

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

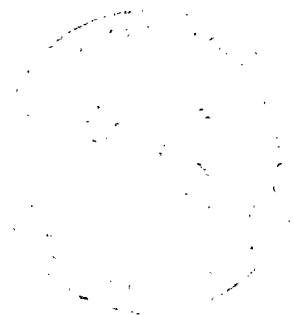
BURKINA FASO

◆
**Faculté des Sciences de la Santé
(FSS)**

◆
Section Médecine

ANNÉE UNIVERSITAIRE 1998 - 1999

THESE N° 50



**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES EN MATIERE DE
MUTILATIONS GENITALES FEMININES :
RESULTATS D'ETUDES EN MILIEU RURAL DE SANMATENGA.**



TH A
185
PAM

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 19 novembre 1998
pour l'obtention du grade de DOCTEUR EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

Par

René PARE

né le 20 Juillet 1961 à YABA (BURKINA FASO)

Jury

Directeur de thèse :
Pr Ag. Blaise K. SONDO

Président : **Pr Bibiane KONE**
Membres : **Pr Ag. Blaise K. SONDO**
Pr Ag. Issa SANOU
Dr Abdoulaye TRAORE
Dr Michel AKOTIONGA

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Faculté des Sciences de la Santé (F.S.S.)

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen

Pr. Robert B. SOUDRE

Vice-Doyen Chargé des Affaires
Académiques et Directeur de la
Section Pharmacie (VDA)

Pr. I. Pierre GUISSOU

Vice-Doyen à la Recherche et
à la vulgarisation (VDR)

Pr. Ag. Jean KABORE

Directeur des Stages de la
Section Médecine

Pr. Ag. Y. Joseph DRABO

Directeur des Stages de la
Section de Pharmacie

Dr OUEDRAOGO / Rasmata
TRAORE

Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie

Pr. Amadou SANOU

Secrétaire Principal

Mr Gérard ILBOUDO

Chef de Service Administratif
et Financier (CSAF)

Mr Mohamed Ousmane ZONGO

Conservateur de la Bibliothèque

Mr Salif YADA

Chef de la Scolarité

Mme Kadi ZERBO

Secrétaire du Doyen

Mme Mariam DICKO

Secrétaire du VDA

Mme KABRE Hakiéta

Secrétaire du VDR

Mme BONKIAN Edwige

Audiovisuel

Mr Alain Pascal PITROIPA

Reprographie

Mr Philipe BOUDA

Service Courrier

Mr Ousmane SAWADOGO

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUIMINGA	Anatomie organogenèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO	Sémiologie et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie

Professeurs associés

Ahmed BOU-SALAH	Neuro-chirurgie
Blaise KOUDOGBO	Toxicologie

Maîtres de Conférences

Julien YILBOUDO	Orthopédie -Traumatologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie -Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Joseph Y. DRABO	Médecine Interne/Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé Publique

Maîtres-Assistants associés

Rachid BOUAKAZ	Maladies infectieuses
----------------	-----------------------

Assistants associés

Caroline BRIQUET

Valérie MURAILLE

Chimie -Analytique, Pharmacologie
et Toxicologie
Galénique et Chimie-Analytique

Maîtres-Assistants

Lady Kadidiatou TRAORE

Mamadou SAWADOGO

Jean LANKOANDE

Issa SANOU

Ludovic KAM

Adama LENGANI

Omar TRAORE N°1

Si Simon TRAORE

Adama TRAORE

Abdoulaye TRAORE

Kampadilemba OUOBA

Piga Daniel ILBOUDO

Albert WANDAOGO

Daman SANO

Arouna OUEDRAOGO

Joachim SANOU

Patrice ZABSONRE

Jean Gabriel OUANGO

Georges KI-ZERBO

Théophile TAPSOBA

Parasitologie

Biochimie

Gynécologie-Obstétrique

Pédiatrie

Pédiatrie

Néphrologie

Chirurgie

Chirurgie

Dermatologie Vénérologie

Santé Publique

Oto Rhino Laryngologie

Gastro-entérologie

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Psychiatrie

Anesthésie-Réanimation

Cardiologie

Psychiatrie

Maladies Infectieuses

Biophysique

Rabiou CISSE	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie Obstétrique
Alain BOUGOUMA	Gastro-Entérologie
Boubacar TOURE	Gynéco-Obstétrique
Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactério-Virologie

Assistants Chefs de cliniques

Tanguet OUATTARA	Chirurgie
Sophar HIEN	Chirurgie - Urologie
Timothée KAMBOU	Chirurgie
Philippe ZOURE	Gynécologie-Obstétrique
T.Christian SANOU (in memoriam)	Oto Rhino Laryngologie
Madi KABRE	Oto Rhino Laryngologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation physiologie
M. Théophile COMPAORE	Chirurgie
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
DAO / Maïmouna OUATTARA	ORL
Alain ZOUBGA	Pneumologie
André K. SAMANDOULOUGOU	Cardiologie
KYELEM / Nicole Marie ZABRE	Maladies Infectieuses
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses

Raphaël DAKOURE

Anatomie-Chirurgie

Assistants

Robert O. ZOUNGRANA

Physiologie

Seydou KONE

Neurologie

Bobliwendé SAKANDE

Anatomie-Pathologique

Raphaël SANOU (in memoriam)

Pneumo-phtisiologie

Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)

Radiologie

Pingwendé BONKOUNGOU

Pédiatrie

Arsène M. D. DABOUE

Ophtalmologie

Nonfounikoun Dieudonné MEDA

Ophtalmologie

Athanase MILLOGO

Neurologie

Boubacar NACRO

Pédiatrie

Vincent OUEDRAOGO

Médecine du Travail

TRAORE / BELEM Antoinette

Pédiatrie

DA S. Christophe

Chirurgie

KARFO Kapouné

Psychiatrie

NIANKARA Ali

Cardiologie

OUEDRAOGO Nazinigouba

Réanimation

SANON Aurélien Jean

Chirurgie

SORGHO / LOUGUE Claudine

Radiologie

YE / OUATTARA Diarra

Pédiatrie

ZANGO Bernabé

Chirurgie

Assistants Biologistes des Hôpitaux

Lassina SANGARE

Bactério-Virologie

Idrissa SANOU

Bactério-Virologie

Harouna SANON

Hématologie/Immunologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Faculté des Sciences et Techniques (FAST)

Professeurs Titulaires

Alfred S. TRAORE	Immunologie
Akry COULIBALY	Mathématiques
Sita GUINKO	Botanique-Biologie Végétale
Guy V. OUEDRAOGO	Chimie Minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie Cellulaire
Laou Bernard KAM (in memorian)	Chimie

Maîtres de Conférences

Boukary	LEGMA	Chimie-Physique Générale
François	ZOUGMORE	Physique
Patoin Albert	OUEDRAOGO	Zoologie
Adama	SABA	Chimie Organique
Philippe	SANKARA	Cryptogamie

Maîtres-Assistants

W. GUENDA	Zoologie
Léonide TRAORE	Biologie Cellulaire
Marcel BONKIAN	Mathématiques et Statistiques
Longin SOME	Mathématiques et Statistiques
Aboubakary SEYNOU	Statistiques
Makido B. OUEDRAOGO	Génétique
Jean KOULIDIATY	Physique

Assistants

Apolinaire BAYALA (in memoriam)	Physiologie
---------------------------------	-------------

Jeanne MILLOGO	T.P. Biologie-Cellulaire
Raymond BELEMTUGOURI	T.P. Biologie Cellulaire
Gustave KABRE	Biologie
Drissa SANOU	Biologie Cellulaire

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres de Conférences

Didier ZONGO	Génétique
Georges Annicet OUEDRAOGO	Biochimie

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE	Economie-Gestion
-------------------	------------------

Assistants

Mamadou BOLY	Gestion
--------------	---------

Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)

Assistants

Jean Claude TAITA	Droit
-------------------	-------

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY	Psychologie
Boukari Joseph OUANDAOGO	Cardiologie
Aimé OUEDRAOGO	Ophtalmologie
R. Joseph KABORE	Gynécologie-Obstétrique
Saïdou Bernard OUEDRAOGO	Radiologie
Dr Bruno ELOLA	Anesthésie-Réanimation
Dr Michel SOMBIE	Planification
Dr Nicole PARQUET	Dermatologie
M. GUILLRET	Hydrologie
M. DAHOU (in memoriam)	Hydrologie

Dr Bréhima DIAWARA	Bromatologie
Dr Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Dr Adama THIOMBIANO	Législation Pharmaceutique
Dr Sidiki TRAORE	Galénique
Mr Mamadou DIALLO	Anglais
Mr KPODA	Anglais
Dr Badioré OUATTARA	Galénique
Dr Tométo KALOULE	Médecine du Travail
Dr Alassane SICKO	Anatomie
Dr Aline TIENDREBEOGO	Chimie Analytique et contrôle médic.
Dr Séni KOUANDA	Santé Publique
Dr Noël ZAGRE	Nutrition
Dr TRAORE / COULIBALY Maminata	Biochimie

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactério-Virologie (Dakar)
Pr. José Marie AFOUTOU	Histologie-Embryologie (Dakar)
Pr. Makhtar WADE	Bibliographie (Dakar)
Pr. M. K. A. EDEE	Biophysique (Lomé)
Pr. Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Ag. R. DARBOUX	Histologie-Embryologie (Bénin)
Pr. Ag. E. BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)

O.M.S.

Dr Jean-Jacques BERJON	Histologie-Embryologie (Creteil)
Dr Frédéric GALLEY	Anatomie Pathologique (Lille)

DEDICACES

Dr Moussa TRAORE

Neurologie (Bamako)

Pr. Auguste KADIO

Pathologies infectieuses et
parasitaires (Abidjan)

Pr Jean Marie KANGA

Dermatologie (Abidjan)

Pr. Arthur N'GOLET

Anatomie Pathologique (Brazzaville)

Mission Française de Coopération

Pr. Etienne FROGE

Médecine Légale

Pr AYRAUD

Histologie-Embryologie

Pr. Henri MOURAY

Biochimie (Tours)

Pr. Denis WOUESSI DJEWE

Pharmacie Galénique (Paris XI)

Pr. M. BOIRON

Physiologie

**Mission de l'Université Libre de Bruxelles
(ULB)**

Pr. Marc VAN DAMME

Chimie Analytique-Biophysique

Pr. Viviane MOES

Galénique

A mon père et a ma mère

Toujours soucieux et préoccupés de la réussite de vos enfants, vous avez tout donné pour nous. Recevez ce modeste travail comme gage de reconnaissance.

A mon épouse ANNE MARIE

Ton amour, ta patience et ta discrétion nous ont aidé à terminer ces études de médecine. Ce travail est certes le fruit d'ambition, mais surtout de sacrifice que tu as toujours su consentir.

Puisse ce travail te procurer bonheur.

A nos enfants NINA PASCALE, WILFRIED PASCAL, BRICE FOLOGUI

Que ce travail vous serve d'exemple et vous exhorte à mieux faire.

Sachez que seul le travail libère.

Amour paternel.

A mes frères et sœurs

Sachez qu'on ne récolte que ce qu'on a semé.

Affection fraternelle.

A mes oncles, tantes, cousins et cousines

Trouvez dans ce travail toute ma reconnaissance.

A ma belle-mère et à mon beau-père

Merci.

Aux Docteurs

Drissa SIA, Nobila SAWADOGO, Sylvain ZEBA

Pour notre franche collaboration.

Ce travail est aussi le vôtre.

A SERME Koussé Proviseur du Lycée Municipal de Bobo Dioulasso

Pour un coup d'essai nous avons fait un coup de maître. Ce travail est le fruit de notre dur labeur.

A Mr KARAMBIRI Gérard et famille

Votre soutien au juste moment nous a permis de franchir une étape charnière de la vie. Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

A Mr PARE Jean Yalè et famille, Mr SOW Grégoire et famille

Vous êtes notre famille d'accueil à Ouagadougou. Vous avez toujours été présents à nos côtés quand cela était nécessaire.

Ce travail est aussi le vôtre.

Aux Docteurs Jean L. PARE, Emile P. PARE

Vos conseils nous ont été très profitables.

Merci.

A Isaïe TOE, Moumouni GOMGNIBOU, Boureima LY.

Pour notre amitié sincère.

A Almoustapha COULIBALI, Désiré Parfait KINDA, Mme BATIONO Marie Thérèse

Pour nous avoir facilité le travail informatique.

Amicalement merci.

A GOUNABOU Théophile, KONATE Marie Anne, aux Docteurs ZOUBGA Z. Alain, YADA Adamou Alzouma, BAMOUNI Abel, TRAORE Oumar N°2 (in memorium)

Vos soutiens multiformes nous ont été indispensables à la réalisation de ces études.

Nous vous en sommes reconnaissant.

A mes promotionnaires de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS), à tous mes anciens collègues infirmiers.

En souvenir de notre bonne collaboration.

A toutes les femmes victimes de l'excision

L'excision a un caractère mutilant qui nous choque à bon droit.

La responsabilité humaine est totale. Nous empruntons l'axiome de Jean Jacques Rousseau pour dire : " Tout dégénère entre les mains de l'homme, il bouleverse tout, il défigure tout" (41).

Mais la délivrance est au bout de la lutte.

A NOS MAITRES ET JUGES

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Le Professeur BIBIANE KONE, chef du département de gynéco-obstétrique à la Faculté des Sciences de la Santé de Ouagadougou, chef de service de gynéco-obstétrique du Centre Hospitalier National Yalgadogo Ouédraogo, directrice du CRESAR.

Nous avons bénéficié de vos enseignements tant théoriques que pratiques et avons été marqués par leur concision, leur clarté et par vos immenses connaissances en gynéco-obstétrique.

Vous êtes rigoureuse, simple et compréhensive. Ces qualités professionnelles et humaines font de vous un grand homme de sciences, un leader.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant presider notre jury malgré vos multiples occupations.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Le Professeur Agrégé BLAISE SONDO, chef du département de santé publique de la Faculté des Sciences de la Santé de Ouagadougou, chef du Service d'Information Médicale du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo, Directeur Adjoint de l'Institut de Recherche en Science de la Santé.

Vous vous êtes personnellement engagé dans la réalisation de ce travail lorsque nous vous avons approché avec le sujet. Vous l'avez suivi dans un contexte particulièrement difficile et ce malgré vos multiples occupations.

Vous montrez bien la place et l'importance qu'occupe le département de santé publique dans la résolution des problèmes majeurs de santé .

Vous êtes un homme cultivé, méthodique, rigoureux dans le travail.

Nous espérons pouvoir suivre vos pas.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Le Professeur agrégé ISSA SANOU, pédiatre au service de pédiatrie du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo.

Nous avons pu vous apprécier lors de vos cours magistraux et lors de notre stage dans le service de pédiatrie.

Vous êtes très méthodique, compétent et proche de vos étudiants.

Vous nous faites honneur en acceptant de siéger dans notre jury.

Nous ne saurons que vous dire merci.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Le Docteur ABDOULAYE TRAORE Maître-Assistant au département de santé publique de la Faculté des Sciences de la Santé de Ouagadougou.

Nous avons eu le plaisir de vous apprécier lors des cours du module de santé publique pour votre franc parlé. Merci d'avoir accepté de siéger pour apprécier notre travail.

Nous vous en sommes profondément reconnaissant.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Le Docteur MICHEL AKOTIONGA Maître-Assistant de gynéco-obstétrique.

Nous avons bénéficié de vos cours magistraux et de votre encadrement lors de notre stage hospitalier dans le service de gynéco-obstétrique et lors des activités du Comité National de Lutte Contre la Pratique de l'Excision (CNLPE).

Nous avons été particulièrement touché par votre simplicité, par la qualité de vos rapports avec les étudiants.

Vous nous avez sans cesse rassuré, prodigué des conseils. Nous avons trouvé un homme très engagé dans la lutte contre l'excision.

Merci pour l'honneur que vous nous faites en acceptant juger ce travail.

Puisse vos efforts soient couronnés de succès.

REMERCIEMENTS

Au PPI de KAYA

Pour avoir commandité l'enquête et accepté que nous participions à l'étude.

A l'ex-DPS du Sanmatenga et son équipe

Pour avoir organisé l'enquête.

Aux enquêteurs

Pour votre dévouement lors de la collecte des données.

Aux populations interrogées

Pour votre compréhension.

Au CNLPE

Pour avoir financé la thèse.

Nous osons espérer que ce travail répondra à vos attentes

A Madame LAMIZANA MARIAM, Secrétaire permanente du CNLPE

Pour avoir facilité le financement de cette thèse

A tous ceux qui de quelque manière que ce soit, ont contribué à la réalisation de ce travail.

**PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE A ARRETE
QUE LES OPINIONS EMISES DANS LES DELIBERATIONS QUI SERONT
PRESENTEES DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS
AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION NI
IMPROBATION.**

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AFV	: Association des Femmes Voltaïques
Alphab L nat	: Alphonbétisation en Langue nationale
ASC	: Agent de Santé Communautaire
BF	: Burkina Faso
CAP	: Connaissances Attitudes Pratiques
CFA	: Colonie Française d'Afrique
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CI-AF	: Comité Inter Africain de lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes
CM	: Centre Médical
CNLPE	: Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision
CPLPE	: Comité Provincial de Lutte contre la Pratique de l'Excision
CRESAR	: Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
DNS	: Différence Non Significative
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DS	: Différence Significative
EMP	: Education en Matière de Population
ENSP	: Ecole Nationale de la Santé Publique
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
ET	: Ecart Type
Fig.	: Figure
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
FP	: Front Populaire
FSS	: Faculté des Sciences de la Santé
IEC	: Information Education Communication
INSO	: Institut National de la Statistique et de la Démographie
J-C	: Jésus Christ
Km	: Kilomètre
MGF	: Mutilation Génitale Féminine
MST	: Maladies Sexuellement Transmissibles
MWIA	: Medical Women's International Association
N	: Nombre
NB	: Nota Bene

OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OGE	: Organes Génitaux Externes
OIT	: Organisation Internationale du Travail
ONG	: Organismes Non Gouvernementaux
PMA	: Pays les Moins Avancés
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PPI	: Plan de Parrainage International
PSP	: Poste de Santé Primaire
SAN-AS	: Santé - Action Sociale
SEAS	: Secrétariat d'Etat à l'Action Sociale
SIDA	: Syndrome d'Immuno-Déficience Acquis
SN	: Secrétariat National
SSP	: Soins de Santé Primaires
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition de la population et des ménages dans les villages enquêtés .	P.29
Tableau 2 : Les villages et les distances les séparant de leurs formations sanitaires de référence.	P.30
Tableau 3 : Localisation des grappes dans les villages enquêtés	P.32
Tableau 4 : Age moyen par Groupe social.	P.38
Tableau 5 : Répartition des hommes et des femmes par niveau d’instruction	P.38
Tableau 6 : Répartition des groupes sociaux par religion	P.39
Tableau 7 : Répartition des enquêtés écoutant au moins une fois par semaine la radio.	P.39
Tableau 8 : Nature des difficultés des femmes non excisées vivant dans les villages selon les groupes sociaux.	P.41
Tableau 9 : Répartition des réponses sur les justificatifs de l'excision selon les groupes sociaux	P.42
Tableau 10 : Répartition des réponses selon les groupes sociaux des personnes interrogées désirant exciser leurs filles à l’avenir.	P.43
Tableau 11: Répartition des réponses selon le niveau d’information sur la lutte contre l’excision des personnes interrogées désirant exciser leurs filles à l’avenir.	P.45
Tableau 12 : Age idéal moyen d’excision des filles	P.46
Tableau 13 : Age idéal moyen d'excision des filles selon la religion.	P.47
Tableau 14 : Age idéal moyen d’excision des filles selon le niveau d’instruction.	P.48

Tableau 15 : Répartition des réponses selon les groupes sociaux sur les sites de la pratique de l'excision	P.49
Tableau 16 : Répartition des personnes enquêtées selon leur proposition de prix.	P.49
Tableau 17: Répartition des réponses sur le décideur de l'excision selon les adultes.	P.50
Tableau 18 : Répartition des réponses sur les sources d'information de la lutte contre l'excision selon les groupes sociaux.	P.51
Tableau 19 : Répartition des réponses sur les sources d'information de la lutte contre l'excision selon le niveau d'instruction.	P.51
Tableau 20 : Répartition des sujets informés de la lutte contre l'excision en fonction du niveau d'instruction.	P.53
Tableau 21 : Répartition par groupes d'âge des populations informées de la lutte contre l'excision.	P.54

LISTE DES FIGURES

Figure n°1 : Polygone de fréquence des âges des enquêtés. P 37

Figure n°2 : Répartition selon le niveau d'instruction des personnes interrogées désirant exciser leur fille à l'avenir. P 44

Figure n°3 : Répartition selon la religion des personnes interrogées désirant exciser leurs filles à l'avenir. P 44

Figure n°4 : Répartition des réponses selon l'âge sur les sources d'information sur la lutte contre l'excision mené par le CNLPE. P 52

Figure n°5 : Répartition par groupe social des sujets informés de la lutte contre l'excision. P 52

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION - ENONCE DU PROBLEME	1
II. REVUE DE LA LITTERATURE	4
II.1 INTRODUCTION	5
II.2 HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE L'EXCISION	7
II.2.1 EN AFRIQUE	7
II.2.2 AU BURKINA FASO	8
II.2.2.1 De la période coloniale à la période des indépendances.	8
II.2.2.2 De la période des indépendances à nos jours.	8
II.3 COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA PRATIQUE DE L'EXCISION	9
II.3.1 STRATEGIES DU CNLPE	10
II.3.2 ACTIVITES	10
II.4 GENERALITES SUR LES MGF	12
II.4.1 RAPPEL SUR L'APPAREIL GENITAL EXTERNE DE LA FEMME	12
II.4.2 DEFINITIONS ET CLASSIFICATION DES MGF	13
II.4.3 FONDEMENTS ET ORIGINES DES MGF.	16
II.4.4 LES MOSSI ET L'EXCISION	15
II.4.5 REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES.	16
II.4.6 LES RAISONS DE LA PRATIQUE DE L'EXCISION	16
II.4.6.1 les motifs religieux	19
II.4.6.2 les motifs socioculturels.	21
II.4.6.3 Les motifs psycho-sexuels	21
II.4.6.4 Les motifs sanitaires et esthétiques	21
II.4.6.5 Autres raisons de la pratique des MGF.	22
II.4.7 LES COMPLICATIONS DE L'EXCISION	22
II.4.7.1 Les complications immédiates	22
II.4.7.2 Les Complications Médiates	23
II.4.7.2.1 Complications Gynécologiques	23
II.4.7.2.2 Complications Obstétricales	23
II.4.7.2.3 Les complications psychologiques et psycho-sexuelles.	23
III. OBJECTIFS	25
III.1 OBJECTIF GENERAL	22
III.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES	22
IV. MATERIEL ET METHODE	23
IV.1 CADRE DE L'ETUDE	24
IV.1.1 LA PROVINCE DU SANMATENGA	24
IV.1.1.1 Données Physiques	24
IV.1.1.2 Divisions administratives	24
IV.1.1.3 Situation économique et sociale	25

IV.1.1.4 Données sanitaires	25
IV.1.1.5 Données démographiques	27
IV.2 POPULATION D'ETUDE	31
IV.3 ECHANTILLONNAGE	31
IV.4 TECHNIQUE D'ETUDE	32
IV.5 PERSONNEL DE L'ENQUETE.	33
IV.6 INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES	36
IV.7 SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES	34
 V. RESULTATS	 35
 V.1 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.	 36
V.1.1 AGE	36
V.1.2 NIVEAU D'INSTRUCTION	38
V.1.3 RELIGION	39
V.1.4 ECOUTE HEBDOMADAIRE DE LA RADIO	39
V.2 . CONNAISSANCES DES POPULATIONS ETUDIEES EN MATIERE D'EXCISION.	40
V.2.1 DEFINITION DE L'EXCISION	40
V.2.2 CONNAISSANCES DES COMPLICATIONS DE L'EXCISION	40
V.3 ATTITUDES DES POPULATIONS ETUDIEES RELATIVES A L'EXCISION	40
V.3.1 PROMOTION SOCIALE DES JEUNES FILLES	40
V.3.2 INSERTION SOCIALE DES FEMMES.	41
V.3.3 JUSTIFICATIFS DE L'EXCISION DONNES PAR LES VILLAGEOIS	41
V.3.4 OPINION DES POPULATIONS SUR LA RELATION ACCOUCHEMENT - EXCISION.	42
V.3.5 PERPETUATION DE L'EXCISION.	43
V.4 PRATIQUE DES POPULATIONS ETUDIEES EN MATIERE D'EXCISION	45
V.4.1 CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES EXCISEES	45
V.4.1.1 Prévalence de l'excision	45
V.4.1.2 Age de l'excision	45
V.4.1.3 Religion des excisées ou de leurs parents	46
V.4.2 CONDITIONS DE LA PRATIQUE	46
V.4.2.1 Sociabilité de la pratique de l'excision.	46
V.4.2.2 Villages de résidence de l'exciseuse	46
V.4.2.3 Age idéal d'excision	46
V.4.2.3.1 Selon le groupe social	46
V.4.2.3.2 Selon la religion	47
V.4.2.3.3 Selon le niveau d'instruction	47
V.4.2.4 Sacrifices préalables à l'excision	48
V.4.3 PERIODES DE LA PRATIQUE DE L'EXCISION	48
V.4.4 LIEU DE LA PRATIQUE DE L'EXCISION	48
V.4.5 COUT DE L'EXCISION	49
V.4.6 L'AUTORITE DE DECISION DE L'EXCISION	50
V.4.7 COMPLICATIONS DE L'EXCISION	50
V.5 SOURCES D'INFORMATION DES POPULATIONS SUR LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES.	50
V.6 CARACTERISTIQUES DES SUJETS INFORMES DE LA LUTTE CONTRE LA PRATIQUE DES MGF.	52
 VI. COMMENTAIRES	 55
 VI.1 LIMITES DE L'ETUDE.	 56

VI.2 CONNAISSANCE DES MGF ET DE LEURS COMPLICATIONS	57
VI.2.1 DEFINITION DE L'EXCISION PAR LES VILLAGEOIS	57
VI.2.2 CONNAISSANCE DES COMPLICATIONS DES MGF.	57
VI.3 ATTITUDES DES POPULATIONS ETUDIEES RELATIVES A L'EXCISION	58
VI.3.1 PROMOTION SOCIALE DES JEUNES FILLES	58
VI.3.2 INSERTION SOCIALE DES FEMMES	58
VI.3.3 JUSTIFICATIFS DE L'EXCISION DONNES PAR LES VILLAGEOIS	58
VI.3.4 PERPETUATION DE LA PRATIQUE DE L'EXCISION	59
VI.4 PRATIQUE DES POPULATIONS ETUDIEES EN MATIERE D'EXCISION	60
VI.4.1 CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES EXCISEES	60
VI.4.1.1 Prévalence de l'excision	60
VI.4.1.1.1 Age de l'excision	61
VI.4.1.1.2 Religion des excisées	62
VI.4.2 CONDITIONS DE LA PRATIQUE	62
VI.4.2.1 Sociabilité de la pratique de l'excision	62
VI.4.2.2 Villages de résidence de l'exciseuse	63
VI.4.2.3 Age idéal d'excision	63
VI.4.3 PERIODES DE LA PRATIQUE L'EXCISION.	63
VI.4.4 LIEU DE LA PRATIQUE DE L'EXCISION	64
VI.4.5 COUT DE L'EXCISION	64
VI.4.6 L'AUTORITE DE DECISION DE L'EXCISION.	65
VI.4.7 COMPLICATIONS DE L'EXCISION	65
VI.5 SOURCES D'INFORMATIONS DES POPULATIONS SUR LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES.	66
VII. CONCLUSION.	67
VIII. SUGGESTIONS	68
IX. RESUME	69
X. REFERENCES	71
ANNEXES	

I. INTRODUCTION = ENONCE DU PROBLEME

L'Afrique est connue pour ses coutumes, ses traditions. Si le temps a eu raison de certaines de ces pratiques (scarifications, cicatrices ethniques, tatouages des gencives, taille des dents...) qui sont plus ou moins abandonnées, il y a par contre d'autres, même reconnues nocives pour la santé qui sont toujours d'actualité. C'est le cas des Mutilations Génitales Féminines (MGF) qui malgré leur passé millénaire ne semblent pas s'essouffler sous le poids des ans et ce malgré la dégradation des schémas initiatiques (49).

Le concept de mutilations génitales féminines décrit un ensemble d'opérations traditionnelles effectuées pour des raisons culturelles ou pour d'autres raisons non médicales qui comportent l'excision d'éléments externes des parties génitales de la femme ou causent des lésions à l'appareil génital (19).

D'après plusieurs études (64, 2, 1, 7, 16, 63, 45) les MGF constituent un grave problème de santé publique qui affecterait entre 85 et 120 millions de fillettes et de femmes dans le monde. Selon la plus récente des publications de l'OMS (39), l'excision affecterait la vie de 100 millions de fillettes et de femmes en Afrique. Elle serait pratiquée dans 27 des 46 pays de la région africaine de l'OMS dont le Burkina Faso.

Au Burkina Faso, la situation sanitaire des populations reste préoccupante, les femmes et les enfants étant particulièrement exposés. Les différents indicateurs de santé en sont suffisamment illustratifs : la mortalité maternelle est de 910 pour 100 000 naissances vivantes selon les estimations de l'OMS et de l'UNICEF en 1996; les taux de mortalité infantile de l'ordre de 115 pour 1000, de mortalité juvénile de 79,4 pour 1000, de mortalité périnatale de 43 pour 1000 (34). Ceci est dû à la persistance des principales causes de décès maternels et infanto-juvéniles que sont: les hémorragies, les infections, les dystocies, les anémies, les maladies endémo-épidémiques en particulier le paludisme, les maladies infectieuses, les maladies diarrhéiques, la malnutrition. A côté de ces principales causes de mortalité, il y a l'inaccessibilité et la faible utilisation des services de santé. Mais ces problèmes de santé ne doivent pas cependant occulter celui des MGF dont la prévalence est élevée. Elle a été estimée en 1996 à 66,35 % (60, 59, 30).

En outre il y a des attitudes favorables à la continuation de l'excision comme le montre l'analyse situationnelle du programme de planification familiale (PF) au Burkina Faso en 1996 (37). En effet cette étude révèle que 34 % des clientes de PF et 46 % des clientes en santé maternelle et infantile (SMI) approuvent la pratique de l'excision. Hors la persistance des pratiques traditionnelles nocives et autres comportements préjudiciables à la santé des femmes, des enfants et des adolescents est un frein à la réalisation des objectifs de santé, du développement et du respect des droits fondamentaux de tous les membres de la société (56).

Le problème des MGF est d'actualité dans le monde depuis les conférences mondiales du Caire et de Beijing respectivement en 1994 et en 1995. Les MGF ont été reconnues donc comme une atteinte aux droits fondamentaux des femmes, un handicap majeur pour l'atteinte des objectifs sur la santé de la reproduction. Dans la politique du développement durable, des efforts doivent être consentis à tous les niveaux pour améliorer les conditions sanitaires garantes de la qualité de vie de nos populations. Dans ce combat, les femmes et les enfants occupent une place de choix. C'est pourquoi, parmi les maux qui minent leur bien être, leur épanouissement, les MGF sont aujourd'hui considérées comme un problème de santé publique. L'accent doit être mis actuellement sur la santé de la reproduction en général et sur la lutte contre les MGF en particulier dans les différents programmes de santé.

Il a été donc demandé aux gouvernements de prendre d'urgence des mesures pour mettre un terme à ces pratiques (8, 15).

Le Burkina a du reste ratifié les conventions internationales sur l'enfant et sur les discriminations contre les femmes.

Mais bien que l'importance de la question sur les MGF soit reconnue, de même que la mise en oeuvre des différents programmes de lutte, 2 millions de fillettes sont mutilées chaque année en Afrique (40, 63). Au Burkina Faso le taux de prévalence n'a pas vraiment baissé en deux décennies (de 70 % en 1978 à 66,35 % en 1996). Il reste encore beaucoup à apprendre sur les types d'intervention qui réussiraient à éliminer ces pratiques.

Il nous a paru opportun d'étudier en 1996 les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière d'excision dans dix villages du Sanmatenga. L'étude permettra de rassembler plus d'informations concernant la façon dont les MGF sont liées à la situation socio-culturelle des populations et aux croyances autochtones sous jacentes. L'analyse des données contribuera à une connaissance adéquate du phénomène pour l'action. Ainsi notre étude se veut une approche communautaire du problème pour l'action.

II. REVUE DE LA LITTÉRATURE

II.1 INTRODUCTION

Pendant longtemps, les grandes organisations internationales prétextaient le respect de la différence et de l'identité culturelle et avaient la "bouche cousue" sur les MGF (54).

Mais progressivement l'importance des aspects médico-sanitaires et médico-légaux de ces pratiques mutilatoires génitales féminines a commencé à être davantage reconnue par les populations. Par la suite beaucoup d'initiatives concernant leur élimination ont été élaborées sous les auspices des Nations Unies et d'autres Organismes

Une étude sur les MGF a été menée sur la base des travaux de recherche et d'enquêtes en Afrique en 1979 par l'OMS. Cette étude a montré la prévalence et les différentes formes des MGF dans un certain nombre de pays africains. Des études systématiques n'ont pu être entreprises et il n'y a pas de données détaillées pays par pays à l'exception de la Sierra Léone, du Soudan et du Nigeria (64).

Un résumé des rapports établis en 1993 par le Département d'Etat Américain sur les pratiques et les droits de l'homme dans divers pays présente la situation des MGF dans le monde y compris leur prévalence et les initiatives prises pour les éliminer dans 27 pays africains. Bien que les études ne fournissent pas d'informations exactes en termes quantitatifs, elles donnent cependant une indication claire de l'ampleur de la pratique essentiellement en Afrique. Selon diverses sources d'information (64, 47, 48, 1, 7, 16, 45, 53), on estime aujourd'hui entre 80 et 120 millions de fillettes et de femmes qui auraient subi l'intervention et la plupart d'entre elles vivraient dans 27 pays d'Afrique où la prévalence varie de 5 à 98% comme l'illustre l'annexe 2 (65).

Des chiffres plus récents sur le nombre total des mutilées en Afrique Continentale font état d'un accroissement de 115 millions à 127, 33 millions ; et chaque année 2 millions au moins de fillettes subissent cette pratique (64, 45).

La majorité des recherches existantes comprend des études cliniques sur les complications des diverses procédures des MGF. Cependant quelques études sociologique et médicale en Afrique anglophone notamment au Soudan, en Egypte, au Nigeria ont été faites mais très peu de recherches du genre ont été faites en Afrique francophone. De même des recherches spécifiques sur les MGF à l'échelle nationale au Burkina Faso sont rares ; une seule a été faite par l'INSD et l'UNICEF en 1996 (28).

La plupart des études faites concernent soit une région soit une ethnie ou quelques groupes ethniques. Elles sont réalisées en milieux urbains ou sub-urbains et sont sous forme de mémoire de fin d'études, de thèses, de documents d'évaluation de projets et d'articles dans les revues ou les journaux. A cela s'ajoute des informations recueillies dans les documents de publications étrangères mais traitant aussi des MGF au Burkina Faso. Par ailleurs des rapports de séminaires et d'ONG donnent des compléments d'information sur les activités entreprises jusqu'à présent.

NITIEMA P. trouvait, dans une étude portant sur l'épidémiologie et l'évolution des MGF dans la ville de Ouagadougou en 1993 (40) qu'il y avait une tendance évolutive vers la baisse de la prévalence des MGF. Cette baisse serait étroitement liée au niveau de scolarisation, d'urbanisation, à la sensibilisation entreprise à partir des années 1983.

Des études descriptives sur l'excision au Burkina Faso (2) puis au sein de certaines communautés comme chez les Bwa de Houndé (23) chez les Kurumba du Luhrum (24), chez les Mossé de Pabré (38) ont été faites. Elles ont montré :

- que la justification la plus couramment avancée est le respect de la tradition ;
- qu'il y a une profonde dégradation des schémas initiatiques et un changement des caractéristiques socioculturelles de l'excision au point d'annuler les valeurs culturelles qui l'entouraient jadis.

Des données qualitatives collectées dans dix-neuf provinces au Burkina Faso montrent que les raisons qui sous-tendent la pratique de l'excision dans les différentes communautés sont d'ordre socio-culturel et économique. Ces raisons varient toutefois d'une ethnie à l'autre (35).

Des sujets de mémoire ont porté sur la lutte contre l'excision au Burkina Faso (57, 2) notamment les stratégies de lutte et la contribution de la radio dans cette lutte.

De nombreuses initiatives ont été prises pour lutter contre les MGF tant en Afrique qu'au Burkina Faso mais il y a une insuffisance de données de base , de données périodiques qui permettraient de disposer d'indicateurs de surveillance des progrès réalisés en vue de l'élimination des MGF.

II.2 HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE L'EXCISION

II.2.1 EN AFRIQUE

Les campagnes contre la pratique des MGF auraient commencé en Afrique dans les années 1929 - 1930 sous l'égide des missionnaires chrétiens britanniques en poste en Afrique Orientale. En effet au Kenya l'Evêque de Mombassa a pris position contre les MGF en 1930; ensuite SEQUERRA a démontré en 1931 pour la première fois leurs conséquences néfastes sur la santé (40). Les prises de position de l'Evêque ont créé un malaise social dans la colonie.

Il faut attendre en 1976 pour que l'OMS sous l'impulsion du Conseil Economique et Social (CES) des Nations Unies, fasse paraître sa première publication sur les MGF notamment sur les conséquences médiate. Puis en 1979, elle a organisé à travers son bureau de la Méditerranée Orientale le premier séminaire international sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants à Khartoum. D'importantes recommandations sont issues de ce premier forum international sur les MGF notamment :

- adoption de politique nationale claire en vue de l'abolition des MGF ;
- mise en place de commission nationale pour coordonner et suivre les activités des organismes impliqués en veillant si nécessaire à l'établissement d'une législation interdisant les MGF ;
- intensification de l'éducation générale du public en mettant l'accent sur les dangers et les risques des MGF ;
- intensification de l'éducation et des programmes de formation en direction des matrones, accoucheuses, guérisseurs et autres praticiens de la médecine traditionnelle afin de leur démontrer les effets négatifs de l'excision et de gagner aussi leurs appuis aux efforts visant à son abolition .

En 1980 au cours d'une réunion UNICEF-OMS un plan d'action commun a été défini en vue de promouvoir la santé par le biais des services de santé primaires. Ce plan préconisait le développement d'actions orientées vers la recherche épidémiologique et vers les études socioculturelles concernant les comportements, les valeurs et les attitudes.

La persistance de la pratique des MGF en dépit des mesures entreprises a amené l'OMS en 1982 à exprimer son opposition sans réserve à toutes formes de médicalisation de l'opération et puis en 1984 à coparrainer avec l'UNICEF, le FNUAP un séminaire à Dakar qui a abouti à la création du Comité Inter-Africain pour la lutte contre les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants (CI-AF). Ce comité compte actuellement des comités nationaux dans 24 pays africains dont le Burkina Faso (64, 4).

II.2.2 AU BURKINA FASO

La lutte contre la pratique des MGF au Burkina Faso est très ancienne ; elle a connu plusieurs épisodes. Nous en distinguerons essentiellement deux :

- de la période coloniale à la période des indépendances ;
- et de la période des indépendances à nos jours.

II.2.2.1 De la période coloniale à la période des indépendances.

En 1945 en Haute-Volta (actuel Burkina Faso), le Père TEMPLIER SIGOARD et Monseigneur THEVENOUD ont fait comprendre aux premiers chrétiens que l'église n'approuvait pas l'excision et par conséquent ont demandé son interdiction avec bien d'autres pratiques traditionnelles. Mais les filles des fidèles non excisées ne trouvaient pas de mari ou étaient mariées mais une fois chez leur mari elles étaient de facto excisées.

Devant cette réaction, le colonisateur n'a pas forcé et mieux a décidé de reconnaître les us et coutumes et de composer avec un peuple traditionaliste (22, 2).

La lutte va connaître une léthargie jusqu'à la période des indépendances.

II.2.2.2 De la période des indépendances à nos jours.

Il faut rappeler que les autorités politiques de la Haute-Volta avaient déjà depuis 1960 commencé la lutte contre l'excision. Elles avaient pris la décision "d'assainir" les campagnes en interdisant la pratique de certaines coutumes et en particulier l'excision. Mais la réaction de la population a été vigoureuse. Elle n'entendait pas changer ses coutumes, encore moins les abandonner. Il va y avoir une longue période de silence.

Il a fallu attendre jusqu'en 1975, au lancement de la décennie de la femme pour voir la reprise de la lutte.

L'Association des Femmes Voltaïques (AFV) a organisé une campagne nationale d'information à travers les mass médias. Une fois encore on assistera à de vives réactions

d'opposition de la population mais néanmoins un pas était franchi pour les femmes qui n'avaient jamais eu l'occasion d'exprimer leurs sentiments.

Approcher le problème sous un autre angle s'avérait alors nécessaire ; celui par exemple de la santé et de l'amélioration du statut des femmes. C'est dans ce cadre que de 1975 à 1985 le ministère de la santé, les associations et organisations féminines ont mené des actions ponctuelles de sensibilisation à l'endroit des femmes venues en consultations prénatales ou pour différents soins (22, 49, 56).

Le Burkina Faso prendra officiellement position contre les MGF en 1983 (22, 9, 58).

Différentes actions essentiellement basées sur l'information et la persuasion seront menées. On peut citer entre autres :

- une semaine nationale de la femme en Mars 1985 où une recommandation globale réclamait l'adoption d'un texte interdisant l'excision au Burkina (56, 49).

- une semaine nationale de l'Union des Femmes du Burkina (UFB) à Kaya traitant de l'excision en Mars 1988.

- une semaine nationale sur "les pratiques traditionnelles affectant la santé de la femme : le cas de l'excision" est organisée en Mai 1988 par le secrétariat de l'action sociale.

Les débats et communications ont permis de prendre conscience de la situation, d'analyser les causes ou justificatifs de l'excision, d'identifier les obstacles et les résistances et de proposer des actions et des stratégies à court et moyen termes.

Un consensus de plus en plus large s'est dégagé pour ne connaître à la pratique que des conséquences négatives et pour affirmer la nécessité d'agir pour son éradication (49).

La mise en place d'un comité national, de comités provinciaux, départementaux de lutte contre la pratique de l'excision est l'une des principales recommandations de ce séminaire. C'est ainsi qu'en Octobre 1988, un comité provisoire de lutte contre la pratique de l'excision a vu le jour et le 18 Mai 1990 il fera place à un comité national définitif.

II.3 COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA PRATIQUE DE L'EXCISION (63)

Le Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (CNLPE) a été créé par Kiti n°AN-VII-0318 FP/SAN-AS/SEAS du 18 Mai 1990. Il est placé sous la tutelle technique et administrative du Ministre de l'Action Sociale et de la Famille mais bénéficie d'une autonomie de

fonctionnement et de gestion. Il est composé d'une quarantaine de membres provenant des représentants d'autres ministères, d'ONG, d'Associations Féminines, d'Associations professionnelles et à caractère humanitaire, d'autorités coutumières et religieuses et de quelques personnes de bonne volonté.

Le CNLPE est chargé entre autres :

- 1°) d'élaborer, de mettre en œuvre, de coordonner et d'évaluer toutes les stratégies de lutte visant l'abolition progressive de la pratique de l'excision et toutes les autres formes de pratiques affectant la santé et l'épanouissement des femmes et des enfants;
- 2°) de mener des activités de sensibilisation, d'éducation et d'information sur toutes ces pratiques;
- 3°) de mener des études et de faire des recherches en vue d'acquérir une connaissance adéquate du phénomène;
- 4°) de collecter et de publier toutes les données disponibles relatives aux pratiques affectant la santé des femmes et des enfants.

Il est décentralisé dans les provinces du Burkina où il est dénommé Comité Provincial de Lutte Contre la Pratique de l'Excision. Ces Comités mènent des activités d'IEC (Information Education Communication) au niveau départemental et villageois.

II.3.1 STRATEGIES DU CNLPE

Le CNLPE afin d'atteindre les objectifs qui lui sont assignés, a adopté une stratégie qui s'articule en 4 points :

- 1°) l'intégration des activités IEC au niveau de toutes les couches sociales ;
- 2°) la concertation avec toutes les institutions susceptibles de collaborer pour la lutte contre la pratique de l'excision et la concertation régulière des membres du Comité ;
- 3°) la décentralisation à travers les Comités Provinciaux et l'identification des personnes ressources ;
- 4°) la supervision, le suivi et l'évaluation des activités.

II.3.2 ACTIVITES

Le Comité intervient sur le terrain par les activités suivantes:

- 1°) la sensibilisation de la population sur les méfaits de l'excision ;
- 2°) la formation des personnes relais et des intervenants sur le terrain en particulier en IEC/ excision ;

3°) le suivi - évaluation des différentes activités ;

4°) la recherche en vue d'une meilleure approche pour éradiquer les MGF ;

5°) le lobbying.

A l'actif du CNLPE et de tous les acteurs dans le domaine , il faut placer la réduction de la pratique des MGF dans le pays. Cependant l'excision reste ancrée dans les traditions des populations surtout celles vivant en milieu rural (28).

II.4 GENERALITES SUR LES MGF

II.4.1 RAPPEL SUR L'APPAREIL GÉNITAL EXTERNE DE LA FEMME

(52, 13, 50, 12,40)

L'appareil génital externe de la femme est représenté par la vulve qui est une zone convexe entre le pubis et le périnée. Elle est occupée à sa partie moyenne par une dépression médiane au fond de laquelle s'ouvrent l'urètre et le vagin. Cette dépression est appelée vestibule. Elle est limitée de chaque côté par deux larges replis cutanés juxtaposés les grandes lèvres en dehors et les petites lèvres (ou nymphes) en dedans.

Les grandes lèvres se perdent en avant sur une saillie médiane, le pénil ou mont de Venus.

Les petites lèvres sont reliées par leurs extrémités antérieures à un organe érectile médian, le clitoris.

Deux autres organes érectiles, les bulbes vestibulaires sont placés dans le fond du vestibule, de chaque côté de l'orifice vaginal.

Enfin, deux glandes sont annexées à la vulve ; elles sont connues sous le nom de glandes de Bartholin.

Le clitoris est un organe érectile comme le pénis chez l'homme qui a la possibilité de passer d'un état de repos ou de flaccidité à un état d'érection. Il comprend :

- une partie saillante (le corps) qui se termine sur le gland clitoridien ; il est recouvert par le prépuce encore appelé capuchon. Le corps est attaché à la symphyse pubienne par un ligament suspenseur.
- une partie profonde faite d'éléments internes «les racines du clitoris »

(schéma annexe 3).

Des quatre foyers sensoriels majeurs que possède la femme dans la région génitale (le clitoris, les nymphes, le vestibule, le vagin), le clitoris est incontestablement le plus richement innervé. Les corpuscules de KRAUSE-FINGER récepteurs spéciaux des terminaisons nerveuses

fourmillent dans le gland clitoridien, ce qui explique son extrême sensibilité.

Sa vascularisation est assurée par un riche réseau artériel formé par l'artère du clitoris et les artères honteuses internes, les veines du vestibule, des corps érectiles et du clitoris. Les veines s'étagent en deux plans :

- un plan superficiel représenté par la veine dorsale superficielle clitoridienne qui va se jeter dans la veine saphène interne
- et un plan profond qui est formé par la veine dorsale profonde du clitoris et des veinules.

Le schéma anatomique des Organes Génitaux Externes (OGE) de la femme figure en annexe 3

II.4.2 DEFINITIONS ET CLASSIFICATION DES MGF (64, 53, 35)

L'expression "Mutilations Génitales Féminines" (MGF) est aujourd'hui généralement acceptée pour décrire les pratiques traditionnelles qui consistent à enlever tout ou partie des OGE des petites filles et des femmes.

Elle n'englobe pas les opérations chirurgicales effectuées pour des raisons médicales ou de changement de sexe. Cette expression a été employée pour la première fois par le CI-AF lors d'une rencontre à Addis-Abeba en Ethiopie en 1990. Depuis, elle a été également adoptée par l'Organisation des Nations Unies et est de plus en plus employée par le public. Avant son adoption, la pratique était appelée «excision féminine ou circoncision féminine ».

Définition 1(OMS)

Les Mutilations Génitales Féminines (MGF) désignent toutes les procédures qui comprennent l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins que ce soit pour des raisons culturelles ou pour toute autre raison non thérapeutique.

Tous les types de MGF comportent l'ablation du clitoris.

Définition 2

Les MGF sont définies comme une ablation conduisant à une «perte partielle ou complète » des organes sains sexuels externes de la femme susceptibles d'entraîner une morbidité ou une mortalité immédiate ou d'interférer ultérieurement dans les fonctions sexuelles et / ou reproductrices de la femme.

Cette définition englobe les notions de circoncision féminine, d'excision, d'infibulation (ce sont des altérations morphologiques et / ou fonctionnelles affectant des structures corporelles

participant à l'épanouissement de la sexualité .

Classification (OMS)

Type I : Excision du prépuce avec ou sans excision de tout ou partie du Clitoris.

Type II : Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres.

Type III : Excision de tout ou partie des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation).

Type IV : La liste de type IV comprend toutes les autres formes de MGF non classées :

- . la piquûre, le pincement ou l'incision du clitoris et / ou des lèvres ;
- . l'étirement du clitoris et / ou des lèvres ;
- . la cautérisation du clitoris et des tissus avoisinants ;
- . l'introcision ;
- . le raclage (incision ou gurya) ou l'incision gishiri du vagin ou des tissus avoisinants ;
- . l'introduction de substances corrosives ou de plantes dans le vagin ;
- . toute autre procédure qui correspond à la définition des MGF donnée ci-dessus.

II.4.3 LES MOSSI ET L'EXCISION (38).

Les différentes versions précitées bien que recelant d'éléments d'explication sur les origines des MGF ne nous permettent pas de savoir le fondement original de la pratique de l'excision chez les mossi .

En effet tout en s'inscrivant dans la dialectique transculturelle des systèmes patrilinéaires les origines des MGF au Burkina Faso diffèrent d'une ethnie à l'autre. Pratiquée au début dans certains pays voisins tels que le Mali, le Niger et le Ghana, la clitoridectomie aurait atteint d'abord par extension les ethnies peulhes et Bissa au Burkina Faso. Elle est pratiquée dans presque tous les groupes culturels du pays .

Plusieurs versions sont données sur l'origine de l'excision chez les Mossi :

1°) Elle se serait implantée au Burkina Faso et plus précisément chez les Mossi par le canal de l'Islam dans les années 1784 à 1791 (56, 2).

2°) Le Mogho Naba aurait imité l'excision chez une famille royale Peulhe de Bazouli (village situé à une trentaine de Km de Pabré). Celui-ci aurait épousé la fille du roi peulh qui lui aurait fait beaucoup d'enfants . Elle était excisée. Dès lors le Mogho Naba se serait persuadé que l'excision stimule la fertilité et la fécondité des femmes. C'est ainsi qu'il rendit obligatoire la pratique sur toute l'étendue de son territoire. Cet état de fait expliquerait également l'attitude respectueuse des Mossi envers les Peulhs qu'ils considèrent comme la première ethnie à se "civiliser" dans ce domaine (38).

II.4.4 REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES.

Les MGF existent sous toutes les latitudes. Il est extrêmement difficile d'en établir aujourd'hui une géographie précise dans certains pays qui ont fait glisser la pratique dans la clandestinité. Aucune enquête complète sur la prévalence des MGF n'a été effectuée à l'échelle mondiale où elles continuent d'exister au sein des populations musulmanes ou non musulmanes.

En effet, elles sont fréquentes de la côte Est à la côte Ouest de l'Afrique, de l'Ethiopie au Sénégal, descend de l'Egypte jusqu'en Tanzanie.

Les pays les plus indexés sont Djibouti; Mali, Sierra Leone, Ethiopie, Burkina Faso, Guinée, Nigeria,... et certaines régions d'Afrique du Sud (64, 45, 53, 19).

D'une façon générale on situe l'aire africaine de la pratique de l'excision entre le Tropique du Cancer et l'Equateur.

L'infibulation elle, est limitée à l'Afrique Orientale notamment en Ethiopie, le long de la Mer Rouge, en Erythrée et en Ouganda, à Djibouti, en Somalie et dans les régions limitrophes du Kenya également dans le nord du Soudan en Afrique du nord. Au Soudan, en Somalie, à Djibouti, 80 à 90 % de toutes les MGF sont des infibulations.

Enfin des cas ont été rapportés dans quelques pays d'Afrique Occidentale (Mali, Niger, Sénégal). Des évaluations statistiques des MGF en Afrique figurent en annexe 2 (65).

En dehors de l'Afrique, les MGF seraient aussi retrouvées en Asie du Sud (Malaisie, Indonésie) en Amérique Latine et dans les parties méridionales de la péninsule Arabe, au Proche Orient ainsi qu'aux Etats Unis dans les foyers d'émigrés d'Afrique, du Proche Orient d'Amérique Latine et dans certaines communautés d'Indonésie. Des foyers restreints persisteraient dans quelques tribus en Amazonie. En Europe la tendance est à la disparition (11, 19).

II.4.5 FONDEMENTS ET RAISONS DE LA PRATIQUE DE L'EXCISION

(38, 8)

La plupart des auteurs s'accordent sur le fait qu'on ne connaît pas l'origine exacte des MGF. En effet personne ne sait depuis quand l'excision est pratiquée ni où elle a commencé. Mais de nombreux auteurs ont montré qu'elle était connue des anciens Egyptiens, Romains et Arabes. En effet un papyrus grec datant de 163 avant J.-C. l'a décrit comme une opération pratiquée à Memphis lorsque les femmes atteignaient l'âge de recevoir une dot (53).

ARAMAÏS aussi l'a mentionnée en Egypte au IIe siècle avant J-C (61).

Pour d'autres, les MGF auraient connu leurs débuts en Grèce.

Par ailleurs le Paleo pathologue allemand Dieck A. cité par ERLICH M. a fait état de la découverte en 1915 et 1920 de deux cadavres féminins datant du néolithique inférieur dans les tourbières de l'Allemagne du Nord. Les corps des deux femmes originaires de l'ère pharaonique présentaient des cicatrices évocatrices d'infibulation. Ceci pourrait accréditer la thèse de l'existence de cette pratique dans l'Egypte prédynastique. Ces pratiques auraient été instituées par les pharaons. Les activités des hommes à cette époque auraient obligé ces derniers à prendre des mesures de sécurité vis-à-vis de leurs "biens", les femmes. Aussi les femmes étaient infibulées à l'épave pendant que leurs maris guerroyaient à la conquête de nouveaux territoires ou pour sauvegarder ceux déjà acquis.

Selon d'autres sources (3, 61, 17) l'infibulation était également faite par les Arabes de l'antiquité pour protéger les bergères de l'agression masculine quand celles-ci n'étaient pas accompagnées.

Enfin les MGF sont représentées par de lointains échos des grands épisodes mythologiques.

En effet la mythologie grecque évoque un mariage entre la terre et le ciel mais ce mariage n'a jamais connu de bonheur du fait de stérilité. Une colline (le clitoris) s'était interposée entre les deux partenaires et la nécessité de la raser s'est imposée.

De même, la mythologie des Dogons au Mali sur l'union entre la déesse Amma et la terre nous rappelle cette mythologie grecque. La déesse Amma raconte-t-on était obligée d'abattre la termitière (le clitoris de la terre) qui se dressait entre eux afin que le couple puisse procréer (23).

Dans la mythologie égyptienne l'existence d'une certaine corrélation entre la bisexualité des dieux et des êtres humains aurait une relation avec l'excision en Egypte. Bien d'autres arguments ont pu être avancés pour tenter d'expliquer les fondements des MGF.

Selon la cosmologie des Dogons, les êtres humains possèdent à la naissance des âmes jumelles (mâles et femelles). Le prépuce chez l'homme est son élément féminin tandis que le clitoris de la femme est son élément masculin. La circoncision et l'excision étaient donc pratiquées afin de défaire l'homme et la femme de ce qui était contraire à leur véritable nature.

Dans beaucoup de sociétés l'excision est considérée comme un rite de passage de l'enfance au monde des adultes (18, 10, 23, 35, 8).

Certaines sources font croire que l'excision provient originellement du Coran. Une croyance populaire se fonde sur l'histoire de Sarah et d'Abraham pour établir une relation entre l'origine de la pratique et les textes sacrés de l'Islam. Sarah est censée avoir fait exciser l'autre

femme de son mari après que les relations se soient dégradées entre les deux coépouses. On dit que c'est depuis lors que l'excision s'est répandue chez les musulmans (3).

Par ailleurs la pratique se justifierait à travers les prescriptions d'un Hadith (de Al hadith = la tradition). Ce hadith révèle que le Prophète Mahomet, voyant agir OMM Atteya, une exciseuse de Medine lui aurait dit ceci : « Si tu excises, n'enlève qu'une petite partie du clitoris sans jamais y couper l'essentiel. La femme aura un visage vif et heureux et sera plus accueillante envers son mari, son plaisir sera plus entier » . Mais des propos du Prophète beaucoup d'interprétations ont été faites. Certains ont vite conclu au caractère obligatoire de l'excision car dit-on, la femme non excisée a des qualités désobligeantes (sale, impure, frivole...) ; d'autres sont allés jusqu'à dire qu'Alla ne tient pas compte des prières d'une femme non excisée.

Enfin, concernant l'excision , certains peuples musulmans croient qu'il s'agit d'un précepte religieux. C'est bien évidemment un immense malentendu car la circoncision féminine était courante à l'époque païenne. D'ailleurs l'historien grec Hérodote témoigne qu'au Vè siècle avant J-C. elle existait chez les Phéniciens, les Hittites, les Ethiopiens et les Egyptiens.

Pourquoi ? On ne le sait pas.

Les fondements et les origines des MGF restent toujours flous.

Les motifs invoqués pour justifier la persistance de la pratique des MGF à travers le monde sont multiples, éminemment variables d'une communauté à une autre et, très souvent d'une famille à une autre. Nous pouvons les assembler en quatre grands groupes :

- les motifs religieux
- les motifs socioculturels
- les motifs psycho-sexuels
- les motifs sanitaires et esthétiques

II.4.5.1 les motifs religieux

Les MGF sont souvent justifiés sur le plan religieux comme une purification du corps de la femme. C'est ainsi qu'on s'y réfère en Bambara comme « seliji » (seli = prière, ji = eau) qui est l'appellation donnée aux ablutions avant la prière chez les musulmans. La relation entre les MGF et l'Islam est expliquée de plusieurs façons mais nous en donnerons deux.

Le Prophète Mahomet aurait laissé une exciseuse faire son travail tout en lui recommandant la modération dans l'opération. Ce geste prophétique est aux yeux de certains musulmans que les MGF est une tradition non écrite «Hadith» de l'Islam.

La seconde interprétation de la relation entre les MGF et l'Islam est basée sur la sourate qui se réfère à la religion d'Abraham et exhorte les musulmans à reconnaître son importance dans l'avènement de l'Islam.

Il ressort de ces deux arguments que les MGF étaient bel et bien antérieures à l'Islam. Elles n'y sont justifiées que par de simples spéculations et/ou interprétations. Par ailleurs aucune mention n'est faite sur l'excision dans la Bible (19, 8).

II.4.5.2 les motifs socioculturels.

Les divers mythes créés autour des MGF relient cette pratique à des interprétations du monde qui ont prévalu dans la société ancienne. L'excision est donc une pratique traditionnelle que certaines cultures considèrent comme "un rite de passage ou une cérémonie d'initiation marque pour la femme la transition ou le passage de l'enfant à l'âge adulte. Certaines expressions telles que «prendre le pagne », « devenir femme», ou « s'asseoir sous le fer » (chez les Bambara) désignent les MGF en tant que rite de passage et d'initiation de la fille à la femme adulte (8).

Par ailleurs la recherche de la perpétuation du lignage encouragé par les systèmes patriarcaux en impose la pratique dans beaucoup de communautés.

D'autres sociétés comme chez les mossis au Burkina Faso estiment qu'une femme non excisée se trouve dans l'impossibilité d'avoir des enfants ; le clitoris étant selon eux un organe dangereux qui tuerait l'enfant à la naissance s'il le touche. De plus, ils considèrent le clitoris comme pouvant être une cause d'impuissance.

II.4.5.3 Les motifs psycho-sexuels

Ils sont nombreux les différents motifs psycho-sexuels avancés par les sociétés qui pratiquent aujourd'hui encore l'excision. Nous retiendrons entre autres le caractère désordonné de la sexualité des femmes et les limitations de leurs capacités morales, l'agressivité du clitoris et la menace qu'il représente pour l'homme, la recherche de la virginité (55).

II.4.5.4 Les motifs sanitaires et esthétiques (48, 44)

La clitoridectomie, la circoncision féminine ont été jusqu'en 1950 pour certains et continueraient encore pour d'autres d'être pratiquées mais occasionnellement dans des cliniques européennes anglaises et américaines pour des «raisons médicales».

La clitoridectomie permettrait de soigner des maux allant de l'épilepsie, l'hystérie, la nymphomanie à la frigidité.

Par ailleurs, le clitoris est représenté dans beaucoup de sociétés comme un organe sale qui contiendrait des vers ; il n'est pas beau, il est inutile et est comparé parfois à la crête de coq.

II.4.5.5 Autres raisons de la pratique des MGF.

Les autres raisons de la pratique des MGF ou plutôt les facteurs jouant contre leur élimination pourraient être économiques, politiques. En effet la pratique des MGF représenterait une source continue de revenus pour certains pratiquants (Cliniques, personnel médical et paramédical...). Bien que les hommes politiques et autres responsables aient été sensibilisés au problème que représentent les MGF, de gouvernements s'abstiennent de prendre position sur le sujet. Ils craignent d'être impopulaires (46, 3, 47, 61).

II.4.6 LES COMPLICATIONS DE L'EXCISION (3, 19, 40, 8, 46)

La littérature concernant les complications médicales résultant de l'excision ne montre pas la fréquence réelle de ces complications. Leur incidence et la gravité dépendraient du type d'opération, de l'opérateur, du manque de tranchant des instruments, de l'environnement, de l'état physique de la victime, de l'utilisation ou non des services de santé en cas de complications.

De nombreuses femmes semblent ne pas avoir conscience du lien qui existe entre les MGF et leurs conséquences pour la santé, en particulier les complications affectant les rapports sexuels et l'accouchement qui surviennent plusieurs années après la mutilation.

Dans de nombreux cas, les femmes ont en outre été conditionnées socialement pour accepter la pratique et les douleurs qu'elle suscite. Mais les vieilles femmes, les accoucheuses traditionnelles conscientes des difficultés qui attendent les mutilées à l'accouchement, les soumettent à une restriction alimentaire pendant la grossesse. Ce comportement aggrave un état anémique préexistant, ce qui accroît le risque d'hémorragie et d'infection ainsi que la morbidité à longue échéance de même que le risque de faible poids de naissance et de prématurité.

Quelle que soit la forme sous laquelle les mutilations génitales sont pratiquées, elles sont responsables de complications immédiates et médiatees.

II.4.6.1 Les complications immédiates

Elles sont nombreuses et comprennent :

- les hémorragies ;

- . le choc ;
- . la douleur atroce pouvant conduire à des pertes de connaissance, à la mort car l'opération se pratique presque toujours sans anesthésie ;
- . la rétention aiguë d'urine ;
- . des lésions accidentelles d'organes adjacents (vagin, anus, urètre) ;
- . des infections pouvant être locales, loco-régionales ou générales; elles sont fréquentes;
- . un haut risque de contamination du VIH, de l'hépatite virale B, du tétanos.

II.4.6.2 Les Complications Médiates

Ce sont essentiellement des complications physiques (gynécologique, obstétricale), psychologiques ultérieures.

II.4.6.2.1 Complications Gynécologiques

Elles sont dominées par les déformations disgracieuses et les occlusions notamment:

- la formation de chéloïdes, d'adhérences labiales, de kystes dermoïdes, d'hématocolpos ;
- des infections du pelvis, du vagin qui dans leur mode chronique peuvent être responsables de stérilité ;
- des complications gênantes à l'origine de difficultés sexuelles (dyspareunie, apareunie avec ou sans vaginisme).

II.4.6.2.2 Complications Obstétricales

Elles comprennent :

- les déchirures du périnée;
- les hémorragies lors des accouchements;
- l'expulsion prolongée avec son corollaire de fistules vésico-vaginales, fistules recto-vaginales des prolapsus utérins, des lésions cérébrales fœtales et souvent mort fœtale.

II.4.6.2.3 Les complications psychologiques et psycho-sexuelles.

Selon plusieurs sources, les complications psychologiques et psycho-sexuelles liées aux MGF sont nombreuses mais très peu d'études ont porté sur ces types de complications ou sur leur fréquence réelle. Elles comprennent:

- l'anxiété

- la mélancolie
- la dépression
- la psychose.

Les mutilées ont le sentiment d'une diminution de la féminité. Certains auteurs ont évoqué des difficultés psycho-sexuelles tels que l'affaiblissement du désir sexuel, l'absence d'orgasme. Toutes ces complications constituent à n'en pas douter une cause importante de troubles de l'unité familiale, de divorce.

III. OBJECTIFS

III.1 OBJECTIF GENERAL

1°) Analyser les Connaissances, les Attitudes et les Pratiques des communautés rurales du Sanmatenga en matière de Mutilations Génitales Féminines.

III.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

1°) Identifier les aspects connus des populations rurales relatifs aux Mutilations Génitales Féminines.

2°) Décrire les facteurs pouvant déterminer l'attitude des populations sur l'excision.

3°) Décrire les caractéristiques épidémiologiques et sociales de la pratique des Mutilations Génitales Féminines.

4°) Identifier les sources d'information des populations sur les Mutilations Génitales Féminines.

IV. MATERIEL ET METHODE

IV.1 CADRE DE L'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans la province du SANMATENGA plus exactement dans dix villages qui sont : Foutrigui, Gaoua, Gantodogo, Hanhi, Kalambaogo, Koutoumtenga, Noaka, Songodin, Soaga et Tanwoko. Les dix villages d'étude répartis dans sept départements comptaient 14652 habitants et 1956 ménages soit une taille moyenne des ménages à 7,5 personnes.(voir tableau 1)

IV.1.1 LA PROVINCE DU SANMATENGA

IV.1.1.1 Données Physiques

La province du Sanmatenga est située au Centre - Nord du Burkina Faso avec une superficie de 9 419 Km² (27). Le Chef lieu de la province, Kaya est à 100 Km de Ouagadougou sur l'axe Ouagadougou - Dori.

Elle est limitée :

- au Nord par la province du Soum;
- au Sud par les provinces du Ganzourgou et de l'Oubritenga ;
- à l'Est par le Namentenga
- et à l'Ouest par les provinces du Bam et du Passoré.

Elle est soumise à un climat tropical soudano-sahélien et la pluviométrie est caractérisée par sa faiblesse et son irrégularité et surtout par sa très inégale répartition dans le temps et dans l'espace ce qui influence considérablement la production agro-pastorale.

IV.1.1.2 Divisions administratives

La province du Sanmatenga compte quatre communes onze départements et trois cent trente et un villages. L'urbanisation y est très embryonnaire. Mais Kaya avec plus de trente mille habitants fait partie du programme des dix villes moyennes du Burkina.

Au titre des principaux services administratifs de la province, il y a le Haut Commissariat, la Mairie, des Préfectures, la Cour de Justice, le service des impôts, la Compagnie de

gendarmerie, la Direction Régionale de la police, la première région militaire...(27)

IV.1.1.3 Situation économique et sociale

Le Burkina Faso est compté parmi les pays les moins avancés (PMA) sur l'échiquier international. Le seuil absolu de pauvreté a été établi à 41099 francs CFA par an et par adulte (28) et 44,5% de la population vivent en dessous de ce seuil. La pauvreté est essentiellement le fait des agriculteurs. Le Sanmatenga n'échappe pas à cette dure réalité économique. L'activité économique principale reste sans conteste l'agriculture qui occupe en moyenne 95% des ménages et l'élevage traditionnel. Le niveau de revenu des ménages est de plus en plus bas, la province étant confrontée à de graves difficultés telles la sécheresse, l'intensification de la désertification auxquelles est venue se greffer depuis 1994 la dévaluation du franc CFA. Ces difficultés constituent un frein important à son développement économique et social.

Les taux d'alphabétisation et de scolarisation respectivement de l'ordre de 9,8% et de 22,5% sont particulièrement bas.

IV.1.1.4 Données sanitaires

La situation sanitaire de la Province du Sanmatenga n'est pas fondamentalement différente de celle du pays. Il faut rappeler que le Burkina Faso a adopté les soins de santé primaire(SSP) comme stratégie de développement sanitaire. Le nouveau système de santé au Burkina Faso comprend 11 Directions Régionales de la Santé(DRS) subdivisées en 53 districts sanitaires (32, 31).

La Direction Régionale de la Santé de Kaya comprend 4 districts sanitaires qui sont :

- le district sanitaire de Kaya ;
- le district sanitaire de Barsalogo ;
- le district sanitaire de Boulsa ;
- le district sanitaire de Kongoussi.

Le district sanitaire de Kaya où nous avons mené notre étude est dirigé par un Médecin-chef et une Equipe Cadre de District. Ce district se particularise par le fait qu'il abrite le chef lieu de région et le Centre Hospitalier Régional qui est le centre de référence.

*Plan de Parrainage International Sanmatenga

Plan International Sanmatenga est une ONG qui oeuvre pour l'épanouissement des enfants. Elle est financée par des donateurs à travers un système de parrainage des enfants entre des parrains des pays développés et des filleuls des pays en développement.

*Infrastructures sanitaires

Le District compte 27 formations sanitaires dont 24 CSPS (avec 2 dans la ville de Kaya), 1 dispensaire, 1 service de santé des travailleurs, 1 institut médico-scolaire. Par ailleurs il y a 2 cabinets de soins privés dans la ville de Kaya, 109 Postes de Santé Primaires (PSP) fonctionnels participant surtout à la lutte contre les grandes endémies et aux activités d'IEC dans le District. D'autre part, chaque village a une maison-plan construite par le PPI où les villageois se rencontrent avec les volontaires communautaires, les animateurs du PPI pour des causeries.

On estime à 1 formation sanitaire pour 14044 hab. contre 1 CSPS pour 10000 hab. (norme nationale)

En plus 27% des villages comptant 80334 hab. sont situés à 10 Km et plus des formations sanitaires.

N.B. : ces ratio ne prennent pas en compte le personnel du CHR. L'EDS 1993 du Burkina Faso trouvait aussi qu'en milieu rural, hormis les PSP qui sont cependant de moins en moins opérationnels, les infrastructures sanitaires sont difficilement accessibles; les distances médianes varient de 7 kilomètres pour les dispensaires à 50 kilomètres pour les hôpitaux, cliniques, et les cabinets de médecin privé (27). En considérant la norme nationale de trois agents de santé dont au moins deux qualifiés par formation sanitaire, 51% des formations sanitaires du district n'ont pas le personnel requis.

Les indicateurs sanitaires suivants illustrent la faible couverture sanitaire, la faible fréquentation des centres de santé. C'est notamment :

- le taux de fréquentation des formations sanitaires de 23% (1996)
- la couverture prénatale de 42% (1996)
- la couverture obstétricale de 24% (1996)
- la couverture vaccinale de 45% pour les enfants complètement vaccinés ; toutes les formations sanitaires fonctionnelles disposent d'un centre fixe de vaccination et on pratique les stratégies fixe et avancée (32, 31, 33).

*Ressources humaines

Le district sanitaire de Kaya comprend 85 agents soit :

- 1 Médecin pour 365155 hab. au lieu de 1/10.000 selon l'OMS
- 1 Pharmacien pour 365155 hab.
- 1 Infirmier pour 10.740 hab.
- 1 Sage-femme/Maïeuticien d'Etat pour 182577 hab. (1997) au lieu de 1/3.000 hab.

Selon l'OMS

- 1 Accoucheuse Auxiliaire pour 28.088 hab.

IV.1.1.5 Données Démographiques

La population est estimée à 445090 habitants en 1996 et les femmes en représentent 53,4%

Cette population est essentiellement composée de mossi (94,2% de la population), de peulh (5,0% de la population) auxquels s'ajoutent les ethnies minoritaires notamment les bisssa, les gouin, les gourmantché, les léla, les marka, les nounouma, les samo, les sambla, les sénoufo, et d'autres nationalités.

Les religions importées sont dominantes: 47,28% et 14,54% de la population étaient respectivement musulmans et chrétiens et le reste est animiste. Mais en fait, les pratiques animistes n'ont jamais été délaissées par la population, pas même par ceux qui se réclamaient musulmans ou chrétiens. Elles occupaient une grande place dans la vie des populations à en juger par l'attachement aux traditions en particulier la vénération de grands fétiches tel "GAOUA" dont la réputation a dépassé largement les limites de la province, la force de la chefferie traditionnelle etc.

L'organisation sociale de la province est de type mossi. Le Sanmatenga constitue une des principautés autonomes du royaume mossi de Ouagadougou: c'est la principauté de Boussouma qui a à sa tête un prince appelé RIMA. Cette principauté est morcelée en un certain nombre de cantons d'importance et d'étendue variables ayant à leur tête un Chef appelé KOMBOERE. Les cantons se subdivisent à leur tour en villages relevant de l'autorité d'un chef appelé TENG-NABA. Les villages comprennent, généralement plusieurs hameaux groupés ou épars.

Généralement chez les Mossi, le village connaît une organisation qui s'articule autour des responsables coutumiers:

- Le TÊNG-SOBA : il est le chef de terre et est habilité à trancher les litiges qui surgissent à propos de la terre. Il intervient pour la réconciliation entre les hommes et pour la paix avec les ancêtres et la terre. Il offre régulièrement des sacrifices à la terre et aux puissances qui l'habitent pour qu'elles accordent la santé et la force aux individus et aux groupes, la fécondité aux femmes, l'entente sociale, des pluies à temps opportun...
- Le TÊNG-NABA : c'est le chef de village. Il a un rôle administratif et judiciaire. Sa tâche est de résoudre les problèmes ayant trait au mauvais fonctionnement du village. Il est assisté par les chefs de quartier et de famille.

En ce qui concerne le système de parenté, la famille est la cellule de base de l'organisation sociale. La société est constituée de lignages patrilinéaires. Les gens sont regroupés par lignage (Boudou). Chaque lignage a à sa tête un chef. Les habitants des différents quartiers sont regroupés dans des concessions (Zaksé) et chaque concession fait référence à une famille, à une ethnie.

Les Mossi du Sanmatenga se subdivisent en plusieurs sous groupes comprenant les Yîyônsé, les Nakomsé, les Saaba.

A l'instar des groupes mossi, il existe dans différents lignages ou tribus, des spécificités communautaires. Chaque communauté est représentée par le doyen du lignage qui organise les rapports avec les autres groupes. C'est ainsi que pour harmoniser les rapports de voisinage, on privilégie beaucoup les "échanges de femmes", en tenant compte de ce qui les rassemble, mais aussi de ce qui les sépare.

La femme n'est pas d'abord cherchée et valorisée en tant que partenaire sexuel, mais parce qu'elle permet au célibataire d'accéder à une certaine autonomie économique. Le mariage forcé est de coutume. A moins d'enlever la femme et de quitter le village, aucun mariage ne peut se contracter sans le consentement des patriarches des buudou auxquels appartiennent les deux époux. Malgré le nouveau code de la famille et des personnes, les arrangements et les décisions dans ce domaine constituent " la chasse gardée " des chefs de famille et des patriarches.

Les coutumes demeurent l'apanage des vieux dont la tendance actuelle est de les protéger et de maintenir les traditions. Parmi les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé de la femme et de la fille et qui sont très courantes dans la province, nous pouvons citer le mariage forcé, la polygamie, l'excision... L'excision garde toujours une place importance ." Une fille qui n'est pas excisée, ne donne pas d'enfants, en plus aucun homme ne veut d'elle " (38, 29).

Les villages d'étude

Les dix villages d'étude répartis dans sept départements comptaient 14652 habitants et 1956 ménages soit une taille moyenne des ménages à 7,5 personnes.(voir tableau 1)

Tableau 1 : Répartition de la population et des ménages dans les villages enquêtés

Villages	Population	Nombre de ménages
Foutrigui	1 144	84
Kalambaogo	1 883	359
Noaka	3 022	370
Gantodogo	360	54
Soaga	1 855	254
Tanhoko	1 661	228
Koutoumtenga	1 809	248
Hanwi	462	63
Gaoua	1 185	122
Songodin	1 271	174
Total	14 652	1 956

Au plan des infrastructures existant dans les villages, nous avons:

- une école à trois classes à Songodin, Gaoua, Kalambaogo, Koutoumtenga; les autres villages n'en possédant pas.
- des lieux de culte dans chaque village (mosquée, église, chapelle)
- un centre d'animation dit "maison plan" construit et équipé de bancs par Plan de Parrainage International (PPI) où les populations se réunissent régulièrement pour des causeries avec les volontaires communautaires, les animateurs du PPI. Il sert également de centre d'alphabétisation.

- un poste de santé primaire (PSP) tenu par un agent de santé communautaire.

Il n'y avait dans aucun des villages un centre de santé et de promotion sociale ; la distance séparant chaque village de sa formation sanitaire de référence variait de 5 à 10 km et plus (voir tableau 2).

Tableau 2 : Les villages et les distances les séparant de leurs formations sanitaires de référence.

Villages	Distances entre les villages et leurs formations sanitaires (km)
Foutrigui, Gantodogo, Gaoua, Hanwi, Koutoumtenga, Soaga et Songodin	5-10
Kalambaogo , Noaka et Tanhoko	10 et +

IV.2 POPULATION D'ETUDE

La Population d'étude était composée de chefs de ménages, de leurs épouses et d'adolescent(e)s de 10 - 24 ans résidant dans les villages d'études.

IV.3 ECHANTILLONNAGE

Nous disposions comme base de sondage de la liste des dix villages et des effectifs de ménages par village. Ces données provenaient du recensement de la population effectué en 1995 par la « cellule santé » du PPI de Kaya.

Nous avons effectué un sondage en grappe à deux niveaux :

- Le premier niveau de sondage a consisté en un tirage probabiliste de la localisation des grappes dans les villages. Il y avait au total 30 grappes de 12 ménages. Cette répartition figure dans le tableau 3.

Les villages à une seule grappe étaient considérés chacun comme une zone d'enquête et ceux qui en possédaient plus étaient subdivisés en plusieurs zones d'enquête correspondant au nombre de grappes.

- Le second niveau a consisté à tirer dans chaque zone d'enquête les ménages à enquêter. Pour cela " un sélectionneur de grappe " formé à cet effet se plaçait au centre de chaque zone d'enquête et conformément à la " méthode de la bouteille ", il repérait la concession où l'enquête devait commencer puis numérotait toutes les autres rencontrées au hasard tout en suivant scrupuleusement les principes de la méthode de la bouteille.

L'unité de collecte des données était le ménage.

Le ménage comprenait : le chef de famille, son ou ses épouses et les enfants à leur charge.

Nous retenions trois individus par ménage : le chef de ménage, une épouse et un(e) adolescent(e). Dans certains cas, l'épouse ou l'adolescent(e) de cette unité de collecte était sélectionné(e) par tirage au sort (cas de couples polygames, de ménages comptant plusieurs adolescent(e)s).

Pour des facilités de langage nous avons considéré comme adolescent(e)s tous les sujets célibataires âgés de 10 à 24 ans.

L'échantillon était de 360 ménages comprenant donc 360 hommes (chefs de famille),

360 femmes (mères de famille) et 360 adolescent(e)s.

Tableau 3 : Localisation des grappes dans les villages enquêtés

Villages	Nombre de ménages	Nombre de ménages cumulés	IV.3.1.1 Grappes
Noaka	370	370	1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6.
Kalambaogo	359	729	7 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11
Gantodogo	54	783	12
Foutrigui	84	867	13
Songodin	174	1041	14 ; 15 ; 16.
Koutoumtenga	248	1289	17 ; 18 ; 19 ; 20.
Hanwi	63	1352	21
Soaga	254	1606	22 ; 23 ; 24 ; 25.
Tanhoko	228	1834	26 ; 27 ; 28.
Gaoua	122	1956	29 ; 30.

Le pas du sondage : $1956/30=65$

La première grappe est le nombre choisi au hasard compris entre 1 et 65 qui était 28.

IV.4 TECHNIQUE D'ETUDE

Pour atteindre les objectifs, une Direction Technique a été mise en place sous l'autorité du Directeur Provincial de la Santé du Sanmatenga et du chef du Département de la Santé Publique de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Ouagadougou. Cette direction technique avait en charge la supervision générale de l'enquête y compris les travaux informatiques.

Un recyclage des enquêteurs et enquêtrices a été fait. Il a consisté d'une part en des exposés théoriques concernant les techniques d'identification des ménages à enquêter, les techniques d'enregistrement des informations et d'autre part en des exercices d'application.

A l'issue de la formation, un pré-test a été fait dans le village de SILMIOUGOU qui ne faisait pas partie des zones de l'échantillon principal. D'une manière générale, le pré-test a

permis d'identifier plusieurs problèmes concernant la formulation de certaines questions, la présentation des questionnaires et la traduction en mooré ; il nous a permis d'exclure les adolescent(e)s de moins de onze ans parce que trop jeunes pour répondre aux questions. En ce qui concerne l'enquête principale elle s'est déroulée du 3 au 14 Juin 1996.

Nous avons mené une enquête transversale à passage unique au sein de la population des dix villages .

Il s'agit d'une interview basée sur un questionnaire écrit. Ce questionnaire a été administré en mooré en face à face aux enquêtés présents. Quant aux non réponses nous n'avons pas eu l'occasion de les rattraper compte tenu de la limitation des moyens et des impératifs de temps.

IV.5 PERSONNEL DE L'ENQUETE.

Onze enquêtrices et enquêteurs étaient recrutés. Ils ont déjà participé à des enquêtes en population de ce genre. C'était essentiellement des agents de santé et de l'action sociale qui maîtrisaient le mooré. Ils ont suivi un recyclage de trois jours.

IV.6 INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES

Nous avons élaboré trois fiches d'enquête :

- une fiche d'enquête "Homme" pour les chefs de ménage ;
- une fiche d'enquête " Femme" pour les épouses
- et une fiche d'enquête " Adolescents " pour les adolescent(e)s de 11 - 24 ans. Le modèle final de ces fiches a été établi après la pré-enquête

Ces questionnaires sur l'excision visaient à recueillir les informations sur les caractéristiques générales de la population sur les connaissances, attitudes et pratiques de la population en matière d'excision.

Les questionnaires " Hommes " et " Femmes " sont quasi identiques exception faite de certaines questions chez les femmes explorant leur vécu personnel en tant que victimes ou non des mutilations sexuelles.

Quant au questionnaire " Adolescent(e)s", il était une forme allégée des deux précédents, excluant les questions explorant les conséquences des MGF vécues en tant que femme et l'autorité de décision de l'excision dans le ménage.

IV.7 SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES

Avant la saisie, une vérification était faite par l'équipe des superviseurs. Elle consistait en un contrôle de l'échantillon par rapport aux fiches de terrain et en un contrôle rapide de la cohérence des données. Ce travail a commencé juste après le début de la collecte et a été mené parallèlement aux travaux de collecte.

L'ensemble des opérations de saisie et d'analyse a été réalisé sur micro ordinateur au moyen de logiciel épi - info version 6.0. Pour apprécier les différences nous avons utilisé selon les cas, les tests de Chi deux, de Chi deux de Yates et de l'écart réduit.

V. RESULTATS

V.1 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.

Des 360 femmes mères de famille, 360 hommes chefs de ménage et 360 adolescent(e)s et jeunes échantillonnés, nous avons pu interroger: 309 femmes (85,8% de répondants), 304 hommes (84,4% de répondants) et 230 adolescent(e)s de 11 à 24 ans (64% de répondants) dont 85 adolescentes. Il y avait donc 394 personnes de sexe féminin et 449 personnes de sexe masculin répondants. Le taux de participation global était de 78,1%. Ceci était essentiellement due au fait que l'étude s'était déroulée au mois de juin à la période des travaux champêtres ; et seuls les sujets échantillonnés que nous avons trouvés à notre passage ont participé à l'enquête. Nous n'avons pas eu l'occasion de rattraper les absents.

V.1.1 AGE

Nous avons demandé aux enquêtés de nous indiquer leur âge. Si pour certains il n'y a eu aucun problème, pour beaucoup par contre nous avons consulté la carte de famille ou la pièce d'identité ; quelques fois nous avons dû recourir à des repères historiques pour déterminer l'âge.

L'âge des enquêtés varie de 11 à 89 ans avec des classes modales entre 11 à 19 ans chez les adolescent(e)s, 20 à 29 ans chez les mères et 40 à 49 ans chez les pères de ménage. La répartition des enquêtés selon leur âge est présentée par la figure n°1.

Les mères étaient plus jeunes que les pères de ménage (Tableau V.1).

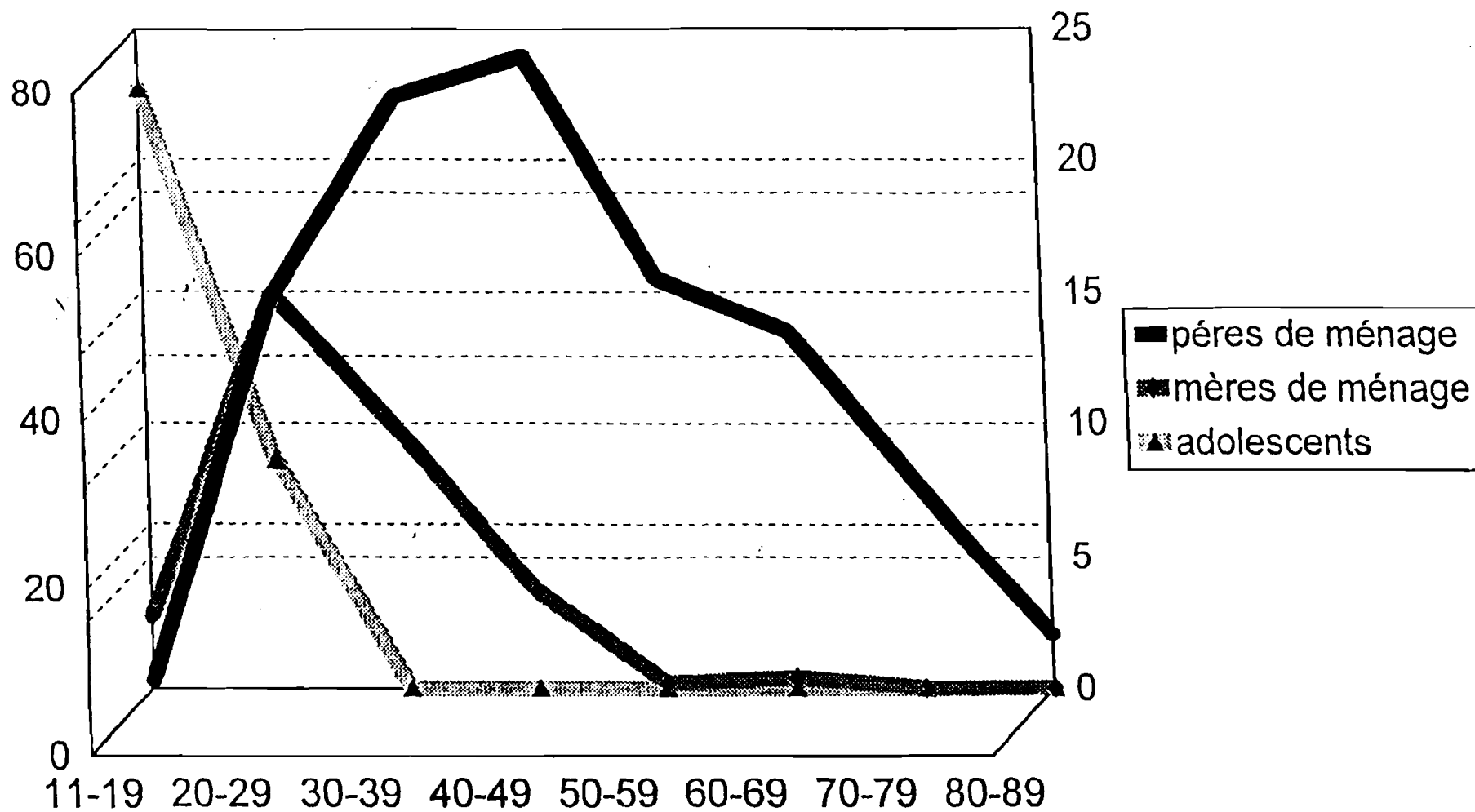


Figure n°1 : Polygone de fréquence des âges des enquêtés

L'âge moyen par groupe social est indiqué dans le tableau ci-après :

Tableau 4 : Age moyen par Groupe social.

Groupes sociaux	Age moyen $\pm$ ET	Valeur p
Pères de ménage	46,5 $\pm$ 4,0	$p < 10^{-9}$
Mères de ménage	29,7 $\pm$ 3,0	
Adolescent(e)s	17,6 $\pm$ 2,1	

ET = Ecart Type

V.1.2 NIVEAU D'INSTRUCTION

Six cent quarante sept personnes interrogées soit 76,7% de l'échantillon étaient analphabètes. L'analphabétisme frappait plus les femmes (83,8%) que les hommes (70,6 %).

Par ailleurs il y avait 14,7% d'alphabétisés en langues nationales, 8,5% de scolarisés au sein de la population.

La répartition en fonction du niveau d'instruction figure dans le tableau 5.

Tableau 5 : Répartition des hommes et des femmes par niveau d'instruction

Niveaux d'instruction	Hommes(%)	Femmes(%)	Adolescents(%)	Adolescentes(%)	Total(%)
Analphabètes	317 (70,6)	330 (83,8)	78(53,7)	68(80,0)	647 (76,7)
Alphab L nation	78 (17,4)	46 (11,17)	33(22,7)	9(10,5)	124 (14,7)
Scolarisés *	54 (12,0)	18 (4,6)	34(22,1)	8(8,2)	72 (8,5)
TOTAL	449 (100,0)	394 (100,0)	145(100,0)	85(100,0)	843 (100,0)

Légende :

**: niveau primaire, niveau secondaire*

Alphab L nation : Alphabétisés en langue nationale

V.1.3 RELIGION

Sur l'ensemble des personnes interrogées, il y en avait 504 musulmans (soit 59,8% des enquêtés), 220 animistes (soit 26,1% des enquêtés) et 119 chrétiens (soit 14,1 % des enquêtés) .

La répartition selon la religion figure dans le tableau 6.

Tableau 6 : Répartition des groupes sociaux par religion

Religion	Répartition des groupes sociaux							
	Mères de ménage		Pères de ménage		Adolescent(e)s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Animistes	81	26,6	90	29,1	49	21,3	220	26,1
Musulmans	194	63,8	180	58,3	130	56,5	504	59,8
Chrétiens *	29	9,5	39	12,6	51	22,2	119	14,1
Total	304	100,0	309	100,0	230	100,0	843	100,0

Légende :

* : Catholiques et Protestants

N : Nombre

V.1.4 ECOUTE HEBDOMADAIRE DE LA RADIO

Parmi les enquêtés, 641 sujets (soit 76,0%) écoutaient la radio au moins une fois par semaine. Leur répartition par groupe social figure dans le tableau 7.

Tableau 7 : Répartition des enquêtés écoutant la radio au moins une fois par semaine.

Groupe social.	Sujets écoutant au moins une fois par semaine la radio	
	Effectif	Pourcentage
Pères de ménage	230	35,9
Mères de ménage	218	34,0
Adolescent(e)s	193	30,1
Total	641	76,0

Il y a une association statistique entre l'écoute hebdomadaire de la radio et le groupe social des enquêtés ($p = 0,01$).

V.2 . CONNAISSANCES DES POPULATIONS ETUDIEES EN MATIERE D'EXCISION.

V.2.1 DEFINITION DE L'EXCISION

Cinq cent cinquante personnes ont défini l'excision.

Pour 521 personnes (94,7% de l'échantillon), l'excision est une résection du clitoris et pour 21 sujets (5,3%) c'est une résection du clitoris et de lèvres.

V.2.2 CONNAISSANCES DES COMPLICATIONS DE L'EXCISION

Les complications de l'excision citées par les enquêtés se résument aux hémorragies, aux infections, aux pertes de connaissance.

Mais 398 pères et mères de ménage (soit 64,9 % d'entre eux) ont déjà entendu parler de cas de décès de filles par suite d'excision dans les villages.

Quatre vingt sept femmes excisées (soit 30,0% d'entre elles) auraient eu des déchirures du périnée à leur premier accouchement. Mais aucune enquêtée n'a pu citer cela comme une complication possible de l'excision.

V.3 ATTITUDES DES POPULATIONS ETUDIEES RELATIVES A L'EXCISION

Le désir de promouvoir socialement la jeune fille, de lui assurer un mariage stable et une maternité avec le moindre risque semblent déterminer l'attitude des populations sur l'excision.

V.3.1 PROMOTION SOCIALE DES JEUNES FILLES

L'accession des fillettes dans la classe des adolescentes et des femmes est conditionnée entre autres par l'accomplissement de l'excision. Ces déclarations étaient affirmées par tous les enquêtés sans distinction de sexe, de religion et du niveau d'instruction.

Selon 6 parents (0,9% de l'échantillon), l'accession des jeunes filles dans la classe des adolescentes et des femmes est également conditionnée par l'accomplissement de sacrifices.

V.3.2 INSERTION SOCIALE DES FEMMES.

Une femme non excisée s'insérerait difficilement dans les villages d'après 53,1% des pères de ménage 50,4% des adolescent(e)s et 49,0% des mères de ménage. Elle était exposée :

- aux railleries des autres femmes ;
- à la marginalisation, en particulier à l'impossibilité de participer à certains rites coutumiers dont les diverses initiations ;
- aux agressions psychologiques diverses provenant de croyances populaires : " les femmes non excisées sont sexuellement insatiables, infidèles, ont des accouchements pénibles ou ne peuvent pas avoir d'enfants", disaient les enquêtés.

Le tableau 8 résume les principales difficultés des femmes non excisées dans les villages.

Tableau 8 : Nature des difficultés des femmes non excisées vivant dans les villages selon les groupes sociaux.

Nature des difficultés des femmes non excisée	Nombre et pourcentage des répondants par groupe social :			
	Pères de ménage	Mères de ménage	Adolescent(e)s	Total
- Marginalisation	54 (36,0)	34 (24,8)	23 (21,5)	111 (28,2)
-Railleries des autres (rires)	39 (26,0)	35 (25,5)	41 (38,3)	115 (29,2)
- Autres difficultés *	57 (38,0)	68 (49,6)	43 (40,2)	168(42,6)
Total	150 (100,0)	137 (100,0)	107 (100,0)	394 (100,0)

Légende :

* = *Insatiabilité sexuelle (infidélité), difficultés d'accouchement, impossibilité d'avoir des enfants (stérilité).*

V.3.3 JUSTIFICATIFS DE L'EXCISION DONNES PAR LES VILLAGEOIS

Nous avons demandé aux enquêtés d'indiquer ce qui pouvait justifier la pratique de l'excision et sa persistance à nos jours.

Sept cent trente un sujets ont répondu à la question.

Pour 602 personnes (soit 82,4% de l'échantillon) c'est le respect de la tradition.

Quelles que soient leurs caractéristiques, les répondants ont retenu essentiellement le respect de la tradition comme justificatif de la pratique de l'excision.

La répartition des réponses sur les justificatifs de l'excision selon les groupes sociaux figure dans le tableau 9.

Tableau 9 : Répartition des réponses sur les justificatifs de l'excision selon les groupes sociaux

Justificatifs de l'excision	Nombre de réponses selon les :			
	Pères de ménage	Mères de ménage	Adolescent (e)s	Total
Respect tradition	249 (88,6)	211(78,1)	142(78,9)	602(82,4)
Prescription religieuse	5(1,8)	9(3,3)	1(0,6)	15(2,1)
« Pour avoir beaucoup d'enfants »	15(5,3)	42(15,6)	29(16,1)	86(11,8)
Fidélité de la femme	7(2,5)	1(0,4)	6(3,3)	14(1,9)
Propreté de la femme	5(1,8)	7(2,6)	2(1,1)	14(1,9)
Total	281 (100,0)	270 (100,0)	180 (100,0)	731 (100,0)

Légende :

N= Nombre

V.3.4 OPINION DES POPULATIONS SUR LA RELATION ACCOUCHEMENT - EXCISION.

Nous avons demandé aux enquêtés s'il y a des avantages à l'accouchement pour une femme non excisée. Quatre cent quarante neuf hommes et 394 femmes ont répondu à la question.

Pour 34,9% des hommes et 44,6% des femmes la non excision n'offre aucun avantage à l'accouchement.

Cette opinion est également partagée par 77% de femmes qui ont eu des déchirures du périnée.

V.3.5 PERPETUATION DE L'EXCISION.

Quatre cent soixante dix neuf personnes enquêtées (soit 56,9% de l'échantillon) ont affirmé leur intention d'exciser à l'avenir leur fille.

La répartition des réponses sur l'intention d'exciser leur fille à l'avenir selon les groupes sociaux figure dans le tableau 10.

Tableau 10 : Répartition selon les groupes sociaux des personnes interrogées désirant exciser leurs filles à l'avenir.

Groupe social.	Sujets désirant exciser leurs filles à l'avenir	
	Effectif	Pourcentage
Pères de ménage n=304	172	35,9
Mères de ménage n=308	170	35,5
Adolescent(e)s n=230	137	28,6
Total N=842	479	56,9

Mais il n'y a pas d'association statistique entre l'intention d'exciser les filles à l'avenir et le sexe des enquêtés ($p=0,54$).

Il en est de même avec l'intention d'exciser les filles et l'écoute hebdomadaire de la radio ($p=0,36$). Par contre l'intention d'exciser les filles est associée statistiquement au niveau d'instruction ($p = 9.10^{-6}$) (confère figure n°2) , à la religion ($p = 3.10^{-3}$) (confère figure n°3).

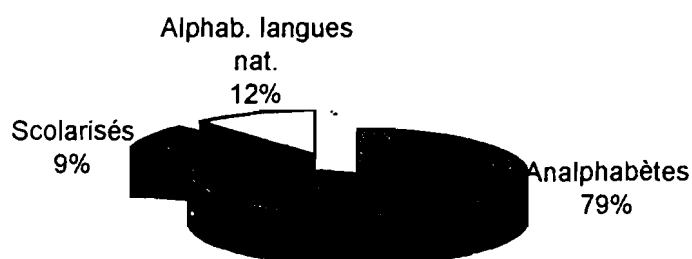


Figure n°2 : Répartition selon le niveau d'instruction des personnes interrogées désirant exciser leurs filles à l'avenir.

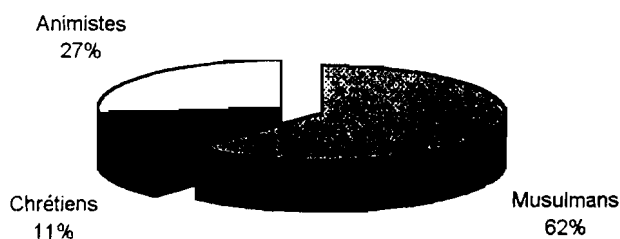


Figure n°5: Répartition selon la religion des personnes interrogées désirant exciser leurs filles à l'avenir.

Figure n°3 : Répartition selon la religion des personnes interrogées désirant exciser leurs filles à l'avenir.

Par ailleurs les sujets informés des activités de lutte contre l’excision menées par le CNLPE étaient moins nombreux (40,5%) que ceux qui n’en étaient pas informés (59,5%) à vouloir perpétuer la pratique de l’excision ($p=10^{-7}$). (Voir Tableau 11) .

Tableau 11 : Répartition selon le niveau d’information sur la lutte contre l’excision des personnes désirant exciser leurs filles à l’avenir.

Information sur la lutte contre l’excision	Sujets désirant exciser leurs filles à l’avenir	
	Effectif	Pourcentage
Oui =287	210	40,5 %
Non =555	309	59,5 %
Total N=842	519	61,6 %

V.4 PRATIQUE DES POPULATIONS ETUDIEES EN MATIERE D’EXCISION

Dans tous les villages enquêtés, l’excision était pratiquée. Cette pratique locale de l’excision a été confirmée par 86,4% des adultes (pères et mères de ménage) et 80,4% des adolescent(e)s.

V.4.1 CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES EXCISEES

V.4.1.1 Prévalence de l’excision

Parmi les 394 femmes interrogées, 375 étaient excisées dont la totalité des adolescentes. Le nombre total d’excisées dans les villages est estimé à 13945. Le taux de prévalence de l’excision dans la localité est donc estimé à 95,2%.

V.4.1.2 Age de l’excision

L’âge moyen auquel les femmes adultes ont été excisées était de $6,7 \pm 2,5$ ans contre $6,0 \pm 2,4$ ans chez les adolescentes et jeunes ($p < 0,05$).

Les adolescentes sont excisées plus précocement que leurs mères .

V.4.1.3 Religion des excisées ou de leurs parents

Dans l'ensemble 56,0% des excisées étaient issues de ménages musulmans.

Il n'y a pas cependant d'association statistique entre la religion et l'excision dans les villages d'étude ($p = 0,40$).

V.4.2 CONDITIONS DE LA PRATIQUE

V.4.2.1 Sociabilité de la pratique de l'excision.

La pratique de l'excision était collective dans les villages. Ceci a été affirmé par 82,8% des enquêtés.

Dans les autres cas elle serait faite individuellement.

V.4.2.2 Villages de résidence de l'exciseuse

Dans 9,6% des cas, l'exciseuse résidait dans les villages des excisées.

La liste des villages de résidence des exciseuses est jointe en annexe 4.

V.4.2.3 Age idéal d'excision

Nous avons demandé aux personnes enquêtées de donner l'âge qui conviendrait le mieux à l'excision des filles.

Sept cent soixante quinze sujets interrogés (91,9% de l'échantillon) ont indiqué l'âge idéal auquel ils souhaiteraient exciser leurs filles.

V.4.2.3.1 Selon le groupe social

L'âge idéal moyen d'excision des filles selon le groupe social des parents est rapporté dans le tableau 12

Tableau 12 : Age idéal moyen d'excision des filles par groupe social

Groupe social	Age idéal moyen d'excision $\pm$ ET(en années)
Mères de ménage (n=290)	6,3 $\pm$ 2,0
Pères de ménage (n=285)	6,6 $\pm$ 2,3
Adolescents (n=106)	6,5 $\pm$ 2,0
Adolescentes (n=85)	6,3 $\pm$ 2,1

Légende :

ET = Ecart Type.

Il n'y a pas d'association statistique entre l'âge idéal d'excision des filles et les groupes sociaux des enquêtés ($p > 0,08$).

V.4.2.3.2 Selon la religion

L'âge idéal moyen d'excision des filles ne diffère pas significativement chez les musulmans et les chrétiens. Mais par contre cet âge diffère chez les convertis aux nouvelles religions et les animistes. Il y a donc une liaison statistique entre l'âge idéal d'excision des filles et la religion des parents (Tableau 13).

Tableau 13 : Age idéal moyen d'excision des filles selon la religion

Religion	N° d'ordre	Age idéal moyen d'excision $\pm$ E.T.(en années)	Différence
Animistes (n=193)	A	7,2 $\pm$ 1,9	- AB=DS AC=DS BC=DNS
Musulmans (n=468)	B	6,5 $\pm$ 2,0	
Chrétiens (n=105)	C	6,6 $\pm$ 2,2	

Légende :

ET = Ecart Type.

DS = Différence significative avec $p < 0,01$

DNS = Différence non significative avec $p > 0,67$.

V.4.2.3.3 Selon le niveau d'instruction

L'âge idéal moyen d'excision des filles diffère significativement entre les analphabètes et les alphabétisés en langue nationale. Les alphabétisés en langue nationale indiquent un âge d'excision plus jeune. Il y a alors une liaison statistique entre l'âge idéal d'excision des filles et le niveau d'instruction des parents.

L'âge idéal moyen d'excision des filles selon le niveau d'instruction des parents est rapporté dans le tableau 14.

Tableau 14 : Age idéal moyen d'excision des filles selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	N° d'ordre	Age idéal moyen d'excision $\pm$ E.T.(en années)	Différence
Analphabètes (n=588)	A	6,8 $\pm$ 2,0	- AB=DS AC=DNS BC=DNS
Alpha L nationales (n=118)	B	6,4 $\pm$ 1,8	
Scolarisés (n=60)	C	6,6 $\pm$ 2,0	

Légende :

ET = Ecart Type.

DS = Différence significative avec $p < 0,05$

DNS = Différence non significative avec $p > 0,47$.

V.4.2.4 Sacrifices préalables à l'excision

Avant de conduire les filles à l'excision 592 parents (96,6% de l'effectif) prenaient quelques précautions de protection de celles-ci. Ils procédaient à des consultations auprès des charlatans (dans 68,2% des cas), des chefs coutumiers (dans 4,1% des cas) ou s'en remettaient à Dieu.

La consultation de charlatan était citée en premier lieu par les enquêtés quels que soient le niveau d'instruction, la religion .

V.4.3 PERIODES DE LA PRATIQUE DE L'EXCISION

Nous avons demandé aux sujets enquêtés quelle était la période de l'année indiquée pour l'excision des filles dans les villages.

Pour 730 enquêtés (93,2% de l'échantillon), l'excision était surtout indiquée juste après les récoltes.

V.4.4 LIEU DE LA PRATIQUE DE L'EXCISION

Nous avons demandé aux sujets enquêtés en quels lieux ils pratiquaient l'excision. Six cent quatre vingt dix personnes ont répondu à la question. La répartition des réponses sur le site de l'excision figure dans le tableau 15.

Pour 588 sujets (85,2% d'échantillon), l'excision était pratiquée à domicile et pour 120 sujets (14,8% de l'échantillon) elle était pratiquée dans des centres de santé et des espaces particuliers.

Tableau 15: Répartition des réponses selon les groupes sociaux sur les sites de la pratique de l'excision

Sites de la pratique de l'excision	Nombre de réponses selon les :			
	Pères de ménage	Mères de ménage	Adolescent (e)s	Total
Concession	224 (89,6)	210 (84,7)	154 (80,2)	588 (85,2)
Autres sites *	26 (10,4)	38 (15,3)	38 (19,8)	102(14,8)
Total	250 (100,0)	248 (100,0)	192 (100,0)	690 (100,0)

Légende :

* = Centres de santé, espaces particuliers.

Par ailleurs les différents sites de l'excision n'avaient aucun caractère sacré selon 572 enquêtés (soit 82,9%).

V.4.5 COUT DE L'EXCISION

Le tarif de l'excision variait de 500 F à 3 500 F avec une médiane de 904 F. (voir tableau 16).

En plus des tarifs indiqués, il y avait des coûts en nature. C'était principalement des condiments (légumes, soubala*, sel, huile), de la volaille, des céréales, de la kola, des pots en terre cuite ou plats, du coton, des étoffes de tissu, du savon, des lamelles.

Tableau 16 : Répartition des personnes enquêtées selon leur proposition de prix.

Tarifs pour une Excision (F CFA)	Nombre de réponses selon les :					
	Pères de ménage		Mères de ménage		Total	
	N	%	N	%	N	%
0-500	29	14,1	20	8,3	49	10,9
501-1000	126	61,2	91	37,6	217	48,4
1001-1500	40	19,4	104	43,0	144	32,1
1501-2000	7	3,4	8	3,3	15	3,3
2001-2500	4	1,9	17	7,0	21	4,7
2501-3000	-	-	1	0,4	1	0,2
3001-3500	-	-	1	0,4	1	0,2
Total	206	100,0	242	100,0	448	100,0

V.4.6 L'AUTORITE DE DECISION DE L'EXCISION

Nous avons recherché auprès des parents de fille celui qui avait décidé dans le ménage de l'excision de leur dernière fille.

L'initiateur de la décision était la mère.

Le décideur était les grands parents ou le père de la fille.

Dans 3,1% des cas le chef de concession (quand il était différent du chef de ménage) et le chef coutumier étaient avisés (Tableau 17).

Tableau 17 : Répartition des réponses sur le décideur de l'excision selon les adultes.

Décideur de l'excision dans le ménage	Nombre de réponses selon les :					
	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Mère	79	42,0	66	38,8	145	40,5
Grands parents	44	23,4	58	34,1	102	28,5
Père	56	29,8	44	25,9	100	27,9
Chef de concession	8	4,3	2	1,2	10	2,8
Chef coutumier	1	0,5	-	-	1	0,3
Total	188	100,0	170	100,0	358	100,0

V.4.7 COMPLICATIONS DE L'EXCISION

Quarante trois parents de filles ont observé des complications de l'excision. Celles-ci étaient les suivantes : 15 cas (soit 34,9%) de fièvres prolongées (infections probables), 12 cas (soit 27,9%) de pertes de connaissance, 10 cas (soit 23,3%) de saignements abondants (hémorragies), et la mort dans 6 cas (soit 14,0%).

V.5 SOURCES D'INFORMATION DES POPULATIONS SUR LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES.

Plusieurs sources d'information ont permis d'atteindre la population.

Par ordre décroissant c'étaient les média (radio, journaux) puis suivaient les autres sources en particulier le personnel de santé, le personnel social et les proches.

La répartition des sources d'information selon le groupe social des enquêtés figure dans le tableau V.13.

Parmi les sujets informés de la lutte contre l'excision, 569 (85,6%) écoutaient la radio au moins une fois par semaine.

Il y a une association statistique entre l'information sur la lutte contre l'excision et l'écoute de la radio ($p=7.10^{-7}$).

La radio, les journaux constituent les principales sources d'information selon 476 sujets (soit 74,1% des sujets informés de la lutte). (voir tableau 18).

Tableau 18: Répartition des réponses sur les sources d'information sur la lutte contre l'excision selon les groupes sociaux

Sources d'information	Nombre de réponses selon :			
	Pères de ménage	Mères de ménage	Adolescent(e)s	Total
Média*	194(77,9)	160(72,1)	122(71,3)	476(74,1)
Autres sources**	55(22,1)	62(27,9)	49(28,7)	166(25,9)
Total	249(100,0)	222(100,0)	171(100,0)	642(100,0)

Légende :

* = Radio, journaux.

** = le personnel de santé (14,0 %) , le personnel social (3,0 %) et les proches(8,9 %) .

Les premières sources d'information sur la lutte contre l'excision sont représentées par les médias et ce quelque soit le niveau d'instruction des enquêtés (tableau 19).

Tableau 19 : Répartition des réponses sur les sources d'information sur la lutte contre l'excision selon le niveau d'instruction.

Sources d'information	Nombre de réponses selon :			
	Analphabètes	Alphab L nation	Scolarisés	Total
Média	194(77,9)	160(72,1)	122(71,3)	476(74,1)
Autres sources*	55(22,1)	62(27,9)	49(28,7)	166(25,9)
Total	249(100,0)	222(100,0)	171(100,0)	642(100,0)

Légende :

Alphab L nation : Alphababétisés en Langue nationale

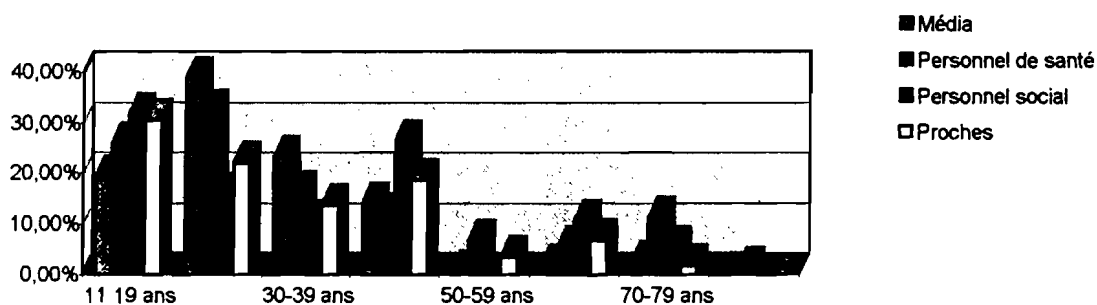


Figure n° 4 : Répartition des réponses selon l'âge sur les sources d'information sur la lutte contre la pratique de l'excision.

Par ordre d'importance les adolescent(e)s de 11 à 19 ans étaient informés par le personnel social, les proches, le personnel de santé et les médias ; pour les classes d'âge de 20 à 29 ans, 30 à 39 ans ce sont en premier lieu les médias et le personnel de santé. Enfin à partir de 40 ans ce sont encore le personnel social et les proches (figure n° 4).

V.6 CARACTERISTIQUES DES SUJETS INFORMES DE LA LUTTE CONTRE LA PRATIQUE DES MGF.

Nous avons demandé aux enquêtés s'ils étaient informés de la lutte engagée contre la pratique de l'excision. Si oui quelles étaient leurs sources d'information.

Six cent soixante cinq personnes (soit 78,9% des enquêtés) étaient informées des activités menées par le CNLPE. C'étaient 38,6% de pères 34,7% de mères de ménage et 26,6% d'adolescent(e)s (figure n°5).



Figure n°5: Répartition par groupe social des sujets informés de la lutte contre l'excision

La répartition des sujets informés de la lutte contre l'excision en fonction du niveau d'instruction montre que 502 sujets analphabètes (soit 77,6% d'entre eux), 64 sujets scolarisés (soit 88,9 % d'entre eux) en étaient informés (Tableau 20).

Tableau 20 : Répartition des sujets informés de la lutte contre l'excision en fonction du niveau d'instruction.

Niveaux d'instruction	Information sur la lutte contre l'excision	
	Effectif	%
Alphabètes	502	77,6
Alphabétisation en langues nationales	99	79,8
Scolarisés	64	88,9
Total	665	78,9

Par ailleurs les groupes d'âge de 11 à 19 ans et ceux de 60 à 69 ans étaient les moins informés de la lutte contre la pratique de l'excision (Tableau 21).

Tableau 21 : Répartition par groupes d'âge des populations informées de la lutte contre l'excision.

Groupes d'âge (an)	Information sur la lutte contre l'excision	
	Effectif	%
11-19 (n=195)	140	71,8
20-29 (n=255)	212	83,1
30-39 (n=161)	134	83,2
40-49 (n=109)	95	87,2
50-59 (n=49)	47	95,9
60-69 (n=45)	21	46,7
70-79 (n=23)	17	73,9
80 -89 (n=6)	4	66,7
Total (n=843)	665	78,9

Légende :

n = effectif

VI. COMMENTAIRES

VI.1 LIMITES DE L'ETUDE.

Notre étude comporte des limites.

Elle a eu l'avantage de se dérouler en milieu rural dans dix villages répartis dans sept des dix départements de la province. Cependant elle n'a concerné que des villages mitoyens choisis sur une base raisonnée. Par ailleurs elle s'est déroulée au mois de juin à la période des travaux champêtres ; seuls les sujets échantillonnés que nous avons trouvés à notre passage ont participé à l'enquête. Nous n'avons pas eu l'occasion de rattraper les absents.

L'enquête est réalisée par interview; en dépit de l'assurance donnée sur l'utilisation exclusivement scientifique des données et du respect de la confidentialité, nous avons constaté des réserves et de la retenue dans les déclarations des personnes interrogées.

Notre méthodologie n'a pas prévu d'examen clinique qui aurait permis de réduire les fausses déclarations sur la variable excision et les complications dues à l'excision.

Le système de saisie des fiches, adopté par nos partenaires de l'enquête (DPS de la Santé) n'a pas permis de rattacher à un ménage, la mère, le père et l'adolescent(e) enquêtés.

Malgré ces limites nous pensons que nos résultats reflètent assez fidèlement les connaissances, attitudes et pratique en matière de MGF en milieu rural de Sanmatenga.

VI.2 CONNAISSANCE DES MGF ET DE LEURS COMPLICATIONS

VI.2.1 DEFINITION DE L'EXCISION PAR LES VILLAGEOIS

Plus de la moitié des enquêtés ont su définir l'excision. Il s'agit de l'excision de type II de la classification de l'OMS.

VI.2.2 CONNAISSANCE DES COMPLICATIONS DES MGF.

Les déchirures du périnée sont fréquentes au cours des accouchements dans les villages. Même si l'excision n'en est pas une grande pourvoyeuse elle peut être citée comme étant l'une des causes. Mais les enquêtés pensaient au contraire que l'excision leur évitait les difficultés de l'accouchement .

Le même constat était fait dans la province du Bazega au cours de l'enquête quantitative de base sur l'excision.....En effet 325 femmes (soit 37,4 % de l'échantillon) y déclaraient que l'excision facilitait l'accouchement (25).

Si un certain nombre de complications à court et à moyen termes sont reconnues par les villageois, il y a en revanche une insuffisance de connaissances des complications à distance.

Il y a donc une sous information des populations de campagne sur les méfaits des MGF.

TARBAGDO trouvait également que 25% des enquêtés dans le village de Bougounam ne pouvaient pas donner avec précision les conséquences négatives de l'excision (57) . Ils donnaient des réponses imprécises du genre "il paraît que ce n'est pas bien pour une femme ou que l'excision est une mauvaise chose". Par contre NANDNABA trouvait à Pabré les complications suivantes citées par les enquêtés mossi : les saignements, l'inflammation et les troubles de la miction (38). Ces complications toucheraient 35% des filles mossi soumises à l'excision, ensuite les complications à long terme citées étaient les abcès vulvaires, les cicatrices exubérantes, les infections uro-génitales, les dyspareunies et la stérilité.

Les conséquences des MGF sont mieux connues à Pabré que dans notre zone d'enquête. Ceci pourrait s'expliquer par la proximité de Pabré avec Ouagadougou (15 Km) ,

par le fait que beaucoup d'enquêtés à Pabré étaient d'un niveau d'instruction plus élevé (étudiants salariés) et enfin par le fait que l'échantillon était de taille réduite (60 enquêtées) et était exclusivement féminin.

VI.3 ATTITUDES DES POPULATIONS ETUDIEES RELATIVES A L'EXCISION

VI.3.1 PROMOTION SOCIALE DES JEUNES FILLES

L'excision occupait encore une place importante dans les coutumes au village. En effet, dans aucune famille de renom, une fille n'échappait pas à l'excision car c'est une condition sine qua non pour ressembler aux autres.

VI.3.2 INSERTION SOCIALE DES FEMMES

Une femme non excisée s'insérerait difficilement dans les villages. Elle serait exposée à de multiples difficultés en particulier aux railleries des autres femmes, à la marginalisation et aux agressions psychologiques diverses provenant de croyances populaires. Ces observations semblent cependant relever plus des hommes que des femmes. Dans bien des cas, ces dernières en incluant l'excision dans leurs échelles de valeur relatives à l'insertion sociale de la femme contribuent inconsciemment à pérenniser leurs mutilations.

VI.3.3 JUSTIFICATIFS DE L'EXCISION DONNES PAR LES VILLAGEOIS

Les raisons invoquées pour justifier l'excision sont nombreuses et variées.

Le respect de la tradition a été retenu par la majorité des enquêtés quels que soient leur groupe social, leur religion, leur niveau d'instruction.

D'autres justificatifs ont cependant été avancés comme « pour avoir beaucoup d'enfants», par prescription religieuse (Islam), pour la fidélité de la femme.

La pratique de l'excision est encore un événement important aux yeux des villageois. Elle placerait ceux-ci en règle avec leurs coutumes, leur tradition. Au Sanmatenga, il y a une très solide organisation sociale avec les Teng-soba (Chefs de village) qui veillent au respect strict des us et coutumes. Dans de tels milieux où les pressions culturelles sont fortes, la question d'exciser les filles ou pas ne se pose pas. On attend le moment propice et on va faire «couper la fille». C'était comme ça depuis toujours alors c'était forcément bon. En plus les

gens sont toujours réticents à remettre en cause leur tradition et à adopter de nouvelles attitudes. La quasi totalité des études au Burkina Faso ont montré que l'excision est encore une pratique dictée par la tradition (5, 38, 40, 2, 24, 57,23, 8, 35).

D'autres justificatifs de la pratique de l'excision sont donnés dans les villages . Ce sont : «Pour avoir beaucoup d'enfants», par « prescription religieuse (Islam) », à la recherche de « la fidélité de la femme », pour « la propreté de la femme ».

Ce sont presque les mêmes arguments retrouvés avec cependant quelques variances suivant les régions du Burkina Faso. Ainsi dans certaines zones le clitoris tue l'enfant s'il touche la tête de celui-ci à la naissance, les fétiches protecteurs de certaines familles ne peuvent protéger une femme non excisée . Chez les Bwaba, le clitoris ne doit pas toucher le sexe masculin lors des rapports sexuels ceci pouvant causer la mort de l'homme. Chez les bobo, les dafing, les sembla et les siamou l'excision est synonyme de bravoure ; elle est source de profit pour la famille de l'excisée chez les goin de la Comoé qui bénéficierait d'un apport financier du fiancé de la fille. L'excision serait étroitement associée à la pauvreté, à l'analphabétisme, à l'assujettissement des femmes, au simple conformisme en milieu rural (64, 8, 38, 40, 30, 56, 23).

Des études effectuées sur la pratique des MGF au Ghana, en Somalie, au Soudan, au Tchad ont montré que celles-ci servaient plutôt de moyen de contrôle de la sexualité de la femme (36, 44, 17, 7, 62, 28).

Le motif religieux a été exceptionnellement évoqué par les enquêtés. Cette constatation a été également faite dans d'autres travaux effectués au Burkina Faso. D'ailleurs selon une étude de Population Council, la pratique de l'excision est plus liée aux groupes ethniques qu'à la religion musulmane (57, 21).

Par contre pour les femmes de Delhi en Inde et dans beaucoup d'autres pays musulmans(14), les MGF sont un « salut » religieux. C'est la grande duperie dans cette pratique car d'après les leaders religieux, l'Islam n'a jamais ordonné cette tradition.

VI.3.4 PERPETUATION DE LA PRATIQUE DE L'EXCISION

Malgré l'intensification de la lutte contre l'excision depuis les années quatre vingt dix , nous constatons avec étonnement que globalement une personne sur deux a toujours

l'intention de continuer l'excision des filles Cette intention est retrouvée chez 29 % des adolescent(e)s.

Mais si cette intention de perpétuer l'excision ne varie pas selon le groupe social , le sexe, et l'écoute de la radio, elle est plus forte chez les musulmans(69%) que chez les chrétiens et chez les animistes; de même elle est plus forte chez les analphabètes (79%) que chez les scolarisés et chez les alphabétisés.

Cette forte intention de perpétuer la pratique de l'excision a été retrouvée dans d'autres études faites sur le sujet au Burkina Faso (57, 23, 30, 40, 25). Elle est également retrouvée dans plusieurs autres pays africains tels que l'Egypte (82 %), le Soudan (79 %), le Mali (75 %) l'Erythrée (57 %) (54, 62, 8, 6).

D'après les résultats de l'EDS 1995 en Egypte rapportés dans « Population Briefs » (21), 92 % des mères de filles étaient ou seraient excisées.

Cependant BLAI en Côte d'Ivoire trouvait que 95% des femmes étaient contre la continuation de l'excision ; d'autre part l'EDS 1997 en République de Centre Afrique montrait que 56 % des enquêtés s'opposaient à l'excision (54, 6).

D'autres études faites en Afrique notamment au Mali, au Kenya, en Sierra Leone confirment que l'attitude de continuer l'excision est liée à :

- la religion avec une forte proportion des musulmans à vouloir perpétuer la pratique;
- au niveau d'instruction avec une forte proportion du côté des analphabètes ;
- au lieu de résidence avec une forte proportion dans le milieu rural (44, 6)

Pour d'autres, la pratique des MGF est d'une manière significative associée étroitement à la pauvreté, à l'analphabétisme et à l'analphabétisme (53).

VI.4 PRATIQUE DES POPULATIONS ETUDIEES EN MATIERE D'EXCISION

VI.4.1 CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES EXCISEES

VI.4.1.1 Prévalence de l'excision

Le taux de prévalence de l'excision au sein de la population féminine enquêtée était de 95,2 %. Ce taux est quasi identique à ceux trouvés par KONATE dans la société Bwa de Houndé, TARBAGDO à Bougounam, NANDNABA à Pabré, et NITIEMA à Ouagadougou ; par contre il est supérieur à celui de la province du Bazéga qui est de 79% chez les femmes

en âge de procréer (23, 57, 38, 40, 25) .

Cette différence relative pourrait s'expliquer par diverses raisons :

1) Les différences entre les méthodes d'enquête.

2) Les différences entre les tailles d'échantillons.

A Bougounam l'échantillon était de très petite taille.

3) Le niveau d'urbanisation

Ouagadougou et Pabré sont des zones urbaine et suburbaine comparativement à Bougounam et à notre zone d'étude.

En effet il y aurait une tendance vers la baisse de la pratique de l'excision dans les villes (40).

Au cours d'études régionales dans d'autres pays la prévalence des MGF est très variable allant de 100% en Somalie à 81% au Kenya et 32% au Nigeria(9, 20). Elle est comprise entre 20 et 30 % au Ghana mais très forte dans le district de Kassena-Nankana au nord du pays (36).

Elle varie également au sein des différents groupements ethniques. Dans une étude menée sur les MGF au Nigeria en 1989 (48) la prévalence des MGF est plus forte dans la tribu Edo (76,70 %) qu'au sein des ethnies Ibo (61,00 %) et Effiks (20 %).

VI.4.1.1.1 Age de l'excision

L'âge moyen d'excision passe de $6,7 \pm 2,5$ ans chez les mères à $6,0 \pm 2,4$ ans chez les adolescentes.

Les adolescentes sont donc excisées plus précocement que leurs mères.

Nous assistons à une baisse de l'âge de l'excision quand on sait que dans un passé récent l'initiation des filles était faite entre 12 et 15 ans , parfois le jour du mariage dans certaines localités comme Pénì (24, 22).

Les parents des fillettes se hâtent de les exciser avant l'âge scolaire ; de cette façon les filles ne risqueraient pas d'y échapper et surtout d'opposer de véritable résistance.

Pour certains auteurs les parents voudraient ainsi réduire le traumatisme de la mutilation (44).

Si nos résultats sont comparables à ceux de NITIEMA à Ouagadougou, ils sont différents de ceux de NANDNABA à Pabré où la majorité des excisions (68,9%) étaient faites à 8 ans et plus et de ceux de KONATE à Houndé où elles étaient le plus souvent faites au plus tard à 3 ans (40, 38, 23). Dans la province du Bazega la majorité des mères de ménage ont été

excisées entre 5 et 9 ans (25).

Dans la sous région d'autres études ont montré qu'elle était pratiquée entre 0 et 9 ans dans la plupart des cas (37).

Au Mali l'âge médian de l'excision est de 6,7 ans pour les femmes âgées de 30 à 34 ans et de 4,3 ans pour celles de 15 à 19 ans (8).

VI.4.1.1.2 Religion des excisées

Cinquante six pour cent des excisées sont issues de ménages musulmans mais dans l'étude il n'y a pas d'association statistique entre la religion et l'excision ($p = 0,40$).

Cette constatation a été également faite lors de l'enquête quantitative de base sur l'excision au Bazega (25).

Assez souvent on a abusivement associé l'excision à l'Islam et d'ailleurs selon certains auteurs elle aurait été implantée chez les Mossi au Burkina par le canal de l'Islam (56, 2).

Si d'autres études aussi ont montré qu'elle était prédominante dans les milieux musulmans (40, 30), cela ne doit pas occulter le fait que dans nos sociétés traditionnelles, l'initiation des filles et des garçons était une très ancienne pratique coutumière permettant à la jeune fille de passer dans la classe des femmes en âge de se marier ; elle était un facteur d'intégration sociale (24).

D'ailleurs KONATE trouvait dans la société Bwa de Houndé une prédominance animiste parmi les excisées (23).

VI.4.2 CONDITIONS DE LA PRATIQUE

VI.4.2.1 Sociabilité de la pratique de l'excision

Les fillettes seraient excisées en groupes dans les villages. Ceci nous rappelle une des conditions traditionnelles de la pratique du "Bongo" en pays mossi où l'excision était collective par opposition à son caractère privé et individuel dans les communautés musulmanes (5, 10).

On est donc surpris de voir pratiquer l'excision sous un mode collectif par une population à prédominance musulmane; mais en fait on pourrait mieux comprendre ce paradoxe si on se rappelle que les pratiques animistes occupent une place importante dans la vie des populations au Sanmatenga (même celles converties aux nouvelles religions).

Au Mali la dernière enquête nationale sur l'excision a montré qu'en milieu rural les filles étaient excisées souvent par groupes de vingt tandis qu'en ville l'excision était plutôt

individuelle (8).

VI.4.2.2 Villages de résidence de l'exciseuse

Si dans 9,6% des cas l'exciseuse résidait dans les villages, très souvent elle venait d'ailleurs. Les villages indiqués par zone d'enquête figurent en annexe 3.

VI.4.2.3 Age idéal d'excision

L'âge moyen auquel les parents voudraient faire exciser leurs filles varie de $6,6 \pm 2,2$ ans pour les pères de ménage à $6,3 \pm 2,0$ ans pour les mères de ménage.

Dans tous les cas l'excision devrait être faite avant 7 ans (âge scolaire au Burkina Faso).

Certains travaux ont montré que l'excision était infligée entre les premiers jours de la naissance et l'âge de 2 ans dans les communautés musulmanes. Cette variation de l'âge de l'excision avec la religion a été également observée au Mali (23, 8).

Si l'âge de l'excision varie très peu avec le temps dans les villages, il n'en est pas de même dans les centres urbains comme le montre l'étude de NITIEMA à Ouagadougou (40) où en deux décennies on est passé de $6,6 \pm 0,5$ ans à $14,47 \pm 2,71$ mois.

Il y a certes une altération des conditions de la pratique de l'excision à tous les niveaux mais elles le sont encore plus graves dans les centres urbains.

VI.4.3 PERIODES DE LA PRATIQUE L'EXCISION.

La pratique de l'excision dans les villages a lieu juste après les récoltes selon 86, 6% des enquêtés.

D'autres travaux au Burkina Faso ont identifié également cette même période comme étant réservée à l'excision (5, 30, 57, 23, 35).

En effet après les récoltes, en dehors de toute épidémie, famine, les villageois consacrent leur temps aux réjouissances populaires comme la sortie des masques, les mariages les funérailles et autres coutumes comme l'initiation des garçons et des filles. Par ailleurs il semble que les opérations d'excision faites à la période du froid cicatrissent plus rapidement.

Certains enquêtés mais en nombre infime (1,4%) ont indiqué la saison des pluies. En effet l'excision dans les villages mossi peut quelques fois coïncider avec l'hivernage mais c'est quand la période favorable a été refusée pour une raison ou pour une autre. Dans les

centres urbains c'est plutôt la période des vacances scolaires (hivernage) qui est consacrée à la pratique. BATIONO trouvait que les périodes d'excision sont variables suivant les régions. Ainsi dans la province du Kouritenga c'est souvent de Mai à Juin, au Yatenga c'est en Novembre ou en Décembre et dans le Bulkiemdé ce sont les mois de Mars et d'Avril (2).

VI.4.4 LIEU DE LA PRATIQUE DE L'EXCISION

Dans les villages, les opérations d'excision sont faites au domicile des excisées ou chez l'exciseuse. Cependant dans 14,8% des cas elles pourraient se dérouler sur d'autres sites en particulier les centres de santé, les espaces particuliers.

Par ailleurs pour 82,9 % de la population enquêtée le lieu de la pratique de l'excision n'avait aucun caractère sacré.

D'autres études faites au Burkina Faso ont porté également sur le lieu de la pratique de l'excision. C'est ainsi que NITIEMA à Ouagadougou et KONATE à Houndé trouvaient que l'excision était faite au domicile familial ou chez l'exciseuse (40, 23).

Selon la littérature, l'excision ne se déroulait pas n'importe où. Chez les mossi, elle se déroulerait dans un camp de réclusion « Keogo »; dans d'autres régions du Burkina Faso c'est dans une petite case inhabitée où dans une sorte de paillote installée qui servira en même temps de couvent aux initiés (57, 5, 24, 2).

D'autres travaux au Burkina Faso puis ailleurs dans d'autres pays ont montré que les structures sanitaires offrent de plus en plus de cadre aux opérations d'excision. Le taux de femmes excisées par le personnel médical est variable dans les pays africains : 52 % en Somalie, 36 % au Soudan, 17 % en Egypte, 1 % en Côte d'Ivoire (40, 30, 45, 9, 8, 9, 6).

Il y a là une responsabilité évidente du personnel médical et paramédical dans la persistance des MGF.

Là-dessus, l'OMS est fermement opposée à la pratique des MGF et à toute tentative de sa médicalisation (44, 40, 38).

VI.4.5 COUT DE L'EXCISION

Le prix de l'opération varie de 500F à 3500F avec un coût médian de 904 F.

Des biens en nature accompagnent cette somme. Ce sont entre autres les céréales, les condiments, des récipients et parfois des lamelles.

Si NANDNABA à Pabré (38) trouvait en moyenne un prix à payer d'environ 1500F auquel on ajoute aussi des biens en nature, KONATE à Houndé (23) elle, trouvait que ce prix variait suivant l'âge de la fille. Ainsi il va de 500F pour les moins de 10 ans à 1000F pour les

10 ans et plus. En outre, en cas de relâchement du sphincter pendant l'opération il faut ajouter du mil et une somme de 25F.

D'autres travaux ont montré que les gains en espèces des exciseuses au Burkina Faso pouvaient atteindre 10.000F par opération en plus des biens en nature (28).

La littérature rapporte qu'en Sierra Leone, le coût de l'excision atteint 50 dollars soit environ 35.000F CFA. Au Mali il varie suivant qu'il s'agit d'exciseuses traditionnelles (autour de 1.000 F) ou de praticiens modernes (38, 8).

VI.4.6 L'AUTORITE DE DECISION DE L'EXCISION.

L'initiateur de la décision d'exciser la fille provenait de la mère. C'est seulement après que les grands parents ou le père de la fille prennent la décision.

Les femmes elles-mêmes exposaient les fillettes aux MGF et cette attitude de leur part nous a étonnés. Mais en fait si nous nous référons au contexte socioculturel dans les villages nous pouvons comprendre cette attitude.

Au Bazega pour 88 % de femmes, 89 % d'hommes enquêtés c'est le père qui est le décideur (25).

En fait dans notre société, le père est le chef de la cellule familiale et tout passe par lui ; mais l'enfant étant "un bien collectif", la décision d'exciser est surtout celle du groupe familial. Ces conceptions sont encore vicaces en zones rurales.

D'autres auteurs se sont intéressés à la question du décideur de l'excision dans le ménage. Pour NITIEMA à Ouagadougou (40) ce sont les grands parents en particulier la grand-mère, pour KONATE à Houndé (23) celui-ci variait avec la structure familiale ; au Mali dans neuf cas sur dix on a informé le père (8) ; dans d'autres travaux (41, 35) la prise de la décision d'exciser est avant tout l'apanage des vieilles personnes (grands-mères, tantes, belles-mères), des parents de filles ou exclusivement des hommes, les sages du village.

Notre étude révèle cependant que les parents ont souvent consulté le charlatan avant l'acte opératoire (selon 68,2% des cas) et ceci quels que soient leur religion, leur niveau d'instruction. Ceci a été également retrouvé au cours de l'enquête qualitative dans dix-neuf provinces au Burkina Faso (35).

VI.4.7 COMPLICATIONS DE L'EXCISION

Même si beaucoup d'enquêtés n'ont pas eu de complications à l'excision de leurs filles

(seulement 7,0 % d'entre eux), ils en ont rencontrées de très graves ayant même provoqué la mort. L'infection occupait la première place. Ceci pourrait s'expliquer par les conditions rudimentaires de la pratique.

Les complications n'étaient pas référées aux services de santé.

Les complications des MGF sont nombreuses graves et parfois mortelles. Des travaux de recherches ont montré que les taux de mortalité maternelle et infantile sont les plus élevés dans les régions où on pratique les MGF. Une surveillance dans une clinique de la banlieue de Freetown en Sierra Leone a montré que sur cent filles mutilées il y a eu un cas de décès, douze cas d'hospitalisation dont dix pour hémorragies, cinq pour tétanos ; le tétanos a été fatal dans 50 % des cas (44).

VI.5 SOURCES D'INFORMATIONS DES POPULATIONS SUR LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES.

Dans les villages d'étude 78,9 % des enquêtés étaient informés de la lutte menée au plan national contre l'excision. Ce sont essentiellement les scolarisés, les chefs de ménage, et ceux qui écoutent la radio.

De même l'enquête faite au Bazega en 1997 a montré que les hommes étaient plus informés de la lutte contre l'excision (75 %) que les femmes (59 %) (25).

Les médias en particulier la radio et les journaux sont au premier plan des sources d'information de la lutte contre l'excision. Ils sont suivis de très loin par le personnel de santé et le personnel social.

Selon des études faites au Bazega et au Yatenga les villageois préféreraient la radio comme canal approprié pour l'information sur la lutte contre l'excision (25, 59).

En effet la radio reste le canal approprié pour une meilleure diffusion de l'information sur la lutte contre l'excision. Il reste à trouver la tranche qui convienne le mieux possible de même que les informations souhaitées par les populations cibles.

VII. CONCLUSION.

Au terme de notre étude nous pouvons tirer les conclusions suivantes:

1. Les connaissances des complications de l'excision dans les villages sont limitées aux complications immédiates.
2. L'excision remplit encore des fonctions sociales aux yeux des villageois. Ce sont notamment:
 - la promotion sociale des jeunes filles
 - et l'insertion sociale des femmes.
3. Soixante-dix-huit virgule neuf pour cent des enquêtés étaient informés des activités menées par le CNLPE. Les médias représentaient la première source d'information des populations.
4. La pratique de l'excision n'a pas encore reculé en milieu rural de Sanmatenga. Son taux de prévalence est de 95,2 % chez les adolescentes et les femmes.
5. Il se dégage au sein de la population, une forte intention de perpétuer toujours l'excision des filles. Cette attitude est associée à l'analphabétisme, à la religion musulmane.
6. Le respect de la tradition est le justificatif majeur donné par les villageois pour pratiquer l'excision des filles.
7. Les conditions de la pratique de l'excision ont changé dans les villages. L'excision des filles n'est associée aujourd'hui à aucune cérémonie initiatique.

VIII. SUGGESTIONS

Au Ministère de la Santé.

1. Définir les mécanismes de collaborations multisectorielles entre le système sanitaire national et le CNLPE avec ses structures de relai.
2. Intégrer des activités de recherches opérationnelles dans les activités des districts sanitaires.
3. Inclure des questions sur les MGF dans les enquêtes démographiques et sanitaires nationales

Au Ministère de l'Enseignement Secondaire Supérieur et de la Recherche Scientifique.

S'investir davantage dans le domaine des MGF à travers des études socio-ethno-anthropologiques régionales, des études épidémiologiques des MGF.

Au CNLPE.

1. Continuer les différentes campagnes de sensibilisation en particulier à l'intention des populations du milieu rural en impliquant les responsables coutumiers et religieux.
2. Mieux coordonner et superviser les actions des différents groupements associatifs et autres comités de soutien oeuvrant dans le domaine de la lutte contre la pratique des MGF.
3. Effectuer des études d'impact des différentes programmes de lutte contre la pratique de l'excision.
4. Parachever la mise en place des différents organes de lutte jusqu'au niveau villageois car c'est dans les villages que la pratique des MGF met du temps à reculer.
5. Réviser à long terme la composition des Comités Provinciaux de Lutte contre la Pratique de l'Excision dont les membres résident généralement dans les Chefs-lieux de province; si cela facilitait le regroupement des membres, rien n'est moins sûr quant à la facilité de circulation de l'information jusqu'au niveau départemental et villageois.

IX. RESUME

Nous avons étudié les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de mutilations génitales féminines en milieu rural de Sanmatenga. Cette étude a pour but d'évaluer une meilleure connaissance des déterminants de la pratique de l'excision, de déterminer les résultats de la lutte menée par le Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (CNLPE).

Un sondage en grappes à deux niveaux a été réalisé dans dix (10) villages dans le district sanitaire de Kaya incluant les adolescent(e)s, les chefs de ménage et leurs épouses.

Les connaissances des populations sur les complications de l'excision étaient limitées aux complications immédiates. Pour les villageois, l'excision leur évitait les difficultés de l'accouchement. Cette opinion totalement fausse sur la relation accouchement-excision témoigne de la méconnaissance de la physiologie de l'appareil génital féminin.

Le taux de prévalence de l'excision dans la localité était de 95,2 %. Il y avait jusqu'à 56,9 % des enquêtés qui avaient l'intention de continuer l'excision des filles. Cette intention de perpétuer l'excision était plus forte chez les musulmans, chez les analphabètes et chez ceux qui n'étaient pas informés des activités du CNLPE. Les déterminants de la perpétuation de l'excision étaient complexes, d'ordre socioculturel soutenu par une mauvaise interprétation de certains préceptes de l'Islam et de la méconnaissance des complications durables de l'excision.

78,9 % des enquêtés étaient informés des activités du CNLPE.

L'opinion des populations sur la relation accouchement - excision était biaisée.

Pour 34,9 % d'hommes et pour 44,6 % de femmes, la non excision n'offrait aucun avantage à l'accouchement. Au contraire ils sont convaincus que l'excision leur évitait les difficultés à l'accouchement.

L'importance et la complexité du problème des Mutilations Génitales Féminines (MGF) imposent des recherches opérationnelles et une intensification de la lutte.

X. REFERENCES

- 1-ASSAAD F. "Pleins feux sur... La mutilation sexuelle des femmes". Forum Mond Santé 1982 ; 14 (3) : 33 - 6.
- 2-BATIONO E. Les mutilations sexuelles au Burkina Faso : Description et Stratégies de lutte, le cas de l'excision. Mémoire ENAM. Ouagadougou 1991 :102.
- 3-BELKIS W. L'excision en Afrique. Addis-Abeba : Nations Unies , 1981 : 63.
- 4-CI-AF. Les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants. Plan d'action 1997-1999. Addis-Abeba : CI-AF, 1996 : 30.
- 5-CONOMBO I. M'ba Tinga. Tradition des Mossé dans l'Empire du Mogho Naba. Paris : Harmattan, 1989 : 185.
- 6-DARA C. Femal Genital Cutting : Finding from the Demographic and Health Surveys Program. Calverton, Maryland : Demographic and Health Survey and Macro International Inc., 1997 : 96.
- 7-DARKENOO E. 6000 girls at risk everyday. Female genital mutilation, although illegal, is still widely practiced. Women's Health News Letters 1993 ; 20 : 10-1.
- 8-DIALLO A. Mutilations Génitales Féminines (MGF) au Mali. Revue de la littérature des actions menées. Bamako : Population Council 1997 : 34.
- 9-DIRIE MA, LINDMARK G. Female circumcision in Somalia and women's motives. Acta Obst.Gynaecol Scand 1991 ; 70 (7- 8) : 581-5.
- 10-ERLICH M. La femme blessée : essai sur les mutilations sexuelles féminines. Paris : Harmattan , 1986 : 321.
- 11-ERLICH M. Les mutilations sexuelles . Paris : Presses universitaires , 1991 : 128.
- 12-ERLICH M. Les mutilations sexuelles des femmes. Recherche 1988 ; 195 : 12-20.
- 13-ETHIOPIA MINISTRY OF HEALTH. Economic Report on the Regional Conference on traditional pratices affecting the health of women and children in Africa. Geneva : IC-AF,1991 : 273.
- 14-FRENCH M. Les guerres communautaires contre le corps des femmes. In : La guerre contre les femmes. Paris : l'Archipel, 1992 :130-148.
- 15-ICPPD 94 . Rapport de la Conférence Internationale des Parlementaires sur la Population et le Développement. Caire : ICPPD, 1994 : 40.

- 16-INTERNATIONAL HUMANIST AND ETHICAL UNION. The Board of the International Humanist and Ethical Union (THEU) on the occasion of a congress held in Berlin in July 1993 adopted the following Resolution on the Genital Mutilation of females. Inter-African Committee Traditional Practices affecting the health of women and children, 1993 ; 15 : 10.
- 17-JOHNSON KE, RODGERS S. When cultural practices are health risks : the dilemma of female. Holist Nurs Pract 1994 ; 8 (2) : 70-8.
- 18-KAMARA S. L'excision au delà des passions. Jeune Afri 1980 ; n°998 : 66-67.
- 19-KIRAGU K. Female Genital Mutilation : A Reproductive Health Concern. Population Reports Supplement. Baltimore, MD : John Hopkins Population Information Program; 1995 : 4.
- 20-KATSIVO MN, MUTHAMI LN. Social characteristics and sexual behaviour of women at high risk of HIV infection in a town in Central Province of Kenya. East African Medical Journal ; 1991 ; 68 (1) : 34-8.
- 21-KAY H. Female Genital Mutilation : Common, Controversial, and Bad for Women's Health. Reports on Population Council Research. New York : Population Briefs. 1997; 3 (2) : p1, p8.
- 22-KERE L, TAPSOBA I. L'excision au Burkina Faso : Pratique et conséquences sur la santé. Ouagadougou : Eureka, 1994 ; 11 : 16-33.
- 23-KONATE A. Les mutilations sexuelles féminines au Burkina Faso : le cas de la pratique de l'excision dans la société BWA de Houndé. Mémoire sociologie Ouagadougou 1993 : 61.
- 24-KONFE M. Les rites d'initiation chez les Kurumba du Luhum. Mémoire Sociologie Ouagadougou 1991 : 185.
- 25-LABORATOIRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DU BAZEGA. L'excision . In : Rapport de l'enquête quantitative de base. Ouagadougou : Direction de la Santé de la Famille, Unité d'enseignement et de Recherche en Démographie, Population Council 1997 : 52-63.
- 26-Mc FADDEN P. African female sexuality and the heterosexual form. Southern Africa Political and Economic Monthly 1994 ; 7 (6) : 56-8.
- 27-MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES. Enquête Démographique et de Santé Ouagadougou. Institut National de la Statistique et de la Démographie 1993 : 295 .
- 28-MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES. Rapport provisoire du Recensement Général de la Population et de l'habitation du Burkina Faso. Institut National de la Statistique et de la Démographie 1996; vol 01 : 35.
- 29-MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES. Monographie de la province du Sanmatenga. Direction Régionale du Plan, 1994: 113.

- 30-MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES. Rapport d'analyse de l'enquête nationale sur l'Excision au Burkina Faso. Ouagadougou: Institut National de la Statistique et de la Démographie 1997 : 63.
- 31-MINISTERE DE LA SANTE. Le projet d'appui au district sanitaire Paul VI en question : évaluation en mi-parcours et perspectives de renforcement. Ouagadougou : District Sanitaire Paul VI, 1997 :48.
- 32-MINISTERE DE LA SANTE. Plan d'action annuel 1998 du District Sanitaire de KAYA. Direction régionale de la santé de Kaya, 1997 : 103.
- 33-MINISTERE DE LA SANTE. Plan d'orientation stratégique en santé de la reproduction au Burkina Faso 1998-2002. Ouagadougou : Direction de la Santé de la Famille,1997 : 24.
- 34-MINISTERE DE LA SANTE. Projet de carte sanitaire du Burkina Faso. Ouagadougou: Direction des Etudes et de la Planification, 1996 : 64.
- 35-MINISTERE DE LA SANTE. Rapport final d'analyse situationnelle du programme de planification familiale au Burkina Faso. Direction de la Santé de la Famille, 1996 : 15
- 36-MINISTRY OF HEALTH, UPPER EAST REGION, GHANA . Female Genital Mutilation : socio-cultural factors that influence the practice in the Kassena-Nankana District. Navrongo Health Research Centre, 1998 : 17
- 37-MOHAMUD OA. Female circumcision and child mortality in Urban Somalia. Genus1991; 47 (3-4) : 203-23.
- 38-NANDNABA L. La pratique de l'excision et les mentalités modernes chez les mossi à Pabré. Mémoire diplôme Assistant Social. Cotonou 1988 : 111 .
- 39-NIRI DW. Circumcision and health among rural women of southern Somalia as part of a family life survey. Health care women Int 1993; 14 (3) : p215.
- 40-NITIEMA P. Les mutilations génitales féminines dans la ville de Ouagadougou : épidémiologie, évolution. Thèse Médecine n°08. Ouagadougou 1993 : 68.
- 41-NORMAND P. Les mutilations corporelles traditionnelles. Méd Trop 1995 vol. 55 n°3 : p53
- 42-ODUJINRIN OM , AKITOYE CO , OYEDIRAN MA. A study of female circumcision in Nigeria . West Afr Journal Med 1989 ; 8(3) : 183-92.
- 43-OMS . Faits et Chiffres Mutilations Sexuelles Féminines. Presse OMS 1997 ; n°2 : 1-2.
- 44-OMS . Mutilations Sexuelles Féminines : Rapport d'un groupe de travail technique de l'OMS. Genève : OMS, 1996 : 30.
- 45-OMS. Circoncision féminine. Position et activités de l'OMS. Genève : OMS, 1982 : 1.

- 46-OMS. Mutilations sexuelles pratiquées sur les femmes : l'Assemblée Mondiale de la Santé en appelle à l'élimination de ces pratiques traditionnelles dangereuses. OMS 1993: 1-3.
- 47-OMS. Plan d'action régional pour accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines en Afrique. Brazzaville : OMS, 1997 : 59
- 48-OMS. Une coutume préjudiciable à la santé : l'excision féminine . Chronique OMS. 1986 ;Vol 1 n°40 : 33-8.
- 49-ONG SENTINELLES . Rapport du séminaire provincial sur les pratiques traditionnelles affectant la santé de la femme et de l'enfant : Le cas de l'excision Ouahigouya, 1989 : 86.
- 50-ONG TERRE DES HOMMES . Les mutilations sexuelles féminines infligées aux enfants . Genève : 1977 : 72.
- 51-PATH. Female Genital Mutilation - The Facts. New York: Approach Programs Technicologies. 1998 : 16.
- 52-ROUVIERE H. Anatomie humaine, description topographique. 11^e éd Tome 2 Paris : Masson , 1981 : 625-632.
- 53-RUSHWAN H. Mutilations Génitales Féminines : Vue d'ensemble et cadre en vue de l'intégration des activités dans les trois domaines de programmation de base du FNUAP 1996 : 25.
- 54-SAUREL R. Bouches cousues. Les mutilations sexuelles féminines et le monde médical. Paris : Eds Tiercé, 1985 : 368 .
- 55-SCILLA M et col. Circoncision féminine excision et infibulation : faits et propositions en vue de changement. Sauv Enfce 1982 ; n°3 : 257- 60.
- 56-SECRETARIAT D'ETAT à l'Action Social. Rapport du séminaire national sur les pratiques traditionnelles affectant la santé de la femme : le cas de l'excision. Ouagadougou : Comité de Lutte contre l'Excision, 1988 : 78.
- 57-TARBAGDO C. Lutte contre la pratique de l'excision au Burkina Faso : la contribution de la radio rurale. Mémoire CIERRO. Ouagadougou 1996 :128.
- 58-TARRAB G. COËNE Ch. Femmes et pouvoirs au Burkina-Faso. Quebec, Paris : G. Vermette, Harmattan, 1989 : 125.
- 59-THE BAZEGA COMMUNITY HEALTH LABORATORY. An innovative Community based approach to eradicate female genital mutilation in West Africa, Burkina Faso Ouagadougou Direction of Family Health, Population Council 1997 : 10.
- 60-TOUBIA N , NOWROJEE A. Mutilations génitales féminines : un risque pour la santé en matière de reproduction et une violation des droits de la femme s.l. : s.n. , 1996 : 32.
- 61-TOUBIA N. Mutilations génitales féminines : appel à la mobilisation mondiale. New York: RAINBO, 1995:48.

62-TRAORE B , VALEA C. Mutilations sexuelles. Regard 1993 ; N°030 : 8-12.

63-UNFPA. Report of the technical consultation on female genital mutilation. New York : UNFPA, 1996 : 32.

64-UNFPA. Report of technical consultation on female genital mutation. Addis-Abeba : UNFPA, 1996 : 36.

65- UNICEF . Strategic Framework and Programming Guidelines to eliminate female genital mutilation. New York : UNICEF , 1996 : 23.

66-WINKEL E. A Muslim perspective on female circumcission (editorial). Women Health . 1995 ; 23(1) : 1-7.

ANNEXES

ANNEXE 1

FEMMES

N° de Grappe :/...../...../...../...../	N° de Fiche :/...../...../...../...../
Village :	Date :/...../1996
N° du Menage :/...../...../...../...../	Enquêteur :

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

F1 : Depuis combien de temps résidez-vous dans ce village ?

[]

0=Moins de 6 mois

4= 3 à 5 ans

1= 6 mois à 1 an

5= 6 ans et plus

2= 1 à 2 ans

6= Depuis la naissance

3= 2 à 3 ans

7= Pas de réponse

F2 : Quel est votre âge ?

[]

7= Pas de réponse

8= Ne sait pas

F3 : Quel est votre statut matrimonial ?

[]

0=Célibataire

5= Divorcée

1= Monogamie

6= Autres

2= Polygamie

7= Pas de réponse

3= Veuve

8=Ne sait pas

F4 : A quel âge vous vous êtes mariée ?

[]

7= Pas de réponse

8= Ne sait pas

F5 : Etes-vous Chef de ménage ?

[]

0= Oui

1= Non

F6 : Quel est votre niveau d'instruction ?

[]

0=Analphabète

4= Niveau secondaire

1= Alphabétisée L Nationale

6= Autres

2= Ecole coranique

7= Pas de réponse

3= Niveau Primaire

8=Ne sait pas

F7 : Votre ménage comprend combien de personnes ?

[]

F8 : Quelle religion pratiquez-vous ?

[]

0=Musulmane

1= Animiste

2= Catholique

3= Protestante

6= Autres

7= Pas de réponse

F9 Quelle est votre activité principale ?

[]

1=Ménagère

2= Eleveur

3= Commerçante

4= Artisan

6= Autres

F10 En dehors de cette activité, avez-vous une activité journalière ou saisonnière rémunératrice de ressources financières, laquelle ?

[]

0=Dolotière

1= Boucher

2= Eleveur

3= Commerçante

4= Artisan

6= Autres

7= Pas de réponse

8=Ne sait pas

9= Potière

F11 Possédez-vous dans votre ménage une radio ?

[]

0= Oui

1= Non

F12 Avez vous l'habitude d'écouter la radio au moins une fois par semaine ?

[]

0= Oui

1= Non

F13 Lorsqu'un membre de votre famille est malade, à quelle structure sanitaire vous faites référence ?

[.....]

F14 Dans votre village pour être considéré comme adulte quelles sont les coutumes que les jeunes doivent subir ?

[]

1=Excision

2= Circoncision

3=sacrifices

6= Autres

7= Pas de réponse

8=Ne sait pas

F15 L'excision est-elle pratiquée par la population de votre village ?

[]

0= Oui
1= Non

7= Pas de réponse
8=Ne sait pas

F16 En quoi consiste l'excision?

[]

0=Résection du clitoris
1= Résection du clitoris et des lèvres
2=Ablation de la virilité de la femme

6= Autres
7= Pas de réponse
8=Ne sait pas

F17 Etes-vous excisée?

[]

0= Oui
1= Non

7= Pas de réponse
8=Ne sait pas

F18 Avez-vous souvenir de l'âge auquel vous avez été excisée? Lequel?

[.....]ans

F19 La pratique de l'excision est-elle collective dans le village?

[]

0= Oui
1= Non

7= Pas de réponse
8=Ne sait pas

F20 Selon vous quel est l'âge idéal pour exciser une fille ?

[.....]ans

F21: A quelle période de l'année fait-on l'excision dans votre village ?

[]

0=saison pluvieuse
1= Après les récoltes
2= saison sèche
3= Pas d'importance

4= Au moment des semences
6= Autres
7= Pas de réponse
8=Ne sait pas

F22 Quel est le tarif à payer pour l'excision d'une fille ?

[.....]francs

F23 Y a- t-il quelque chose en nature à ajouter , si Oui quoi?

[.....] [.....] [.....]

F24 Avant de conduire votre fille à l'excision qui avez vous consulté pour assurer sa santé?

[]

0=Agent de santé
1= ASC
2= Chef coutumier
3= Charlatan

4= Aucun(Dieu)
6= Autres
7= Pas de réponse
8=Ne sait pas

F25 Les autorités coutumières font elles des sacrifices pour la santé des enfants?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

F26 En quel lieu se pratique l'excision ?

[]

0=Dans la concession (cour)
1=Centre de santé
2=PSP
3=Espace particulier

4=Autre village
6=Autres
7=Pas de réponse
8=Ne sais pas

F27 Ce lieu est- il sacré et habituellement utilisé par le village?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

F28 Etes-vous une exciseuse?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

F29 Avez-vous déjà aidé une exciseuse lors de son travail?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

F30 Y a-t-il une exciseuse dans votre village ?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

F31 Si Non, dans quel village allez-vous la chercher ?

[.....]

F32 Pour votre dernière fille, qui a décidé dans le ménage de son excision?

[]

0=Père	4=Chef coutumier
1=Mère	6=Autres
2=Chef de concession	7=Pas de réponse
3=Grands parents	8=Ne sais pas

F33 Dans votre village qui donne le dernier accord pour la conduite de l'excision des filles d'âge ?

[]

0=Père	4=Chef coutumier
1=Mère	6=Autres
2=Chef de concession	7=Pas de réponse
3=Grands parents	8=Ne sais pas

F34 L'excision de votre dernière fille s'est-elle bien déroulée?

[]

0=Oui	7=Pas de réponse
1= Non	8=Ne sait pas

F35 Si Non, quelles sont les complications que vous avez eues?

[]

0=Hémorragies	4=Décès
1=Infection	6=Autres
2=Perte de connaissance	7=Pas de réponse
3=Question non posée	8=Ne sais pas

F36 Depuis que vous pratiqué l'excision de vos filles avez vous déjà eu des complications ?

[]

0=Hémorragies	4=Décès
1=Infection	6=Autres
2=Perte de connaissance	7=Pas de réponse
3=Question non posée	8=Ne sais pas

F37 Si Oui, avez-vous eu recours à un service de santé pour vous aider?

[]

0=Oui	7=Pas de réponse
1= Non	8=Ne sait pas

F38 Dans votre village avez vous déjà perdu une fille des suites de l'excision?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

F39 Avez vous des souvenirs sur votre excision ?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

F40 Pour votre premier accouchement avez vous eu une déchirure du périnée?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

F41 Une femme non excisée peut elle avoir des difficultés dans sa vie?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

F42 Si Oui lesquelles ?

[]

0=Exclusion sociale
1=Railleries des autres
2=Difficultés à l'accouchement
3=Stérilité

4=Infidélité
6=Autres
7=Pas de réponse
8=Ne sais pas

F43 Y a-t-il des avantages à l'accouchement pour cette femme non excisée?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

F44 Quelle est la principale raison selon vous de la pratique de l'excision

[]

0=Respect de la tradition
1= Respect de la religion
2=Fidélité de la femme
3= Fécondité de la femme

4=Hygiène de la femme
6=Autres
7=Pas de réponse
8=Ne sais pas

F45 Allez vous exciser à l'avenir vos filles?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

F46 Savez vous qu'il existe des communautés au Burkina Faso qui ne pratiquent pas l'excision?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

F47 Etes vous informé que le gouvernement et les autorités coutumières et religieuses du Burkina Faso interdisent l'excision des filles?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

F48 Comment avez-vous été informé?

[]

0=Agent de santé
1= Educateur social
2=Parents, ami

4=Radio, journaux
6= Autres
7=Pas de réponse

H8 : Quelle religion pratiquez-vous ?

[]

0=Musulmane
1= Animiste
2= Catholique

3= Protestante
6= Autres
7= Pas de réponse

H9 Quelle est votre activité principale ?

[]

1=Cultivateur
2= Eleveur
3= Commerçant

4= Artisan
6= Autres

H10 En dehors de cette activité, avez-vous une activité journalière ou saisonnière rémunératrice de ressources financières, laquelle ?

[]

1= Boucher
2= Eleveur
3= Commerçant
4= Artisan

6= Autres
7= Pas de réponse
8=Ne sait pas
9= Potier

H11 Possédez-vous dans votre ménage une radio

[]

0= Oui
1= Non

F12 Avez vous l'habitude d'écouter la radio au moins une fois par semaine ?

[]

0= Oui
1= Non

H13 Lorsqu'un membre de votre famille est malade, à quelle structure sanitaire vous faites référence ?

[.....]

H14 Dans votre village pour être considéré comme adulte quelles sont les coutumes que les jeunes doivent subir ?

[]

1=Excision
2= Circoncision
3=sacrifices

6= Autres
7= Pas de réponse
8=Ne sait pas

H15 L'excision est-elle pratiquée par la population de votre village ?

[]

0= Oui
1= Non

7= Pas de réponse
8=Ne sait pas

H16 En quoi consiste l'excision?

[]

0=Résection du clitoris
1= Résection du clitoris et des lèvres
2=Ablation de la virilité de la femme

6= Autres
7= Pas de réponse
8=Ne sait pas

H17 La pratique de l'excision est-elle collective dans le village?

[]

0= Oui
1= Non

7= Pas de réponse
8=Ne sait pas

H18 Selon vous quel est l'âge idéal pour exciser une fille ?

[.....]ans

H19: A quelle période de l'année fait-on l'excision dans votre village ?

[]

0=saison pluvieuse
1= Après les récoltes
2= saison sèche
3= Pas d'importance

4= Au moment des semences
6= Autres
7= Pas de réponse
8=Ne sait pas

H20 Quel est le tarif à payer pour l'excision d'une fille ?

[.....]francs

H21 Y a- t-il quelque chose en nature à ajouter , si Oui quoi?

[.....] [.....] [.....]

H22 Avant de conduire votre fille à l'excision qui avez vous consulté pour assurer sa santé?

[]

0=Agent de santé
1= ASC
2= Chef coutumier
3= Charlatan

4= Aucun(Dieu)
6= Autres
7= Pas de réponse
8=Ne sait pas

H23 Les autorités coutumières font elles des sacrifices pour la santé des enfants?

[]

0=Oui

7=Pas de réponse

1= Non

8=Ne sait pas

H24 En quel lieu se pratique l'excision ?

[]

0=Dans la concession (cour)

4=Autre village

1=Centre de santé

6=Autres

2=PSP

7=Pas de réponse

3=Espace particulier

8=Ne sais pas

H25 Ce lieu est- il sacré et habituellement utilisé par le village?

[]

0=Oui

7=Pas de réponse

1= Non

8=Ne sait pas

H26 Y a-t-il une exciseuse dans votre village ?

[]

0=Oui

7=Pas de réponse

1= Non

8=Ne sait pas

H27 Si Non, dans quel village allez-vous la chercher ?

[.....]

H28 Pour votre dernière fille, qui a décidé dans le ménage de son excision?

[]

0=Père

4=Chef coutumier

1=Mère

6=Autres

2=Chef de concession

7=Pas de réponse

3=Grands parents

8=Ne sais pas

H29 Dans votre village qui donne le dernier accord pour la conduite de l'excision des filles d'âge ?

[]

0=Père

4=Chef coutumier

1=Mère

6=Autres

2=Chef de concession

7=Pas de réponse

3=Grands parents

8=Ne sais pas

H30 L'excision de votre dernière fille s'est-elle bien déroulée?

[]

0=Oui	7=Pas de réponse
1= Non	8=Ne sait pas

H31 Si Non, quelles sont les complications que vous avez eues?

[]

0=Hémorragies	4=Décès
1=Infection	6=Autres
2=Perte de connaissance	7=Pas de réponse
3=Question non posée	8=Ne sais pas

H32 Depuis que vous pratiquez l'excision de vos filles avez vous déjà eu des complications ?

[]

0=Hémorragies	4=Décès
1=Infection	6=Autres
2=Perte de connaissance	7=Pas de réponse
3=Question non posée	8=Ne sais pas

H33 Si Oui, avez-vous eu recours à un service de santé pour vous aider?

[]

0=Oui	7=Pas de réponse
1= Non	8=Ne sait pas

H34 Dans votre village avez vous déjà perdu une fille des suites de l'excision?

[]

0=Oui	7=Pas de réponse
1= Non	8=Ne sait pas

H35 Une femme non excisée peut elle avoir des difficultés dans sa vie?

[]

0=Oui	7=Pas de réponse
1= Non	8=Ne sait pas

H36 Si Oui lesquelles ?

[]

0=Exclusion sociale	4=Infidélité
1=Railleries des autres	6=Autres
2=Difficultés à l'accouchement	7=Pas de réponse
3=Stérilité	8=Ne sais pas

H37 Y a-t-il des avantages à l'accouchement pour cette femme non excisée?

[]

0=Oui	7=Pas de réponse
1= Non	8=Ne sait pas

H38 Quelle est la principale raison selon vous de la pratique de l'excision

[]

0=Respect de la tradition	4=Hygiène de la femme
1= Respect de la religion	6=Autres
2=Fidélité de la femme	7=Pas de réponse
3= Fécondité de la femme	8=Ne sais pas

H39 Allez vous exciser à l'avenir vos filles?

[]

0=Oui	7=Pas de réponse
1= Non	8=Ne sait pas

H40 Savez vous qu'il existe des communautés au Burkina Faso qui ne pratiquent pas l'excision?

[]

0=Oui	7=Pas de réponse
1= Non	8=Ne sait pas

H41 Etes vous informé que le gouvernement et les autorités coutumières et religieuses du Burkina Faso interdisent l'excision des filles?

[]

0=Oui	7=Pas de réponse
1= Non	8=Ne sait pas

H42 Comment avez-vous été informé?

[]

0=Agent de santé
1= Educateur social
2=Parents, ami

4=Radio, journaux
6= Autres
7=Pas de réponse

A7 En dehors de cette activité, avez-vous une activité journalière ou saisonnière rémunératrice de ressources financières, laquelle ?

[]

0=Dolotière

1= Boucher

2= Eleveur

3= Commerçante

4= Artisan

6= Autres

7= Pas de réponse

8=Ne sait pas

9= Potière

A8 Avez vous l'habitude d'écouter la radio au moins une fois par semaine ?

[]

0= Oui

1= Non

A9 Dans votre village pour être considéré comme adulte quelles sont les coutumes que les jeunes doivent subir ?

[]

1=Excision

2= Circoncision

3=sacrifices

6= Autres

7= Pas de réponse

8=Ne sait pas

A10 L'excision est-elle pratiquée par la population de votre village ?

[]

0= Oui

1= Non

7= Pas de réponse

8=Ne sait pas

A11 En quoi consiste l'excision?

[]

0=Résection du clitoris

1= Résection du clitoris et des lèvres

2=Ablation de la virilité de la femme

6= Autres

7= Pas de réponse

8=Ne sait pas

A12 Etes-vous excisée?

[]

0= Oui

1= Non

7= Pas de réponse

8=Ne sait pas

A13 Avez-vous souvenir de l'âge auquel vous avez été excisée?

Lequel?

[.....]ans

A14 La pratique de l'excision est-elle collective dans le village?

[]

0= Oui
1= Non

7= Pas de réponse
8=Ne sait pas

A15 Selon vous quel est l'âge idéal pour exciser une fille ?

[.....]ans

A16: A quelle période de l'année fait-on l'excision dans votre village ?

[]

0=saison pluvieuse
1= Après les récoltes
2= saison sèche Polygamie
3= Pas d'importance

4= Au moment des semences
6= Autres
7= Pas de réponse
8=Ne sait pas

A17 En quel lieu se pratique l'excision ?

[]

0=Dans la concession (cour)
1=Centre de santé
2=PSP
3=Espace particulier

4=Autre village
6=Autres
7=Pas de réponse
8=Ne sais pas

A18 Ce lieu est- il sacré et habituellement utilisé par le village?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

A19 Y a-t-il une exciseuse dans votre village ?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

A20 Si Non, dans quel village allez-vous la chercher ?

[.....]

A21 Avez vous des souvenirs sur votre excision ?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

A22 Une femme non excisée peut elle avoir des difficultés dans sa vie?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

A23 Si Oui lesquelles ?

[]

0=Exclusion sociale
1=Railleries des autres
2=Difficultés à l'accouchement
3=Stérilité

4=Infidélité
6=Autres
7=Pas de réponse
8=Ne sais pas

A24 Y a-t-il des avantages à l'accouchement pour cette femme non excisée?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

A25 Quelle est la principale raison selon vous de la pratique de l'excision

[]

0=Respect de la tradition
1= Respect de la religion
2=Fidélité de la femme
3= Fécondité de la femme

4=Hygiène de la femme
6=Autres
7=Pas de réponse
8=Ne sais pas

A26 Allez vous exciser à l'avenir vos filles?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

A27 Savez vous qu'il existe des communautés au Burkina Faso qui ne pratiquent pas l'excision?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

A28 Etes vous informé que le gouvernement et les autorités coutumières et religieuses du Burkina Faso interdisent l'excision des filles?

[]

0=Oui
1= Non

7=Pas de réponse
8=Ne sait pas

A29 Comment avez-vous été informé?

[]

0=Agent de santé
1= Educateur social
2=Parents, ami

4=Radio, journaux
6= Autres
7=Pas de réponse

ANNEXE N° 2 (65)

Female Genital Mutilation in Africa



STATISTICAL ESTIMATES OF FGM IN AFRICA
Estimated prevalence rates have been developed
from reviews of national surveys, small studies
and country reports and from Fran Hosken, WIN
NEWS, Vol.18, No. 4, Autumn 1992.

From: Toubia, Nahid, Female
Genital Mutilation: A Call
for Global Action, 1993

COUNTRY

Benin*	50%	1,200,000
Burkina Faso*	70%	3,290,000
Cameroon*	—	—
Central African Republic*	50%	750,000
Chad	60%	1,530,000
Côte d'Ivoire*	60%	3,750,000
Djibouti	98%	196,000
Egypt	50%	13,625,000
Ethiopia and Eritrea	90%	23,940,000
Gambia*	60%	270,000
Ghana	30%	2,325,000
Guinea*	50%	1,675,000
Guinea Bissau*	50%	250,000
Kenya	50%	6,300,000
Liberia*	60%	610,000
Mali*	75%	3,112,500
Mauritania*	25%	262,500
Niger*	20%	800,000
Nigeria	50%	30,625,000
Senegal	20%	750,000
Sierra Leone	90%	1,935,000
Somalia	98%	3,773,000
Sudan (North)	89%	9,220,400
Tanzania	10%	1,345,000
Togo*	50%	950,000
Uganda*	5%	467,500
Zaire*	5%	945,000
Total		114,296,900

Information on prevalence not available.

Prevalence based upon 1990 and 1991 studies in
three regions.

Infibulation almost universally practiced. The Union
Nationale des Femmes de Djibouti (UNFD) runs a clinic
where a milder form of infibulation is performed under
local anesthesia.

Practiced throughout the country by both Muslims
and Christians. Infibulation reported in areas of south
Egypt closer to Sudan.

Common among Muslims and Christians and practiced
by Ethiopian Jews (Falashas), most of whom now live in
Israel. Clitoridectomy is more common, except in areas
bordering Sudan and Somalia, where infibulation seems
to have spread.

A 1987 pilot survey in one community showed that
97 percent of interviewed women above age 47 were
circumcised, while 48 percent of those under 20 were
not.

Decreasing in urban areas, but remains strong in
rural areas, primarily around the Rift Valley. 1992 studies
in four regions found that the age for circumcision
ranged from eight to 13 years, and traditional
practitioners usually operated on a group of girls at one
time without much cleaning of the knife between
procedures.

Two national studies conducted, but not released.
A study of Bendel state reported widespread
clitoridectomy among all ethnic groups, including
Christians, Muslims, and animists.

Predominantly in the north and southeast. Only a
minority of Muslims, who constitute 95 percent of
the population, practice FGM.

All ethnic groups practice FGM except for Christian Krios
in the western region and in the capital, Freetown.

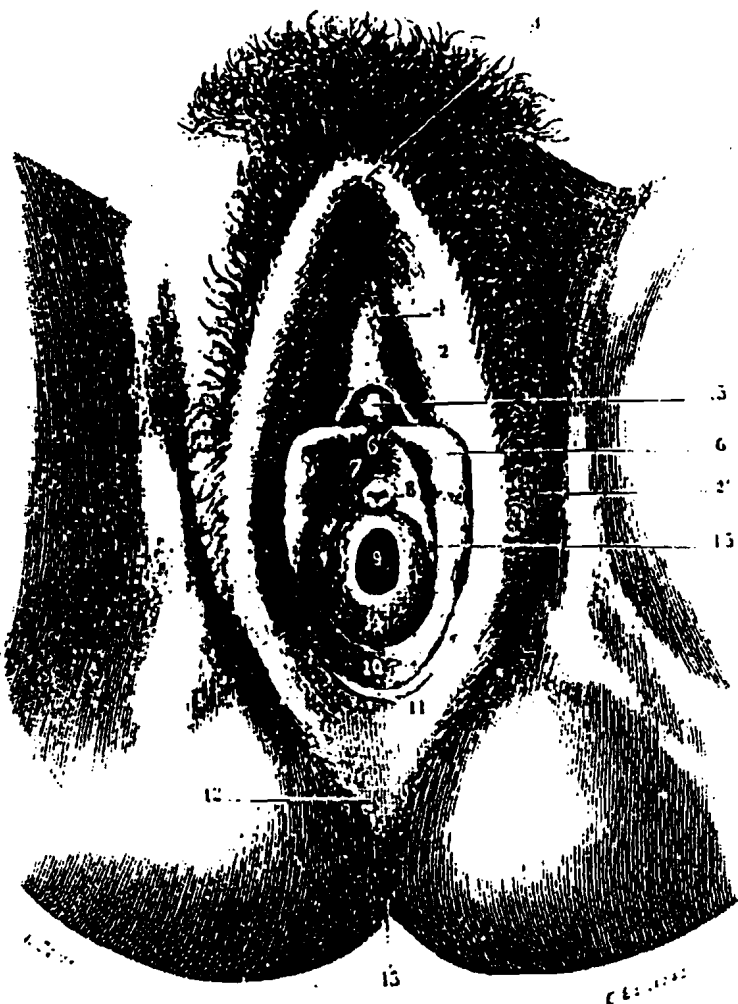
FGM is universal; approximately 80 percent
of the operations are infibulation.

A very high prevalence, predominantly
infibulation, throughout most of the northern, eastern
and western regions. Along with a small overall decline
in the 1980s, there is a clear shift from infibulation to
clitoridectomy.

Clitoridectomy reported only among the
Chagga groups near Mount Kilimanjaro.

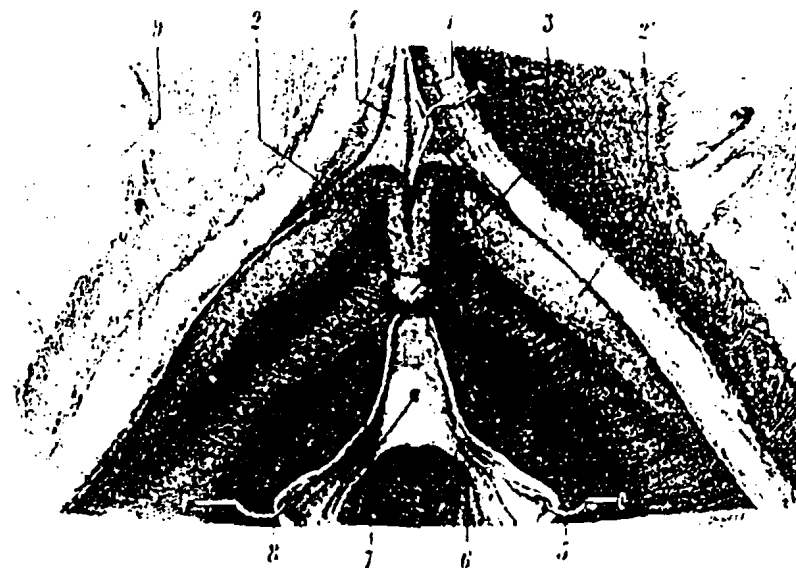
*Anecdotal information only; no published studies.

LE SEXE FEMININ



Vulve de jeune fille vierge.

1, pénil ou mont de Vénus. — 2 et 2', surface interne et surface externe des grandes lèvres. — 3, commissure antérieure de la vulve. — 4, capuchon du clitoris. — 5, clitoris. — 6, petites lèvres, avec 6', leur racine postérieure naissant de la face postérieure du clitoris (frein du clitoris). — 7, vestibule. — 8, méat urinaire. — 9, ouverture du vagin. — 10, fosse clitoréale.



Les formations érectiles du clitoris.

1, symphyse pubienne. — 2, corps caverneux du clitoris, avec 2', ses racines venant s'insérer sur les branches ischio-pubiennes. — 3, gland du clitoris. — 4, ligament suspenseur du clitoris. — 5, face interne des petites lèvres. — 6, orifice inférieur du vagin. — 7, urètre. — 8, bulbes du vagin. — 9, trou obturateur.

Répartition des villages de résidence des exciseuses,1- Selon les enquêtés de Koutoumtenga

Villages indiqués	Nombre de fois	Pourcentage
Antoa	4	7,7
Antoaga	1	1,9
Barkoumba	1	1,9
Basian	2	3,8
Baskouda	2	3,8
Boussouma	2	3,8
Forgui	2	3,8
Korsimoro	1	1,9
Paspanga	23	44,2
Pissila	1	1,9
Sabouri	2	3,8
Soaga	2	3,8
Soubeira	1	1,9
Tanghin	3	5,8
Watinoma	5	9,6
Total	52	100,0

2- Selon les enquêtés de Soaga

Villages indiqués	Nombre de fois	Pourcentage
Antoa	1	3,3
Barkoumba	1	3,3
Foula	1	3,3
Koutoumtenga	6	20,0
Paspanga	8	26,7
Riblo	2	6,7
Soubeira	3	10
Watinoma	8	26,7
Total	30	100,0

3- selon les enquêtes deTanhoko

Villages indiqués	Nombre de fois	Pourcentage
Antoa	10	16,9
Antoaga	5	8,5
Bangrin	1	1,7
Boulsin	1	1,7
Boussouma	1	1,7
Fann	1	1,7
Korsimoro	3	5,1
Paspanga	1	1,7
Seurè	2	3,4
Seami	1	1,7
Songa	2	3,4
Soubaira	1	1,7
Tanghin	2	3,4
Koutoumtenga	12	20,3
Kouipour	1	1,7
Koutoumtenga	1	1,7
Louma	1	1,7
Albio	1	1,7
Watinoma	12	20,3
Total	59	100,0

4- selon les enquêtes d'Hanwi

Villages indiqués	Nombre de fois	Pourcentage
Antoa	1	6,3
Korsimoro	1	6,3
Koutoumtenga	5	31,3
Louda	1	6,3
Paspanga	1	6,3
Sabouri	1	6,3
Tanghin	2	12,5
Tangporé	1	6,3
Watinoma	3	18,8
Total	16	100,0

5- selon les enquêtes de Noaka

Villages indiqués	Nombre de fois	Pourcentage
Arbinda	1	1,9
Bangrin	2	3,7
Barsaigho	2	3,7
Basma	1	1,9
Boussouma	1	1,9
Deiga	1	1,9
Difinlga	1	1,9
Fanka	3	5,6
Golga	1	1,9
Gailloangou	1	1,9
Kalambaogo	6	11,1
Kaya	2	3,7
Koalma	1	1,9
Nabitenga	1	1,9
mbgo	1	1,9
Napabubu	2	3,7
Nongo	1	1,9
Papao	1	1,9
Riblo	10	18,5
Rouamba	2	3,7
Samba	1	1,9
Sangho	1	1,9
Sidogo	5	9,3
Sorgho	2	3,7
me	2	3,7
gou	1	1,9
on	1	1,9
Total	54	100,0

6- selon les enquêtes de Kalambaogo

Villages indiqués	Nombre de fois	Pourcentage
Bisnogh	1	1,9
Bangrin	11	20,4
Barsalgho	5	9,3
Damane	2	3,7
Doumassa	1	1,9
Lakan-peulh	1	1,9
Kalambaogo	1	1,9
Kansaogo	1	1,9
Kansongo	1	1,9
Kaya	6	11,1
Koumwaogo	2	3,7
Mane	1	1,9
Noaka	1	1,9
Nongfaire	3	5,6
Papao	1	1,9
Pissila	3	5,6
Rabio	2	3,7
Rofinega	1	1,9
Sangho	5	9,3
Sorgho	2	3,7
Tangandé	1	1,9
Tangasgo	1	1,9
Watinoma	1	1,9
Total	54	100,0

7- selon les enquêtes de Gantodogo

Villages indiqués	Nombre de fois	Pourcentage
Damesma	1	9,1
Kaya	1	9,1
Nessemtega	3	27,3
Noutenga	1	9,1
Oadiga	1	9,1
Safi	1	9,1
Stan	1	9,1
Tanguilsi	1	9,1
Zineko	1	9,1
Total	11	100,0

8- selon les enquêtes de Foutrigui

Villages indiqués	Nombre de fois	Pourcentage
Hangrin	1	7.7
Kaya	1	7.7
Mané	1	7.7
Nessemtega	2	15.4
Relga	1	7.7
Souga	1	7.7
Zincko	6	46.2
Total	13	100.0

9- selon les enquêtes de Sogodin

Villages indiqués	Nombre de fois	Pourcentage
Blongou	1	3.1
Dabto	1	3.1
Damané	1	3.1
Delga	1	3.1
Kaya	4	12.1
Mané	3	9.1
Nessemtega	4	12.1
Paspanga	1	3.1
Ranesma	1	3.1
Zincko	16	48,5
Total	33	100.0

10- selon les enquêtes de Gaoua

Villages indiqués	Nombre de fois	Pourcentage
Kaya	7	58,3
Tifou	4	33.3
Zangweti	1	8.3
Total	12	100.0

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence de mes maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au dessus de mon travail.

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

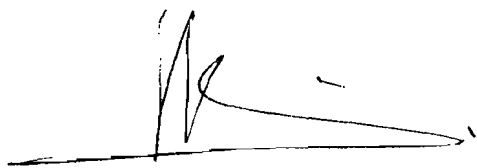
Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses : que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

Vu et permis d'imprimer

Vu

Le Directeur de Thèse

Le Président du Jury



18/01/99.

P-B Koue

25/01/99

Pr. Ag. B-SANGO.

Vu

Le Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé de Ouagadougou

TITRE DE LA THESE : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES EN
MATIERE DE MUTILATIONS GENITALES FEMININES
RESULTATS D'ETUDES EN MILIEU RURAL DE
SANMATENGA.

MOTS CLES : - Sanmatenga-villages-mutilations-génitales-féminines-adolescent(e)s-
femmes.
-hommes-prévalence-connaissances, attitudes-pratiques-tradition -
analphabétisme

RESUME

Nous avons étudié les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de mutilations génitales féminines en milieu rural de Sanmatenga. Cette étude a pour but d'évaluer une meilleure connaissance des déterminants de la pratique de l'excision, de déterminer les résultats de la lutte menée par le Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (CNLPE).

Un sondage en grappes à deux niveaux a été réalisé dans dix (10) villages dans le district sanitaire de Kaya incluant les adolescent(e)s, les chefs de ménage et leurs épouses.

Les connaissances des populations sur les complications de l'excision étaient limitées aux complications immédiates. Pour les villageois, l'excision leur évitait les difficultés de l'accouchement. Cette opinion totalement fautive sur la relation accouchement-excision témoigne de la méconnaissance de la physiologie de l'appareil génital féminin.

Le taux de prévalence de l'excision dans la localité était de 95,2 %. Il y avait jusqu'à 56,9 % des enquêtés qui avaient l'intention de continuer l'excision des filles. Cette intention de perpétuer l'excision était plus forte chez les musulmans, chez les analphabètes et chez ceux qui n'étaient pas informés des activités du CNLPE. Les déterminants de la perpétuation de l'excision étaient complexes, d'ordre socioculturel soutenu par une mauvaise interprétation de certains préceptes de l'Islam et de la méconnaissance des complications durables de l'excision.

78,9 % des enquêtés étaient informés des activités du CNLPE.

L'opinion des populations sur la relation accouchement - excision était biaisée. Pour 34,9 % d'hommes et pour 44,6 % de femmes, la non excision n'offrait aucun avantage à l'accouchement. Au contraire ils sont convaincus que l'excision leur évitait les difficultés à l'accouchement.

L'importance et la complexité du problème des Mutilations Génitales Féminines (MGF) imposent des recherches opérationnelles et une intensification de la lutte.

Adresse de l'auteur : René PARE 09 BP 253 Ouagadougou 09 Tel 36 00 38 Burkina Faso