

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I	-	Introduction-	Objectifs
4			
II	-		Généralités
5			
2-1-	Rappels anatomiques		5
2-2-	Anatomie de l'appareil génital de la femme		5
2-3-	Anatomie du périnée:		10
2-4-	Rappels physiologiques		12
2-5-	Rappels physiologiques de l'appareil génital de la femme		12
2-6-	Physiologie : Le périnée au cours de l'accouchement		15
2-7-	Facteurs de risque		18
2-8-	Les origines de l'excision		19
2-9-	La répartition géographique de l'excision		24
2-10-	La prévalence de l'excision		26
2-11-	Les différents types d'excision		29
2-12-	complications de l'excision		29
III	-	Méthodologie	35
1.	Cadre de l'étude		35
2.	Type d'étude		43
3.	durée de l'étude		43
4.	Population d'étude		43
5.	Echantillonnage		43

6. Recueil des données	43
7. Analyse et saisies des données	43
8. Difficultés rencontrées	44
IV – Résultats	45
V – Commentaires et Discussion	59
VI – Conclusion et Recommandations	64
VII – Références	

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

MGF : Mutilations génitales féminines

FVV : Fistule vésico-vaginale

NFS : Numération formule sanguine

GR : Groupage rhésus

HB : Taux d'hémoglobine

GLYC : Glycémie

CREAT : Créatininémie

TC : Temps de coagulation

TS : Temps de saignement

CFIS : Centre de formation des infirmiers de Ségou

CFTSS : Centre de formation des techniciens socio- sanitaires

COLL : collaborateur

COMATEX : Compagnie Malienne de textile

SAGO : Société africaine de gynécologie obstétrique

SOMAGO : Société malienne de gynécologie obstétrique

SIDA : Syndrome immuno déficience acquis

VIP : Very importante personality

INTRODUCTION ET OBJECTIFS

I- INTRODUCTION

Les mutilations sexuelles féminines sont l'une des coutumes les plus vieilles de la culture malienne qui plonge ses racines dans la nuit des temps. Communément appelées excision au Mali, les mutilations génitales féminines encore appelées excisions selon l'OMS recouvrent « toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou la lésion des organes génitaux féminins pour des raisons culturelles, ou toute autre non thérapeutique ». [3]

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

En 1931, elle est dénoncée pour la première fois par Séguira qui démontre sa nocivité médicale. A la suite de celui-ci, l'excision est désignée comme une pratique mutilante par l'ensemble du corps médical européen. Shandall (1967) Verzy (1975) et Hoskin (1978) présentent l'excision comme une lésion des organes sexuels et reproducteurs de la femme susceptible d'entraîner une morbidité ou une mortalité immédiate ou d'interférer plus tard dans les fonctions sexuelles et reproductives de la femme [19]

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

sujet continue d'opposer, voire, de diviser les opinions nationales africaines. Cette opposition a atteint son paroxysme lorsqu'il s'est agi pour certains pays de prendre des dispositions légales et réglementaires interdisant la pratique. Si en Afrique du sud, l'excision a été interdite depuis 1920 sans heurt et sans conséquence sociale apparente, il n'en est pas de même pour tous le reste des pays africains [40].

En Afrique, on recense 28 pays où les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées. La proportion de femmes excisées varie selon les pays. Trois groupes peuvent être distingués (chiffres au début des années 2000): les pays où la grande majorité des femmes sont excisées soit plus de 85 % : Djibouti, Égypte, Éthiopie, Érythrée, Guinée, Mali, Sierra Leone, Somalie, Soudan.

Les pays où seules certaines fractions de la population étant touchées et où 25 à 85 % des femmes sont excisées, proportion variant selon l'ethnie, la catégorie sociale et la génération : Burkina Faso, Centrafrique, Côte d'Ivoire, Gambie, Guinée-Bissau, Kenya, Liberia, Mauritanie, Sénégal, Tchad.

Les pays où seules quelques minorités ethniques sont concernées et où la proportion d'excisées est inférieure à 25 % : Bénin, Cameroun, Ghana, Niger, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Tanzanie, Togo.

L'excision est pratiquée dans toutes les régions du Mali et touche 85 % de la population féminine selon EDS III Mali (2006). [19]

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

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

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

Objectifs

1- Objectif général

Etudier la prise en charge médico-chirurgicale des complications gynéco-obstétricales et génito-urinaires liées à l'excision.

2- Objectifs spécifiques

- a) Etudier les caractéristiques sociodémographiques des excisées ayant présenté des complications pendant la période de notre étude.
- b) Identifier les principales complications et séquelles liées à l'excision.
- c) Rattacher à chaque type d'excision, les complications qui lui sont liées.
- d) Déterminer l'âge de la survenue de la séquelle.
- e) Etudier le coût de la prise en charge.
- f) Formuler des recommandations dans le but d'éradiquer la pratique l'excision.

GENERALITES

II- GENERALITES

1. Rappels anatomiques de l'appareil génital et du périnée

1-1- Anatomie de l'appareil génital de la femme

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

[23]

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

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

Les grandes lèvres

Ce sont deux replis cutanés allongés sagittalement sur une longueur d'environ 8 cm. Elles présentent une face externe recouverte de poils ; séparée de la cuisse par le sillon génito-

crural et une face interne qui est lisse et séparée de la petite lèvre par le sillon inter labial. Leur extrémité antérieure se perd sur le mont de vénus tandis que l'autre s'unit à celle du côté opposé par la commissure postérieure.

Au point de vue histologique on distingue :

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

Les Petites lèvres

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

Le Clitoris

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

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

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

Une couche celluleuse : Fascia clitoridien :

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

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

- Rapports :

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

Le mont de venus

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

Innervation

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

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

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

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

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

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

Vaisseaux de la vulve

Les artères :

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

Les veines : Elles ont des territoires analogues aux artères.

Les lymphatiques :

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

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

Le vagin :

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

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

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

1-2- Anatomique du périnée:

1-2-1 Définition du périnée :

-Définition obstétricale : C'est la partie séparant la fourchette vulvaire de l'anus [34].

-Définition Anatomique : Il s'agit de l'ensemble des parties molles fermant en bas l'excavation pelvienne.

Il a pour limites un cadre ostéo-tendineux de forme losangique constitué :

. En avant, par le bord inférieur de la symphyse pubienne les branches ischiopubiennes.

. En arrière le rectum

1-2-2 Différents plans :

On peut considérer le périnée comme un plancher constitué, en anatomie sommaire, de trois plans, superficiel, moyen et profond.

1-2-2-1 Plan profond : ou Diaphragme pelvien principal.

Il comprend les élévateurs de l'anus et les muscles coccygiens.

-Les élévateurs de l'anus : c'est un muscle puissant de constitution complexe. On lui distingue 2 portions :

*La portion latérale ou sphinctérienne composée du muscle pubo-coccygien antérieur, inséré en avant à la face postérieure de la surface angulaire du pubis ; et le muscle ilio-coccygien latéral, inséré sur l'arcade tendineuse du muscle élévateur de l'anus, arcade de renforcement du fascia du muscle obturateur interne.

* La portion médiale ou élévatrice (muscle pubo-rectal) : Elle est beaucoup plus étroite et plus épaisse que la précédente.

Elle se termine dans le rectum.

Les fibres de la partie latérale (sphinctérienne) compriment le rectum transversalement et d'arrière en avant. Les fibres de la partie médiale (élevatrice) attirent le rectum en haut et avant.

Enfin, ce muscle élévateur de l'anus a un rôle important dans la statique et le soutien des organes pelviens.

-Le muscle coccygien (muscle ischio-coccygien) : Placé en arrière du muscle élévateur de l'anus et sur le même plan, il complète le diaphragme pelvien.

Son rôle est identique à celui de la partie latérale (sphinctérienne) du muscle élévateur de l'anus.

1-2-2-2- Plan moyen du périnée ou diaphragme uro-génital :

Etendu exclusivement au triangle antérieur (uro-génital) du périnée, il est constitué par 3 muscles : un muscle pair et symétrique (le transverse profond du périnée) et un muscle impair (le muscle sphincter de l'urètre).

-Le muscle transverse profond du périnée : C'est un muscle large triangulaire à base latérale.

Il s'insère latéralement sur l'ischion et la branche ischio-pubienne.

Il contribue à constituer le diaphragme uro-génital qui a un rôle de soutien vis-à-vis de la vessie et de l'utérus chez la femme.

-Le muscle sphincter de l'urètre (ou muscle sphincter externe de l'urètre).

Entoure la partie membraneuse de l'urètre. Il ferme la partie membraneuse de l'urètre.

1-2-2-3 Plan superficiel du périnée : Constitué de 2 groupes musculaires distincts :

- **Le groupe postérieur** (triangle postérieur anal) avec un muscle impair : le muscle sphincter externe de l'anus.
- **Le groupe antérieur** (triangle antérieur, uro-génital) avec 3 muscles pairs, annexés aux corps érectiles : les muscles transverse superficiel, ischio-caverneux ; bulbo spongieux et chez la le muscle constricteur de la vulve.

* Le muscle sphincter externe de l'anus ferme le canal anal.

*Le muscle transverse superficiel du périnée joue un rôle dans la défécation (en comprimant la partie antérieure du canal anal) et surtout dans la miction.

1-3- Rappels physiologiques de l'appareil génital de la femme

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

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

et le corps externe clitoridien qui est communément désigné sous l'appellation de clitoris.

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

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

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

L'orgasme féminin s'accompagne de contractions périnéales qui précèdent l'éjaculation et les contractions utérines qui en principe

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

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

L'orgasme existant indiscutablement chez elle, toute laisse à penser que l'organisme privé de clitoris développe de nouveaux chemins pour assurer le plaisir. **[15]**

1-4- Physiologique : Le périnée au cours de l'accouchement.

Après avoir franchi le détroit supérieur, la présentation effectue sa descente et sa rotation dans l'excavation pelvienne en prenant contact avec les faisceaux externes sphinctériens des releveurs qui se relâchent.

C'est la réaction de ce plancher à la poussée de la tête fœtale qui expliquerait la rotation basse en occipito-pubienne.

Le front vient alors buter sur le sacrum, ce qui accentue la flexion de la tête, puis l'occiput se cale sous la symphyse pubienne alors que se produit une retro-pulsion du coccyx.

Le périnée postérieur est donc le premier à se distendre lors de la descente de la présentation. Cette mise en tension s'accompagne d'une béance de l'anوس.

Dans un deuxième temps, la présentation se défléchit et distend le périnée antérieur. Le noyau fibreux central du périnée s'étale et s'aplatit.

Le périnée se moule sur la présentation et s'allonge. Le faisceau pubo-rectal des releveurs est repoussé en bas et en avant et vient s'intégrer dans le périnée superficiel.

L'orifice vulvaire s'horizontalise. C'est à cet instant que la distension devient maximum.

La progression du mobile fœtal dans l'excavation pelvienne s'accompagne d'un relâchement de la partie externe des muscles élévateurs de l'anوس. L'association des contractions utérines et des efforts de poussée abdominale permet alors à la présentation de prendre contact avec le plancher périnéal qui subit une ampliation. La présentation en OP, idéalement bien fléchie, met en tension le périnée postérieur.

Une fois sous la symphyse, la déflexion de la tête commence avec :

- un allongement de la distance anovulatoire ;
- un étirement du périnée antérieur (faisceau pubo-rectal du muscle élévateur de l'anus, les muscles périnéaux superficiels).

Cet étirement est dangereux au niveau des insertions recto-symphysaires.

- Une dilatation circulaire de l'anus.

Lorsque la présentation est en OS, la déflexion se fait autour de la commissure postérieure de la vulve, et le périnée est distendu. C'est un mouvement difficile entraînant souvent des déchirures de haut degré ; et qui nécessite d'importantes forces car c'est une progression en masse du fœtus et non pas seulement de la tête.

La tête, déjà fléchie, doit se fléchir au maximum « le cou et le tronc se fléchissent eux aussi, afin de s'enrouler en quelque sorte autour de la symphyse ».

Le diamètre de dégagement, l'occipito-frontal, est de 12cm. La tête s'oriente dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur, le front butte sous la symphyse pubienne.

Ce dernier sera le point de pivot sous-symphysaire autour duquel se continuera l'hyperfléxion laissant apparaître à la vulve le front, les pariétaux, l'occiput (qui se dégage souvent brutalement) ; le sous occiput, arrivé à la fourchette vulvaire sera le 2^e point de pivot permettant la déflexion de la tête qui laissera apparaître successivement le bregma, le front, le nez, la bouche et le menton.

Le périnée sur distendu est exposé aux déchirures.

Le mouvement de restitution des épaules se fera le plus souvent d'arrière en avant. Si chez la multipare au périnée souple, le dégagement peut s'avérer aisé, la primipare risque une déchirure grave et l'épisiotomie dans les cas d'expulsion en os doit être d'indication large.

* Les conséquences immédiates :

La progression du mobile foetal dans l'excavation pelvienne s'accompagne :

. D'un traumatisme de l'urètre et de son appareil sphinctérien avec élongation du sphincter urétral ;

- D'une désolidarisation inter viscérale liée à la descente de la tête qui agit comme un piston ;
- Des lésions du plancher pelvien : Par déchirures interstitielles des muscles du périnée, ou une désinsertion terminale des muscles du noyau fibreux central ;
- Des lésions neurologiques : Par élongation du nerf pudendal avec atteinte de l'innervation des muscles sphinctériens du plancher pelvien, surtout pubo-rectal et sphincter anal externe.

Ce sont ces lésions nerveuses qui, en plus de l'élongation musculaire, seraient responsables de l'incontinence urinaire et anale du post-partum.

* Les conséquences à plus long terme :

A plus long terme, trois conséquences menacent la parturiente : l'incontinence urinaire, l'incontinence anale et le prolapsus

3) Les Facteurs de risque :

- **La parité** : Le périnée de la primipare est moins souple car il n'a pas encore été distendu. Soixante-quinze pour cent de déchirures obstétricales s'observent en effet au cours du premier accouchement qui joue un rôle déterminant dans la survenue ultérieure d'un trouble de la statique pelvienne ou de l'incontinence ;
- **La longueur du périnée** : les périnées longs se déchirent plus facilement, les périnées courts se déchirent plus gravement, ce sont les périnées de longueur moyenne qui sont les moins vulnérables [33] ;
- **La qualité du tissu périnéal** : un périnée cicatriciel est 10 fois plus exposé aux Lésions traumatiques qu'un indemne de toute cicatrice.
- **La macrosomie** : Elle fait craindre une déchirure périnéale lors du dégagement de la tête ou de l'épaule postérieure car le diamètre bis acromial est souvent important ;
- **Les Variétés de position** : Certaines présentations peuvent être à l'origine de lésions périnéales du fait d'une mauvaise accommodation ; c'est le cas des variétés de positions en occipito-sacrée où le diamètre de dégagement fronto-occipital (12.5cm), supérieur à celui d'une présentation en occipito-pubien, aborde le périnée avec un angle inadéquat ;

- **L'excision** : Entraînant une rigidité périnéale qui devient résistant à l'expulsion d'où la déchirure périnéale ou la souffrance foetale aiguë ;
- Les causes iatrogènes : l'extraction instrumentale, usage abusif d'ocytociques, les expressions abdominales.

4. 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 [20] 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 [20] ; l'argument évoqué fait allusion à la taille excessive du clitoris qui aurait notamment pour conséquence d'être à l'origine d'un plus grand désir sexuel chez les femmes.

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

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

- le premier, afin de supprimer un organe hypertrophié qui gêne la pénétration
- le second, parce qu'ils tiennent pour une chose abominable que la femme fasse l'office du mâle.
- Le troisième pour rendre les femmes plus modestes et briser leur insatiabilité.

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

Des théories d'ordre économique

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

Ceci semble être confirmé par Mary Jane Sherfey, psychiatre américaine, qui estime « qu'à l'origine, les femmes étaient dotées d'une capacité 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 [20].

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 [20] qui précise que l'opération était prescrite dans les cas d'hypertrophie clitoridienne, pour des raisons esthétiques et fonctionnelles (réduction de l'hyperexcitabilité sexuelle).

Des théories d'ordre anthropologique

Les raisons de sa pratique sont nombreuses mais c'est la thèse anthropologique qui correspond le mieux au contexte malien, car l'excision, pour Germaine Dieterlen [16], s'inscrit dans la pensée cosmogonique bambara.

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

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

Pour devenir un être stable, pour se marier, procréer, sacrifier, l'enfant doit être débarrassé de son wanzo. Cet effet est obtenu au cours de la circoncision, de l'excision et des rites qui terminent la retraite des opérés. La plus grande part des forces s'écoule dans la terre avec le sang de l'organe mutilé. Le reste de la force s'échappe avec la fumée du feu par-dessus lequel les enfants sautent... avant de rentrer dans leur demeure... mais le wanzo ne disparaît pas : il est capté dans les masques de la société du ndomo à laquelle appartiennent les incirconcis. C'est seulement lorsqu'un adolescent a perdu son wanzo qu'il est admis à se marier : tout individu refuserait d'épouser un partenaire qui n'en aurait pas été complètement débarrassé. **[16]**

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

Rapport-gratuit.com 

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

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

Des théories d'ordre religieux

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

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

D'après Assad [4] 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.

5. Répartition géographique

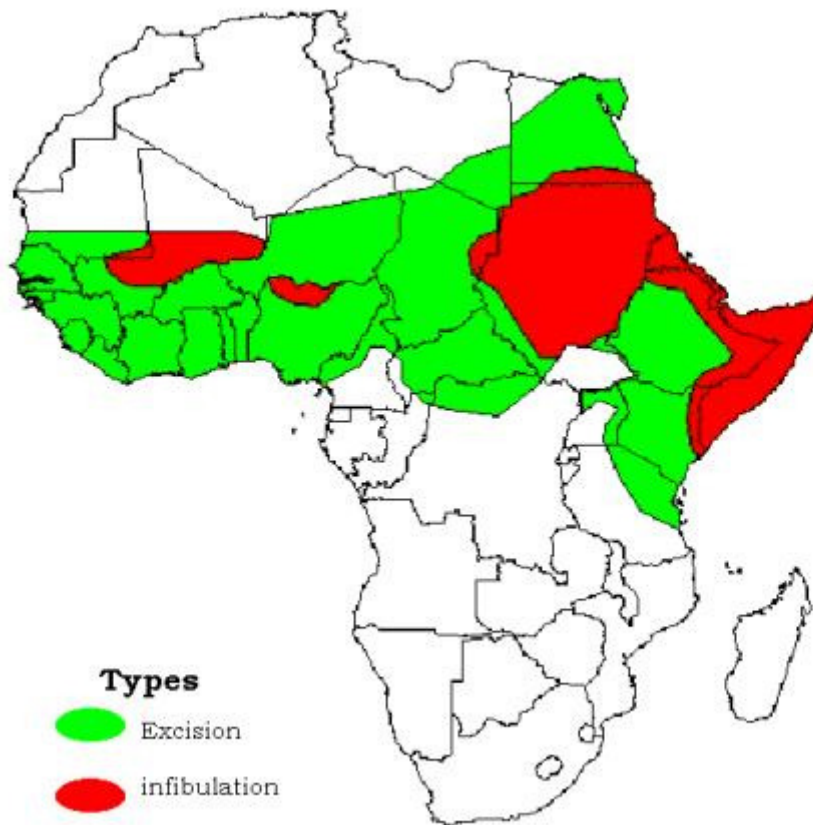
Les MGF ont été probablement pratiqués dans le monde entier à un certain moment historique pour des raisons liées à la sexualité féminine. Aujourd'hui, il est très difficile d'établir avec précision la géographie des MGF. Elles sont fréquentes de la côte "est" à la côte "ouest" de l'Afrique (de l'Ethiopie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

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

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

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

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



Répartition géographique des types de MGF en Afrique. [27]

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.

6. La prévalence de l'excision

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

Il faudra noter que cette prévalence varie au sein d'un même pays en fonction des ethnies, du niveau d'instruction, du milieu (urbain ou rural), de la religion. [27]

Tableau I : Prévalence des MGF en Afrique.

Pays	Prévalence (%)	Pays
Somalie	98	
Djibouti	98	
Egypte	96	
Soudan	90	
Erythrée	89	
Mali	92	
Sierra Leone	94	
Ethiopie	74	
Burkina-Faso	49,5	
Gambie	60	
Guinée	96	
Liberia	60	
Tchad	45	
Togo	12	
Kenya	34	
Bénin	17	
Guinée Bissau	50	
Nigeria	19	

Centrafrique	36
Côte-d'Ivoire	45
Ghana	5
Mauritanie	71
Sénégal	28
Niger	5
Cameroun	1
Tanzanie	15
Ouganda	5
RDC	5

Reference: Data from bureau of democracy, Human right, and labor, US department of state. Country reports on human rights practices for 1997. **[27]**

7. Les différents types d'excision

Selon l'OMS [42], 4 types existent :

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

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

Types III : Excision partielle ou totale des petites lèvres, des grandes lèvres et suture rétrécissement de l'orifice vaginal (Infibulation).

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

8. 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.

8-1 Les complications immédiates

- L'hémorragie

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

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

- **Le choc**

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

- **L'infection**

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

- **La rétention d'urine**

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

des organes de voisinage, par exemple de l'urètre, du vagin du périnée ou du rectum et par la suite des incontinences.

- **Les fractures et luxations**
- **Le sida**

8-2 Les complications à long terme

8-2-1 Urologiques

- **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.

Traitements :

Médical : Sondage vésicale associé à une antibiothérapie pour les fistules de petit diamètre.

Chirurgical : Nous avons surtout utilisé le technique de CHASSAR-MOIR

L'Opération de CHASSAR- MOIR :

Il s'agit en fait d'un perfectionnement de la technique originale décrite en 1852 par MARIONS SIMS

- **Technique :**

La malade est installée en position gynécologique. Une sonde est mise en place dans la vessie. Quatre pinces d'ALLIS, placées en losange autour de la fistule saisissent le vagin et l'abaisse à la vulve ; on peut aussi bien placer une sonde à ballonnet dans la vessie à travers l'orifice fistuleux. Une traction sur la sonde produirait le même effet.

Les différents temps opératoires sont :

- **Incision Verticale du Vagin :**

L'incision commence à 1 cm au dessus de l'orifice fistuleux, contourne l'orifice et se termine à 1 cm au dessous de lui.

- **Décollement vésico - vaginal :**

Il est peu poussé, l'objectif étant d'éviter tout espace mort inter vésico vaginal. Un décollement de 10 à 15 mm au pourtour de la fistule est en général suffisant et permettra un bon affrontement de la paroi vaginale.

- **Fermeture de l'orifice vésical :**

Elle est réalisée en un seul plan ou deux, de préférence extra muqueux en points séparés au vicryl 3/0.

- **Vérification de l'étanchéité vésicale :**

Elle se fait par injection d'environ 150 cm³ d'eau distillée colorée en bleu de méthylène. Si la moindre fuite apparaît, on complète la suture.

Cette vérification permet aussi de s'assurer qu'il n'existe pas un deuxième orifice fistuleux dont la méconnaissance compromettrait l'intervention.

- **La suture vaginale :**

Les points sont passés en BLAIR- DONATI au vicryl 3/0, pour affronter les lèvres vaginales jusqu'aux limites du décollement de sorte que l'on élimine tout espace mort entre vessie et vagin.

Les fils sont noués lorsqu'ils ont été passés.

- **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.

Traitements :

- Médical : Par l'utilisation des antibiotiques et des antiseptiques
- Chirurgical : Désinfibulation
 - # Technique : La patiente en position gynécologique après l'anesthésie générale ou le rachis selon l'indication. Après badigeonnage de la partie vulvaire, on procède à un cathétérisme urétral puis une incision médiane pour élargir l'orifice.

8-2-2 Obstétricale

- Déchirures vulvo-périnéales

Le diagnostic se fait à l'examen sous valves et à l'inspection du périnée.

La prise en charge se fait en fonction du degré de déchirure.

*Dans les déchirures incomplètes (1^è et 2^è degrés) :

La réparation se fait en 3 plans selon l'anatomie du périnée.

1^è temps : la suture de la muqueuse vaginale par le vicryl 2/0 en surjet simple à partir du point apical de la déchirure vers l'orifice vaginal.

2^è temps : suture de la musculature en surjet ou par des points simples.

3^è temps : suture de la peau par du fil non résorbable en points simples séparés.

* Dans les déchirures complètes et compliquées (3^è et 4^è degrés) :

La réparation a comporté deux (2) temps :

1^è temps : la réfection du sphincter anal par des points séparés.

2^è temps : On change de gant et on procède à la réparation comme dans le cas d'une déchirure incomplète.

- **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.

METHODOLOGIE

III METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Ce travail s'est déroulé dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

1.1 Présentation géographique de la région de Ségou

La Région de Ségou, quatrième Région administrative du Mali, est située au centre du Mali entre 13ème et 16ème de l'attitude Nord et entre le 4ème et 7ème de longitude Ouest.

La Région de Ségou couvre une superficie de 64 821 km² soit 4% de la superficie du Mali. Elle est répartie entre 7 cercles (Ségou, Baraouli, Bla, Macina, Niono, San et Tominian) et décentralisée en 118 communes dont 3 urbaines et 115 rurales.

Elle est limitée au Nord par la **République de Mauritanie**, à l'Est les Régions de **Tombouctou et de Mopti**, au Sud-est par la **République du Burkina Faso**, la Région de Sikasso au sud et par **la Région de Koulikoro** à l'ouest.

Deux zones climatiques distinctes caractérisent la région.

-**Une zone Sahélienne** au Nord où la pluviométrie atteint 250-600mm/an avec une steppe épineuse.

-**Une zone soudano Sahélienne** au sud où la pluviométrie atteint 600-800mm/an avec une steppe arbustive composée de karité, Balanzan, baobab.

La Région de Ségou a un relief bien accidenté avec plateau et plaines alternés : les plaines de l'office du Niger sont caractéristiques de la Région et s'étendent sur plusieurs milliers d'hectare, les plaines de l'Opération Riz, les plaines aménagées de San. Elle est traversée par le fleuve Niger avec un de ses principaux affluents: le Bani. Le barrage de Markala régularise le

cours du Fleuve Niger et irrigue les terres de l'Office du Niger. Elle est pauvre en faune à cause de la sécheresse et les braconniers, mais très riche dans le domaine de l'élevage : les bovins, les caprins et les ovins.

● **L'économie de la Région de Ségou** est basée principalement sur l'agriculture qui occupe 80% des activités de la population. La production agricole est basée sur la production du riz de l'Office du Niger (ON), le riz de l'Office Riz (OR), il faut ajouter à cela d'autres céréales (mil sorgho, maïs, haricot) et la compagnie malienne de développement de textile (CMDT) qui s'occupe du coton.

C'est une zone d'élevage par excellence (ovin, bovin, caprin) D'autres activités économiques comme la pêche, le commerce, l'artisanat sont aussi pratiqués.

● **L'industrie** y est peu développée. Le pouvoir d'achat de la population est en général très peu élevé.

Quelques grandes unités industrielles comme la COMATEX-SA, les usines de décortication du riz, les complexes sucriers de Dougabougou et de Siribala, les ateliers centraux de Markala contribuent fortement à l'essor économique de la Région.

La Région de Ségou, en 2005 comptait 2.009.482 habitants soit 30 habitants/km² avec 994.208 hommes et 1.008.263 femmes, cette population est à majorité jeunes (48% ont moins de 15 ans) et rurale.

La population active représente 58% de la population générale et elle est concentrée dans les cercles, traversés par le fleuve Niger et les canaux irrigués par celui-ci.

La Région de Ségou trouve son fondement historique dans le royaume bambara de Ségou crée par Mamary dit Biton Coulibaly au 16ème siècle.

Après la mort de Biton, le pouvoir passa entre les mains des Diarra dont le plus connu fut Dah Monzon Diarra, communément appelée <<Dah>>.La ville de Ségou portait en un moment donné son nom "Dakagoun" ou la terre de Dah. La rentrée de El hadji Oumar Tall à Ségou en 1861 mit fin au règne des bambaras et instaura l'Islam. Amadou Sékou le fils de El hadji Oumar, fut intronisé Roi.

La Pénétration coloniale française dirigée par Archinard mit fin au règne des TALL en 1893.Ainsi depuis cette date Ségou devient le chef lieu des cercles de l'administration coloniale et capitale de la Région de Ségou en 1961.

La Région de Ségou fut modifiée par la loi No77/44/CMLN du 12 juillet 1977 et remodifiée par la loi No99-035 du 10 août 1999 pour devenir une collectivité décentralisée.

Les traditions font référence aux ethnies et se manifestent lors des cérémonies rituelles (Mariage, Baptêmes, Circoncision, Décès) et lors des grandes rencontres, les langues parlées sont propres aux ethnies (Bambara, Bozo, Somono, Minianka, Sarakolé, Peulh et Bobo), mais le bambara est la langue couramment utilisée dans les échanges et le commerce dans la Région.

Les religions pratiquées sont : l'Islam, le Christianisme, et l'animisme.

La ville de Ségou est communément appelé la cité des Balanzan à cause de l'abondance de Balanzan sur le territoire de Ségou

autrefois. Avec une population de 106336 habitants, la commune urbaine de Ségou compte 18 quartiers.

Le village de Pélangana contiguë à la ville de Ségou a une population de 15. 534 habitants.

La commune de Ségou dispose de 9 formations sanitaires plus quatre cabinets de soins infirmiers ;

2-formations sanitaires publiques :

- * L'hôpital Nianankoro FOMBA ;

- * Le centre de santé de référence Famory DOUMBIA ;

4 centres de santé communautaires : Dar-salam, Médine, Ségou coura et Pélangana.

1 formation sanitaire para publique : le centre médical inter entreprise de L'INPS.

1 formation sanitaire du service de santé des armées : l'infirmierie du camp militaire ;

3 formations sanitaires privées ;

- * le cabinet médical Yida KOUYATE ;

- * la clinique d'accouchement Maya BOLLI

- * le cabinet médical AMARY DAOU

A celle-ci s'ajoute quatre (4) écoles de formation de techniciens de santé :

CFTSS, CFIS, EFTSS et Vicenta Maria.

1.2- Présentations de l'hôpital Nianankoro FOMBA :

Situé au centre de la ville au bord de la route nationale No6 reliant Bamako aux Régions du Nord. Cet hôpital a une capacité d'accueil de 165 lits.

1.2.1 Historique de l'Hôpital Nianankoro FOMBA :

Les premiers bâtiments de l'hôpital de Ségou ont été achevés vers le début de la Deuxième Guerre Mondiale. Il comprenait un dispensaire et une maternité.

D'autres bâtiments furent ajoutés en 1946 et 1947 actuelles hospitalisations chirurgie hommes, chirurgie femmes. De 1950 à 1959 d'autres constructions furent réalisées dont:

- * le bâtiment d'hospitalisation nommé «clinique»
- * la radiographie.
- * service d'ophtalmologie (Yeleen).

En 1962, l'établissement deviendra Hôpital secondaire ; en 1983 l'établissement fut baptisé Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou. Il sert de deuxième référence pour l'ensemble de la Région et de première référence pour les centres de santé de cercle de la commune de Ségou. Il comporte une cinquantaine de bâtiments repartis sur une superficie de 6 hectares, il est actuellement un établissement public hospitalier par la loi N°03-017 du 14 juillet 2003. Les structures de l'hôpital sont réparties en services :

- service Administratif (direction),
- service de Médecine générale,
- service de Chirurgie générale,
- service de Traumatologie,
- service de Gynéco Obstétrique,
- service ORL,
- Cabinet dentaire,
- service de Pédiatrie,
- service d'Ophtalmologie
- la pharmacie,

-service de Radiologie,

-un laboratoire et un nouveau plateau technique construit en 2002 composé d'un service d'anesthésie réanimation, le bloc opératoire et un service de stérilisation.

L'hôpital a un effectif de 205 personnels dont :

- 1 Directeur général ;
- 1 Directeur général adjoint ;
- 1 Directeur administratif ;
- 2 Inspecteurs de finance ;
- 11 comptables ;
- 17 médecins généralistes ;
- 11 spécialistes dont quatre gynécologues obstétriciens ;
- 17 Assistants médicaux ;
- 15 Techniciens supérieurs ;
- 1 Biologiste ;
- 1 Technicien sanitaire ;
- 21 Techniciens B1 ;
- 4 techniciens de labo ;
- 8 sages femmes ;
- 8 Infirmières obstétriciennes ;
- 7 secrétaires ;
- 3 Electriciens ;
- 1 magasinier ;
- 6 chauffeurs ;
- 2 agents sociaux ;
- 28 manœuvres ;
- 10 Gardiens ;
- 24 aides-soignants

a) Le Service de gynéco obstétrique :

Il gère toutes les pathologies gynécologiques et obstétricales de la ville de Ségou et de certains centres de santé de référence de cercles.

Actuellement le service fait partie du groupe « Pool mère enfant », constitué de service de gynéco-obstétrique et de la pédiatrie.

Le service comprend :

- ✓ quatre (3) Bureaux de consultation pour les médecins ;
- ✓ un (1) Bureau pour la sage femme maîtresse avec toilette ;
- ✓ une (1) Salle d'accouchement avec 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée, une table de réanimation du nouveau né ;
- ✓ une (1) Salle d'attente avec toilette, 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) Salle d'urgence, 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) Salle de garde avec toilette, ventilée, climatisée, réfrigérateur ;
- ✓ une (1) unité de CPN ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) unité de vaccination ventilée ;
- ✓ une (1) unité hospitalisation et soins ventilée ;
- ✓ un (1) Magasin ;
- ✓ huit (8) toilettes non fonctionnelles servant de salle de garde pour les manœuvres ;
- ✓ huit (7) Salles d'hospitalisation comprenant :
 - * 5 Salles d'hospitalisation ayant 4 lit chacune et ventilée ;

* 2 Salles VIP ayant 1 lits chacune, ventilée, climatisée avec un (1) téléviseur, réfrigérateur et douche interne.

✓ cinq (5) Toilettes non fonctionnelles pour le personnel ;

Le personnel est composé :

*Trois (3) Spécialistes en gynécologie obstétrique dont un Cubain ;

*deux (2) Médecins généralistes payés sur fond spécial;

*huit (8) Sages femmes ;

*sept (7) Infirmières obstétriciennes ;

*trois (3) Manœuvres.

C'est un lieu de stage qui reçoit les internes, les étudiants et thésard et des techniciens en santé.

Les consultations externes se font du lundi au vendredi par les médecins avec le concours des internes. Les mardis et mercredi sont les jours d'intervention programmée. Les visites des malades hospitalisées se font également tous les jours à partir de 9heures après le staff du service qui se tient chaque jour à partir de 8heures.

La garde est assurée par un médecin spécialiste, un médecin généraliste, une sage femme, une infirmière obstétricienne complétés par les stagiaires en formation (un interne, étudiant) et un personnel d'appui (un manœuvre). Le service reçoit les patientes de la ville de Ségou et environnant, les patientes référées des CSCOM et des CSRéf des cercles.

Le service gynécologie assure la prise en charge chirurgicale de tous les cas de séquelles d'excision grâce au concours de la << CROIX ROUGE MALIENNE >> en collaboration avec la << CROIX ROUGE ESPAGNOLE>> à travers le projet MGF III.

Le bloc fistuleux reçoit toutes les fistuleuses retenues dans le cadre de l'ONG « IAMANEH MALI » qui assure leur prise en charge gratuite. Elle prend en charge toutes les fistuleuses de la Région de Ségou.

Les fistuleuses provenant d'autres Régions sont référées à Bamako car n'étant pas couvertes par l'ONG.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et transversale.

3. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} Juillet 2008 au 31 Juin 2009 soit une période de douze (12) mois.

4. Population d'étude : Il s'agit de toutes les femmes présentant des séquelles liées à l'excision, qui sont admises et prises en charge à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

5. Echantillonnage :

- Critère d'inclusion : Ont été incluses dans l'étude toutes les femmes qui ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale de séquelle liée à l'excision soit en période gynécologique ou au cours du travail d'accouchement à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.
- Critère de non inclusion : sont exclues de notre étude toutes les femmes indemnes de toute séquelle d'excision et les femmes excisées dont le type n'a pas nécessité une prise en charge chirurgicale.

6. Technique de collecte des données :

- Support des données : Pour chaque patiente une fiche d'enquête individuelle a été établie.
- **Recueil des données :**
 - . Dossiers obstétricaux ; compte rendu opératoire ;
 - . Registre d'accouchement du service ;
 - . Registre de consultation externe.
- **Traitement et Analyse des données :** Les données ont été traités et analysés sur le logiciel épi info version 6.04 FR.

7. Difficultés rencontrées :

L'hébergement des patientes ayant bénéficié d'une prise en charge chirurgicale constituait un obstacle à leur suivi régulier d'autant plus que la plupart d'entre elles résidaient hors de la ville de Ségou.

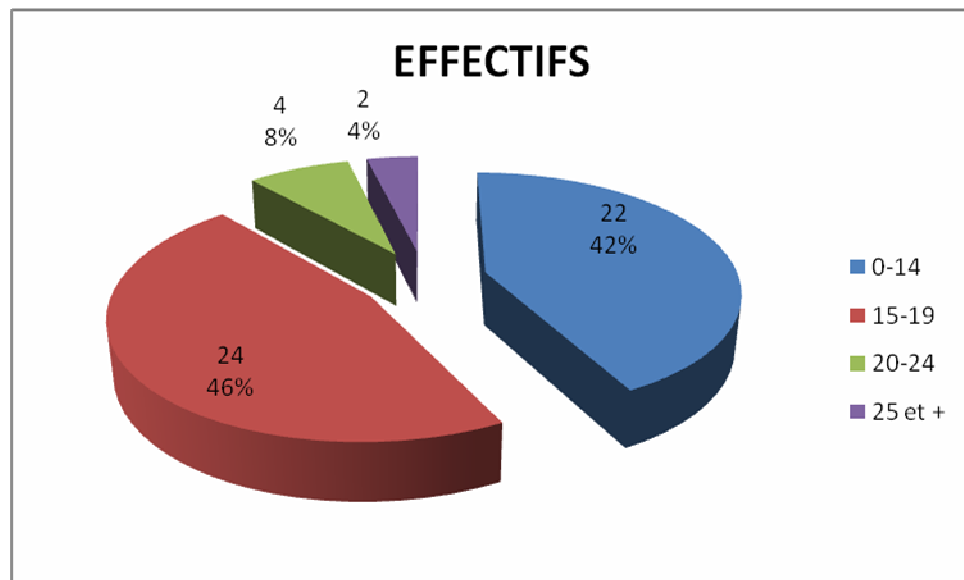
. La collecte des données des femmes présentant une fistule obstétricale puisque la prise en charge de ces femmes se faisait au niveau du service de la chirurgie générale.

RESULTATS

Au cours de notre étude du 1^{er} Août 2008 au 31 Mars 2009 nous avons recensé 52 cas de complication liée à l'excision sur 3956 femmes enquêtées soit 1,3%.

Les caractéristiques sociodémographiques des patientes :

1. Graphique 1 : répartition des patientes en fonction de l'âge :



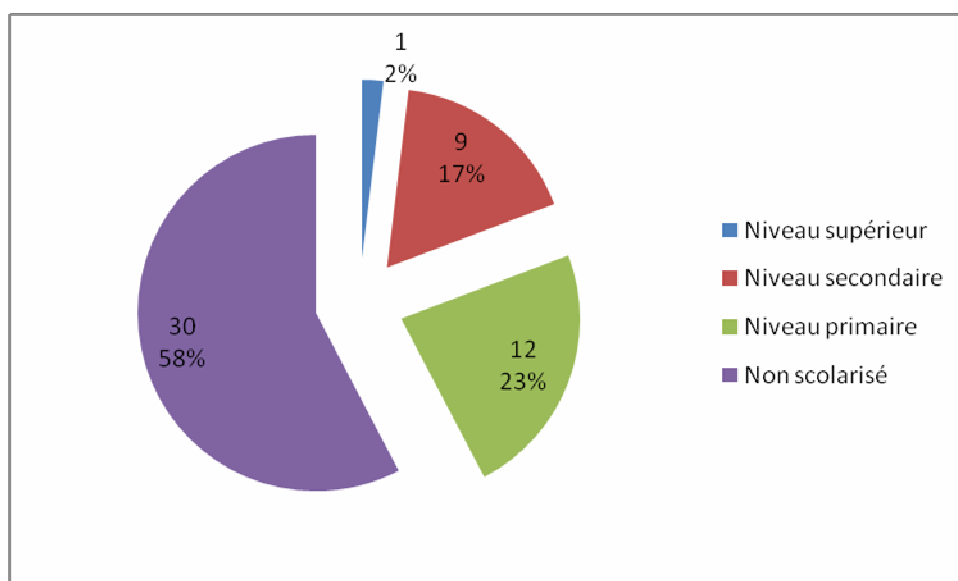
La tranche d'âge de 15-19 ans a été la plus fréquente de notre étude soit 46% des cas.

2. Tableau 2 : répartition des patientes en fonction de leur ethnie :

Ethnie	Effectifs	Pourcentage (%)
Bambara	23	44,2
Sarakolé	9	17,3
Peulh	8	15,4
Smono	6	11,5
Malinké	2	3,8
Mianka	2	3,8
Bozo	1	1,9
Dogon	1	1,9
TOTAL	52	100

L'ethnie Bambara a été la plus fréquente (23), soit 44,2% des cas.

Graphique 2 : répartition des patientes en fonction du niveau de scolarisation :



58% de nos patientes étaient non scolarisées.

Les caractères sociodémographiques des parents

Tableau 2: répartition des patientes en fonction de la profession du père

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Pêcheur	11	21,2
Cultivateur	22	42,3
Eleveur	7	13,5
Militaire	2	3,8
Commerçant	9	17,2
Comptable	1	2,0
TOTAL	52	100

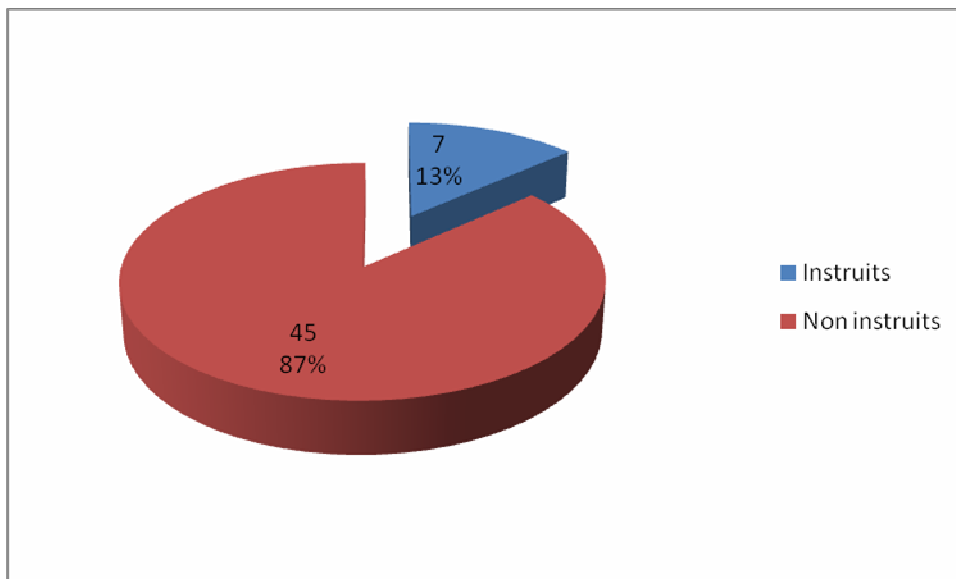
42,3% des pères de nos patientes étaient cultivateurs

Tableau 3 : répartition des patientes selon la profession de la mère

Ethnie	Effectifs	Pourcentage (%)
Ménagère	44	84,6
Commerçante	5	9,6
Elève/étudiante	3	5,8
TOTAL	52	100

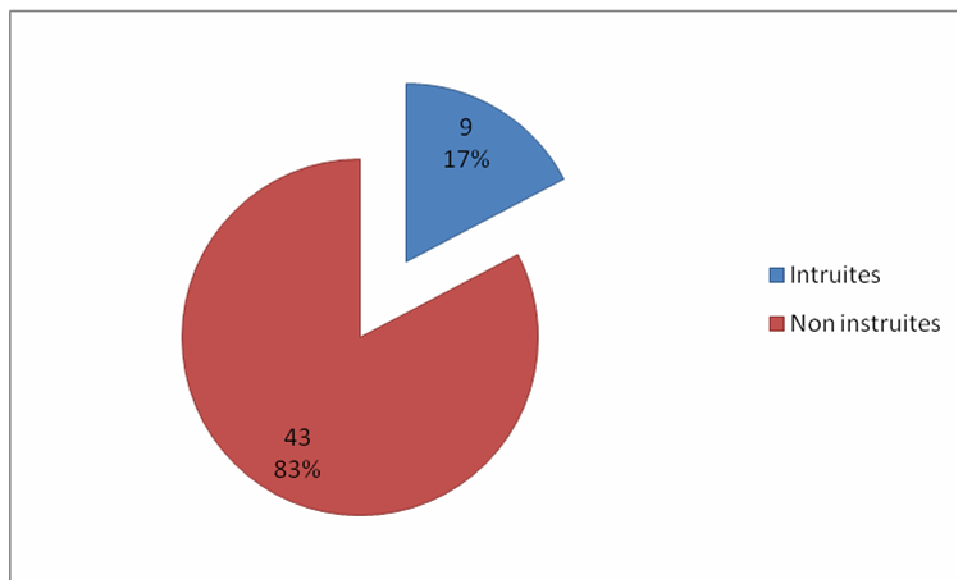
Ce sont des mères ménagères dans 84,6% des cas

Graphique 3 : répartition des patientes selon le niveau d'instruction du père



13% des pères étaient instruits

Graphique 4 : répartition des patientes selon le niveau d'instruction de la mère



83% des mères étaient non instruites

Tableau 5 : répartition des patientes selon la résidence des parents

Résidence	Effectifs	Pourcentage (%)
Famorila	3	5,8
Cinzana gare	14	26,9
Ségou ville	8	15,4
Nonogo	7	13,5
Boussin	11	21,2
Fatinè	9	17,2
Total	52	100

26,9% des parents de nos patientes résident à Cinzana gare

Tableau 4 : répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage (%)
Référée	30	57,7
Evacuée	22	42,3
Total	52	100

57,7% de nos patientes ont été référées

Le motif de consultation :

Tableau 5 : répartition des patientes selon le motif de consultation :

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage (%)
Algies pelviennes + prurit vulvaire	24	46,2
Hémorragie post partum	9	17,2
Travail prolongé	8	15,4
Rétention aigue d'urine	5	9,6
Incontinence urinaire post partum	3	5,8
Kyste vulvaire	3	5,8
TOTAL	52	100

Une notion d'algie pelvienne associée au prurit vulvaire était retrouvée chez 24 de nos patientes soit 46,2%.

Le diagnostic

Tableau 6: répartition des patientes selon le type d'excision :

Type d'excision	Fréquence	Pourcentage (%)
Type II :	28	53,8
Type III :	24	46,2
TOTAL	52	100

53,8% de nos patientes présentaient une MGF de type II.

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

Types III : Excision partielle ou totale des petites lèvres, des grandes lèvres et suture rétrécissement de l'orifice vaginal (Infibulation).

Les complications :

Tableau 7 : répartition des patientes selon les complications à court et moyen terme :

Complications à court et moyen terme	Effectifs	Pourcentage (%)
Infections génitales à répétition	24	80
Rétention aigue d'urine	3	10
Incontinence urinaire à l'effort	3	10
TOTAL	30	100

Les infections génitales à répétition ont été les complications à court et moyen terme les plus fréquentes avec 80%.

Tableau 8 : répartition des patientes en fonction des complications à long terme :

Complications	Types	Effectifs (%)	Pourcentage
	Algies pelviennes chroniques	8	15,4
Gynécologiques	Infections génitales	6	11,5
	Dyspareunie	4	7,7
	Dysménorrhée	2	3,8
	Kyste vulvaire	3	5,8
Urologiques	FVV	5	9,6
	Incontinence à l'effort	1	2
	Déchirures périnéales simples	8	15,4
Obstétricales	Déchirures périnéales compliquées	7	13,5
	Déchirure périnéale complète	5	9,6
	Difficulté d'expulsion	3	5,7
	TOTAL		52

Les déchirures périnéales et les algies pelviennes chroniques ont constitué les principales complications à long terme avec respectivement 38,5% et 15,4%.

Les examens complémentaires demandés :

Tableau 9 : répartition des patientes en fonction des examens complémentaires demandés :

Examens complémentaires	Effectifs	Pourcentage (%)
NFS+GR	26	50,0
GR+HB	8	15,4
Creat+glyc+NFS+GR	5	9,6
NFS+GR+glyc	3	5,8
GR	2	3,8
Creat+glyc+NFS	1	1,9
Creat+glyc+NFS+GR+TC+TS	1	1,9
GR+HB+glyc	1	1,9
NFS	1	1,9
NFS+glyc	1	1,9
NFS+GR+glyc+TC+TS	1	1,9
TOTAL	52	100

26 cas de demande de NFS+GR soit 50%

La prise en charge chirurgicale

Tableau 10 : répartition des patientes selon la nature de l'intervention chirurgicale.

Examens complémentaires	Effectifs	Pourcentage (%)
--------------------------------	------------------	------------------------

Désinfibulation	24	46,2
Périnéorraphie	20	38,5
Fistulorraphie	5	9,6
Kystéctomie	3	5,7
TOTAL	52	100

46,2% de nos patientes ont bénéficié d'une désinfibulation.

Résultats des patientes en fonction du type d'excision pratiqué et des complications observées:

Tableau 11 : répartition des patientes en fonctions du type d'excision pratiqué et les complications obstétricales :

diagnostic	Complications obstétricales				Total
	Déchirures périnéales simples	Déchirures périnéales compliquées	Déchirures périnéales complètes	Difficulté D'expulsion	
Type 2	8 (35,0)	7 (30,0)	5 (22,0)	0(0,0)	20(87)
Type 3	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(13,0)	3(13)
TOTAL	8 (35,0)	7 (30,0)	5 (22,0)	3(13)	23 (100)

Le chi carré=13,00

Le p-value= 0,01 (< 0,05)

Il existe un lien statistiquement significatif entre les types d'excision pratiqué et les complications obstétricales observées.
(p=0,01)

Tableau 12 : répartition des patientes en fonctions du type d'excision pratiqué et les complications gynécologiques :

Diagnostic	Complications gynécologiques					TOTAL
	dyspareunie	Dysménorhée	Kyste vulvaire	Douleurs pelviennes	Infections	
Type 2	4 (25,0)	1 (6,25)	2 (12,5)	0 (50,0)	1 (6,25)	8(34,8)
Type 3	1(14,3)	1 (14,3)	0 (0,0)	8 (0,0)	5 (71,4)	15(65,2)
TOTAL	5 (21,7)	2 (8,7)	2 (8,7)	8 (34,8)	6 (26,1)	23(100)

Le chi carré=13,007

Le p-value= 0,011 (< 0,05)

Il existe un lien statistiquement significatif entre les types d'excision pratiqués et les complications gynécologiques observées (p=0,01)

Tableau 13: répartition des patientes en fonctions du type d'excision pratiqué et les complications urologiques :

Diagnos- tic	Complications urologiques		
	Incontinence	Fistule vésico- vaginale	TOTAL
Type 2	0(0,0)	1(100)	1(16,7)
Type 3	1(20)	4(80)	5(83,3)
TOTAL	1(16,7)	5(83,3)	6(100)

Le chi carré=14,004

Le p-value= 0,019 (0,05)

Il existe un lien statistiquement significatif entre les types d'excision pratiqué et les complications urologiques observées. (p=0,02)

Tableau 13 : répartition des patientes en fonction de l'âge et du type de complication.

Age	Complications			
	Gynécologiqu es	Obstétrical es	Urologiques	TOTAL
1-14	2 (66,7)	0 (0,0)	1(33,3)	3(5,8)
15-19	9 (33,3)	15 (55,6)	3(11,1)	27(51,9)
20-24	7(50,8)	5(38,5)	1(7,7)	13(25,0)
25 et +	5(55,6)	3(33,3)	1(11,1)	9(17,3)
TOTAL	23 (44,23)	23(44,23)	6(11,54)	52(100)

Les complications, qu'elles soient gynécologiques, obstétricales et urologiques intéressent surtout la tranche d'âge de 15-19 ans.

Résultat du cout de la prise en charge :

Tableau 14: le coût des examens complémentaires

Examens complémentaires	Nombre	PU	PG
Creat+glyc+NFS	1	9700	9700
Creat+glyc+NFS+GR	5	11400	57000
Creat+glyc+NFS+GR+TC+TS	1	11600	11600
GR	2	1700	3400
GR+HB	8	2400	19200
GR+HB+glyc	1	4400	4400
NFS	1	1700	1700
NFS+glyc	1	3700	3700
NFS+GR	26	3400	88400
NFS+GR+glyc	3	5400	16200
NFS+GR+glyc+TC+TS	1	7400	7400
TOTAL	52	62800	222700

Le coût moyen des examens complémentaires est de 4280FCFA avec des extrêmes allant de 1700FCFA à 11600FCFA

Tableau 15 : coût de la prise en charge chirurgicale

Diagnostic	Coût				TOTAL
	Kit+acte anesthésie	Acte chirurgie	Hospital isation	Kit opératoire	
Désinfibulation	15000	5000	0000	28300	48300
Fistulorrhaphie	15000	10000	37000	42000	104000
Périnéorrhaphie	1000	3000	0000	3300	7300

Le coût moyen de la prise en charge chirurgicale est de 53200FCFA avec des extrêmes allant de 7300FCFA à 104000FCFA.

COMMENTAIRES

Rapport-gratuit.com



ET

DISCUSSIONS

Notre étude était prospective, descriptive et transversale portant sur la prise en charge de séquelles liées à l'excision allant du 1^{er} Août 2008 au 31 Mars 2009

Dans la littérature malienne, peu d'études ont été faites sur ce thème. De ce fait nous ne disposons pas assez de référence et de chiffre pour une discussion plus large.

Prévalence

Durant notre étude 3956 patientes étaient admises dans le service du gynéco-obstétrique dont 52 présentant des complications liées à l'excision et qui ont nécessité une prise en charge chirurgicale soit une prévalence de 1,3%. Ce résultat est largement inférieur à celui d'ATJI. F [1] qui a trouvé une prévalence de 5%.

Durant la même période la laparotomie pour rupture utérine représentait 1,3% de la prise en charge chirurgicale dans le service, la GEU 3,9% et la césarienne 4,8%.

Age

La tranche d'âge de 15-19 ans a été la plus fréquente de notre étude avec une fréquence de 46%. Cela peut s'expliquer par l'âge à la puberté.

Ce résultat est proche de celui de Kanté. I et EDS IV Mali qui ont trouvé respectivement 51,1% dans la tranche d'âge de 14-19 [26] et 49,8% dans la tranche d'âge de 15-19 [19].

TOURE. M CIV et AZADEH H. [49] ont trouvé une fréquence légèrement élevée au notre dans la tranche d'âge de 11-25 ans soit 53,8%.

Les différents types d'excision

Le type II et le type III ont dominé notre série avec respectivement 53,8% et 46,2%.

Notre résultat est inférieur à celui de SIDIBE. A et KANTE. I qui ont trouvé respectivement 61,8% [42] et 63,9% [26]. Cependant TOURE. M [48] a trouvé 10% du type III.

Cette disparité entre les taux nationaux pourrait s'expliquer par le fait que notre étude était axée uniquement sur la prise en charge chirurgicale des patientes victime de MGF et que les complications étaient surtout observées dans les types II et III.

Niveau de scolarisation des femmes

Dans notre étude 58% des patientes étaient non scolarisées. Cette fréquence élevée est retrouvée chez FANE. T [21] qui rapportait un taux de 82%. Cependant ATJI. F [1] dans son étude sur les aspects socio-sanitaires sur l'excision rapporte 39,2% de femmes non scolarisées, ce taux est inférieur au notre. L'excision serait l'apanage des femmes non scolarisées.

Fréquence des ethnies

Dans notre étude, les bambaras (44,2%), les Sarakolés (17,3%), les peulhs (11,5%) et les bozo et dogon (1,9%) sont les ethnies les plus représentées par ordre de fréquence décroissante. Dans d'autres études maliennes, les bambaras sont toujours en tête avec pour Sidibé. A 26,1% [42] et pour Kanté. I 34,6% [26]. Ceci explique la prédominance numérique de l'ethnie bambara.

Au Mali l'excision n'est pas seulement pratiquée par les bambara en effet la forte représentativité pourrait s'expliquer par le fait que le bambara soit l'ethnie dominante au Mali.

La profession et le niveau d'instruction des parents

Notre étude a fait ressortir 87% de pères et 83% de mères analphabètes. 42,3% des pères étaient des cultivateurs et 84,6% des mères étaient des ménagères.

Aïssata Sidibé [42] dans une étude pédiatrique avait trouvé 38,5% de pères fonctionnaires et 53% de mères ménagères.

Cette différence s'explique par la population d'étude basée sur un problème de génération. En effet les parents des enfants de moins de 16 ans sont plus jeunes que ceux de notre population d'étude. Une étude réalisée au Burkina Faso avait montré que la fréquence de la pratique des MGF diminue en fonction du degré d'élévation du niveau d'instruction que les parents ont reçu. Ceci pourrait être un élément d'espoir pour l'abandon de cette pratique combien néfaste car le taux de scolarisation est en hausse.

Motif de consultation

Dans notre étude, 24 de nos patientes ont consulté pour les algies pelviennes chroniques + prurit, soit 46,2%.

Cette fréquence est largement supérieure à celle de Fané T [21].

MILLOGO et collaborateurs [32] qui ont trouvé une fréquence de 1,6% dans le service de gynécologie et d'obstétrique du district sanitaire de kossodo (Burkina Faso).

Complications

- **Court et moyen terme**

Nous avons enregistré 80% d'infection génitale à répétition.

- **Tardives**

- **Obstétricale**

Ces complications sont surtout dominées par les déchirures périnéales qui se présentent par ordre de décroissant comme suite : simples (40%), compliquées (35%) et complètes (25%), ces résultats sont inférieurs à celui de Traoré. B [50] qui a trouvé respectivement 79,7%, 42,3% et 37,4% par contre Koné. I. O [28] a trouvé des résultats inférieurs au notre avec des valeurs respectives 75,8%, 7,6% et 16,7%.

Cette discordance entre les types de déchirure peut s'expliquer d'une part par le rétrécissement de l'orifice vulvaire lié au type III et d'autre part par la non systématisation de la pratique de l'épisiotomie à la période expulsive du travail d'accouchement chez la primipare.

Il existe un lien statistiquement significatif entre les types d'excision pratiqué et les complications obstétricales observées. (p=0,01)

- **Gynécologique**

Nous avons eu au cours de notre enquête 7,7% des patientes qui présentaient une dyspareunie. Ce résultat est largement inférieur à celui de Touré. M [48] qui a trouvé une fréquence de 23%.

Cela peut également s'expliquer par un rétrécissement de l'orifice vaginal qui rend la pénétration douloureuse lors des coïts.

3,8% de nos patientes ont présenté un tableau de dysménorrhée et notre résultat est largement inférieur à celui de Koné. I. O qui rapportait un taux de 65,3%.

Il existe un lien statistiquement significatif entre les types d'excision pratiqués et les complications gynécologiques observées ($p=0,01$)

- **Urologique**

Les FVV ont représenté 9,6% de notre échantillon.

Ce résultat est supérieur à celui de COULIBALY. M [13] qui a trouvé

2,6% et également à celui de Koné.I.O [28] qui a rapporté un taux de 4,7%.

Les FVV sont surtout observées chez les patientes présentant le type III correspondant à l'infibulation.

Il existe un lien statistiquement significatif entre les types d'excision pratiqué et les complications urologiques observées. ($p=0,02$)

Prise en charge chirurgicale

- **Périnéorrhaphie**

38,5% de nos patientes ont bénéficié d'une périnéorrhaphie. Notre résultat est largement inférieur à celui de CAMARA. N [8] qui rapporte 53%.

- **Désinfibulation**

24 patientes soit 46% de nos patientes ont bénéficié d'une désinfibulation. Ce résultat est superposable à celui de CAMARA. N [8] qui fait 37%.

- **Fistulorrhaphie**

Nous avons eu une fermeture à 100% de la FVV ce résultat supérieur à celui de **COULYBALY. M [13]** qui a eu une fermeture dans 65,7%.

Coût de la prise en charge

- Coût des examens complémentaires

Le coût des examens complémentaires de la prise en charge au cours de notre étude est variable :

- **Le coût moyen est de :** 4280 FCFA (quatre milles deux cents quatre vingt francs)
- **Le coût minimal est de :** 1700FCFA (mille sept cent francs)
- **Le coût maximal est de :** 11600 FCFA (onze milles six cent francs)

- **Coût chirurgical**

Le coût chirurgical de la prise en charge au cours de la même étude a varié :

- **Le coût moyen est de :** 53200FCFA (cinquante trois milles deux cent francs)
- **Le coût minimal est de :** 7300 FCFA (sept milles trois cent francs)
- **Le coût maximal est de :** 104000 FCFA (cent quarante milles francs)

Cette prise en charge a été assurée d'une part par la CROIX ROUGE MALIENNE en collaboration avec la CROIX ROUGE ESPAGNOLE à travers son projet MGF III et d'autre part par L'ONG « IAMANEH MALI » assurant la prise en charge gratuite des fistuleuses.

CONCLUSION ET

RECOMMANDATIONS

Conclusion

Il ressort de notre étude une prévalence de 1,3% ;

Un âge moyen de nos patientes était de 26 ans avec des extrêmes de 1et 45 ans ; une tranche d'âge de 15-19 ans la plus touchée.

Le principal motif de consultation a été les algies pelviennes chroniques + prurit avec une fréquence de 46,2%.

Les complications étaient surtout observées dans le type II et III de l'excision avec respectivement 53,8% et 46,2%.

Les complications obstétricales ont été dominées par les déchirures périnéales avec une fréquence de 38,5%.

Les complications gynécologiques et obstétricales ont dominées notre série avec respectivement 43,2% et 38,5%.

Au plan gynécologique, l'infibulation (46,2%) était au premier rang tandis que les déchirures périnéales dominaient les complications obstétricales (38,5).

Les suites opératoires ont été simples dans l'ensemble.

Le coût moyen de la prise en charge a été estimé à 57480FCFA dont 4200FCFA pour les examens biologiques et 53200FCFA pour (l'acte + kit + l'hospitalisation).

Malgré l'apport de ces deux partenaires, la prise en charge connaît des difficultés liées à l'hébergement de ces patientes après la prise en charge chirurgicale et au manque d'information de la population sur leur existence.

L'excision pratique néfaste aux conséquences multiples demeure un problème de santé publique. Sa lutte passe d'une part par l'éducation et la sensibilisation de la population aux dangers de cette pratique et d'autre part par la prise en charge chirurgicale de ses séquelles.

Recommandations

Aux agents de santé

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

Aux autorités

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

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1- Fatou ATJI

EXCISION : Aspects socio sanitaires au MALI à propos de 1000 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU du Point- G [thèse]. Med Bamako 2006-2007.

2- Au fret S.

Des couteaux contre des femmes. Edition des femmes, Paris ; 1983.

3- ANONYME

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

4- ASSAD F.

Plein feu sur la mutilation sexuelle des femmes

Forum OMS Genève 1982

5- Ballo MB et al.

Enquête démographique et de santé 2001. (EDS/ Mali III). Macro international Inc. Calverton, Maryland USA ; 2001.

6- BANKOLA. R. SANNI et collaborateurs.

<< Les séquelles de la circoncision et de l'excision traditionnelle >>

Médecine d'Afrique Noire ISSN 0465 – 4668 coden MAFNAS

7- CADY JEAN

Anatomie petit bassin et périnée 1998.-179p, 27cm, 75 planche nomenclature anatomie internationale I-III.

8- Camara N.

Les lésions traumatiques au cours de l'accouchement à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou. Thèse de médecine 2009.

9- CENTRE DJOLIBA.

YOUNOUSSA TOURE et collaborateurs.

<< L'excision au Mali : réalités et perspectives de lutte >>
28, 29 et 30 avril 1998 A Bamako.

10- CENTRE DJOLIBA.

<< Quels termes utilisés en matière de lutte contre les mutilations génitales Féminines >>

Du 27 au 31 octobre 1996 à Nyamana – Rapport de session II.

11- Coulibaly S et al.

Rapport de l'enquête démographique et de santé Mali, 1995 – 1996 (EDS/ Mali II). Macro international Inc. calverton, Maryland USA ; 1996.

12- Coulibaly F.

La campagne contre l'excision une analyse des différentes formes [mémoire]. Bamako : ENSUP DER PPP ; 1986 M7.

13- Coulibaly M.

Etude de la fistule vésico-vaginale à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou. Thèse de médecine 2009.

14- Dembélé A.

Quelques Coutumes qui nuisent à la santé de la femme : l'excision, l'infibulation [mémoire]. Bamako : ENSUP DER PPP ; 1985 H1 12.

15- DIALLO HABIBATOU.

<< Aspects socio-sanitaires de l'excision au Mali >>
THESE de L'ENMP 1990 – 27 juillet Doctorat.

16- DIETERLEN GERMAINE

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

17- DIOUF ABDOU (ex – Président de la république du Sénégal) ;

<< Les Mutilations sexuelles féminines >>
Famille et développement N° 59 décembre 1991
<< Epanouissement intégral de la femme est essentiel à la vie de la femme et de la Société >>.

18- Dolo K.

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

19- EDS IV

Cellule de planification et des statistiques du ministère de la santé/direction nationale des statistiques et de l'informatique. International INC, Calverton Maryland USA 2001

20- ERLICH M.

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

21- Fané T.

L'accouchement chez la femme excisée, pronostic materno-foetal [Thèse]. Med Bamako; 2000. n°97.

22- FEU SANKARA THOMAS.

<< Excision est une infériorisation de la femme >> ;
Famille et développement N° 59 décembre 1991.

23- GOUNELLE J.C. et RAOUL Y.

Précis d'anatomie et physiologie humaines
Tome I 2000

24- Groult B.

Les mutilations génitales. In Figaro magazine : mars 1979 : (14).

25- Kaiser E.

Les mutilations génitales féminines et leur abolition,
une lutte africaine.

Neuropsychiatre de l'enfance et de l'adolescence
ISSN 0222 – 9617 Coden Neaddf : FRA, DA 1997.

26- KANTE IBRAHIM

Complications gynéco obstétricales et génito-urinaires liées
à l'excision. Thèse FMPOS Bamako Mali 2001.

27- KINTEGA BOULMA

Les mutilations génitales féminines
Thèse médecine Maroc 2004

28- Koné I O.

Etude des complications gynéco-obstétricales et génito-urinaires
liées à l'excision. Thèse FMPOS Bamako Mali 2001.

29- LAPUJOLADED et collaborateurs.

<< Traumatisme et délire hystérique : à propos d'une
émergence délirante après excision chez une adolescente >>

30- Lefeuvre-Deotte M.

L'excision en procès : un différent culturel ? L'harmattan,
Logiques sociales, Paris ; 1997.

31- LMD Maïga.

Conséquences gynéco-obstétricales de l'excision chez la femme malienne. Document de recherche, Dakar ; 1986 : 61.

32- Millogo et collaborateur

Plastie vulvaire à propos de 3 cas au CHU de Kodosso (Burkina Faso) SAGO 2008 page 223.

33- Mme SIDIBE Kadiatou AOUDA.

<< Lumière sur la vie sexuelle >>
Edition Jamana 1998 Bamako Mali.

34- Omar Mariam TRAORE.

Problématique des fistules vésico-vaginales au Mali. Thèse de Médecine 1991.

35- Oumar DOUMBIA

Fistules vésico-vaginale : Bilan d'activité l'hôpital Sominé Dolo de Mopti de 1993 à 2004. Thèse de Médecine 06-M-124 pages 10 à 24.

36- OMS.

Les pratiques traditionnelles qui nuisent à la santé des femmes et des enfants. Rapport du séminaire de Khartoum, publication n°2, Alexandrie, 1979.

37- OMS -UNICEF - FNUAP.

Mutilations Génitales Féminines 1997.

38- RAULIN-ANNE ETHNO-SOCIOLOGUE

Femme en cause : << Mutilation sexuelle des filles africaines en France Aujourd'hui 1997 (FEM)

39- SAAR YORA.

<< Mutilations sexuelles : le Droit à la différence >>.
Afrique nouvelle N° 1754, 16 au 22 février 1989 PP /
14 - 15.

40- SAMAKE SANATA

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

41- Sangho A.

L'excision en milieu Sonrhaï, analyse des représentations, des attitudes et des justifications [mémoire]. Bamako : ENSUP DER PPP ; 1984 M 11.

42- SIDIBE AÏSSATA

Excision : aspects épidémiologiques, socio culturels et anatomocliniques à propos de 1000 cas. Pédiatrie HGT
Thèse FMPOS Bamako 2004

43- STEPHANGA CLAUDE et ARNAL SOUMARE.

<< Culture traditionnelle africaine et marquage du corps humain >>

Thèse de Doctorat Tome II en 1996 Université TOULOUSE.

44- SYLLA ABDOU.

<< Pratiques mutilantes et féminines, Questions d'esthétiques de la femme africaine >>.

BULLETIN DE L'IFAN série BT 46 N° 3-4 1986 PP 305-342.

45- SYLVIE et ALAIN APPEL BOIM.

<< L'excision, tradition mutilante ou valeur culturelle ? Environnement Africain N° 14-15 vol IV 2-3- 4 1980 PP 177 188.

46- TANGARA ALDJOUMA. 1996

<< L'excision >>. Enquête démographique et de santé au Mali (EDS M.II).

47- TOURE Y, KONE FY.

Une loi contre l'excision au Mali ? Opportunités, Obstacles, stratégies. Centre Djoliba, Bamako ; octobre 1999.

48- TOURE MOUSTAPHA

Excision et santé de la femme, UNFPA Mali décembre 2003

49- TOURE M et AZAD

50- TRAORE B.

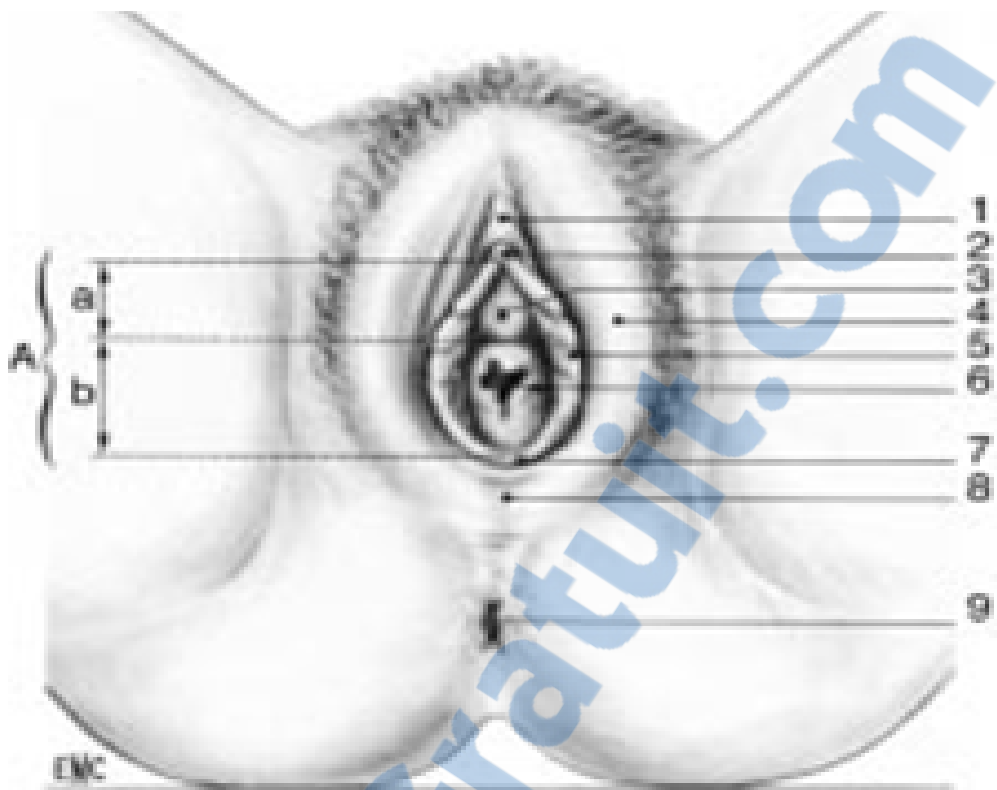
Déchirure des parties molles au cours des accouchements à la maternité du CS réf CVI du district de BKO. Thèse de médecine 2008 M261.

51- UNFM

L'excision, l'avortement, les filles mères, l'infanticide. Rapport final du séminaire à caractère sous régional tenu à Bamako du 21 au 25 janvier, Bamako ; 1985 : p5, 9,23-24.

ANNEXES

Annexe 1



Vulve (position gynécologique).

A : vestibule ; a : vestibule urinaire ; b : vestibule du vagin ;

1 : prépuce du clitoris ; 2 : gland du clitoris ;

2 : ostium externe de l'urètre ;

4: grande lèvre ; 5 : petite lèvre ; 6 : introït vaginal ;

7 : frein des lèvres ;

8 : commissure postérieure des lèvres ; 9 : anus.

Auteur : Cady JEAN

ANNEXE 2

LÉGISLATION INTERNATIONALE

L'article 5 de la Déclaration universelle des droits de l'homme dispose que nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. La convention des Nations unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes définit la « violence contre les femmes » comme englobant notamment « les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme ».

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

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

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

Plusieurs traités adoptés par les Nations unies et l'Organisation de l'unité africaine, dont la convention relative aux droits de l'enfant adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU en 1989, reconnaît la mutilation génitale féminine comme une atteinte aux droits de l'enfant.

Vu l'intérêt croissant que suscite ce thème dans les milieux politiques et dans la société civile de nombreux pays tant européens qu'africains, il a été organisé, le 29 novembre

2000 au Parlement européen à Bruxelles, une journée internationale contre les mutilations génitales féminines.

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

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

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

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

communautaires et des institutions religieuses pour éliminer cette pratique. »

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

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

ANNEXE 3

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

MAPUTO LE 11 JUILLET 2003

ARTICLE 5 : Elimination des pratiques néfastes

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

- a)** Sensibiliser tous les secteurs de la société sur les pratiques néfastes par des campagnes et programmes d'information, d'éducation formelle et informelle et de communication ;

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

ANNEXE 4

Profil : patiente de 29 ans bambara

MDC : kyste vulvaire sur une grossesse de 24SA

Intervention : ablation kyste vulvaire

Opérateurs : Dr Kokaina. C, Dr Donigolo. I et Interne



Avant l'intervention



Kyste dermoïde



Après l'intervention

ANNEXE 5

Profil : patiente de 30 ans bambara

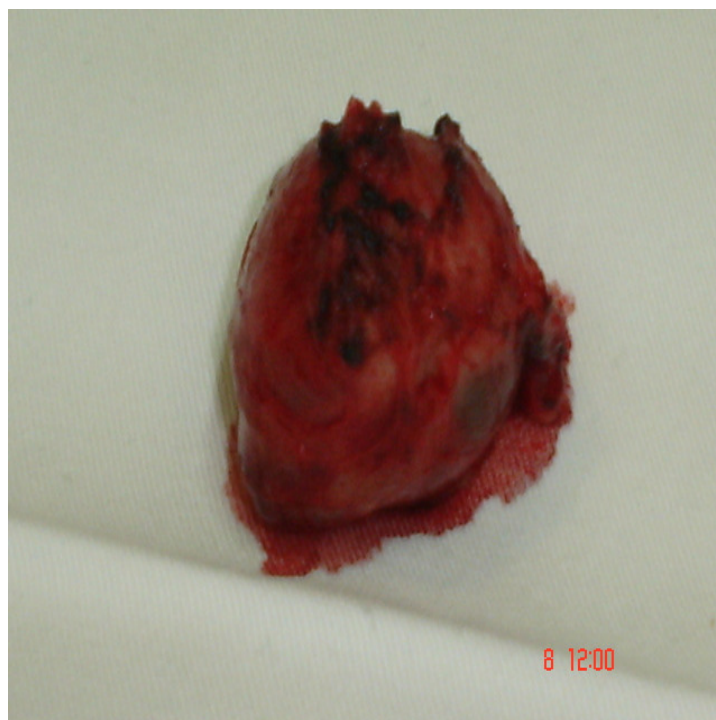
MDC : kyste vulvaire sur une grossesse de 23SA

Intervention : ablation kyste vulvaire

Opérateurs : Dr Kokaina. C, Dr Donigolo. I et Interne Keita. K



Avant l'intervention



Kyste dermoïde



Après l'intervention

ANNEXE 6

Profil : patiente de 27 mois soninké

MDC : Rétention d'urine

Diagnostic : infibulation

Intervention : désinfibulation

Opérateurs : Dr Kokaina. C, Dr Donigolo. I et Interne Keita. K



Avant l'intervention



Le début de l'intervention



La fin de l'intervention

ANNEXE 8

Profil : patiente de 19 ans Bambara

MDC : Hémorragie du post partum

Diagnostic : Déchirure périnéale complète

Intervention : Périnéorraphie

Opérateurs : Dr Kokaina. C, Dr Donigolo. I et Interne Keita. K



Déchirure périnéale complète



Au cours de la réparation



Après la périnéorrhaphie

FICHE D'ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE DE COMPLICATIONS LIEES A L'EXCISION.

I-Caractéristiques socio démographiques

1°) Nom

2°) Prénoms

3°) Age

4°) Ethnies: a) Bambara _\ b) Malinké _\ c) Bozo _\

f) Peulh _\ g) Sarakolé _\

h) Somono _\ i) Autres _\

5°) Niveau de scolarisation

- Niveau supérieur _\

- Niveau secondaire _\

- Niveau primaire _\

- Non scolarisée _\

6°) Instruction des parents (Cochez un seul critère pour chaque cas)

Père 1-Oui 2-Non

Mère 1-Oui 2-Non

7°) Profession des parents

Père :.....

Mère :.....

...

8°) Résidence des parents

Père.....

...

Mère.....

.

Rapport-gratuit.com 

II- Mode d'admission

Evacuée /_/ non évacuée /_/ référée /_/

III- Motif de consultation :

IV- Diagnostic

Type I : Excision du prépuce avec ou sans l'excision partielle ou totale du clitoris.

- Type II : Excision du prépuce et du clitoris et excision partielle ou totale des petites lèvres.
- Type III : Excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture, rétrécissement de l'orifice vaginal (**infibulation**).
- Type IV : Interventions non classées.

IV- Complications

1°) **Immédiates**

- a) Hémorragie _\
- b) Rétention aigue d'urine _\
- c) Fracture et luxation _\
- d) Infections _\
- e) Autres _\

2°) **Tardives**

a) **Obstétricales**

- Travail prolongé _\
- Déchirure périnéale : # simple _\ # compliquée _\ # complète _\
- Hémorragie de la délivrance _\
- Autres

b) Gynécologiques

- Dyspareunie _\
- Dysménorrhée _\
- Infécondité _\
- Douleurs pelviennes chroniques _\
- Autres _\

c) Urologiques

- Fistule utéro-vésicale _\
- Fistule vésico-vaginale _\
- Infections urinaires _\
- Lithiase des voies urinaires _\
- Incontinence urinaire _\
- Autres _\

d) Psycho-sensorielles

- Anxiété _\
- Frigidité _\
- Dépression _\

e) Autres complications

- Kyste dermoïde _\
- Neurinome clitoridien _\
- Chéloïde _\
- Brides _\
- Abscess _\
- Autres _\

V- BILANS

- NFS
- Groupage Rhésus
- TC, RS
- Glycémie
- Créatininémie
- Taux d'hémoglobine

VI- Prise en charge

a) Médicale

- Antibiotique _\
- Antispasmodique _\
- Antifongique _\
- Antibiotique+Antispasmodique _\
- Antibiotique+Antifongique _\

- Antispasmodique+Antifongique _\
- Antibiotique+Antispasmodique+Antifongique _\
- Autres _\

b) Chirurgicale

- Indication chirurgicale
.....
.....
- Suites opératoires
Favorables.....
Compliquées de

VI- coût de la prise en charge

- Examens complémentaires.....
- Médicale.....
.....
.....
- Chirurgical.....
.....

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : KEITA

Prénom : KANDA

Titre : Prise en charge des séquelles liées à l'excision à propos de 52 cas au service de gynécologie obstétrique à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Année de soutenance : 2009-2010

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

Ville de soutenance : BAMAKO

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique, santé publique

Résumé

Notre étude prospective visant à étudier les prises en charge médicales et chirurgicales de séquelles liées à l'excision s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou 01 juillet 2008 au 31 juin 2009 soit 12 mois. Sur 3956 femmes enquêtées, 52 présentaient de séquelles d'excision soit une prévalence de 1,31%.

Deux types d'excision ont été retrouvés dans l'étude source de ses séquelles avec 53,8% de fréquence pour le type II et 46,2% pour le type I. Toutes les ethnies de Ségou sont pratiquement représentées.

Nous avons enregistré des complications : urologiques comme FVV+infections avec une fréquence de 9,6%, obstétricales telles que déchirure périnéale avec une fréquence de 15,4%.

Les suites de nos prise en charge ont été simples mais grâce à la CROIX ROUGE et l'ONG « IAMANEH MALI »

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

MOTS CLEFS : excision, infibulation, complication, prise en charge.

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

