Il existe une relation entre les types d'excision et les décès néonataux précoces avec p=0,0000007.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

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



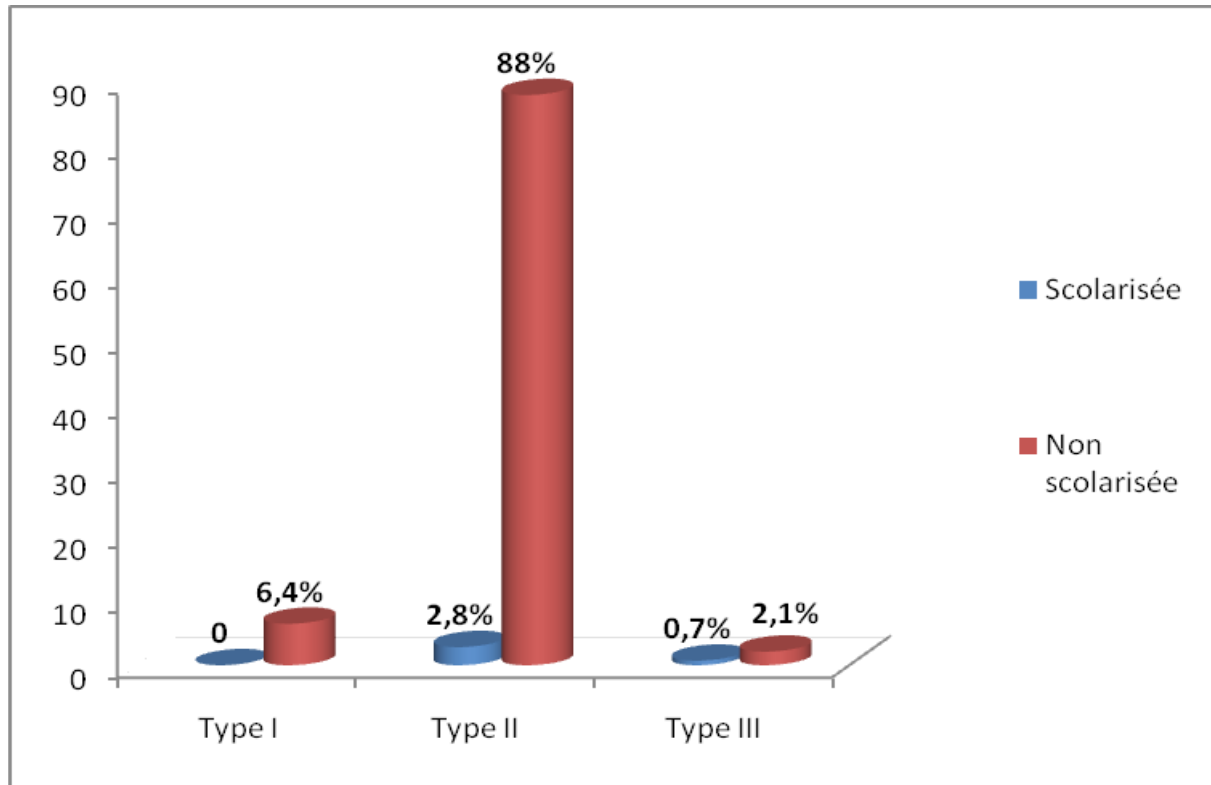
$P=10^{-8}$ $X^2=39,02$

2,8% des pères des femmes infibulées et 6,4% des excisées de type I sont non scolarisés.

Il existe une relation entre les types d'excision et le niveau de scolarisation des pères avec $P=10^{-8}$.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

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



$$\chi^2=2,72$$

$$p=0,232$$

85% des femmes excisées de type II et 6,4% des femmes excisées de type I sont non scolarisées contre 2,9% dans le type III.

Le test statistique n'est pas significatif.

Commentaires et Discussion

Notre étude hospitalière, première du genre au pays Dogon, a été réalisée chez les nullipares qui ont été prises en charge dans le cadre d'une référence/évacuation ou venues d'elles même au centre de santé de référence de Bandiagara.

La taille de notre échantillon est de 280 nullipares dont 140 nullipares excisées et 140 nullipares non excisées.

Malgré quelques difficultés rencontrées au cours de notre enquête (elles nous assimilaient à l'Etat qui fait qu'elles ne se laissaient pas examiner ou interroger et aussi un sérieux problème de compréhension liée à la différence dialectique). Il apparaît clairement que les 3 premiers types d'excision apparaissent ici, comme l'attestent d'autres auteurs [4-11] avec la prédominance du type II de l'excision.

1-Fréquence de l'excision:

La fréquence de l'excision pendant notre période d'enquête est de 68,3%. **Ce** résultat est comparable à celui trouvé par EDS IV-Mali [17]. En effet EDS IV Mali a trouvé 76% des femmes excisées dans l'ethnie Dogon.

Au Burkina-Faso, une enquête démographique et de santé effectuée en 2005 avait trouvé 72,5% de prévalence [20]. ELGAALI, avait trouvé 63,6% de prévalence dans une étude portant sur un échantillon de population africaine vivant en Suède en 2005[19]. La prévalence de l'excision est donc variable selon les auteurs et les pays. Cette variabilité est liée au cadre d'étude.

2- Age des femmes enquêtées :

La tranche d'âge de 14-19 ans chez les excisées et les non excisées est la plus importante dans notre étude avec une fréquence de 40%.

La moyenne d'âge était de 18 ans chez les excisées et 19ans, chez les non excisées

Kanté I [28] a trouvé le même résultat. EDS IV Mali a trouvé également le même résultat mais leur tranche d'âge était de 15-19ans.

3- Situation Matrimoniale :

57,1% des femmes excisées étaient célibataires, contre 45% chez les femmes non excisées. L'un des buts de l'excision est la réduction ou la suppression de la libido afin de maintenir la chasteté, la virginité avant le mariage et la fidélité au cours du mariage. Ce but n'est pas respecté ici dans notre étude.

4 – Niveau d'instruction et profession des femmes enquêtées :

Notre étude a montré que 61,4% des femmes excisées étaient non scolarisées et 71,4 % des ménagères contre 47,1% de non scolarisées et 60,6% de ménagères chez les non excisées.

Fané T [22] avait trouvé 77% de ménagères et 82% de non scolarisées chez les excisées et chez les non excisées.

Cette situation est simplement le reflet d'un bas niveau de scolarisation des filles en pays Dogon.

5 – Les Différents types d'excision :

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

Type I: 6, 4%.

Type II: 90, 7%

Type III: 2, 9%

La fréquence du type II est la plus élevée. Ce résultat est supérieur à celui de Sidibé [46] avec 61,8% et Kanté I [28] avec 63,9%.

Cependant ELGAALI avait trouvé une fréquence élevée du type I avec 35% [19].

Cette différence pourrait s'expliquer par le lieu d'étude et les pratiques coutumières.

6- L'Opérateur :

Dans notre étude 94,3% des femmes ont été excisées par des exciseuses traditionnelles contre 5,7% par les agents de santé.

EDS III Mali [16] en 2001 avait trouvé que 91% des femmes ont été excisées par les exciseuses traditionnelles contre 2% par les professionnels de la santé. EDS IV- Mali [17] en 2006 avait trouvé que 95% des femmes ont été excisées par les praticiennes traditionnelles contre 4,3% par des agents de santé.

Dans les études hospitalières Kanté I [28] avait trouvé 3,8% d'excision par les agents de santé et Sidibé A 6,2% [46] respectivement en 2001 et 2004. On remarque une légère augmentation de la pratique par les agents de santé de 2001 à 2006 malgré la création du décret ministériel le 07- janvier 1999 interdisant la pratique dans les centres de santé. Cette augmentation de la pratique de l'excision par les professionnels de santé s'explique certainement pour des raisons conjoncturelles.

7- Religion des femmes enquêtées :

Notre étude a révélé que 87,1% des femmes excisées étaient musulmanes ; 84,3%des femmes non excisées étaient aussi musulmanes.

Ces résultats sont comparables à ceux trouvés par Kanté I [28] 94% des femmes excisées contre 67,7% chez les non excisées étaient musulmanes.

Ce résultat est le témoin de la prédominance de la religion musulmane au sein de la population Malienne.

8- Ethnies des femmes enquêtées :

Une prédominance de l'ethnie Dogon chez les femmes excisées et non excisées été enregistrée avec respectivement 84,3% et 90%. Dans certains milieux Dogons, l'excision n'est pas pratiquée pour des raisons traditionnelles. Ce sont: les Tomono, les Bodou, et certains Bobou.

Dans les autres milieux l'excision est pratiquée majoritairement pour des raisons traditionnelles et sociales.

Kanté I [28] a trouvé une prédominance des femmes Bambara chez les excisées (34,6%) et les femmes Sonrhäi étaient majoritaires chez les non excisées (33,1%).

Cette différence s'explique par le cadre d'étude.

En effet notre étude s'est déroulée au pays Dogon où l'ethnie Dogon est majoritaire.

9- Instruction et profession des parents :

Notre étude a fait ressortir que 85% des pères et 93,6% des mères étaient non scolarisés (figure 3 et 5).

70%des pères cultivateurs et 95,1% des mères ménagères (figure 4 et 6).

Sidibé A [46] dans son étude pédiatrique avait trouvé 38,5% de pères fonctionnaires et 53% des mères ménagères.

Cette différence s'explique par la population d'étude basée sur un problème de génération en effet des parents des enfants de moins de 15 ans sont plus jeunes que ceux de notre population d'étude.

Une étude faite au Burkina- Faso [44], a prouvé que la pratique de l'excision diminue en fonction du niveau de scolarisation des parents.

10- Antécédent d'avortement spontané :

8.6% des Femmes excisées ont fait au mois un avortement spontané contre 2.1% chez les femmes non excisées.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Ce résultat est comparable à celui de Kanté I [28] qui avait trouvé 9.1% chez les femmes excisées et 2.3% chez les femmes non excisées.

Ceci s'explique peut être par la répétition des infections urinaires au cours de la grossesse, tout en sachant que les causes d'avortement sont multiples.

11- Durée d'effort expulsif :

69,3% des femmes excisées ont une durée d'expulsion supérieure à 30 minutes contre 21,4% chez les non excisées.

Ce résultat est comparable à celui de S. Kaba Thierry du Burkina – Faso [44] qui avait trouvé une élévation anormale de la durée d'expulsion 9 fois plus fréquemment chez les femmes excisées que chez les femmes non excisées.

Cela prouve que l'excision entraîne une prolongation anormale de la durée d'expulsion (supérieure à 30 minutes) peut – être due à la rigidité vulvaire (séquelles d'excision).

12- Pratique de l'épisiotomie :

Les résultats de notre enquête ont montré que 58, 6% des femmes excisées ont subi une épisiotomie contre 5% chez les femmes non excisées.

Nos résultats sont supérieurs à ceux de Diallo H [11] et ceux de Stéphanka et col [45] qui ont trouvé respectivement 7, 9% et 27, 9% chez les femmes excisées.

Ceci s'explique par le fait que l'épisiotomie est un geste obstétrical actuellement très fréquemment pratiqué ; en raison de la rigidité vulvaire qui entraîne une prolongation de la durée d'expulsion. Cela permet d'éviter des déchirures périnéales et une SFA éventuelle.

Il existe une relation entre l'épisiotomie et l'excision.

13- Complications obstétricales:

Nous avons trouvé 25% de souffrances foetales aigues chez les femmes excisées contre 3,5% chez les femmes non excisées.

Ce résultat est supérieur à celui trouvé par S. Kaba Thierry [44] du Burkina – Faso : 14, 4% de SFA chez les nouveau – nés des mères excisées contre 0,2% de SFA chez les nouveau-nés des mères non excisées. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon choisi.

14- Mode d'Accouchement :

On note ici 67, 9% d'accouchement par voie basse normale, 6,4% de forceps, 14, 3% de césarienne, 11, 4% de ventouse chez les femmes excisées, contre 89,3% d'accouchement par voie basse normale, 0, 7% de forceps, 4, 3% de césarienne et 5, 7% de ventouse chez les femmes non excisées.

Les indications de la césarienne étaient = rupture utérine, PP recouvrant, souffrance foetale aiguë en phase de latence; DFP.

Les indications de forceps et de ventouse étaient = Expulsion prolongée, SFA en phase expulsive.

Notre résultat est supérieur à celui trouvé par un groupe d'étude OMS sur les MGF [35] 6% de césarienne.

Cette différence s'explique par la méthodologie choisie et la population d'étude.

15- Présence de déchirures du périnée et les types de déchirures :

Notre étude a fait ressortir 44, 3% de cas de déchirures chez les excisées contre 4, 3% chez les femmes non excisées.

Parmi les 44,3% de déchirures chez les excisées nous avons:

67,7% de déchirures simples, 25, 8% de déchirures complètes, 6, 5% de déchirures compliquées. Chez les femmes non excisées nous avons : 66,7% de déchirures simples, 33,3% de déchirures complète, une

absence de déchirure compliquée. Ce résultat est supérieur à celui de Diallo H.

En effet Diallo H [11] a trouvé 21, 4% de déchirures simples, 2,5% de déchirures compliquées chez les femmes excisées.

Cette différence de résultat s'explique en raison de leurs critères d'inclusion large et leur technique d'étude basée sur l'interview du personnel de santé. Il existe une relation entre l'excision et les déchirures du périnée avec $P = 10^{-7}$.

16- Complications urologiques et leurs types :

Notre étude a montré que 74, 3% des femmes excisées ont eu ou ont des complications urologiques contre 28,6% chez les femmes non excisées.

Chez les femmes excisées nous avons : 56, 3% de dysuries, 2, 7% de fistules vesico-vaginales (réfèrées à l'hôpital régional Sominé DOLO de Mopti).

Chez les femmes non excisées : nous avons : 15% de dysuries, on note une absence de fistule vésico – vaginale.

Ce résultat est semblable à celui trouvé par Kanté I [28] 95,3% de dysuries, 4,7% de fistules vesico-vaginales chez les femmes excisées.

17-Durée de réanimation :

Au cours de notre étude nous avons trouvé : 40% des nouveau-nés des mères excisées ont été réanimés contre 7.9% des nouveau-nés des mères non excisées.

Ce résultat est inférieur à celui d'un groupe d'étude de l'OMS sur les MGF et devenir obstétrical [35] qui a trouvé 66%.

Cette différence pourrait s'expliquer par la méthodologie choisie.

18-APGAR à la première minute :

: Dans notre étude nous avons trouvé :

40% des nouveau-nés des mères excisées ont un Score d'APGAR inférieur à 7 à la première minute contre 6,4% des nouveau-nés chez les mères non excisées.

Ce résultat est semblable à celui de Fané T [22] qui a trouvé que 44,9% des nouveau-nés des mères excisées ont un Score d'APGAR inférieur ou égal à 7 contre 3,1% des nouveau-nés chez les mères non excisées.

19-APGAR à la cinquième minute

9,3% des nouveau-nés des mères excisées ont un Score d'APGAR inférieur à 7 à la cinquième minute contre 1,4% chez les nouveau-nés des mères non excisées.

Ce résultat est comparable à celui trouvé par Fané T [22] : 7,1% des nouveau-nés des mères excisées ont un Score d'APGAR inférieur 7, contre 1,2% chez les nouveau-nés des mères non excisées. La différence est statistiquement significative avec $p=0,0035$.

19-Décès néonatal précoce

Notre étude a fait ressortir : 2.9% de décès néonataux précoces chez les nouveau-nés des mères excisées contre 0.7% chez les mères non excisées.

Ce résultat est semblable à celui trouvé par S Raba Thierry [44] de Burkina Faso 22.03 pour 1000 naissances chez les excisées contre 8.81 pour 1000 naissances chez les non excisées.

20- Durée d'hospitalisation :

27.1% des femmes excisées ont une durée d'hospitalisation supérieure à 3 jours contre 7.1% chez les non excisées.

Un groupe d'étude OMS sur des MGF et devenir obstétrical [35] avait trouvé une prolongation de la durée d'hospitalisation à plus de 3 jours mais sans donner de pourcentage

21- Hémorragie du post-partum immédiat :

15.7% des femmes excisées ont présenté une hémorragie du post-partum immédiat contre 1.4% chez les femmes non excisées.

Un groupe d'étude OMS sur les MGF et devenir obstétrical [35] avait trouvé un résultat inférieur : 7% d'hémorragie du post-partum au moins 500ml chez les femmes excisées.

Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon choisie.

22-Relation entre le type d'excision et la religion

Toutes les femmes infibulées étaient des musulmanes

Kanté I [28] a trouvé un résultat semblable 93,7% d'infibulation chez les musulmanes.

Cela pourrait s'expliquer par les croyances des musulmans par rapport à l'excision.

Il n'y pas de relation entre les types d'excision et la religion bien vrai qu'il y a beaucoup de discours religieux par rapport à l'excision.

23-Relation entre les types d'excision et l'ethnie :

Dans notre étude, les Dogons ont majoritairement pratiqué les 3 types d'excision soit 6,4% pour le type I, 75,7% de type II et 2,1% de type III.

Kanté I [28] a trouvé un résultat différent de nos résultats : 31,2% de type II chez les peulhs, 56,2% de type III et 35.2% de type II chez les Bamanan.

Cette différence s'explique par le cadre d'étude..

Au Mali, chaque ethnie, chaque région, a ses propres coutumes. Nous pouvons affirmer qu'il existe une relation entre le type d'excision et l'ethnie Dogon car le test statistique est significatif.

24-Relation entre le type d'excision et l'existence d'avortement :

Nous avons notifié un pourcentage de 0,7% d'avortement dans le type I, contre 7,9% dans le type II, nous n'avons pas trouvé d'avortement dans le type III. Ce résultat est différent de celui trouvé par Kanté I [28]. En effet Kanté I (28) a trouvé 11,6% de cas d'avortement dans le type II et 12,5% dans le type III. Nous pouvons dire qu'il existe une relation entre les types d'excision et l'avortement puisque le test statistique est significatif avec $p=0,000044$.

25- Relation entre le type d'excision et la mortalité néonatale :

Notre étude fait ressortir 1,4% de décès néonatal dans le type II et 0,7% dans le type III.

Kanté I [28] a enregistré un cas de décès néonatal dans le type III. Cela pourrait s'expliquer par le retard mis pour consulter les agents de santé en cas de travail d'accouchement.

Nous pouvons dire qu'il existe une relation entre le type d'excision et la mortalité néonatale avec $P=0,0056$.

Le premier cas de décès néonatal dans le type est survenu après une rupture utérine.

Les 2 autres décès néonataux sont survenus dans un contexte de SFA.

26- Relation entre les types d'excision et les complications obstétricales:

Dans notre étude nous avons trouvé :

- . 2,1% de SFA dans le type I
- . 24,3% de SFA dans le type II
- . 2,1% de SFA dans le type III

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

On peut affirmer qu'il existe une relation entre le type d'excision et la SFA. Le test statistique étant significatif avec $P: 0,04$.

L'excision a un effet surtout au moment de l'expulsion le périnée devenu rigide et l'orifice vaginal rétrécie, ce qui prolonge la durée d'expulsion qui est croissante en fonction du type d'excision. Le fœtus manquant de l'oxygène au niveau du vagin, cela va entraîner une SFA.

27- Relation entre les types d'excision et le niveau de scolarisation du père :

Notre étude a montré que le type III a été effectué à 100% par les pères non scolarisés.

Le type II a été effectué à 85% par les pères non scolarisés.

Le type I a été effectué à 100% par les pères scolarisés.

Kanté I [28] a trouvé un résultat différent.

En effet il a trouvé : le type III a été effectué à 56.25% par les pères analphabètes.

Le type I a été effectué à 87.5% par les pères instruits.

Cette différence pourrait s'expliquer par le milieu d'étude.

La scolarisation permet d'avoir des informations claires sur l'excision qui permettent de mieux comprendre les conséquences de l'excision.

On peut affirmer statistiquement qu'il existe une relation entre ces deux variables avec $p=10^{-8}$.

28- Relation entre les types d'excision et le niveau de scolarisation des mères :

Dans notre étude :

Le type I a été effectué à 6,4% par les mères non scolarisées.

Le type II a été effectué à 85% par les mères non scolarisées.

Le type III a été effectué à 2,9% par les mères non scolarisées.

Kanté I [7] a trouvé un résultat différent de notre étude. Dans son étude le type I a été effectué 65% par les mères analphabètes.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Le type II a été effectué à 72.9% par des mères analphabètes ;

Le type III a été effectué à 75% par des mères alphabètes.

Cette différence s'explique par le milieu d'étude.

On ne peut pas affirmer statistiquement qu'il existe une relation entre ces deux variables, puis que le test statistique n'est pas significatif.

29-Relation entre les types d'excision et Score d'APGAR à la cinquième minute :

Nous avons trouvé :

Dans le type I: Tous les nouveau-nés ont un score d'APGAR supérieur ou égal à 7.

Dans le type II : 7,9% des nouveau-nés ont un Score d'APGAR inférieur à 7, à la cinquième minute.

Dans le type III : 1,4% des nouveau-nés des mères infibulées ont un Score d'APGAR inférieur à 7, à la cinquième.

Il existe une relation entre le type d'excision et le Score d'APGAR à la cinquième minute $p=0,011$.

30-Relation entre le type d'excision et la réanimation oui ou non du nouveau-né.

Dans le type I : 2,1% des nouveau-nés ont été réanimés.

Dans le type II : 35,7% des nouveau-nés ont été réanimés.

Dans le type III : 2,1% des nouveau-nés ont été réanimés.

-Le groupe d'étude OMS sur les MGF et devenir obstétrical [35] a trouvé un résultat supérieur. En effet le groupe a trouvé : 11% des nouveau-nés ont été réanimés dans le type I, 28% des nouveau-nés ont été réanimés dans le type II, 66% des nouveau-nés ont été réanimés dans le type III. Cette différence pourrait s'expliquer par la méthodologie choisie.

31- Relation entre les types d'excision et le décès néonatal

précoce :

Dans notre étude nous avons :

Dans le type I : absence de décès néonatal précoce

Dans le type II : 1,4% de décès néonatal précoce

Dans le type III : 1,4% de décès néonatal précoce.

Un groupe d'étude OMS sur les MGF et le devenir obstétrical [35] a trouvé un résultat supérieur à notre résultat.

En effet, le groupe a trouvé 15% de décès périnatal dans le type I, 32% de décès périnatal dans le type II, 55% dans le type III.

Cette différence pourrait s'expliquer par la différence de la taille de l'échantillon.

Le risque de décès néonatal précoce croit avec la sévérité du type de l'excision pratiquée [35]

Il existe une relation entre les types d'excision et le décès néonatal précoce avec $P=0,05$.

Conclusion

Au terme de notre étude cas /témoins réalisée au CSRéf de Bandiagara du 1^{er}-02-2008 au 31-01-2009 à propos de 280 cas dont 140 excisées et 140 non excisées nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Les femmes Dogons étaient majoritaires chez les excisées comme chez les non excisées.

L'âge moyen des femmes excisées étaient de 18 ans et chez les non excisées étaient de 19 ans.

Les trois types d'excision ont été retrouvés avec un taux élevé de type II :

- Bien que pratiquée à priori par des exciseuses traditionnelles, on assiste de plus en plus à une médicalisation de la pratique, 5,6% des agents de santé continue de pratiquer l'excision en Pays Dogon.

-L'excision nuit à la santé de la femme et des filles.

-L'objectif 2000 des Nations Unies est la maternité sans risque, l'accouchement des femmes excisées est en haut risque, donc il faut éliminer cette pratique pour atteindre cet objectif.

-Malgré les efforts fournis, les MGF constituent un problème de santé publique en Afrique particulièrement au Mali, précisément en milieu Dogon.

-Pour lutter contre ce fléau il faut : D'une part la scolarisation et d'autre part l'amélioration des conditions de vie des communautés, pourront contribuer à l'abandon de l'excision.

Recommandations :

Aux personnels de santé:

- 1- Ne pas souscrire à une médicalisation de la pratique des mutilations sexuelles féminines.
- 2- Assurer la formation continue des prestataires en mettant à leurs dispositions des ressources nécessaires.
- 3- Faire l'information, l'éducation et la communication auprès des mères sur les avantages de la scolarisation des enfants et sur les inconvénients et les dangers de l'excision au cours des CPN (15-30 minutes de causeries-débats)
- 4- renforcer la prise en charge médico-chirurgicale et psychologique à travers un système de référence bien organisé.

Aux Autorités :

- 1-Appliquer la décision ministérielle qui condamne les agents de santé qui pratiquent l'excision.
- 2- Poursuivre la dotation des hôpitaux et des centres de santé de référence en médicaments pour une prise en charge gratuite des complications de l'excision.
- 3- Intensifier l'IEC auprès des communautés en vue d'induire un changement de comportement, les responsabiliser et les associer à tous les niveaux de la lutte (décision).
- 4- L'engagement à long terme des intervenants sur le terrain : parce que l'élimination des MGF nécessite une assise solide.
- 5-Assurer la formation de base sur les MGF dans les instituts de formation sanitaire.
- 6- Faire voter une loi comme arme complémentaire de l'IEC dans la lutte contre cette pratique.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

Aux femmes :

- 1-Créer les associations féminines de lutte contre les excisions.
- 2-Organiser des causeries débats sur les inconvénients de l'excision lors des rassemblements.

Références:

1-Anonyme : Journées médicales de réflexion sur les MGF. Centre Djoliba / Plan International Mali, Bamako les 28-29-30 avril 1998

2- Anonyme :

L'excision au Mali : guide de dialogue avec les décideurs. PASAF 2002

3- Assad F :

Plein feu sur la mutilation sexuelle des femmes Forum OMS Genève 1982.

4- Atji F:

Aspects socio-sanitaires de l'excision à propos de 1000 cas. Thèse FMPOS, Bamako 2008, 86p, N°108.

5- BOUHOUSSOU M:

Gynécologue-obstétricien : Médecine d'Afrique noire, interview Fraternité matin du 29 Mars 2006. Page 10 à 28 – Côte d'Ivoire.

6- CADY Jean :

Anatomie petit bassin et périnée 1998. Chap. V ; Maloine-Paris. 182 Pages

7-Dr COOK R :

« Pratiques traditionnelles néfastes affectant la santé des Femmes et des enfants », « effets néfastes de la circoncision pharaonique ».

Revue de la littérature médicale 14-18-02-1977.

8- Comité Médico-social pour la santé des migrants. Dossier excision, Etudes et documents sur le milieu migrant – Paris, 1984.

9- COULIBALY, Pascal Baba :

De l'excision à nouveau, in le Républicain (hebdomadaire), N°388 du 11 Septembre 1998.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

10- DIADHIOU M :

Conséquences obstétricales des mutilations génitales féminines au Sénégal, 2003, clinique gynécologique et obstétricales CHU le Dantec.

11- Diallo H:

Aspects socio-sanitaires de l'excision au Mali. Thèse de l'ENMP : Bamako Mali 1989, N°49.

12- Dieterlen Germaine :

Les Ames des Dogons Paris Institut d'Ethnologie 1941 1^{ère} édition PUF

13- Diouf Abdou:

« Les mutilations sexuelles féminines » famille et développement N° 59 décembre 1991

« Epanouissement Intégral de la femme est essentiel à la vie de la famille et de la société ».

14- DOLO Katy :

Etudes des attitudes et des comportements des parents et des filles du district de Bamako vis-à-vis de l'excision féminine. Mémoire de fin d'étude de Technicien supérieur en soins infirmiers CUSS de Yaoundé 1989.

15-EDS II-Mali :

Enquête démographique et de santé phase II. (Dr Tangara Guédiouma). Cellule de planification et des statistiques du ministère de la santé (direction nationale des statistiques et de l'informatique. Macro-International INC, clavetons Maryland USA 1996.

16-EDS III-Mali :

Enquête Démographique et de santé Phase III. (Dr Zeinab Mont Youba Maïga, Dr Tangara Guédiouma et Fatoumata Touré, Traoré). Cellule de planification et des statistiques (CPS) – du ministère de la santé (direction nationale des statistiques et de l'information). Macro-international INC, Clavetons Maryland USA 2001 pages : 221-244.

17-EDS IV- Mali :

Dr Salif Samaké, M. Seydou Moussa Traoré :

Enquête démographique et de santé phase IV-Mali.

Cellule de planification des statistiques du ministère de la santé (CPS/MS). Macro-International. INC, Clavetons Maryland USA 2006. Pages : 285-305.

18- El Defrawi M.H ; LOTFY G. Dan Dasht K.F; Refoat A.H., Ey ada M. : Female génital mutilation an dits psycho-sexuel impact. Psychiatry department, Faculty of medicine. Islamia, Egypt. 2006.Pages 465-73

19-ELGAALI. M., Strevens H, MARDH P. U.: Female genital Mutilation... an exported medical Hazard. Department of obstetrics and genecology. Lund University Sweden 2006. Page 93-7.

.20- Eliminer les mutilations sexuelles féminines :

Déclarations interinstitutionnelles. OMS 2008. 45 pages.

21- Erlich M :

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

22-FANE T:

Accouchement chez les femmes excisées: pronostic foeto-maternel.

Thèse médecine 2000 Bamako Mali. N° 97, 85 pages.

23- Glavisky A:

Les mutilations sexuelles féminines, le mariage précoce Sentinelle CCP, Lausanne 1980, P : 5 à 7.

24-Griaule M :

« Dieu d'eau ». Fayard Paris 1966. Pages : 165-178.

25- Gnaule Marcel et Dieterlen Germaine :

Le Renard Pâle, Paris Institut d'Ethnologie 1965.

26- GOUNELLE J. C. et RAOUL Y.

Précis d'anatomie et physiologie humaine.

Tome I 2000.

27- Hosken K:

“ Female genital mutilation in the world do day: a global review ” Bay wood publishing co, Farmingdale, 1981.

28-Kanté I :

Complications gynéco-obstétricales et génitaux- urinaires liées à l'excision. Thèse FMPOS ; Bamako Mali : 2001, 91 pages, N°69.

29- Kintega Boulma :

Les mutilations génitales féminines Thèse Médecine Maroc 2004.

30- Koné Agnès Dembélé

Quelques coutumes qui nuisent à la santé de la femme : l'excision et l'infibulation, Mémoire de fin d'études ENSUP DER Biologie, Bamako 1985. 92 pages

31- LEIRIS Michel :

La langue secrète des Dogons de Sangha, Paris, Institut d'Ethnologie 1948.

32- Maïga Lalla Mint DAH :

Conséquences Gynéco-obstétricales de l'excision chez la fille malienne. Document de recherche Dakar Sénégal 1984, 61 pages, document reproduit en 1988 par le centre Djoliba BP : 298, Bamako Mali.

33- Minority Right Group :

Circoncision, excision et Infibulation des femmes : Faits et propositions pour changer ces pratiques. The group, Londres, 1981

34- Dr Olayinka Kaso. Thomas:

Président du comité National, comité inter-Africain sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants (CI-AF).

« L'excision féminine et ses dangers »

Séminaire régional sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé de la femme et des enfants en Afrique. Du 6 au 10 Avril 1987 Addis-Abeba (Ethiopie).

35-OMS :

Les mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : Etude prospective concertée dans six pays d'Afrique de l'ouest. Edition Lancet 2006 ; 367 : 1835-1841.

36- OMS: Les mutilations sexuelles féminines, aperçus du problème Genève: organisation mondiale de la santé 1998.

37- OMS- UNICEF-FNUAP :

Mutilations génitales féminines 1997

38- Paulme Denise :

Organisation sociale des Dogons Paris, Domat Montchrestien 1940

39- Précis d'obstétrique :

Robert Merger, Jean Lévy, Jean Melchiop 6^{eme} Edition Masson.

40-Recherche opérationnelle, Assistance technique, projet I en Afrique, population Council. Evaluation de la prévalence, de la typologie et des complications liées à l'excision chez les patientes fréquentant les formations sanitaires du Bazég.

Ouagadougou, Burkina-Faso, Novembre 1998.

41- Renand (R) :

Les conséquences gynécologiques et obstétricales de l'excision rituelle, Abidjan, in la revue médicale de Côte d'Ivoire, N°95.

42- SANGHO A :

L'excision en milieu Sonrhaï : analyse des représentations des attitudes et des justifications psycho-pédagogiques Mémoire FLASH Bamako.

43- Séverine Auffret :

Des couteaux contre les femmes. Paris Grasset, 1982, 145 pages

44- S. Kaba Thierry Anicet : Pronostic materno-foetal de l'accouchement chez la femme excisée : Etude comparative à la maternité du CHU-YO de Ouagadougou (Burkina Faso) 2006.

45- Stéphanika Claude et Arnaud Soumaré :

« Culture traditionnelle africaine et Marquage du corps humain ».
« L'excision chez les Bambara du Bélé Dougou (Mali). Thèse de doctorat Tome II en 1996. Université de Toulouse le Mirail. Institut de sciences sociales.

46- SIDIBE A :

Excision : aspects épidémiologiques, socio-culturels et Anotomo-cliniques à propos de 1000 cas. Pédiatrie HGT.
Thèse FMPOS, 2004 92 pages N°9.

47- Touré Younoussa et Koné Félix :

L'excision au Mali : Revue et analyse de la situation PASAF 2002.

48- Trouvé Younoussa et Koné Yaouaga Félix :

Une loi contre l'excision au Mali : opportunités, Obstacles, et stratégies, rapport d'enquêtes – 76 pages.

49 -TRAORE L. B:

L'excision au Mali : Entretien avec les décideurs, UNFPA 2007, 26 pages.

Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon

50- Traoré L B :

La blessure Symbolique : La problématique de l'excision au Mali : une Identité Contestée, Thèse d'Etat, Université de Tachkent. 2003.
Disponible : bibliothèque nationale.

51- UNFEM : (Fond de développement des Nations Unies pour la femme)<< Violences faites aux femmes>> :<< l'état de droit>>

52 - UNFPA- PASAF- PNLE :

L'excision au Mali : Etats des lieux :

Analyse bibliographique et documentaire. (Excision et religions, Acteurs, programmes et projets), UNPFA Mai 2007 2^é édition.

53- [http : // www Wikipedia. Org / wiki/ Excision. Fr.](http://www.Wikipedia.Org/wiki/Excision.Fr.)(20 avril 2008).

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : SAGARA

Prénom : Souleymane

Titre : Conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon.

A propos de 280 cas.

Année de soutenance : 2008-2009

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

Ville de soutenance : BAMAKO

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique, santé publique

Résumé

Notre étude cas-témoins visant à étudier les conséquences obstétricales de l'excision au pays Dogon s'est déroulée au centre de santé de référence de Bandiagara du 1^{er} Février 2008 au 31 Janvier 2009 soit 12 mois.

Trois types d'excision ont été retrouvés dans l'étude avec 90,7% de fréquence pour le type II. L'ethnie Dogon est majoritaire, tout en sachant que c'est un milieu Dogon.

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

57,9% des femmes ignorent l'existence de complications liées à l'excision.

Dans 5,7% des cas, l'opérateur est un agent de santé. Nous avons également recensé des cas de chéloïdes et de fistules vésico-vaginales. 85% des femmes excisées et 15,7% des non excisées projettent d'exciser leur fille.

15,7% des nouveau-nés des femmes excisées ont eu une SFA.

40% des nouveau-nés des mères excisées ont été réanimés.

2,1% de décès néonatal chez les femmes excisées.

27,1% des femmes excisées ont séjourné plus de 3 jours dans le service.

Toutes ces données nous permettent de penser que l'excision est une pratique néfaste à la santé de la mère et de l'enfant. et que la lutte contre l'excision reste encore une chose ardue.

MOTS CLEFS : excision, infibulation, chéloïde, prolongation travail, hémorragie, mortalité périnatale.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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'**Être Suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès 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 leur 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