

**REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE . UN BUT . UNE FOI**

Etude de l'Efficacité de la Formation du Personnel Socio-sanitaire dans l'Education des Client (e) s sur l'Excision et dans le Traitement de ses Complications au Mali

Population Council

Nafissatou J. DIOP

**Association de Soutien
au Développement des
Activités de Population**

**Fatoumata Traoré
Habibatou Diallo
Ousmane Traoré
Aissa Haidara Touré
Youssouf Diallo**

**Division Santé Familiale
et Communautaire**

**Madina Sangaré
Fatoumata Tandia Keita
Attaher Touré**

Décembre 1998

PERSONNES AYANT CONTRIBUE A L'EXECUTION DE L'ETUDE

Association de Soutien au Développement des Activités de Population

Mme TRAORE Fatoumata TOURE	Présidente de l'ONG ASDAP
Dr. TRAORE Ousmane	Chercheur principal
Dr. SYLLA Habibatou DIALLO	Conseillère à l'intervention
Dr. DIALLO Youssouf	Assistant de recherche
Dr. TOURE Aïssa HAIDARA	Coordinatrice

Population Council Projet RO/AT II en Afrique

Dr. Nafissatou J. DIOP	Associée
------------------------	----------

Division Santé Familiale et Communautaire

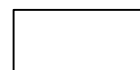
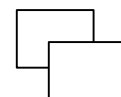
Dr. SANGARE Madina BA	Chef de division
Dr. TANDIA F. D. KEITA	Chargée de la formation et de la statistique
Dr. TOURE Attaher	Chargé de la santé maternelle et infantile

Direction Régionale de la Santé Publique du District de Bamako

Mme DEMBELE Kadia NDIAYE	Superviseur
Dr. TRAORE Fatoumata TRAORE	Chef Division Santé

Direction Régionale de la Santé Publique de Ségou

Mme DIAKITE Djénéba COULIBALY	Chargée du SIS
Dr. MAGASSA Nama	Chargé de la planification



SOMMAIRE

Remerciements	i
Liste des acronymes.....	ii
Liste des tableaux et des graphiques	iii
Summary	iv
I . INTRODUCTION	1
A - Contexte	1
B - Justification de l'étude	2
C - Cadre institutionnel.....	3
II . OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES	4
A - Objectifs.....	4
B - Hypothèses.....	4
III. METHODOLOGIE	5
A - Procédé de recherche	5
B - Activités de l'étude.....	5
C - Echantillonnage et élaboration des instruments de collecte.....	6
D - Collecte des données.....	8
E - Traitement et analyse des données.....	8
F - Limites de l'étude.....	9
IV. DIFFUSION ET UTILISATION	9
V. PRINCIPAUX RESULTATS ET RECOMMANDATIONS	10
A - Présentation de l'échantillon.....	10
B - Profil de l'excision au Mali	12
1. <i>Prévalence et Typologie de l'excision</i>	12
2. <i>Complications observées liées à l'excision</i>	13
3. <i>Complications rapportées par les clientes</i>	14
C - Les prestataires de service.....	15
1. <i>Connaissance des prestataires</i>	15
2. <i>Expérience des prestataires en matière de complication</i>	17
3. <i>Attitudes des prestataires</i>	17
4. <i>Médicalisation de l'excision</i>	18
D - Effets de l'intervention	20
1. <i>Implication du personnel de santé dans la lutte</i>	20
2. <i>L'IEC dans les structures de santé</i>	21
3. <i>Effet de l'intervention sur les clientes</i>	22
CONCLUSION	25
BIBLIOGRAPHIE.....	26

REMERCIEMENTS

Cette étude a été réalisée grâce au partenariat actif : Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité (MSPAS) - Association de Soutien au Développement des activités de Population (ASDAP) – Projet de RO/AT II du Population Council, avec l'appui financier de l'USAID Washington.

Qu'il me soit permis de remercier très sincèrement la Direction Nationale de la Santé Publique à travers la Division Santé Familiale et Communautaire, les Directions Régionales de la Santé Publique du District de Bamako et de Ségou, les centres de Santé de commune/cercle, les CSCOMS/CSAR des sites de l'étude, pour la franche collaboration et l'engagement du personnel socio-sanitaire tout au long de la recherche.

Je félicite également toute l'équipe de l'ASDAP et toutes les personnes ressources qui se sont sérieusement impliqués dans la mise en oeuvre du Projet.

Je remercie particulièrement le personnel de Population Council Dakar, Bamako, Nairobi et New York pour son assistance technique et surtout pour avoir renforcé les capacités de l'ASDAP en matière de Recherche Opérationnelle. Une mention spéciale est faite à Mme Assitan Diallo qui a initié ce projet.

Je saisis la même occasion pour adresser mes vifs remerciements à l'USAID pour son engagement constant à nos côtés pour une amélioration de la qualité des services et l'état de Santé de nos populations.

Je formule le voeu, que les résultats de cette étude puissent contribuer à l'éradication de l'excision.

LA PRESIDENTE DE L'ASDAP

Mme TRAORE Fatoumata TOURE

LISTE DES ACRONYMES

AFEM	:	Association des Femmes Enseignantes du Mali
AGR	:	Activités Génératrices de Revenus
AJM	:	Association des Juristes Maliennes
AMSOPT	:	Association Malienne de Suivi et d'Orientation des Pratiques Traditionnelles
APDF	:	Association pour le Progrès et la Défense des Droits des Femmes
ASDAP	:	Association de Soutien au Développement des Activités de Population
BCR	:	Bureau Central de Recensement
CADEF	:	Comité d'Action pour les Droits de l'Enfant et de la Femme
CAP	:	Connaissances, Attitudes, et Pratiques.
CNA	:	Comité National d'éradication des pratiques néfastes à la santé de la femme et de l'enfant
CNIECS	:	Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé
COFESFA	:	Coopérative de Femmes pour l'Education, la Santé Familiale, et l'Assainissement
COPRAMA	:	Comité National de Lutte Contre les Pratiques Traditionnelles au Mali
CSAR	:	Centre de Santé d'Arrondissement Revitalisé
CSCOM	:	Centre de Santé Communautaire
CSREF	:	Centre de Santé de Référence
DNSP	:	Direction Nationale de la Santé Publique
DRSP	:	Direction Régionale de la Santé Publique
DSFC	:	Division de la Santé Familiale et Communautaire
EIPC	:	Ecole des Infirmiers du Premier Cycle
FMPOS	:	Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie
ENTS	:	Ecole Nationale des Techniciens Supérieurs
ESS	:	Ecole Secondaire de la Santé
FRV	:	Fistule Recto-vaginale
FVV	:	Fistule Vésico-vaginale
IEC	:	Information, Education, Communication
MPFEF	:	Ministère de la Promotion de la Femme de l'enfant et de la Famille
MSPAS	:	Ministère de la Santé des Personnes Agées et de la solidarité
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non-Gouvernementale
PATH	:	Program for Appropriate Technology in Health
PPS	:	Point de Prestation de Services
RAINBO	:	Le Réseau de Recherche, d'Action, et d'Information pour l'Intégrité Corporelle des Femmes



LISTE DES TABLEAUX

ii

Tableau 1:		
Répartition des services socio-sanitaire de l'étude selon le lieu		P. 7
Tableau 2:		
Répartition des services socio-sanitaires selon le type et le site de l'étude		P. 10

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 :	Répartition des clientes observées selon l'ethnie	P. 11
Graphique 2 :	Répartition des clientes excisées selon d'opération	P. 12
Graphique 3 :	Types d'excision des clientes observées selon l'ethnie	
P. 13		
Graphique 4 :	Déroulement de l'accouchement selon le statut d'excision	P. 13
Graphique 5 :	Connaissance des complications tardives par les prestataires des sites expérimentaux	P. 15
Graphique 6 :	Répartition des prestataires ayant eu à faire face à 1 complication	P. 17
Graphique 7 :	Opinion des prestataires sur les moeurs légères des filles non excisées	P. 17
Graphique 8 :	Médicalisation de l'excision au Mali.	P. 18
Graphique 9 :	Excision ne représente pas de risque si pratiqué dans un environnement hygienique	P. 19
Graphique 10:	Vision des prestataires de leur role dans la lutte contre l'excision.	P. 20
Graphique 11 :	Répartition des services socio-sanitaires selon l'existence de matériel IEC	P. 21
Graphique 12 :	Répartition des services socio-sanitaires selon la tenue de counseling au cours des consultations	P. 22
Graphique 13 :	Opinion des femmes sur le risque pour la santé si l'excision est pratiquée dans un environnement hygiénique	P. 23

EXECUTIVE SUMMARY

This study was conducted by the Association de Soutien au Développement des Activités de Population (ASDAP) and the Division de la Santé Familiale et Communautaire (DSFC) of the Ministry of Health in Bamako and Ségou regions. The Population Council's Africa OR/TA II project provided technical assistance throughout the study.

Introduction: Activities aimed at reducing the practice of Female Genital Cutting (FGC) in Mali have mostly been geared towards raising awareness among population sub-groups: women, opinion leaders, etc. In particular, the conversion of traditional circumcisors into agents for behavior change and encouraging them to change their occupation to other income-generating activities have been tried by many NGOs in Mali. After two decades of campaigning against FGC in Mali, it is time to recognize that the results are not satisfactory when compared to the levels of human and financial investment.

One of the approaches recommended by the World Health Organization (WHO) is to use health personnel in reducing the practice. In addition, WHO has made clear statements against the medicalization of all types of FGC in any health establishment including hospitals or other health centers.

The following characterize the situation in Mali:

- Increasingly, FGC is performed by health personnel and at medical centers at the request of parents who hope to prevent risks of accidents or future health problems;
- The daughters of health professionals are exposed to the same risk of being cut as all other Malian girls;
- The health problems related to FGC and the required care and treatment for women and girls who suffer from subsequent complications, are not covered in the training curriculum of social / health workers.

The Study Objectives are to:

- Increase the knowledge and improve attitudes of clinical personnel on health complications of FGC.
- Reduce the proportion of clinical personnel who are willing to circumcise girls based on requests from the parents.
- Increase the proportion of clients coming to health facilities who receive messages against FGC and who know the associated problems.
- Improve the skills of health personnel in identifying and treating medical complications related to FGC.
- Describe the prevalence of different types of FGC and associated health complications in women who visit health facilities.

Description of the Intervention: The intervention consisted of three main activities. 1) the training of clinic staff in FGC, its health-related complications and in IEC activities; 2) the introduction of FGC IEC activities within health talks at the clinics and during

individual consultations with clients whenever feasible; 3) the supervision of trained health staff.

Research methodology: Four hypotheses were proposed for the study. A quasi-experimental approach was utilized, with observations before and after the intervention at both experimental and control sites.

Sampling:

- Of the 14 health centers included in the study, 8 were experimental and 6 were control sites selected in Bamako District and the “*cercle*” of Bla (Ségou);
- 108 service providers were interviewed pre- and post-intervention to evaluate their knowledge, attitudes and practices;
- 5,390 women were observed during their consultations to collect information on the presence and type of FGC and any associated observable complications;
- 1,633 clients were interviewed following their consultations to evaluate the effect of the IEC activities on their attitudes and knowledge.

The results are summarized in three sections: prevalence and type of FGC; knowledge, attitudes and practices of service providers; and effects of the intervention.

Prevalence, type of FGC and complications related

Prevalence. Ninety-two percent of the clients observed were cut. The prevalence of FGC was high among all the ethnic groups represented in the study. FGC type II, which consists of removal of the clitoris and a part of the labia minor, was the most frequently observed (73%), with type I being found in 21% of the women. Type III (infibulation), which consists of the removal of the clitoris, labia minor and major, followed by re-sewing of the labia minor, was observed in 6% of the women. In Mali, infibulation sometimes involves binding the young girl’s limbs tightly together after the operation to allow for the tissue to join together. In Bobo, Dogon, and Sénoufos/Minianka ethnic groups, Type I was the most prevalent.

Complications during delivery: Many women were observed during delivery. The follow-up of the delivery process led to the observation that normal delivery occurred in a higher proportion of the clients not cut (93%) than in those cut. In fact, tissue tearing was more frequent among circumcised women than in those not cut. Episiotomy and hemorrhage were also more frequent among excised women (16%). Among the women who presented for delivery, 29% of the circumcised women had complications, while only 7% of non-circumcised women had complications. Multivariate analysis confirmed that the probability of having a difficult delivery significantly increased with FGC.

Other complications: Among the 4% of women who have been reported to have other types of complications, the primary complications included vaginal stenosis and keloids.

The results demonstrate that complications are directly related to the severity of FGC - complications were seen in 3% of women with type I, 4% of women with type II and 14% with type III.

Service providers' knowledge, attitudes and practice

The training component of the intervention resulted in a considerable increase in knowledge of FGC. Knowledge that there are at least 3 types of FGC increased from 17% to 76%, the knowledge of at least 3 immediate complications increased from 40% to 86%, and knowledge of subsequent complications from 49% to 72%. There was a clear improvement of service providers' understanding of various aspects of the practice, such as the presence of health risks even with removal of the clitoral hood only and in the most hygienic environment. A slight decrease was also noted regarding the bias against non-excised girls.

The training also resulted in increased numbers of personnel who are able to detect FGC-related complications at the time of delivery. The majority of service providers (54%) had dealt at least once with clients suffering from an immediate complication related to FGC, and 36% had had to refer a client for further treatment due to complications. They had experience with complications, but also felt that their skills were limited in the management of these cases.

The practice of FGC in the medical setting is real; 13% of the personnel interviewed admitted that FGC is being practiced in their health facility, while 4% had actually performed at least one procedure, and 2% stated that they would continue to practice.

Effect of Intervention

IEC given in health centers. Training was given to the service providers because of their potential role in the fight against FGC. They were expected to conduct anti-FGC talks with their clients. After the training, the majority of providers (88%) thought that campaigns against the practice of FGC should be initiated, and 72% thought that their role in such campaigns could be awareness-raising. These percentages increased between the pre- and post-test. However, one notes a significant change after the intervention. Although the proportion of providers who supported anti-FGC campaigns increased, it seems that the proportion of those who were willing to lead the campaigns decreased. This might be explained by the fact that these health agents, after having received training, would be in charge of implementing IEC activities in their facilities. After returning to their regular service, they recognized the difficulty of leading these activities personally.

An inventory of IEC material was undertaken in each of the study sites. This tool allowed the study coordinators to determine the status and availability of IEC material. Information on the education and counseling sessions were held in the sites for one week.

All experimental sites have been supplied with a flip chart, which was developed during this study to facilitate the IEC activities. The majority (96%) of the service providers who used the flip chart said that it enabled them to better communicate messages. Among the service providers questioned, 38% found that the flip chart was not limiting. Among the 63% who did not agree, 56% still found it useful, even though it was limiting. Flip charts were found to be in good condition in all the sites which might be explained by their limited use during counseling sessions.

The education session was only held in two sites. The majority of service providers who carry out these IEC activities have not received training in communication skills. The only communication technique used during the training session was practical role-playing.

It appears that counseling is practiced more in the rural sites than the urban sites. Half of the service providers who had carried out the IEC activities were at ease when the theme of excision was discussed.

Effect of the intervention on clients: In the post-test, only 9% of women interviewed had participated in an education session at the time of their visit. FGC was discussed in half of all health talks.

Only 4% of the clients interviewed had received information on FGC during the study period. The majority of these clients were comfortable with and interested in the subject. Most of the women responded that the explanation given by the service providers during the session was clear and easy to understand. Nearly half of those who had received information on FGC said that they were going to talk to their family and friends. This shows the clients' interest in the issue, especially since we know that 75% of the population interviewed had no prior knowledge of the health repercussions related to FGC.

Recommendations: Several recommendations were made during the national dissemination seminar. Among these recommendations, the MOH retained five for immediate action.

- Introduction of training modules on FGC in social health schools
- Training of all active health personnel on FGC by integrating the module into the in-service reproductive health training program
- Development of a strategy for informing youth of the problems associated with FGC.
- The distribution of a Ministry decree forbidding the practice of FGC in health clinics, and the proposition of a law banning the practice altogether.
- Undertake operations research to improve the quality and effectiveness of IEC in health facilities.

I . INTRODUCTION

A. Contexte

Le Mali est un pays enclavé qui connaît du nord au sud plusieurs zones climatiques: saharienne, soudanienne et soudano-guinéenne. Il compte 9 364 549 habitants en 1997 selon le Bureau du Recensement et a une densité de 7, 2 habitants au km². Cette densité est très variable selon que l'on se trouve au nord ou au sud; En effet 58% de la population vit sur 8% de la superficie du pays. Cette population compte 51% de femmes parmi lesquelles 39% sont en âge de procréation. Selon l'Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDS / Mali II, 1996), l'excision touche 94% de la population féminine et concerne toutes les régions du pays. Cette pratique est traditionnelle dans les groupes ethniques au Sud du Mali (Bambara, Malinké, Sarakolé et Sénoufo) tandis qu'elle ne concerne qu'une minorité au sein des ethnies Sonrhai, Maures et Tamacheck au nord du pays. Les trois grands groupes religieux du pays (Musulman, Chrétien et Animiste) pratiquent tous l'excision sur plus de 75% de leur population féminine. Seul le niveau d'instruction de la mère et son statut d'excision (mère excisée ou pas) sont réellement des facteurs de différenciation par rapport à la pratique (Tokindang, J. & Diallo, A., 1997).

Les raisons de la pratique sont nombreuses mais c'est la thèse anthropologique qui convient le mieux au contexte malien car l'excision est antérieure à l'avènement de l'islam. Cette thèse diffère selon le groupe ethnique. Chez les ethnies Manding (Bambara, Malinké, Sarakolé) on justifie traditionnellement l'excision par la présence du Wanzo qui symbolise une force néfaste acquise à la naissance et qui siège au niveau du clitoris de la fille. L'opération permet de débarrasser la fille de cet esprit maléfique, d'accroître sa fécondité et d'augmenter la survie de ses futurs enfants. Chez les Dogons, l'être humain est duel par la présence d'une partie mâle chez la fille symbolisée par le clitoris et d'une partie femelle chez l'homme représentée par le prépuce. L'excision permet de débarrasser la fille de sa masculinité. Elle représente aussi la dette de sang envers la terre. La grande majorité des sonrhais ne pratiquent pas l'excision. Les groupes qui excisent justifient sa pratique à la découverte du feu. Celui-ci fut confié à la femme et pour éviter que le feu dont elle est gardienne ne s'éteigne, elle fut purifiée par l'ablation du clitoris. Ces raisons traditionnelles sont les plus évoquées par les femmes pour justifier la poursuite de la pratique, bien que les raisons religieuses soient également citées.

Dans la société malienne, d'autres raisons sont aussi avancées. Du point de vue sociologique, il apparaît qu'une femme non excisée est la risée de ses co-épouses et peut être répudiée par son mari à cause de ce statut. Du point de vue hygiénique et esthétique il semble que les organes génitaux externes de la femme sont vus comme étant sales et laids. Et du point de vue psychosexuel, l'excision permet de diminuer la libido de la femme afin de la rendre fidèle.

A partir de 1980, l'Union Nationale des Femmes du Mali (UNFM) a conduit de vastes campagnes de lutte contre cette pratique (Baumgartner & Cie, 1991). Plusieurs ONG locales telles que l'AMSOPT, l'APDF et l'ASDAP se sont également engagées dans la lutte en adoptant des stratégies diverses: 1) persuader les exciseuses à "déposer les couteaux" (i.e., abandonner la pratique) ; et 2) financer des activités génératrices de revenus pour la réinsertion des exciseuses.

L'ASDAP a focalisé ses actions sur la sensibilisation systématique des communautés dans les villages des régions de Koulikoro et Ségou en utilisant diverses approches. Par exemple, elle a établi des réunions régulières avec les exciseuses, le personnel de santé, les organisations locales et les leaders communautaires pour informer et échanger des opinions sur la prévalence, les conséquences et les changements intervenus dans la pratique de l'excision. Une autre tentative a visé à convaincre les exciseuses à devenir des "agents du changement" dans leurs communautés à travers des discussions de groupes, des visites à domicile et à faire du plaidoyer auprès des unités de prise de décisions au niveau local. Une troisième approche à moyen terme a consisté à promouvoir un soutien financier aux exciseuses à travers un système de prêt pour celles qui se sont engagées à abandonner la pratique de l'excision. Toutefois, cette démarche pédagogique adoptée par l'ASDAP a un coût et nécessite un suivi régulier et constant.

D'autres organisations telles que le CADEF, l'AJM et le Centre Djoliba travaillent surtout sur les droits humains, en soulignant l'aspect "atteinte à l'intégrité corporelle de la femme". La COFESFA et l'AFEM, dont les domaines prioritaires sont la promotion de la femme en matière de santé de la reproduction, l'alphabétisation fonctionnelle et l'hygiène de l'environnement ont aussi contribué à la sensibilisation des populations sur les divers dangers de l'excision.

Le Comité National de lutte contre les Pratiques Traditionnelles au Mali (COPRAMAT) composé par des institutions gouvernementales, politiques et des structures humanitaires telles que la Croix Rouge et le centre Djoliba s'est investi dans la lutte.

Au niveau du gouvernement le Commissariat à la Promotion Féminine (CPF) et la Direction de la Santé Familiale et Communautaire (DSFC) ont défini l'excision comme un important domaine d'intervention pour le pouvoir décisionnel de la femme. Ce soutien du gouvernement pour la réduction de la pratique de l'excision s'est concrétisé par la création du Comité National d'Action (CNA) pour l'éradication de toutes les pratiques néfastes à la santé de la femme et de l'enfant.

Lorsque le CPF a été érigé en Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille en septembre 1997, les actions de lutte ont continué avec l'élaboration d'un plan d'action pour l'abandon de la pratique de l'excision à l'horizon 2008. Il a été conçu en 2 phases quinquennales : 1999-2003 et 2004-2008. La première phase s'est fixée comme objectif principal la réduction de l'excision de 40% au Mali. Elle sera mise en oeuvre sur toute l'étendue du territoire.

Les propositions de loi contre la pratique faite à l'Assemblée Nationale n'ont pas abouti car l'expérience du Soudan ou la coercition a redonné de l'ampleur à la pratique, constitue un exemple qui a inspiré la prudence.

B . Justification de l'étude

Compte tenu du caractère néfaste sur la santé des femmes et des filles qui la subissent, des interventions visant l'éradication de l'excision ont été menées pendant plusieurs années (Toubia, N., 1995). Plus récemment, les conférences du Caire et de Beijing ont largement condamné sa pratique, mettant l'accent sur les droits

fondamentaux des femmes et des filles à ne pas souffrir des mutilations corporelles inutiles. L'OMS a également inscrit l'excision dans ses domaines d'actions prioritaires et a procédé à une analyse approfondie des différentes conséquences et les interventions s'y afférant à travers des sessions de travail d'un groupe d'experts.

Les efforts visant à réduire la pratique de l'excision au Mali ont porté essentiellement sur la sensibilisation de sous-groupes de la population : femmes, leaders d'opinion etc. Néanmoins, après deux décennies de lutte contre l'excision au Mali, force est de reconnaître que les résultats obtenus ne sont pas à la hauteur de l'investissement humain et financier. D'autres approches ont été recommandées.

L'une des approches serait d'impliquer davantage les agents socio-sanitaires dans la lutte contre la pratique. Le personnel de santé est en contact permanent avec toutes les couches sociales et de ce fait il a la possibilité de discuter des repercussions de l'excision sur la santé. Le personnel de santé est aussi chargé d'identifier et de traiter les problèmes médicaux qui résultent de la pratique de l'excision. Ils constituent donc une importante ressource, qui est sous utilisée dans la lutte contre l'excision.

Conformément aux résolutions prises à sa 47ème Assemblée Générale consacrée spécialement au thème de l'excision, l'OMS a recommandé que tout le personnel de santé soit impliqué dans la recherche et la sensibilisation pour l'éradication de cette pratique. Par ailleurs, elle a condamné fermement "la médicalisation des mutilations sexuelles féminines sous toutes leurs formes dans quelque cadre que ce soit, en milieu hospitalier ou dans d'autres établissements de santé". Or, au Mali:

- Il existe une «médicalisation» progressive de l'excision face à la demande de parents qui espèrent se prémunir contre les risques d'accident ou les problèmes de santé futurs en utilisant le personnel de santé et les structures médicales. Les résultats de l'EDS II révèlent que bien que seulement 2% des femmes aient été excisées dans les hôpitaux et autres centres de santé, 5% de leurs filles aînées ont été excisées dans des centres de santé. Bien que les pourcentages de ces cas rapportés soient faibles, les données semblent étayer un accroissement de la tendance à médicaliser l'excision.
- Les filles des professionnels de la santé sont exposées au même risque d'être excisées que toute autre fille malienne.
- Le personnel socio-sanitaire s'est jusque là timidement impliqué dans les nombreux efforts de lutte contre l'excision au Mali. En effet, rares sont les structures de santé qui animent des séances d'I.E.C sur ce thème.
- Les problèmes de santé causés par l'excision et les soins spécifiques nécessaires pour les femmes et les filles qui souffrent des complications dues à cette pratique ne sont pas abordés dans le curriculum de formation des agents socio-sanitaires.

Tous ces éléments ont motivé l'initiation de cette étude dont les résultats serviront à améliorer le niveau de connaissance des prestataires sur l'excision afin qu'ils s'engagent dans la lutte contre cette pratique.

C . Cadre institutionnel

Pour l'exécution de l'étude, un comité de pilotage a été mis sur pied comprenant en plus du personnel de l'étude, des experts nationaux de l'ONG ASDAP, de la Division

II . OBJECTIFS ET HYPOTHESES

A . Objectifs

L'objectif à long terme de l'étude est de contribuer à la réduction de l'excision par une formation du personnel clinique sur le thème de l'excision.

Les objectifs immédiats sont au nombre de cinq.

- Accroître la connaissance et les attitudes du personnel clinique sur les complications sanitaires de l'excision.
- Réduire la proportion du personnel clinique qui est prêt à exciser les filles sur la demande de leurs parents.
- Accroître la proportion de clientes fréquentant les structures de santé qui reçoivent des messages contre la pratique de l'excision et qui connaissent les problèmes de santé qui lui sont liés.
- Améliorer la compétence du personnel de santé à identifier et à traiter les complications médicales de l'excision
- Décrire la prévalence des différents types d'excision et des complications sanitaires chez les femmes qui fréquentent les structures de santé.

B. Hypothèses

Hypothèse 1: Les agents de santé qui ont suivi un cours de formation seront plus informés sur les problèmes de santé liés à l'excision et seront probablement plus enclins à s'opposer à sa pratique que ceux qui n'ont pas suivi un cours de formation.

Hypothèse 2: Les agents de santé qui ont suivi un cours de formation seront peu disposés à accepter d'exciser les filles sur demande de leurs parents que ceux qui n'ont pas suivi un cours de formation.

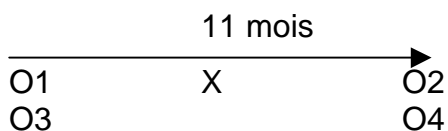
Hypothèse 3: Les clientes qui fréquentent les cliniques où le personnel a été formé dans les activités IEC de lutte contre l'excision auront plus de chance d'entendre des messages contre l'excision et à connaître les problèmes de santé liés à cette pratique que celles qui fréquentent les cliniques où le personnel n'a pas été formé dans les activités IEC de lutte contre l'excision .

Hypothèse 4: Les agents de santé qui ont suivi un cours de formation identifieront plus de complications sanitaires liées à l'excision et auraient une meilleure prise en charge des femmes souffrant de telles complications que les agents qui n'ont pas suivi un cours de formation.

III. METHODOLOGIE

A. Procédé de recherche

Un procédé quasi expérimental a été utilisé pour cette étude, qui a consisté en une observation et une évaluation de départ (pré-test) et une observation et une évaluation à la fin (post-test) tant au niveau des sites d'expérimentation que des sites témoins. L'intervention a eu lieu dans les sites expérimentaux durant 2 mois.



O1 et O3 = Observation et évaluation de départ (pre-test)
X = Intervention
O2 et O4 = Observation et évaluation à la fin (post-test)

B. Activités de l'étude

L'étude a été exécutée en 3 phases: une phase pré-intervention, une phase d'intervention et une phase post-intervention.

Phase de Pré-intervention

Il s'est agi de mener cinq principales activités:

- *Recrutement du personnel de l'étude:* L'équipe de l'étude était constituée de plusieurs personnes: une conseillère à l'intervention et un chercheur principal de l'ONG ASDAP; 2 consultants recrutés au titre de coordinatrice de la recherche et d'assistant de recherche; et 2 personnes de la DSFC.
- *Atelier des experts:* Il s'est tenu au début du mois de mai et a regroupé 3 experts, 2 gynécologues obstétriciens et un spécialiste en communication. Ils étaient chargés de préparer l'atelier de formation des formateurs.
- *Atelier de formation des formateurs:* Il a eu lieu du 8 au 13 juin 1998 et a concerné 8 médecins et 2 sage-femmes de la DSFC, des Directions de Ségou et de Bamako et de l'ONG ASDAP, ainsi que la coordinatrice et l'assistant de recherche. La formation a été assurée par les experts. Cette formation a porté sur plusieurs volets: un rappel anatomique de l'appareil génital féminin, l'excision (définition, raisons de sa pratique, types et complications), l'élaboration du module destiné à la formation du personnel de santé des sites expérimentaux et la programmation de ces sessions de formation.
- *Le matériel IEC:* Une boîte à images a été conçue par les différentes parties concernées par l'étude à l'intention du personnel des structures socio-sanitaires retenues comme sites tests. Elle a été prétestée par le Centre National d'Information d'Education de Communication pour la Santé (CNIECS) auprès des prestataires et des utilisatrices des services.

Phase d' Intervention

Elle comprenait deux activités:

- *Sessions de formation du personnel socio-sanitaire:* Trois sessions ont été animées à Bamako et à Bla par un pool de 2 à 3 formateurs. La formation a porté sur le rappel de l'anatomie de la femme et sur l'excision: son contexte, les raisons de sa pratique, sa prévalence au Mali et dans le monde et surtout les différents types. Un accent particulier a été mis sur les complications et leur prise en charge . Une journée entière a été consacrée à l'utilisation de la boîte à images. Le jeu de rôle a été retenu comme technique de maîtrise du counseling et de la causerie. Les participants ont également été formés au remplissage des fiches cliniques. Au total 59 personnes des huit cliniques expérimentales ont été formées. Ce sont les médecins, les sages-femmes, les infirmiers, les matrones, les aides-soignantes et les techniciens de la santé.
- *Supervision:* Au cours de l'intervention, la supervision a eu lieu régulièrement dans les centres tests aussi bien à Bla qu'à Bamako par des missions conjointes composées par les représentants de la DSFC, de la DRSP et de l'ASDAP. Elle a permis de faire le point sur la formation reçue et le remplissage des fiches cliniques des clientes.

Phase de Post intervention

Durant cette phase, plusieurs activités ont eu lieu simultanément.

- L'interview des prestataires de service des sites expérimentaux ayant reçu la formation et de ceux des sites témoins ayant été interrogés durant la phase de pre-test ;
- L'observation des activités d'IEC dans les sites afin de voir si des causeries sur l'excision étaient tenues et si les prestataires faisaient du counseling; et
- L'interview des utilisatrices des services à la sortie des consultations afin d'évaluer les informations retenues.

C . Echantillonnage et élaboration des instruments de collecte

1 . Choix des sites

L'étude a concerné des structures socio-sanitaires sélectionnées dans le District de Bamako et à Bla (région de Ségou) qui sont respectivement en zone urbaine et rurale. Certains critères ont prévalu dans le choix de ces localités:

- la forte prévalence de l'excision dans ces zones;
- la forte concentration des structures de santé et du personnel spécialisé dans les services de gynéco-obstétriques;
- la capacité des structures de santé à collecter les données cliniques;

- la non expérience précédente en matière d'exécution des activités de lutte contre l'excision.
- Le choix a également tenu compte des différents niveaux de la pyramide sanitaire.
- Ainsi quatorze services socio-sanitaires ont été sélectionnés de manière raisonnée à Bamako et à Bla. Il s'agit de: L'hôpital Gabriel Touré, les centres de référence du quartier Mali et de Bla, les centres de santé des communes VI (Sogoniko) et II (Missira), les CSCOM de Bakodjikoroni, de Sabalibougou, Fani et Bogoni et les CSAR de Falo, Yangasso et Diaramana.

-

Tableau 1: Répartition des services socio-sanitaires de l'étude

Type de services socio-sanitaires	Bamako	Bla
Hôpital Gabriel Touré (HGT)	1	0
Centre de Santé de Commune/Cercle (CSC)		
Centre de Santé de Référence		
Centre de Santé d'Arrondissement Revitalisé (CSAR)		
Centre de Santé Communautaire (CSCOM)		
	2	1
	1	1
	-	3
	4	2
<u>TOTAL</u>	8	6

2 . Choix des prestataires

L'objectif de la formation était d'impliquer tout le personnel de santé de chaque centre pour maximiser les chances de continuité de ces activités de lutte contre l'excision en cas de mobilité du personnel dans d'autres structures. Des contraintes de terrain ont obligé à ne retenir qu'une partie de ce personnel dans chaque site d'intervention. Dans les formations sanitaires, l'étude a porté sur le personnel du service de gynéco-obstétrique, puisqu'il a plus de chance de rencontrer les problèmes relatifs à l'excision. Le personnel de santé au niveau des six structures témoins ont été inclus dans l'étude afin de permettre les comparaisons. En tout 108 agents de santé ont constitué l'échantillon des prestataires.

3 . Choix des clientes

Clientes observées: Pour pouvoir dresser un profil de l'excision au Mali, ainsi que documenter les complications, les femmes qui ont fréquentées les huit sites expérimentaux pendant les trois mois qui ont suivi l'intervention ont été observées. Cette observation a pu être réalisée pour toutes celles qui avaient un examen

gynécologique. Les agents de santé formés pour recueillir ces informations remplissaient pour chaque femme une fiche clinique.

Clientes interviewées: Toutes les femmes qui se sont rendues dans les centres pour des raisons gynéco-obstétriques ou de planification familiale durant la période du post-test ont été interviewées. Une consultation sur cinq a été observée pour voir si la femme avait reçu du counselling sur l'excision.

4 . Instruments de collecte

Quatre types de questionnaires ont été conçus pour les besoins de l'étude.

- *Questionnaire interview des prestataires:* Ce questionnaire a permis de saisir les connaissances, attitudes en matière d'excision et pratique de l'excision en milieu médical, ainsi que le profil socio-démographique des prestataires.
- *Fiche clinique des clientes:* Elle a été développée pour recueillir les informations sur les données socio-démographiques de la cliente, les motifs de consultation, le statut d'excision, les complications éventuelles et le déroulement de l'accouchement si c'est une femme qui vient pour une délivrance.
- *Guide inventaire des services socio-sanitaires:* Elle permet de faire l'inventaire du personnel et du matériel IEC existant dans la structure. Un second volet qui est rempli tout au long du séjour de l'enquêteur permet de saisir l'information sur les activités IEC qui se tiennent dans les différentes unités.
- *Questionnaire interview des clientes:* Il a été traduit en Bamanan pour faciliter son utilisation lors des interviews. Il a été administré aux clientes des sites tests et témoins pour estimer l'impact de la formation des prestataires sur les clientes à travers les activités IEC menées dans le service.

•

D. COLLECTE DES DONNÉES

Le pré-test a été fait au début de chaque session de formation. Le personnel des sites tests a été interviewé au début des sessions de formation avec des questionnaires auto-administrés. Le personnel des sites témoins ont été regroupé dans leurs centres pour ce besoin. Les prestataires ne maîtrisant pas la langue française ont été interviewés.

La collecte des données cliniques sur l'excision a duré 3 mois dans les sites tests avec collecte de façon régulière et réapprovisionnement au cours des supervisions hebdomadaires.

Pour le post-test, cinq enquêtrices ont été recrutées afin de réaliser l'interview des clientes au sortir de la consultation et l'inventaire des structures. Elles ont reçu une formation de 4 jours qui a porté sur l'excision, sur le counseling et surtout sur les techniques d'interview et d'observation. Leur durée de séjour dans chaque site a été de une semaine.

E. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES

Le masque de saisie et la saisie des données ont été réalisés sur EPI-INFO. Les données ont été analysées sur EPI-INFO et SPSS 7.5. Une analyse descriptive, des tests de signification et une analyse multivariée ont été les méthodes utilisées.

F. LIMITES DE L'ÉTUDE

Comme tout travail de recherche l'étude a des limites.

Limites liées à l'échantillonnage: L'idéal pour l'étude était de former tous les agents travaillant dans les sites tests, mais certaines contraintes ont obligé à opérer un choix quant au nombre.

Limites méthodologiques: 1) Certaines questions n'ont pu être exploitées. En effet entre 20 et 65 prestataires n'ont pas voulu répondre lors du post test aux questions relatives à leur pratique en IEC; et 2) des prestataires qui ont participé au prétest, 4 n'ont pas pu être interviewés au post-test à cause de leur mobilité, ce qui explique la différence d'effectif entre les deux phases de l'étude.

Des contraintes au démarrage ont fait basculer la phase de collecte dans la période des pluies. Ceci a rendu difficile la collecte des données en milieu rural car les femmes fréquentent moins les centres de santé pendant cette période.

Limites de l'analyse: L'hypothèse 3 n'a pu être vérifiée du fait du nombre réduit de femmes qui ont reçu de l'IEC dans les structures expérimentales. En effet l'hypothèse avançait que les clientes qui fréquentent les cliniques où le personnel a été formé dans les activités IEC de lutte contre l'excision auront plus de chance d'entendre des messages sur l'excision et de connaître les problèmes de santé qui lui sont liés.

IV. DIFFUSION ET UTILISATION DES RESULTATS

La diffusion a été faite en plusieurs étapes.

Un atelier d'interprétation des données. Il s'est tenu pendant 2 jours et a réuni le comité de pilotage ainsi que des participants de diverses organisations choisies pour leur expertise et leur expérience en matière d'excision. Cet atelier a contribué à enrichir l'analyse et les références bibliographiques et à faire des recommandations.

Un séminaire national. Il a réuni 80 personnes dont les personnes ressources de l'atelier d'interprétation des résultats, les partenaires au développement, les ONG et Associations oeuvrant dans la lutte contre l'excision au Mali, le personnel de santé des sites de l'étude et les organes de presse.

Des séries de dissémination sont prévues à l'intention des agents des services de gynéco-obstétrique et des responsables des écoles de formation médicales au courant

de l'année 1999. Le Ministère de la Santé compte utiliser également les concertations pour disséminer les résultats de l'étude, particulièrement au niveau régional.

Une conférence de fin du projet RO/AT II en Afrique. Les résultats préliminaires ont été présentés aux conférences de Nairobi, Dakar et Washington entre septembre et novembre 1998 devant une importante audience nationale et internationale.

Utilisation des résultats:

Le Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité a intégré le module développé sur l'excision au curricula de formation continue en Santé de la Reproduction.

L'ASDAP a également intégré ce module dans les programmes de formation destinés aux adolescents.

La boîte à image a suscité un vif intérêt chez les professionnels de la santé. Une importante demande a été adressée aux organismes responsables de l'étude qui souhaiteraient la reproduire.

Au séminaire national de dissémination, le Ministère de la Santé s'est engagé à sortir un arrêté Ministériel interdisant la pratique de l'excision en milieu médical.

V . PRINCIPAUX RESULTATS ET RECOMMANDATIONS

A . PRESENTATION DE L'ECHANTILLON

1 . LES SITES

Les sites de l'étude ont été retenus par les Directions Régionales conformément à la politique sectorielle de santé du Mali. Tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont représentés: Hôpital, Centre de Santé de Cercle ou de Commune (CSC), Centre de Santé de Référence (CSREF), Centre de Santé Communautaire (CSCOM) et Centre de Santé d'Arrondissement revitalisé (CSAR). Les sites sont 14 au total dont 6 à Bla en zone rurale et 8 à Bamako en zone urbaine. Ils ont été répartis d'une manière raisonnée en 8 sites expérimentaux et 6 sites témoins. Le plateau minimum d'activités existe dans tous les sites de l'étude.

Tableau 2: Répartition des services socio-sanitaires selon le type

Type de services socio-sanitaires	Témoïn	Expérimental
Hôpital Gabriel Touré (HGT)	0	1
Centre de Santé de Commune/Cercle (CSC)		
Centre de Santé de Référence		
Centre de Santé d'Arrondissement Révitalisé (CSAR)		
Centre de Santé Communautaire (CSCOM)		
	1	1
	0	2
	2	1
	3	3
<u>TOTAL</u>	6	8

2 . LES PRESTATAIRES DE SERVICE

Sur les 108 prestataires de service qui ont été soumis au prétest, 59 travaillent dans les sites tests et 49 dans les sites témoins. Ils ont été sélectionnés parmi le personnel de santé des services de gynéco-obstétrique et de Planification Familiale. Les personnes qui ont reçu la formation étaient de différentes catégories socio-professionnelles: médecins, sage-femmes, infirmiers d'état et du premier cycle, matrones, techniciens de l'Action Sociale et aide- soignantes.

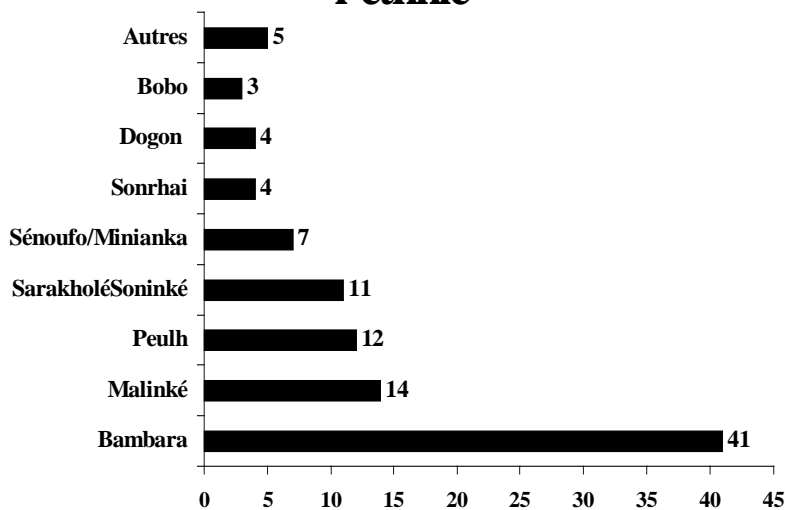
Il apparaît que l'âge moyen des prestataires est de 38 ans. Le plus jeune d'entre eux a 19 ans et le plus âgé a 52 ans. La majorité des prestataires (84%) a déjà contracté une union. On note que 44% de ces unions sont monogamiques, 33% polygamiques et environ 7% de veufs ou divorcés.

Toutes les ethnies du Mali sont représentées dans l'échantillon, mais la plupart des prestataires sont Bambara (34%). Pour ce qui est de la religion, la majorité des prestataires sont de confession musulmane (96%).

3 . LES CLIENTES DE L'ETUDE

Clientes observées : Dans le cadre de l'étude, toutes les clientes venues pour une consultation en gynéco-obstétrique ou en Planification Familiale et ayant eu un examen gynécologique ont été observées dans les sites tests. Des informations sur le type d'opération subie par les femmes, sur les éventuelles complications, sur les antécédents de reproduction et quelques caractéristiques socio-démographiques ont été reportées sur des fiches cliniques.

Graphique 1 Répartition des clientes observées selon l'ethnie



Source: Observation clientes n=5326

Il apparaît que 87 % de ces clientes observées sont mariées dont les 2/3 sous un régime monogamique. Leur nombre moyen d'accouchement est de 3 et le nombre moyen de naissances vivantes est de 2.

Clientes interviewées : Toutes les clientes ayant fréquenté les structures de santé durant la période retenue pour l'évaluation finale ont été interviewées à la sortie de leur consultation. Ainsi 1633 femmes ont répondu à des questions relatives aux services reçus le jour de leur visite.

Dans les sites tests elles ont un âge moyen de 19 ans. La répartition selon le statut matrimonial fait apparaître que 89 % des clientes interviewées sont mariées dont les 2/3 sous un régime monogamique. La majorité des clientes interviewées (45 %) sont Bambara. Les 3/4 vivent en milieu urbain et 95% sont de confession musulmane. Les clientes interviewées dans les sites témoins ont des caractéristiques socio-démographiques qui sont proches de celles des clientes des sites tests. Elles ont un âge moyen de 18 ans et un âge médian de 17 ans. Il apparaît que 87 % sont mariées parmi lesquelles 63 % dans un régime monogamique. Elles sont en majorité Bambara 42% et urbaine à 54%. Elles sont musulmanes à 96 %.

Les clientes des sites tests et des sites témoins ont des indicateurs de fécondité proche. Elles ont le même âge au 1er accouchement 18 ans, le nombre moyen d'enfants vivants est de 3 alors que le nombre moyen d'accouchement est de 4. Le nombre maximum d'accouchement qu'une femme ait eu dans notre échantillon est de 15. Les clientes interviewées des sites tests ont en moyenne 1 fille dont 71% sont excisées.

B. PROFIL DE L'EXCISION

1 . Prévalence et Typologie de l'excision

Ainsi des informations relatives à l'excision ont été recueillies auprès de 5390 femmes. Du fait de l'affluence de clientes dans les structures de santé en milieu urbain, l'échantillon de clientes qui ont pu être observées est 4 fois plus important qu'en milieu rural. En effet 79% des clientes viennent de Bamako et 20% de la zone de Bla dans la région de Ségou. Plusieurs ethnies sont présentes dans cet échantillon avec une majorité de Bambara. Les clientes ont un âge moyen de 27 ans et 50 % d'entre elles ont moins de 24 ans.

Error! Not a valid link.

Les clientes observées sont excisées à 92% . Chez toutes les ethnies majoritaires représentées dans l'étude on a trouvé des femmes excisées.

En milieu rural où l'étude a permis d'observer un échantillon d'enfant, il apparaît que la prévalence de l'excision chez les enfants âgés de 0 à 4 ans est de 35% alors qu'elle atteint 75% chez les enfants âgés entre 5 et 9 ans. Ceci

nous permet de constater que même en milieu rural on observe une tendance à exciser très tôt les enfants.

Concernant le type d'opération subi par les femmes, le type II qui consiste en l'ablation du clitoris et d'une partie des petites lèvres est celui qui a été le plus souvent observé chez les femmes. Des cas d'infibulation, le type III qui consiste en l'ablation du clitoris, des petites et grandes lèvres et à recoudre ces dernières ont été aussi observés même si cela ne touche que 7% **Error! Not a valid link.** des femmes.

Dans toutes les ethnies on retrouve un pourcentage variable de femmes qui avaient subies cette opération. Il faut cependant signaler qu'au Mali la technique de l'infibulation ne consiste pas toujours à recoudre les grandes lèvres. Il s'agit parfois de faire en sorte que la fillette tiennent les jambes serrées pendant une certaine période afin d'obtenir un accollement des tissus après l'opération.

Chez les Bobo, les Dogons et les Sénoufos/Minianka le type I semble être pratiqué dans un plus grand nombre.

2 . Complications observées liées à l'excision

Complications liées à l'accouchement : Un nombre assez important de femmes en train d'accoucher ont été observées. Le suivi du déroulement de l'accouchement a permis de voir que la proportion d'accouchements normal est plus élevée chez les clientes non excisées (93%) que chez celles qui le sont. En effet chez les femmes il a été observé certaines complications plus fréquemment que chez les femmes non excisées: des cas de déchirures, des épisiotomies et des hémorragies (16%). Chez les femmes venues pour accouchement, on a noté que 29% de celles ayant été excisées ont eu une complication comparé à 7% seulement chez les femmes non excisées.

Une analyse multivariée a permis de confirmer que la probabilité d'avoir une difficulté est significativement plus élevée quand on est excisée.

Autres complications : Chez 4% de femmes pour lesquelles on a reporté des complications, d'autres types de problèmes ont été observés. Il s'agit de sténoses vaginales (8%), de chéloïdes (7%) et de saignements (61%).

Les données de l'étude montrent que plus le type d'opération pratiqué est important, plus on observe des complications. En effet chez les femmes ayant eu le type I, c'est 3% de complications qui ont été observées; chez les femmes ayant eu le type II, c'est 4% de complications qui ont été reportées ; et ce pourcentage atteint 14% chez les femmes infibulées.

3 . Complications reportées par les clientes interviewées

Complications physiques. Les femmes fréquentant les quatorze services socio-sanitaires inclus dans l'étude ont été interrogées à la sortie de leurs consultations. Parmi les informations recherchées figurent les questions relatives à leurs expériences personnelles sur des complications éventuelles liées à l'excision.

Un nombre non négligeable de femmes (25%) ont déclaré avoir une expérience de complications dues à l'excision. Pour 12%

Error! Not a valid link.

d'entre elles un cas a eu lieu dans leur entourage, 10% disent que la complication est arrivée dans leur propre famille et 3% affirment que ce sont elles mêmes qui ont vécu la complication. Les complications les plus fréquemment signalées par les clientes sont des accouchements difficiles, des atrésies vaginales, des déchirures, des hémorragies, des incontinenances urinaires, des rétentions d'urine, des hematoclopos et des

décès.

Près de 38% des clientes interrogées ont déclaré avoir eu des difficultés au cours de leurs accouchements. Parmi ces femmes, 25 % ont eu des déchirures du périnée et des épisiotomies, 7 % ont eu une hémorragie, 15 % de femmes ont eu une césarienne et la grande majorité (54 %) ont eu un travail très laborieux.

Lorsque l'on regarde la fréquence des reports de complications, ici également on s'aperçoit que les clientes excisées sont 24 % à avoir reporter une déchirure ou une épisiotomie au cours de leur accouchement contre 9% chez les non excisées.

Complications ayant des effets sur la vie de couple : Les données montrent aussi que 4% des clientes ont reconnu avoir elles-mêmes ou quelqu'un qu'elles connaissent des problèmes psychologiques résultant de l'excision. La grande majorité a déclaré n'avoir aucun problème.

La moitié des clientes interviewées 50% disent que l'excision n'affecte pas la vie du couple. Elles sont 42% à ne pas faire de rapprochement entre certaines difficultés du couple et l'excision. Très peu d'entre elles 8% ont déclaré que l'excision affecte la vie du couple. Celles qui en ont parlé pensent que ces difficultés sont dues aux rapports sexuels rendus difficiles par l'excision et entraînant une dyspareunie. Une incision est souvent nécessaire pour la consommation du mariage et les relations sexuelles deviennent douloureuses car pratiquées sur l'incision. De ce fait cela laisse un mauvais souvenir à la femme pouvant aller jusqu'au dégoût pour les rapports sexuels.

Des femmes ont également souligné qu'étant donné que les hommes préfèrent épouser les femmes excisées, une femme non excisée peut être répudiée par son conjoint. Un état différenciel dans le statut d'excision des co-épouses peut entraîner des conflits perpétuels dans les familles polygames. C'est ainsi qu'il arrive que des femmes mariées demandent à être excisées pour être en conformité avec leur milieu social. Par ailleurs, d'autres femmes pensent qu'étant donné le fait que l'excision entraîne parfois une stérilité et que le mariage a comme raison principale la procréation, la femme devenue stérile peut être divorcée.

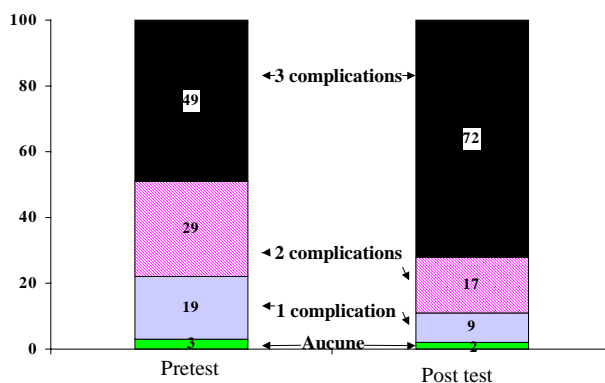
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

- L'ampleur de la pratique de l'excision au Mali, le fait que ce soit le type II qui soit le plus pratiqué et que l'infibulation touche une proportion non négligeable de femmes renforce le fait que l'excision est une problématique importante. Les campagnes de sensibilisation et les autres actions devraient s'intensifier en vue de la baisse de la prévalence de la pratique, mais aussi de la prévalence du type III et II.
- Les informations fiables recueillies par l'observation par le personnel de santé ont permis de mettre en avant les types de complications que les femmes maliennes peuvent expérimenter. Le renforcement des modules de formation de peri-natalité par l'inclusion de ces complications dues à l'excision permettrait une meilleure prise en charge par le personnel de santé des femmes au moment de l'accouchement.

C . LES PRESTATAIRES DE SERVICE

1 . Connaissances des prestataires sur l'excision

Graphique 5
Connaissance des complications tardives par les prestataires des sites expérimentaux



Source: Interview prestataire n= 58

La connaissance des types de complications: L'augmentation de la connaissance des prestataires entre le pre-test et l'évaluation finale est assez remarquable. Chez les prestataires ayant reçu la formation sur l'excision, de 29% qui ne connaissaient aucun type d'excision la proportion est passée à 5%. La connaissance d'au moins 3 types d'excision s'est accrue considérablement entre les 2 phases en passant de 17% à 76%.

Il faut remarquer que dans les sites témoins le niveau de connaissance des types d'excision a également connu une évolution entre le pre-test et le post-test, même si la connaissance reste beaucoup plus basse que dans les sites expérimentaux. De 53% de prestataires qui ne connaissaient aucun type on est passé à 19%. L'augmentation a surtout porté sur la connaissance de 1 à 2 types d'excision. Si cette amélioration du niveau de connaissance dans les sites tests s'explique par la formation reçue, celle des prestataires des sites témoins pourrait s'expliquer par l'intérêt suscité par le sujet lors de l'interview du pre-test. Les prestataires après avoir été interrogés sur le sujet ont pu chercher à se documenter sur l'excision.

La connaissance des complications immédiates et tardives: La grande majorité des prestataires interrogés lors du pretest savaient que des complications peuvent survenir après une excision. La proportion de prestataires des sites expérimentaux connaissant au moins 3 complications immédiates a plus que doublé entre le prétest et le post-test en passant de 40% à 86%. Les complications immédiates les plus couramment citées par les prestataires sont l'hémorragie et le décès.

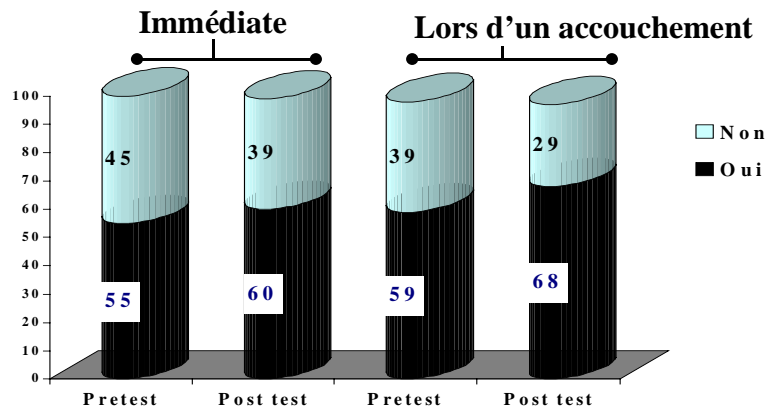
On note également une augmentation considérable de la connaissance sur les complications tardives. Le pourcentage de prestataires connaissant au moins 3 complications est passé de 50% à 72%. Les accouchements difficiles, les infections et les décès sont les plus fréquemment cités.

Les prestataires pensent en grande majorité (63%) que la pratique de l'excision a une répercussion sur la santé de la mère et de l'enfant. Ils évoquent dans ce cas: un accouchement difficile pour la mère (déchirure, Fistule Vésico Vaginale, Fistule Recto Vaginale) ou une hémorragie et une souffrance fœtale pour l'enfant pouvant aller jusqu'à la mort fœtale ou à une déficience mentale.

Dans une moindre mesure les données montrent que les prestataires des sites témoins ont aussi amélioré leur connaissance sur les complications liées à la pratique de l'excision. En effet de 61% qui connaissaient une ou deux complications la proportion est passée à 73%. Il faut cependant remarquer que si le fait d'avoir été interviewer a poussé les prestataires des sites témoins à chercher des informations, celle-ci n'a pas pu être complète. En effet les informations les plus simples leur ont été accessibles alors que celles qui requièrent une documentation plus élaborée n'a pu être complétée. Ainsi tout ce qui est lié aux complications à long terme n'a pas vraiment évolué dans les sites témoins.

2. Expérience des prestataires en matière de complication

Graphique 6
Répartition des prestataires ayant eu à faire face à une complication



Source Interview prestataire n=108

La majorité des prestataires (54 %) ont eu à faire face à une complication immédiate due à l'excision, et 36% ont dû faire une référence pour une complication due à cette pratique. Ils ont eu cependant à signaler leurs compétences limitées pour la prise en charge correcte de certains cas.

Error! Not a valid link.

3 . Attitudes des prestataires

L'étude a cherché à connaître l'opinion des prestataires sur certaines idées communément répandues dans la société malienne pour expliquer la pratique de l'excision.

La majorité des prestataires pense qu'une tradition ou une croyance peut changer ou être abandonnée ; et qu'on peut les diviser en bonnes ou mauvaises (84%). Les hommes semblent

plus ouverts au changement que les femmes (86%). Les prestataires sont presque unanimes à penser que les traditions néfastes pour la santé ne doivent pas être maintenues. Néanmoins 10% d'entre eux pensent qu'une tradition est immuable.

Plus de la moitié des prestataires au prétest (59%) en général pensent qu'il est juste d'utiliser le terme Mutilation Génitale Féminine pour désigner l'excision. Cette

proportion ne change pas au post-test. Les autres prestataires pensent qu'il est abusif (6%), exagéré (17%) ou mauvais (17%).

Il est souvent avancé que l'excision permet de contrôler la sexualité des filles avant le mariage et plus tard celle des femmes. L'opinion des prestataires sur cette question ne semble pas diverger de ce préjugé. La proportion de prestataires qui est d'accord avec l'idée que les filles non excisées sont de mœurs plus légères que les filles excisées est de 39 %. Cependant il faut noter qu'au post test cette proportion baisse à 26 %.

Par rapport à l'idée répandue selon laquelle les hommes préfèrent épouser les femmes excisées, le pourcentage de prestataires qui sont d'accord a légèrement diminué après l'intervention en passant de 32 % à 28 %. Cependant 14 % des prestataires pensent que l'excision garantit la virginité. Cette proportion a légèrement diminuée à l'évaluation finale (9 %).

Opinion des prestataires sur excision et santé : Il y a encore 17 % au post-test contre 35 % au prétest de prestataires qui pensent que l'excision pratiquée dans un environnement hygiénique est sans risque sur la santé. Malgré la diminution de cette proportion on constate que cette opinion reste encore forte vu le profil de la population interrogée.

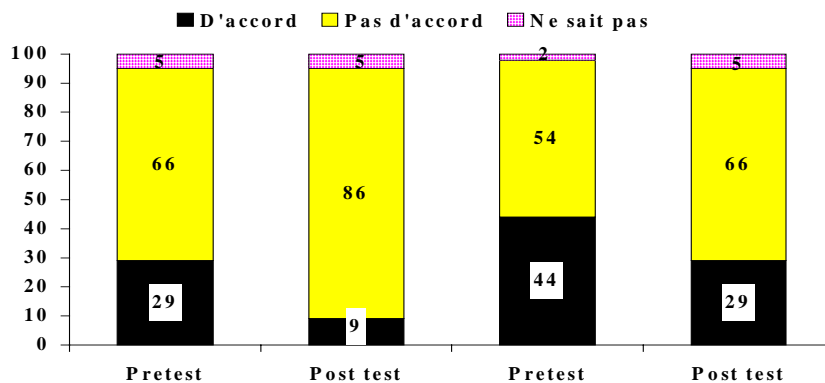
Près de 55% des prestataires lors du prétest et 77% lors du post test pensent que l'excision peut causer la stérilité. Au post-test près de 30 % des prestataires des deux sites confondus continuent de penser que l'ablation du capuchon du clitoris ne représente pas de risques pour la santé. Après la formation dans les sites expérimentaux, le nombre de prestataires qui [Error! Not a valid link.](#) pensent qu'il n'y a pas de risque a très faiblement diminué.

4 . Médicalisation de l'excision

Au Mali une tendance à la pratique de l'excision en milieu médical ou par du personnel médical a été remarquée depuis quelques années. Au début de la lutte contre cette pratique dans les années 70, des ONG et associations nationales ont recommandé des approches qui ont eu pour conséquence de rapprocher la pratique du milieu médical. L'idée qui a prévalu mettait en avant la diminution des risques en recommandant la pratique du type I. Il était également courant de former les exciseuses en vue d'améliorer les conditions d'aseptie lors de la pratique et de mettre à leur disposition du matériel moderne tels les ciseaux.

Toutes ces approches ont concourru certainement à encourager la médicalisation de l'excision.

Graphique 9 Excision ne représente pas de risque si pratiquée dans un environnement hygiénique



Expérimental n=58

Témoin n=48

La répartition selon le type de structure montre que la majorité des prestataires pensent que l'on doit interdire la pratique de l'excision en milieu médical. Cependant c'est dans les CSCOM que les opinions en faveur de la médicalisation sont les plus favorables. En effet les prestataires (70%) ont mis en avant que cela permet de diminuer les risques. Chez ceux-ci, l'âge n'est pas discriminant puisque les prestataires de 20 à 44 ans pensent que la pratique de l'excision en milieu médical est une bonne chose.

L'étude fait clairement ressortir que l'excision est pratiquée en milieu médical ; 13% des prestataires ont reconnu sa pratique dans la structure où ils travaillent. Les questions ouvertes ont permis de mettre en avant le fait que des sage-femmes à la retraite venaient les pratiquer dans les structures de santé. Mais il est évident que tous ceux qui la pratique n'osent pas l'avouer franchement. Les proportions retrouvées paraissent faibles, mais si ces données étaient représentatives, on pourrait dire que la médicalisation peut devenir un phénomène important au Mali.

Les données montrent que quatre prestataires sur 108 pratiquent l'excision en milieu médical. Ce sont 3 sage-femmes et une matrone dont l'âge est compris entre 35 et 54 ans. Paradoxalement, elles prônent également l'abandon de la pratique .

Deux de ces prestataires avouent vouloir continuer la pratique et 2 autres sont prêtes à le faire si l'occasion se présente.

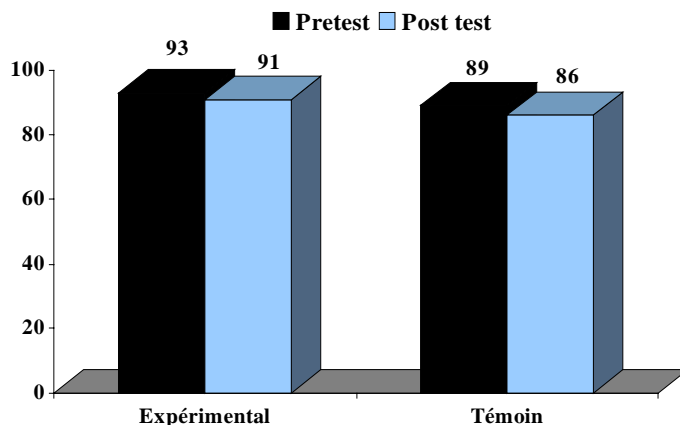
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

- ❖ La formation a permis d'augmenter la compétence des prestataires. La connaissance d'au moins 3 types d'excision et des complications immédiates et tardives s'est accrue considérablement entre les 2 phases de l'étude. Il est prioritaire que tous les types d'agents socio-sanitaires reçoivent la formation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- ❖ Pour une pérennisation de la formation sur l'excision, le module doit être introduit non seulement dans les formations continues, mais aussi dans les curricula des écoles de santé publique et privée tels ENMPOS, EIPC, ESS, ESTS, EFSP, EFTSS
- ❖ La pratique de l'excision en milieu médical est réelle. En vue de son abandon, il faudrait:
 - Prendre un arrêté Ministériel pour interdire sa pratique dans les structures socio-sanitaires; et
 - Proposer une loi interdisant sa pratique en milieu médical..

D. EFFET DE L'INTERVENTION

1 . Implication du personnel de santé dans la lutte contre l'excision

Graphique 10
Vision des prestataires de leur rôle dans la lutte contre l'excision

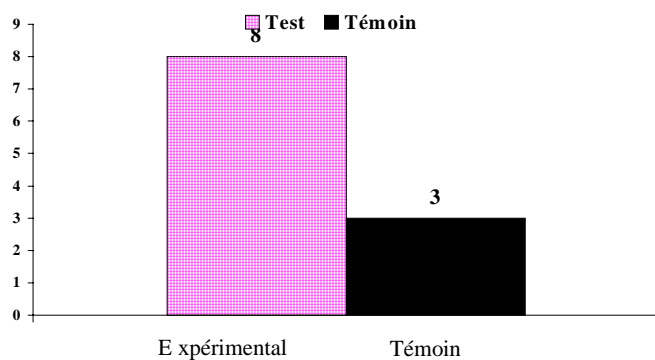


L'un des effets attendus de la formation des prestataires est leur plus grande implication dans la lutte contre l'excision en devenant agent de relais pour l'IEC. La grande majorité des prestataires (88%) pense qu'il faut mener des campagnes contre la pratique de l'excision. Parmi ces prestataires 91% ont déclaré vouloir jouer un rôle actif dans la sensibilisation et l'éducation des personnes venant dans les services

de santé et 7% veulent soigner les conséquences à court terme ou à long terme de l'excision. Cependant on note après l'intervention un léger changement. Si la proportion de ceux qui pensent qu'il faut mener des campagnes pour décourager l'excision a augmenté, il apparaît néanmoins une baisse de la proportion de ceux qui sont prêts à mener des campagnes d'IEC. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces agents de santé, après avoir reçu la formation étaient chargés de mettre en place des

activités d'IEC dans leurs structures . De retour dans leurs services ils ont à ce moment là pu se rendre compte de la difficulté de mener personnellement ces activités.

Graphique 11
Répartition des services socio-sanitaires selon
l'existence du matériel IEC



Source: Inventaire n=14

2 - IEC sur l'excision dans les centres de santé

Un guide inventaire du matériel IEC a été utilisé dans tous les sites de l'étude. Il a permis de faire l'état en terme de disponibilité du matériel et des activités IEC. Des informations sur les causeries et le counseling pratiqués dans la structure ont été observés par les interviewers durant une semaine entière de séjour dans le centre.

Les données montrent que du matériel IEC sur la SR existe dans tous les sites urbains alors qu'il n'est disponible que dans la moitié des sites ruraux (2 CSAR et 1 CSCOM). Tous les types de support ont pu être retrouvés: affiche, manequin, cassette vidéo et audio, boîte à image.

Tous les sites expérimentaux ont été dotés d'une boîte à image sur l'excision conçue pour les besoins de l'étude. Elle n'a pas été retrouvée dans une unité. La grande majorité (96%) des prestataires des sites tests qui ont utilisé la boîte à image au cours de l'étude disent qu'elle permet de mieux faire passer les messages et qu'elle est un support essentiel (92%). Parmi les prestataires interrogés 38 % trouvent qu'elle n'est pas contraignante. Parmi les 63 % qui pensent le contraire, 56 % d'entre eux la trouve utile malgré cela. Les investigations ont montré que la boîte à image est en bon état dans toutes les structures où elle a été retrouvée.

Les séances de causerie se sont tenues dans seulement 2 sites. Les prestataires qui mènent ces activités IEC n'ont dans leur grande majorité pas reçu de formation en technique de communication. Pour ces derniers leur seule référence consiste en la séance de jeux de rôles pratiquée durant la formation du personnel de santé sur l'excision. Parmi ceux qui avaient déjà reçu une formation complète en IEC dans le cadre d'autres programmes, aucun n'avait reçu une formation sur l'excision auparavant.

Cette lacune dans la compétence des animateurs des séances d'IEC est confirmée par le rapport de recherche sur l'analyse situationnelle des services de Planification Familiale dans les régions de Koulikoro et Sikasso(1996) ou il est relevé une formation sélective et insuffisante du personnel de santé en technique d'IEC et en counseling. La SNV qui a fait un inventaire du matériel IEC existant au Mali en 1998 a également conclu que la formation n'est pas de très bonne qualité car les séances sont très peu participatives et que très peu d'activités IEC sont pratiquées.

Le counselling est plus pratiqué en zone rurale dans les sites tests. La moitié des prestataires qui ont eu à mener des activités IEC sont à l'aise lorsqu'ils abordent le thème sur l'excision.

Par contre parmi ceux qui sont gênés pour aborder le thème de l'excision la majorité a reçu une formation en technique de communication. Il apparaît que près de la moitié des prestataires ayant reçu une formation aborde le thème contre 1/3 de ceux qui n'ont pas reçu de formation.

sur le thème de l'excision. Un planning de causerie existe dans tous les sites tests et dans la moitié des sites témoins, le thème de l'excision n'est inscrit que dans 4 sites tests.

La répartition selon les critères socio-démographiques montrent que ce sont surtout les prestataires féminins et les plus jeunes qui ont mené des activités d'IEC [Error! Not a valid link.](#)

3 – Effet de l'intervention sur les clientes

IEC reçue dans les structures de santé: Pour savoir si les clientes interviewées qui fréquentent les sites d'expérimentation ont eu une chance d'assister à une séance d'IEC sur l'excision, une interview a été menée à la sortie de leurs consultations. Les interviewers sont restés une semaine entière dans chaque site pour interroger et

observer les activités.

Des questions sur le temps de séjour de la cliente ont également été posées. Ces questions auraient pu permettre d'estimer si le fait qu'une cliente reçoive ou non des informations peut dépendre du temps passé dans la structure. Il est apparu que 66% des clientes ont attendu plus d'une demi heure avant d'être consultées. Les données montrent aussi que seulement 9% des femmes ont assisté à une causerie lors de la visite. Ce pourcentage est de 6% dans les sites tests. Le thème de l'excision était bien représenté puisqu'il a été abordé dans la moitié des causeries. La vaccination, la nutrition, la PF, les MST/SIDA et la CPN ont également été abordés. Concernant l'interaction avec le prestataire, seules 6 clientes sur 1105 ont reçu un counseling sur l'excision. De ces clientes, 3 seulement ont vu la boîte à image sur l'excision. Le counseling sur l'excision n'est pas très présent dans les structures socio-sanitaires. Le counseling n'a été fait que dans 3 sites sur les 14.

Le constat est qu'au total 4% seulement des clientes interviewées dans les sites test ont eu des informations sur l'excision durant la semaine où l'équipe d'enquête était présente. La grande majorité de ces clientes était à l'aise et intéressée par le sujet. Elles ont trouvé que « l'information était utile » et que « c'était la vérité ». Les femmes ont aussi trouvé que durant la causerie ou le counselling les explications du prestataire étaient très claires et accessibles.

Un nombre plus important de femmes (45%) ont reconnu avoir eu des informations sur l'excision. Parmi lesquelles (8%) au cours de la semaine, (8%) au courant du dernier mois et (83%) il y a plus de deux mois. La majorité de celles qui ont eu des informations sur l'excision disent qu'elles vont en parler dans leur entourage, aux membres de leurs familles et aux amis. Ceci dénote l'intérêt des clientes pour le thème.

Un nombre important de prestataires n'ont pas voulu se prononcer sur leur pratique du counseling durant le post-test. En effet les questions sur l'IEC n'ont été que très peu remplies.

Ces informations traduisent tout l'effort qui reste encore à faire dans la pratique de l'IEC sur l'excision dans les centres de santé et sur l'engagement des prestataires.

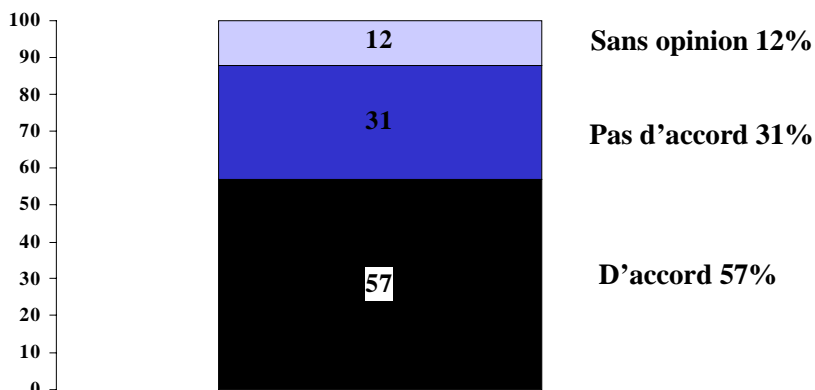
Attitude des clientes sur l'excision : Comme cela a été mentionné dans les limites de l'étude, une hypothèse retenue par le projet au moment de sa conception n'a pu être vérifiée. En effet pour voir si l'attitude des clientes pouvait changer après avoir reçu de l'IEC, il aurait fallu faire une analyse différentielle entre les clientes des sites tests et celles des sites témoins. Cette analyse n'a pas pu être réalisée du fait que peu de clientes de sites tests ont reçu de l'IEC. Néanmoins quelques informations sur les attitudes des clientes en général vont être présentées dans cette section.

La majorité des clientes interviewées (49 %) disent qu'une tradition peut changer à cause particulièrement de l'évolution du monde. Cependant il y en a 33% qui pensent qu'une tradition ne peut pas changer car son principe est d'être immuable. Pour la majorité de nos clientes (74 %) une pratique traditionnelle néfaste est celle qui affecte le bien-être et la santé et 40% d'entre elles ont cité en premier l'excision.

L'attitude des clientes sur l'excision rejoint celle des prestataires de services de santé. En effet, 40% de femmes pensent que les filles non excisées sont de moeurs plus légères que les filles excisées, 35% pensent que les hommes préfèrent épouser les filles excisées, 51% des femmes sont convaincues que la religion recommande

l'excision, 50% de femmes pensent qu'une femme excisée est plus propre et pour 51% l'excision est un rite de passage qui responsabilise une fille.

Graphique 13
Excision ne représente pas de risque si pratiquée dans un environnement hygiénique



La majorité des clientes interviewées (60 %) veulent faire exciser leurs enfants. Elles justifient leur choix en général par le respect de la tradition, l'hygiène et aussi pour diminuer la sensibilité de la fille pour qu'elle devienne une épouse fidèle.

Source: Interview cliente n=1633

Attitude sur l'excision et la santé : Contrairement aux prestataires, la grande majorité des femmes (71%) disent

que l'excision en milieu médical est une bonne chose car elle permet de diminuer les risques. Seulement 18% des femmes veulent que la pratique soit interdite. Plus de la moitié des femmes 58 % pensent que l'on ne doit pas mener de campagne pour décourager la pratique de l'excision. Ce chiffre est confirmé par la proportion de 60% de femmes qui veulent exciser leurs filles.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

- ◆ **Les activités d'IEC sont très peu pratiquées dans les centres de santé. Il faudrait mettre d'avantage d'accent dans la recherche de solutions pour une meilleure implication et une responsabilisation des prestataires concernant la pratique de l'IEC.**
- ◆ **La majorité des prestataires qui menent les activités IEC n'ont pas reçu de formation en communication. D'autre part la formation en technique de communication gagnerait à être plus participative. Il serait judicieux de renforcer la participation des TDC aux activités d'IEC et revoir l'organisation du travail dans les services socio-sanitaires. L'excision devrait être systématiquement inscrite au planning des causeries des services de PF et de gynéco-obstétrique.**

CONCLUSION

Si l'intervention a apporté des changements en terme d'acquisition de connaissance et de compétences pour les prestataires, elle n'a pas eu beaucoup d'impact sur leurs attitudes. Les antécédents socio-culturels des prestataires prennent le dessus. Les campagnes de sensibilisation à l'intention des prestataires de service devraient continuer à être menées sur toute l'étendue du territoire.

Malgré la disponibilité du matériel IEC dans les sites tests, les activités de communication n'ont pas été pratiquées. Les raisons évoquées par les prestataires sont: le manque d'espace approprié, la gêne à la tenue des séances ou le manque de temps. Il semble aussi que le délai prévu par le module de formation est trop court. Il doit être prolongé afin de réserver une large part à la communication. En effet il est apparu que la plupart de ceux qui animent les séances d'IEC n'ont pas reçu de formation en technique de communication.

Il apparaît chez les clientes un besoin d'information sur l'excision car très peu de femmes savent que la pratique peut entraîner des complications. Cette sensibilisation serait d'autant plus aisée à mener que les clientes ont été réceptives et intéressées par le sujet.

L'étude a permis de mettre en avant le profil de l'excision au Mali et de documenter les conséquences de sa pratique. L'importance de la prévalence de l'excision chez les ethnies du Mali et la tendance remarquable de son accroissement chez les ethnies qui ne la pratiquait pas sont des importantes raisons pour justifier l'intensification de la lutte.

Le terrain est propice aux changements car la grande majorité des femmes qui excisent leurs filles le font par pur conformisme parce que la tradition le veut ou parce que tout le monde le pratique. Des pistes de recherche, tels le sujet sur l'amélioration de l'IEC dans les structures socio-sanitaires ou pour trouver une stratégie d'information des jeunes, devraient être explorées.

Bibliographie

BOUARE Kadiatou. 1997. *Excision: Aspects socio-juridiques*. Mémoire de fin d'étude, ENA, Bamako, Mali.

DIALLO Habibatou. 1990. *Aspects socio-sanitaires de l'excision au Mali*. Thèse de Doctorat en Médecine, ENMP. Bamako, Mali.

DIALLO Assitan. 1996. *Les Mutilations Génitales Féminine au Mali*, Revue de la littérature et des actions de lutte. Bamako, Mali.

DIALLO Assitan. 1987. *L'excision en milieu Bambara*, Mémoire de fin d'étude, ENSUP, Bamako, Mali.

Coulibaly Salif and al. 1996. Enquête Démographique et de Santé II, Mali 1995-1996.

DIARRA Tiéman. 1997. *C.A.P. des populations de 10 villages de l'arrondissement de Sanankoroba*, Plan International, Bamako Mali.

KONE Agnès DEMBELE. 1985. *Quelques coutumes qui nuisent à la santé de la femme: l'excision, l'infibulation*. Mémoire de fin d'étude ENSUP, Bamako, Mali.

MAIGA Lala Mint DAHA. 1984. *Conséquences gynéco-obstétricales de l'excision chez la femme malienne*. Document de recherche, Bamako, Mali.

TOKINDANG, Joel et DIALLO Assitan. 1997. *L'Excision au Mali: Une vision Prospective des Pratiques*. Population Council Bamako, Mali.

TOUBIA, Nahid. 1993. *Female Genital Mutilation: A Call for Global Action*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

TOURE Younoussa et al. 1997. *L'excision au Mali: Réalités et perspectives de lutte*, Bamako, Mali.