

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES MÈRES RELATIVES A L'EXCISION A BAMAKO

Mothers knowledges, attitudes and practices on female genital mutilation/cutting in Bamako

Dicko-Traoré F¹, Diakité FL¹, Diakité AA¹, Konaté D¹, Keïta JT², Traoré F¹, Togo B¹, Sylla M¹, Sidibé T¹

(1) Service de pédiatrie, CHU Gabriel Touré, Bamako ; (2) Programme National de lutte contre l'excision, Mali

Auteur correspondant : Fatoumata Dicko Traoré, Département de pédiatrie, CHU Gabriel Touré, Bamako, Email : fatdicko@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Au Mali, l'excision est une pratique culturelle dans la société. Malgré les campagnes de sensibilisation, elle toucherait 85% de la population féminine (EDSM IV). Ce travail a été initié pour évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des mères sur l'excision de leurs filles. **Méthode :** Nous avons effectué une étude prospective transversale du 1^{er} juin au 31 juillet 2011, dans le département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré portant les connaissances, les attitudes et les pratiques des mères relatives à l'excision. **Résultats :** Nous avons interrogé 224 mères. La prévalence de l'excision était de 73%. Dans 72,7% des cas, la zone concernée par la mutilation était méconnue de la mère. Les mères pensaient dans 69,6% des cas que l'excision n'avait que des avantages et qu'elle doit être obligatoire (74,6%). L'excision était associée à la tradition pour 65% des mères. Elle serait une obligation religieuse pour 21,4% des mères. Plus de la moitié des filles était excisée avant leur première année (76,3%) et 26,3% dans la période néonatale. La majorité des mères étaient contre une loi interdisant la pratique de l'excision (54%). Sur 100, 95 mères affirmaient qu'elles renouvelleraient l'expérience de l'excision. **Conclusion :** l'excision reste une pratique bien ancrée. Les politiques de lutte contre l'excision se heurtent ainsi à des croyances très profondes. **Mots clés :** Excision, Connaissances, Attitudes, Pratiques, Bamako.

SUMMARY

Aim: In Mali society, circumcision is a cultural practice affecting nearly 85% of the female population (EDS IV). This study was initiated to assess the knowledges, attitudes and practices of mothers about female genital mutilation (FGM). **Patients and method:** we conducted a prospective study among mothers of girls hospitalized between June 1 and July 31, 2011, in the Department of Pediatrics of the teaching hospital of Gabriel Touré, Bamako. **Results:** The prevalence of cutting was 73% (224 of 305). In 72.7% of cases, the area affected by the mutilation was unknown by the mother. Seventy percent (70%) of mothers found that FGM was only beneficial and should even be mandatory (74.6%). Excision was associated with tradition and religious obligation for 65%, and 21.4% of mothers, respectively. More than half of the girls were circumcised before their first year (76.3%) and 26.3% in the neonatal period. The majority of mothers were against a law banning the practice of FGM (54%). Ninety five percent of mothers reported that they would renew the experience of FGM. **Conclusion:** FGM remains a well-established practice in Mali. Policies to fight against female genital mutilation are faced to very deep beliefs. **Keywords:** female genital mutilation/cutting, Knowledges, Attitudes, Practices, Bamako.

INTRODUCTION

L'excision ou mutilation sexuelle féminine (MGF) est définie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme l'ablation du clitoris et/ou des lèvres ou toute intervention sur le sexe féminin pour des buts non thérapeutiques [1]. Dans le monde, 130 millions de femmes sont excisées [2]. Et toutes les 15 secondes, une petite fille subit le même sort [2]. Ces pratiques ont été signalées dans au moins 28 pays africains, ainsi que chez certaines populations de l'Asie du Sud-est (Indonésie, Malaisie) et certains immigrants originaires de ces pays et régions vivant en Europe, en Amérique du Nord et en Australie [3,4].

Au cours de la dernière décennie du 20^e siècle, la question des mutilations génitales féminines a suscité de nombreux débats. Parmi ceux-ci, la session extraordinaire des Nations unies consacrée aux enfants en 2003 à Addis-Abeba s'était fixée comme objectif, avec l'approbation

de 69 chefs d'Etat et de gouvernement et de 190 délégations nationales de haut niveau, de mettre fin aux mutilations génitales d'ici 2010 [6]. L'excision est illégale dans la plupart des pays du monde. Les pays démocratiques interdisent formellement l'excision au nom du respect des Droits de l'homme, du respect de la personne humaine et de la protection de l'enfance [9, 10].

Ces mutilations sexuelles féminines sont presque toujours pratiquées sur des mineures et constituent par conséquent une violation des droits de l'enfant [11].

L'excision est une pratique culturelle de la société malienne. Sa prévalence reste élevée. Elle est respectivement de 84,5% et 85%, selon l'enquête nationale sur l'excision en 2009 et l'EDSM IV, dont 54 % des mutilations sont pratiquées avant la première année de l'enfant [12,13]. Le Gouvernement malien, tout en admettant la nécessité d'adopter une loi

interdisant et réprimant les mutilations génitales féminines, a privilégié la sensibilisation et l'éducation des populations à l'adoption de mesures répressives dont l'application sur le terrain ne sera garantie sans l'adhésion de l'ensemble des composantes de la société [14].

C'est dans le but d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des mères sur l'excision que nous avons entrepris cette étude.

PATIENTS ET METHODE

Nous avons réalisé une étude transversale portant sur les connaissances, attitudes et pratiques relatives à l'excision des mères des filles de 0-15 ans excisées et hospitalisées entre le 1^{er} juin et le 31 juillet 2011, dans le département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de Bamako-Mali. Après acquisition du consentement des parents et l'assentiment des filles de plus de 10 ans, nous avons procédé à l'examen des organes génitaux externes des filles hospitalisées. Un questionnaire a ensuite été administré aux mères des filles présentant les signes de mutilation génitale. Les variables étudiées ont été les caractéristiques des mères (âge, profession, niveau d'instruction, religion), les avantages présumés de l'excision, la connaissance des parties génitales mutilées, l'âge au moment de l'excision, l'acteur de l'excision, l'opinion sur une loi contre l'excision. La saisie et l'analyse des données ont été faites sur SPSS 12.0 Windows.

RESULTATS

Durant la période d'étude, 351 filles sur 798 enfants ont été hospitalisées. Parmi elles, 305 ont été examinées. Une mutilation génitale a été retrouvée chez 224 filles soit une prévalence de 73%. Le nombre de mères enquêtées est représenté sur la figure 1.

Caractéristiques des parents : Les mères des filles excisées étaient dans la plupart des cas non instruites (55,8%) et femmes au foyer dans 86,6% des cas. Les pères des filles n'avaient reçu aucune instruction dans 41,5%, et 26,8% avaient un niveau secondaire ou supérieur. Les musulmans représentaient la quasi-totalité de l'échantillon (99,6%). Les caractéristiques des parents sont reportées dans le tableau I.

Connaissances des mères sur l'excision : Dans 72,7% des cas, la zone concernée par la mutilation était méconnue de la mère. Les mères pensaient dans 69,6% des cas que l'excision n'avait que des avantages (Tableau II). Parmi les avantages évoqués il y avait: la maîtrise de la sexualité (40,7%), la facilitation de l'accouchement (23,7%) et la participation à la bonne hygiène de la femme (16%). Le caractère obligatoire de l'excision a été évoqué par 74,6% des mères. Elle serait un devoir religieux pour 21,4% d'entre elles. L'excision

était associée à la tradition pour 65,1% des femmes interrogées.

Attitudes et pratiques relatives à l'excision : Plus de la moitié des filles ont été excisées avant leur première année (76,3%) et 26,3% pendant la période néonatale. L'âge moyen à l'excision était de 8 mois avec des extrêmes de 3 jours et 7 ans. Dans 48,2% des cas, la décision de l'excision provenait de la grand-mère ; l'initiative était maternelle dans 28,6% des cas. La mutilation a été faite par une exciseuse traditionnelle pour 93,3% des filles. Le personnel de santé a pratiqué l'excision dans 15 cas (6,7%). Les mères estimaient dans 56,8% des cas que la saison froide est la période idéale pour la pratique.

La majorité des mères étaient contre une loi interdisant la pratique de l'excision (54%). Quatre vingt quinze pour cent des mères affirmaient qu'elles renouvelleraient l'expérience de l'excision (Tableau III).

DISCUSSION

Prévalence : La prévalence de 73% est en dessous de celles de l'enquête nationale de l'EDS IV qui sont respectivement 84% et 85% [12, 13]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'hôpital constitue un milieu sélectif alors que l'EDS IV en plus du caractère national a procédé par interrogatoire de la population générale. Cette prévalence de l'excision est superposable à celle de la Mauritanie qui était de 72% et en dessous de celle de la Sierra-Leone et de la Guinée [5] qui étaient respectivement à 94 % et 85%. Mais elle est plus élevée que celle du Sénégal qui était de 20% et du Niger inférieure à 6% [5].

Connaissances sur l'excision : L'excision est définie comme toutes les interventions qui altèrent ou lèsent intentionnellement les organes génitaux externes de la femme pour des raisons non médicales [1]. Dans notre contexte si toutes les mères savent qu'il s'agit en effet d'une mutilation, 72,7 % n'avait aucune idée de la partie de l'appareil génital concernée par l'excision. Cette mauvaise connaissance des mères de la zone anatomique mutilée pourrait s'expliquer par le caractère tabou et honteux de l'excision. Selon l'OMS [15], il existe quatre types de mutilations sexuelles féminines : type I (excision du prépuce avec ou sans excision de la totalité ou d'une partie du clitoris), type II (Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres, type III (Excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et suture de l'ouverture vaginale ; c'est l'infibulation), type IV (Perçement ou incision du clitoris et/ou des lèvres, étirement du clitoris et/ou des lèvres, cautérisation du clitoris et/ou des tissus environnants, incision du vagin, introduction de substances corrosives dans le vagin pour le resserrer). Le

type II semble être le plus pratiqué à travers le monde [15] et au Mali [16]. Cependant, selon la dernière enquête du Programme National de Lutte contre l'Excision, la clitoridectomie (type I) devient de plus en plus fréquente [12]. Ce retour à une mutilation moins importante s'expliquerait par les campagnes incessantes de sensibilisation [12]. En faveur du type I, certains soutiendraient qu'il correspond à la "sunna" qui signifie "tradition" dans beaucoup de sociétés musulmanes renvoyant ainsi à un devoir religieux [16]. Les mères pensaient dans 69,6% des cas que l'excision n'avait que des avantages. Elle entraînerait la maîtrise de la sexualité par la diminution de l'appétit sexuel de la femme, faciliterait l'accouchement et rendrait la femme propre. Les mêmes avantages sont évoqués dans plusieurs études réalisées au Mali [12,13]. Dans notre société, l'excision serait garante d'une vie chaste, éviterait l'adultère à la femme et assurerait la virginité de la jeune fille jusqu'au mariage [4]. Les avantages seuls ne justifient pas la perpétuation de la pratique. En effet, la majorité (74,6%) a insisté sur son caractère obligatoire. Il s'agit d'une exigence islamique pour 21,4% des mères. Sipsma HL [5] pense que l'islam est un facteur de risque favorisant la pratique de l'excision. Pourtant au Mali, la population du Nord, région très fortement islamisée, se réclame à la fois bons musulmans et opposés à l'excision. En effet, la pratique est quasi inexistante chez les Sonhaï et très peu répandue chez les Maures et les Touareg [16]. Il semble que la religion islamique n'a ni produit, ni imposé ce rite mais qu'elle ne s'y est pas opposée. D'autres religions par ailleurs – le christianisme en particulier – l'ont longtemps tolérée. Elle persiste chez les chrétiens coptes d'Égypte et d'Éthiopie sans que les prêtres s'y opposent [16]. Par ailleurs, les mutilations génitales féminines continuent parce que la population la rattacherait aux exigences de la tradition et pense qu'elle ne peut donc pas s'y déroger [4]. Cependant, au Mali, seulement 35,7% des femmes connaissent les conséquences immédiates de l'excision et 22% celles à long terme [12]. L'excision favoriserait la position de la femme au sein de son foyer et même la naissance d'enfants « bénis » [4]. La pression familiale joue un rôle important : les belles-mères issues d'ethnies qui pratiquent l'excision n'acceptent pas une fille non excisée au sein de la famille ; elles la jugent impure et refusent qu'elle prépare les repas. Elle est la risée des autres membres et doit supporter les quolibets des coépouses [4].

Ces résultats montrent que beaucoup reste à faire dans la lutte pour l'abandon de l'excision.

Attitudes et pratiques relatives à l'excision :

La moyenne d'âge au moment de l'excision était de 8 mois dans notre série.

Traditionnellement, l'excision reposait sur des bases symboliques et était réalisée selon des rites initiatiques, variables d'un groupe ethnique à l'autre [17]. Elle était pratiquée sur des jeunes filles qui étaient récluses dans une case aux abords du village et cette retraite était mise à profit pour acquérir l'éducation nécessaire à leur vie de femme et d'épouse [18]. Elle était loin d'être considérée comme une mutilation car remplissait une fonction sociale en l'absence de toute structure éducative formelle permettant ainsi aux jeunes filles d'entrer dans le monde des adultes [18]. Au Mali, il n'y a pas d'homogénéité dans la pratique ; pendant que les bambaras excisent à l'âge prépubertaire, les peulhs le font chez les nouveau-nés [12].

En milieu urbain, en plus du rajeunissement des enfants excisés, on note une disparition des rites accompagnant l'acte [12, 16]. Les raisons évoquées sont les recommandations religieuses, la discrétion, la faible perception de la douleur chez le nouveau-né, l'éviction des dépenses engendrées par les cérémonies, le contrôle de la sexualité « à temps » [12]. L'âge idéal pour l'excision reste encore un sujet de controverse entre les exciseuses, les populations et les leaders religieux [12,16].

Dans 48,2% des cas, la décision de l'excision provenait de la grand-mère. L'initiative était maternelle dans 28,6% des cas. Cette prise de décision par les femmes est constatée dans tous les milieux urbains au Mali [12]. Dans notre série, les mères estimaient dans 56,8% des cas que la saison froide est la période idéale pour la pratique. Ceci serait probablement en rapport avec l'inconfort supplémentaire en période de chaleur. Ces résultats sont loin des concepts traditionnels de l'excision. En effet, en milieu rural, c'est le chef de village qui décide du jour "en fonction du temps, de la position de la lune, et des jours favorables appelés « jours du sang »" [16]. Dans certaines traditions, une étoile spécifique indique les années favorables [12,16]. Le jeudi serait le jour idéal dans certaines cultures [12,16]. Le personnel de santé a pratiqué l'excision dans 6,7% des cas. Bien que les exciseuses traditionnelles restent les principales actrices de l'excision, les médecins, infirmières et sage-femmes faisaient 9,8% des excisions à Bamako [12]. Dans le but d'éviter la douleur et certaines complications, on assiste à la médicalisation de l'excision [19]. En 2000, en Égypte, 61% des excisions ont été pratiquées par des professionnels de santé [19]. Cela pose un problème éthique, les MGF étant interdites dans de nombreux pays [20]. La médicalisation de l'excision ne prévient pas certaines complications et contribue à perpétuer la pratique [21,22].

Bien que son application soit difficile, de nombreux pays de la sous-région ont adopté

une loi interdisant la pratique de l'excision. Cela n'est pas le cas du Mali où l'accent est plutôt mis sur la sensibilisation [12,16]. Dans notre étude, seulement 12,5 % étaient en faveur d'une loi interdisant l'excision. Ces résultats sont comparables à ceux de l'enquête nationale sur le phénomène d'excision au Mali qui avait trouvé que 43,2 % des mères sont contre une loi interdisant la pratique, 32,9 % sont pour et 23,9 % n'ont pas d'opinion [12]. Ces résultats montrent actuellement des tendances négatives pour une loi contre la pratique de l'excision d'où la nécessité d'un vaste dialogue social afin de rallier une majorité de la population à la nécessité d'une loi pour promouvoir l'abandon de l'excision. Même en France et en Angleterre, après l'adoption de la loi contre l'excision, un délai de dix ans avait été prévu afin de permettre une sensibilisation des immigrés [16].

CONCLUSION

La citation d'Amadou Hampaté Bâ permet de bien illustrer la pratique de l'excision de notre société « **Il y a des pratiques que nos ancêtres eux-mêmes s'ils revenaient à la vie trouveraient caduques et dépassées** ». Notre travail prouve que même en milieu urbain, l'excision reste une pratique bien ancrée. Même s'il semble évident que l'excision est une pratique condamnable, elle constitue un problème socio-culturel complexe, où les femmes sont victimes et actrices. Ce rite réalise une norme identitaire, une convention sociale qui attribue à la femme un statut dans un ensemble très hiérarchisé [20,22]. Cette forte pression sociale explique l'ampleur du phénomène et les difficultés d'éradication.

REFERENCES

[1] **Organisation Mondiale de la Santé.** Female Genital Mutilation: Report of a Technical Working Group. Genève : OMS, 1996.

[2] **Trechsel S., Schlauri R.** Les mutilations génitales féminines en Suisse. UNICEF Suisse, Zurich 2004.

[3] **UNICEF.** Fiche d'information : Mutilations génitales féminines/Excision, déclaration commune de l'OMS/FNUAP/UNICEF 1997 p3.3 Ibid.

[4] **Fofana PH.** Mutilation génitales féminines. Archive, Juillet 2000. 3w.arts.awa.edu.au/AFLIF/MGF.html.

[5] **Sipsma HL., Chen PG., Ofori-Atta A., Ilozumba UO., Karfo H., Bradley EH.** Female genital cutting: current practices and beliefs in western Africa. Bull World Health Organ vol. 90 no. 2 Geneva Feb. 2012.

[6] **Najat M'Jid.** Etude sur les Mutilations génitales féminines au Togo, DGPF, UNFPA, UNICEF, Juillet 2008.

[7] **Bodiang C. K.** La lutte contre les mutilations génitales féminines : Défis et perspectives pour les programmes de santé. Deutsche Gesellschaft für, Novembre 2002.

[8] **Andro A. et Lesclingand.** « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France ». Population et Sociétés, numéro 438, Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques, Octobre 2007.

[9] **Mas E.** Excision et autres mutilations sexuelles dans le monde et au Burkina Faso. French Doctor, 5 juin 2010.

[10] **Déclaration universelle des droits de l'homme**, 10 déc.1948, Doc. A/810 at. 71. 1948 ; <http://www.un.org>. Consulté le 12 Avril 2011.

[11] **Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée le 20 novembre 1989.** Résolution 44/25 de l'Assemblée générale. 44 UN GAOR Supp. N° 49, UN Doc. A/44/49, 2 septembre 1990.

[12] **Schumacher R., Ouédraogo D.** Enquête Nationale sur le Phénomène de l'Excision au Mali: Rapport de synthèse. MPFEF, PNLE, KFW, Déc.2009.

[13] **Siby F., Diop M., Mariko S.** Excision : Enquête démographique et de santé phase VI-Mali. CPS/MS, Macro-International, INC, Clavetons Maryland USA 2006 ; 285-305P.

[14] **Assemblée générale des Nations unies:** conseil des droits de l'homme. A/HRC/8/50/Add.1, 25 août 2008, P2.

[15] **Organisation Mondiale de la Santé :** les mutilations sexuelles féminines-déclaration conjointe OMS/UNICEF/UNFPA, 1997

[16] **Bellas Cabane C.** La coupure. Les identités douloureuses. La dispute 2008, 245p

[17] **Keïta MM.** Le vécu de la douleur par les populations africaines. Archives de pédiatrie 2009;16 :775-776

[18] **Anoma S.** L'excision : données socioculturelles. Archives de pédiatrie 2008 ;15 :p817-p819

[19] **UNICEF Innocenti Research Centre.** Changing harmful social convention: female genital mutilation/cutting. Rapport UNICEF, novembre 2005.

[20] **Bellas Cabane C.** Fondements sociaux de la Mali du XXI^e siècle. Asylon(s) n°1, octobre 2006

[21] **Braddy M, Julia A.** Female genital mutilation; cultural awareness and clinical considerations. J Midwifery and Women Health 2007;52 :158-63

[22] **Gruenbaum E.** The female circumcision controversy: an anthropological perspective. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 2001

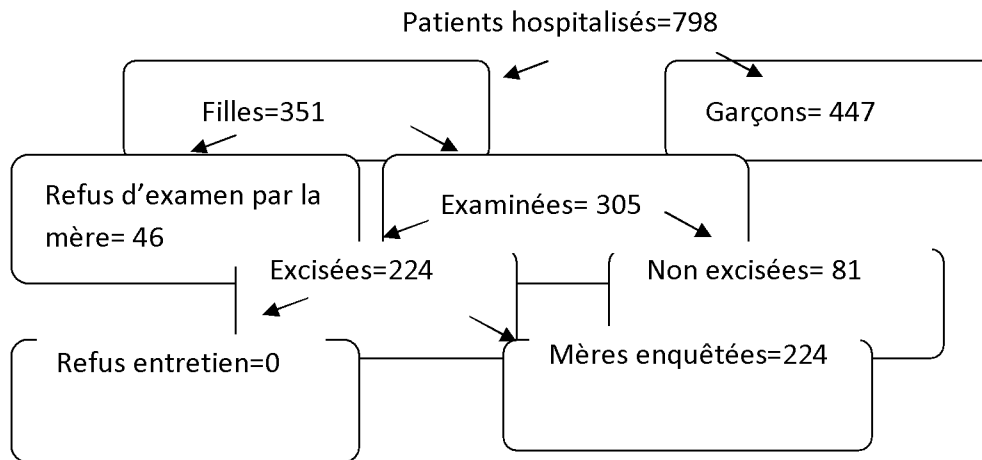


Figure 1 : Sélection des mères enquêtées

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des parents

Caractéristiques sociodémographiques	Effectif	%
Caractéristiques des mères		
Femme au foyer	194	86,6
Aucune instruction	125	55,8
Niveau secondaire et supérieur	23	10,3
Caractéristiques des pères		
Commerçants	66	29,4
Fonctionnaires	53	23,7
Sans instruction	93	41,5
Niveau secondaire et supérieur	50	26,8
Musulman	223	99,6

Tableau II : Connaissances sur l'excision des mères enquêtées au CHU Gabriel Touré de Bamako en 2011

Réponse	Effectif	%
Signification de l'excision		
Ne sait pas	163	72,7
Ablation d'une partie des organes génitaux externes	51	22,8
Avantages évoqués		
Maitrise de la sexualité	63	40,4
Facilite l'accouchement	37	23,7
Fertilité	27	17,3
Meilleure hygiène	25	16
Caractère obligatoire de l'excision		
Oui	167	74,6
Non	42	18,8
Raisons évoquées		
Tradition ou Coutumes	146	65,1
Religion	48	21,4

Tableau III : Attitudes et Pratiques de l'excision chez les mères enquêtées au CHIU Gabriel Touré de Bamako en 2011.

Attitudes et Pratiques de l'excision	Effectif	%
Age au moment de l'excision		
< 1 mois	59	26,3
1 à 11 mois	112	50
Personne décidant de la pratique		
Grand-mère	108	48,2
Mère	64	28,6
Acteur de l'excision		
Exciseuse traditionnelle	209	93,3
Agents de santé	15	6,7
Moment de l'excision		
Saison froide	127	56,8
Toute période de l'année	61	27,2
Opinion sur une loi contre la pratique de l'excision		
Contre	121	54
Pour	28	12,5
Volonté de continuer la pratique		
Oui	213	95,1
Non	8	3,6