

FACTEURS ASSOCIES AUX MUTILATIONS GENITALES FEMININES CHEZ LES ADOLESCENTES DE 10 À 19 ANS DANS LES COMMUNES DE GUEDIAWAYE, KOLDA ET KAOLACK (SENEGAL) EN 2021

FACTORS ASSOCIATED WITH FEMALE GENITAL MUTILATION IN TEENAGERS AGED 10 TO 19 IN THE COMMUNES OF GUEDIAWAYE, KOLDA AND KAOLACK (SENEGAL) IN 2021

NDIAYE I¹, DIALLO AI¹, DIEDHIOU A², DIONGUE FB¹, BA MF¹, SOUGOU NM¹, NDIAYE S³, SAMB OM⁴, MBAYE SM³, FAYE A¹

1 : Institut de Santé Et Développement / Université Cheikh Anta Diop de Dakar (ISED/UCAD), Sénégal

2 : Université Cheikh Anta Diop de Dakar

3 : Centre de Guidance Infantile et Familiale de Dakar (CEGID)

4 : Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Résumé

Introduction: Les mutilations génitales féminines sont une pratique consistant à l'ablation partielle ou complète des organes génitaux externes de la femme sans indication thérapeutique. Près de deux millions de filles et de femmes ont subi des mutilations génitales féminines en 2019 au Sénégal. Il nous a semblé opportun d'étudier les facteurs associés aux mutilations génitales féminines chez les adolescentes.

Méthodologie : Cette recherche a utilisé une méthode mixte avec un volet quantitatif et un volet qualitatif. Pour le volet quantitatif, elle a ciblé les adolescentes de 10 à 19 ans dans les communes de Guédiawaye à l'ouest du pays, de Kaolack au centre et de Kolda au Sud. Il s'agissait d'une enquête transversale basée sur un sondage aléatoire systématique et stratifié. Des analyses descriptives, bivariées avec un risque alpha de 5% et multivariées, ont été faites. Le volet qualitatif a été basé sur une étude de cas avec un choix raisonné des cibles des adolescentes et de leurs parents en application du principe de la diversification.

Résultats : L'étude portait sur 940 adolescentes dont l'âge moyen était de 67 mois. La majorité d'entre elles vivaient en zone rurale (70,2%) et appartenaient à l'ethnie des Al Poular (38,7%). La proportion de participantes excisées était de 29,7%. Le risque d'excision était plus élevé dans les ménages dirigés par un homme (ORa=1,61 [1,04– 2,50]), en milieu rural (ORa=15,2 [8,69– 28,0]) d'origine Al Poular (ORa=12,5 [8,33– 20,0]) et riche selon le quintile du bien-être (ORa=8,41 [4,51-15,69]).

Conclusion : La prévalence des mutilations génitales féminines chez les adolescentes au Sénégal est constante depuis plus d'une vingtaine d'années. Des stratégies de sensibilisation avec un ciblage des ménages riches du milieu rural, dirigés par des hommes et d'origine Al Poular seront nécessaires pour une progression des normes sociales en faveur de leur abandon.

Mots-clés : Mutilations génitales féminines, facteurs associés, Sénégal, Adolescente,

Summary

Introduction: Female genital mutilation is the partial or complete removal of a woman's external genitalia without therapeutic indication. Nearly two million girls and women underwent female genital mutilation in Senegal in 2019. We thought it appropriate to study the factors associated with female genital mutilation among teenage girls.

Methodology : This research used a mixed method with a quantitative and a qualitative component. The quantitative component targeted adolescent girls aged 10 to 19 in the communes of Guédiawaye in the west of the country, Kaolack in the centre and Kolda in the south. It was a cross-sectional survey based on a stratified systematic random sample. Descriptive, bivariate with an alpha risk of 5% and multivariate analyses were performed. The qualitative component was based on a case study with a reasoned choice of targets of adolescent girls and their parents in application of the principle of diversification.

Results : The study included 940 teenage girls with an average age of 67 months. The majority lived in rural areas (70.2%) and belonged to the Al Poular ethnic group (38.7%). The proportion of participants who had been circumcised was 29.7%. The risk of circumcision was higher in male-headed households (ORa=1.61 [1.04- 2.50]), in rural areas (ORa=15.2 [8.69- 28.0]) of Al Poular origin (ORa=12.5 [8.33- 20.0]) and in households of wealth according to welfare quintile (ORa=8.41 [4.51-15.69]).

Conclusion : The prevalence of female genital mutilation among adolescent girls in Senegal has been constant for over twenty years. Awareness-raising strategies targeting wealthy households in rural areas, headed by men and of Al Poular origin, will be necessary if social norms in favour of abandonment are to progress.

Keywords: Female genital mutilation, associated factors, Senegal, Teenage girl.

INTRODUCTION

Les mutilations génitales féminines (MGF) sont une pratique consistant à l'ablation partielle ou complète des organes génitaux externes de la femme à des fins non thérapeutiques [1]. Elles ont été classées en quatre catégories : Le type I consiste en une ablation partielle ou totale du clitoris ou seulement du prépuce dans de rares cas ; le type II est une ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres et parfois des grandes lèvres ; dans le type III, un rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture est réalisée en coupant et en repositionnant les petites lèvres et/ou les grandes lèvres ; toutes les autres interventions pratiquées sur les organes génitaux féminins composent le type IV [2].

Dans le monde, plus de 200 millions de femmes et de filles ont subi des MGF. Elles résident dans près de 30 pays qui les pratiquent toujours [3]. Il s'agit d'une croyance commune profondément enracinée dans de nombreuses communautés, en particulier en Afrique [4]. Selon l'UNICEF, près de deux millions de filles et de femmes ont été victimes de MGF en 2019 au Sénégal. Elles constituent une violation des droits de la personne. Chaque fille et chaque femme a le droit d'être protégée contre cette pratique néfaste, aux conséquences dévastatrices, symptôme d'inégalités de genre persistantes [5]. Les MGF peuvent également avoir des conséquences immédiates et à long terme sur la santé telles que des traumatismes, des hémorragies, des difficultés urinaires, de graves infections et décès mais également des complications lors de l'accouchement pouvant entraîner un risque accru de décès périnatal [6]. Cette épreuve douloureuse et souvent traumatisante peut également altérer la santé mentale déterminant un trouble de stress post-traumatique ou encore une anxiété [7]. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que plus de 1,4 milliard de dollars américains seront nécessaires par an pour prendre en charge les complications sanitaires associées aux MGF, et si rien n'est fait, cela pourrait passer à 2,3 milliards de dollars américains par an d'ici 30 ans (2047) [8].

Malgré les multiples campagnes de sensibilisation sur les conséquences dramatiques des MGF, leur prévalence reste élevée dans plusieurs pays africains tels que la Somalie, la Guinée, Djibouti, le Soudan et l'Éthiopie ou une prévalence de 70,8 % était retrouvée [9]. Des prévalences similaires avaient également été notées en Egypte (92 %) [10] et au Mali (89 %) [11]. Au Sénégal, les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé montrent que près d'un quart (25,2%) de femmes âgées de 15 à 49 ans avaient subi une mutilation génitale féminine [12], allant de plus de 90 % dans la région de Kédougou à un peu moins de 1 % dans celle de Diourbel. Les niveaux de MGF sont restés constants au fil du temps dans toutes les régions du Sénégal. [5]

L'appartenance ethnique apparaît comme un facteur de risque des MGF car ces pratiques sont historiquement associées à des rites traditionnels marquant le passage à l'âge adulte qui n'existent pas dans tous les groupes [10]. Le lieu de résidence rural est également un facteur couramment identifié dans la pratique des MGF [13]. Une autre étude dans la région du Kurdistan irakien a montré que la survenue de MGF/E chez les filles était défavorisée par le niveau d'éducation et le statut d'emploi [14]. En outre, les femmes étaient les principaux décideurs en matière de MGF [15]. Il a également été démontré que la pratique des MGF était influencée chez les femmes et les filles par l'indice socio-économique, en effet les femmes appartenant au quintile du bien-être économique le plus élevé ainsi que leurs filles étaient moins susceptibles de subir des MGF que celles du quintile de le plus bas [16].

Au Sénégal peu d'études se sont intéressées aux déterminants des mutilations génitales féminines ; Il nous a semblé opportun d'étudier les facteurs associés aux MGF chez les adolescentes et d'établir le profil épidémiologique des ménages où l'on retrouve cette forme de violence basée sur le genre, au sein des communes de Guédiawaye, Kolda et Kaolack en 2021. Ceci permettra de mieux éclairer le ciblage des interventions de santé publique promouvant l'abandon des MGF.

METHODE

Cette recherche a utilisé une méthode mixte avec un volet quantitatif et un volet qualitatif selon une approche séquentielle.

Volet quantitatif

Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique réalisée de septembre à décembre 2021.

Population d'étude

La population était constituée par les adolescentes âgées de 10 à 19 ans, habitant dans les communes de Guédiawaye (Dakar), Kaolack et Kolda.

Échantillonnage

Toute adolescente âgée de 10 à 19 ans et habitant les communes de Guédiawaye, Kaolack et Kolda pouvait être incluse dans cette étude. Parmi les adolescentes éligibles, celles qui étaient absentes durant la période de collecte de données ou refusant de participer à l'étude n'étaient pas incluses.

L'estimation de la taille de l'échantillon a été faite à partir de la formule de Schwartz ($N = (\xi \alpha^2 \cdot p \cdot q) / i^2$) en tenant compte des prévalences de violences physiques des femmes 15-49 ans au Sénégal selon l'Enquête de Démographie et de Santé (EDS-

continue 2019) [17], d'un risque d'erreur de 5% et d'une précision (i) de 5%. Les tailles minimales par commune sont présentées dans le tableau I.

La méthode d'échantillonnage a été basée sur un sondage aléatoire systématique, stratifié en grappes de 20 adolescentes. Ainsi 14 grappes ont été tirées à Guédiawaye, 15 à Kaolack et 18 à Kolda réparties au sein des quartiers de ces communes.

Au niveau de chaque grappe sélectionnée représentée par les quartiers, une stratification proportionnelle à la taille de la population par âge des adolescentes de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans a été réalisée. Une fois sur la grappe, la méthode des itinéraires a été utilisée pour diriger les enquêteurs au niveau des concessions. Après avoir sélectionné au hasard une intersection de plusieurs voies, l'enquêteur a utilisé son stylo pour choisir une direction tirée au sort. Toutes les concessions de cette rue/ruelle ont été incluses jusqu'à l'obtention des 20 adolescentes par grappe répartie par âge. Une seule personne, a été sélectionnée au niveau du ménage lorsque plusieurs personnes ont répondu à l'ensemble des critères de sélection par tirage au sort.

Collecte des données

Le recueil des données a été fait sur la base d'un questionnaire pré-codifié pour répondre aux questions de recherche.[17] Les questionnaires finalisés ont été ensuite enregistrés sur un terminal électronique grâce au logiciel ODK Collect (Open Data Kit ODK) qui a été synchronisé à un serveur via la connexion internet avec des codes d'accès. Les entretiens ont été réalisés en présentiel après une formation de 2 jours pour 18 enquêtrices. Les données collectées ont porté sur les caractéristiques du chef de ménage (Age, sexe, situation et socio-économique), des adolescentes (Age, niveau d'éducation, situation matrimoniale) et sur les MGF chez les adolescentes,

Saisie et analyse des données

Les données ont été collectées sur le terrain avec des tablettes permettant une saisie instantanée et une transmission à distance des données à un serveur. A la fin de l'enquête, les données ont été extraites, compilées puis nettoyées avant d'être analysées grâce au logiciel R 4.2.1. Les variables quantitatives ont été décrites à travers la moyenne avec son écart type et les variables qualitatives par les fréquences absolues et relatives. Des croisements de variables ont été effectués pour traduire certaines préoccupations formulées dans les objectifs. Le test du Khi 2 a été utilisé dans l'analyse bivariée avec un risque alpha de 5%. Dans l'analyse multivariée, toutes les variables dont les p étaient inférieurs à 0,25 dans l'analyse bivariée ont été retenues pour le modèle initial [18, 19]. La procédure de sélection pas à pas descendante a été utilisée pour construire le modèle final. Le test du rapport de vraisemblance

a été utilisé pour comparer les modèles emboîtés. L'adéquation du modèle a été étudiée grâce au test de Hosmer Lemeshow [20].

Volet qualitatif

Il s'agissait d'une étude de cas qualitative portant sur les MGF chez les adolescentes. Elle a été réalisée auprès des adolescent(e)s, et de leurs parents.

Un choix raisonné des cibles a été faite en prenant en compte dans la sélection des individus, le principe de la diversification interne dans le but d'obtenir un large éventail de points de vue afin de permettre de juger de la reproduction des processus étudiés.

Les données qualitatives reposaient sur des entretiens individuelles et des discussions de groupes basées sur des guides établis à partir une revue de la littérature [21]. L'ensemble de ces données empiriques a été collectée selon le principe de saturation empirique (ne rien apprendre de nouveau) avec un souci de triangulation des informations. Dans chacune des trois communes 30 adolescentes et 10 parents ont été sélectionnées. Toutes les entretiens ont été intégralement retranscrits et analysés par le logiciel QDA Miner lite.

L'intégration des données s'est faite lors de la triangulation des résultats selon un processus de comparaison.

Considérations éthiques

L'approbation du Comité National d'Éthique de la Recherche du Sénégal a été obtenue avant le démarrage des activités, portant le numéro de référence SEN21/48.

Un consentement libre et éclairé a été obtenu auprès de toutes les personnes âgées de 18 ans et plus. Pour les adolescentes âgées de moins de 18 ans, un consentement de leur responsable légal a été obtenu avant leur propre assentiment.

Les données collectées sont restées confidentielles. L'identité des individus qui ont consentis à participer n'a pas été mentionnée sur les outils de collecte ainsi que dans toutes les utilisations faites des résultats.

RESULTATS

L'étude portait sur un total de 940 adolescentes avec une prédominance la tranche d'âge des 15-19 ans qui représentaient 50,7 %. Elle a été réalisée sur trois sites à Guédiawaye, dans les communes de Kaolack et de Kolda avec respectivement 29,8%, 31,9% et 38,3% des enquêtées (Tableau II).

Les chefs de ménages étaient majoritairement masculins (64,8%). Leur âge moyen était de 61,5 ans (+/- 21,5 ans) et parmi eux les non instruits représentaient 40,7%. Un quart des ménages étaient classés comme pauvre selon l'indice du bien être socio-économique (20,4%) (Tableau II).

L'âge moyen des adolescentes était de 14,6 (+/-2,6)

ans et elles avaient majoritairement le niveau d'instruction du secondaire (53,1%) et du primaire (41,4%). Moins de 4% de la cible étaient mariées et une proportion de 38,7% étaient d'origine Al Poular (Tableau II).

Plus de trois quart (76,3%) des adolescentes ont eu à entendre parler de l'excision. La proportion d'adolescentes excisées était de 29,7% dans l'ensemble de notre échantillon. La majeure partie des adolescentes ne savait comment et quel acte a été réalisé, L'âge moyen de réalisation de l'excision était de 67 mois (6 ans). Plus de 8 adolescentes sur 10 ont été excisées par un personnel non qualifié (Exciseuse traditionnelle) (Tableau II).

Le sexe du chef de ménage, le milieu de résidence, le quintile du bien-être et l'origine ethnique étaient liées à la pratique des MGF. Les chefs de ménages de sexe masculin étaient plus susceptibles de faire exciser leurs filles que ceux dirigés par des femmes (ORa=1,61 [1,04-2,49]) ; les adolescentes qui résidaient en milieu rural avaient également plus de risque de subir les MGF (ORa=15,22 [8,5-27,24]). Hormis ces caractéristiques, l'origine ethnique Poular favorisait la pratique. Il en est de même pour l'appartenance à la catégorie des riches selon le quintile du bien-être socio-économique (ORa=8,41 [4,51-15,69]) (Tableau III).

Les MGF ont de graves conséquences sur la santé. Les victimes sont marquées et traumatisées à jamais. Elles seraient plus présentes dans certaines ethnies que d'autres. Cet extrait du focus group est plein de sens.

« La mutilation en général se passe dans certaines ethnies et ses conséquences sont très désastreuses. Maintenant au niveau purement sexuel quand tu es mariée et mutilée, tu ne ressens rien y'a certaines qui ont des problèmes de pénétration... » (Leader communautaire)

Il ressort de nos travaux que le processus des MGF est initié, coordonné et mis en œuvre par des femmes. Elles agiraient ainsi à tous les niveaux. Il s'agit d'une « affaire de femme ». Le récit suivant d'une excision par une adolescente le montre :

«...C'était ma maman qui m'avait amené là-bas On est allé dans une maison heu c'était une maison en paille. Après quand mon tour est arrivé, ma tante m'a amené elles ont étalé un pagne rouge et elles m'ont allongée, ma tante tenait mes mains l'exciseuse aussi et une autre ce sont elles qui me tenaient voilà et je criais Jusqu'à présent parce que les vas et viens du couteau c'est comme si c'était aujourd'hui même si je dors ça me fait mal.. » (Adolescente)

Au-delà des effets sur la santé physique, les participants étaient conscients des répercussions psychologiques comme le témoigne cet extrait suivant :

« C'est quand on demande de faire quelque chose en le menaçant, psychologiquement parfois. Ça crée

des problèmes psychologiques à la personne parfois. Il aura des problèmes psychologiques. C'est le cas de mon amie excisée. » (Adolescent)

Les questions sur les liens entre les normes communautaires et les MGF ont été soulevées dans cette étude. À ce propos, il existe plusieurs règles qui concourent à encourager la pratique des MGF. Ces extraits d'entretiens informent sur certaines normes communautaires en faveur de ce fléau : *« Mes voisines Sarakholé font toujours cette pratique. Pour eux, une fille non excisée est une fille impure et ne participe pas à la préparation du repas.... Psychologiquement, elle va avoir une dépression. »* Leader communauté

« Culturellement, on vit dans un domaine Hal-Pulard, Peul, donc eux ils croient beaucoup à l'excision, beaucoup de filles sont victimes quand elles ne sont pas excisées, il y a les grand-mères qui lancent de petits mots « tu n'es pas excisée », « tu ne dois pas préparer le repas », « tu n'es pas propre », « tu es impure » ; donc tous ces mots-là, ça laisse des séquelles morales » (enseignant)

DISCUSSION

Les MGF constituent une violation des droits fondamentaux de la femme et de la fille. Au-delà des effets sur la santé physique, elles peuvent causer des séquelles psychologiques graves à l'adolescente. Au Sénégal, même s'il est noté une baisse de la prévalence des MGF depuis plusieurs années, les MGF sont toujours d'actualité ; leur prévalence varie en fonction des zones géographiques avec de véritables « points chauds ». Les femmes en bonne santé représentent le monde en bonne santé et symbolisent la préservation de la santé familiale qui peut améliorer la croissance économique aux niveaux individuel, familial, communautaire et national [13].

Cette étude présente toutefois certaines limites. En raison de la sensibilité de la question des mutilations génitales féminines, les enquêtées pouvaient fournir des réponses erronées et donner lieu à un biais de désirabilité sociale. Le biais de rappel est une autre limite qui pourrait également être présente dans cette étude du fait de l'auto déclaration de l'évènement subi. Dans la mesure du possible, les assistants de recherche ont essayé de réduire la désirabilité sociale et les potentiels biais de rappel lors de la collecte.

La proportion de participantes excisées était de 29,7% Cependant la prévalence réelle pourrait être supérieure au chiffre enregistré en raison de la multiplication des campagnes de sensibilisation pour l'abandon des MGF qui semble rendre la pratique plus discrète et dissimulée [3]. En outre l'environnement juridique pourrait aussi avoir un certain impact et constitue une composante nécessaire de la politique publique, il est probable que les sanctions légales rendent la pratique clandestine dans de nombreux contextes,

complicant ainsi les efforts pour comprendre la pratique et aborder le problème ouvertement d'une manière qui conduirait à un changement social durable [22]. Des études similaires avaient retrouvé des proportions nettement supérieures en Ethiopie et au Ghana avec respectivement 70,8% et 76,6% [9, 23]. Dans le monde entier, dans plusieurs pays, les MGF ont été pratiquées pour différentes raisons culturelles telles que le maintien de la propreté du vestibule en coupant les parties sécrétoires des organes génitaux, les raisons esthétiques, la sauvegarde et la preuve de la virginité, et une condition préalable à un mariage honorable [9]. L'âge moyen de l'excision chez les filles était de 67 mois (6ans). Des résultats similaires avaient été retrouvés par Khidir qui a relevé une prépondérance des filles âgées de 6 à 7ans au Soudan en 2020 [24]. Ceci témoigne d'une certaine précocité de la pratique de l'acte d'où la nécessité d'orienter les stratégies d'abandon de l'excision chez les enfants de moins de 6 ans.

Le risque d'excision était plus élevé dans les ménages dirigés par un homme. En effet si les MGF constituent un fondement des structures patriarcales, il faut s'attendre à ce que les hommes soient de fervents partisans de cette pratique, car son élimination peut constituer une menace pour leur statut supérieur dans la hiérarchie sociale [25].

Par ailleurs, les MGF étaient plus pratiquées en milieu rural que dans les centres urbains. En effet le risque de mutilation est moindre en ville où la plus forte mixité sociale accélère les changements de normes et comportements familiaux [10]. Une autre explication est que l'urbanisation améliore la participation des femmes à l'éducation et les autonomise économiquement et politiquement [26].

Au cours de cette recherche, les MGF sont parfois apparues comme une norme communautaire dont la transgression exposait l'auteur à de graves sanctions. Dès lors, un changement de comportement indépendant chez les individus est difficile, même s'ils sont opposés à la pratique [1]. La personne réfutant la pratique pourrait même être excommuniée ou stigmatisée par les membres de la communauté [3]. Les MGF continuent d'être associée à la tradition en tant que valeurs importantes pour l'identité collective. [27]

Le processus des MGF est initié, coordonné et mis en œuvre par des femmes. Elles agissent ainsi à tous les niveaux dans notre étude. Il s'agit d'une « affaire de femme ». Traditionnellement, les femmes âgées ou les grands-mères exercent une influence considérable sur les décisions prises dans la famille et la communauté, en particulier lorsqu'il s'agit du bien-être des mères, des enfants et des jeunes filles qui deviennent des femmes [27].

CONCLUSION

Au Sénégal, malgré la délicatesse du sujet, les MGF sont toujours d'actualité. Leurs conséquences sont plus graves chez les adolescentes qui constituent la couche de la population sur laquelle devrait être centrée tout processus de développement durable d'une nation. Il nous a semblé opportun d'étudier l'ampleur et les facteurs associés à la pratique des MGF..

Afin d'arrêter ce fléau, il urge de renforcer la sensibilisation sur les conséquences néfastes des MGF en ciblant les ménages riches, ruraux et dirigés par des hommes. La création d'activités génératrices de revenu pour autonomiser les femmes et favoriser leur pouvoir décisionnel ainsi que l'obtention d'un engagement communautaire, dans un contexte politique et juridique favorable en faveur de l'abandon des MGF paraissent également indispensable.

REMERCIEMENTS

Nous adressons des remerciements à l'endroit Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI) du Canada pour avoir financé cette recherche et qui a travers ce projet cherche à apporter des stratégies pérennes en faveur de l'abandon des MGF au Sénégal et en Afrique.

Nous remercions également le consortium qui est responsable de l'exécution de cette recherche, composé de l'Institut de Sante et Développement (ISED) de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, du Centre de Guidance Infantile et Familial (CEGID) et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT).

REFERENCES

- [1] **Kandala NB, Shell-Duncan B.** Trends in female genital mutilation/cutting in Senegal: What can we learn from successive household surveys in sub-Saharan African countries? *Int J Equity Health*; 18. Epub ahead of print 30 January 2019. DOI: 10.1186/s12939-018-0907-9.
- [2] **Kandala NB, Nnanatu CC, Atilola G,** et al. Analysing Normative Influences on the Prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting among 0-14 Years Old Girls in Senegal: A Spatial Bayesian Hierarchical Regression Approach. *Int J Environ Res Public Health*; 18. Epub ahead of print 1 April 2021. DOI: 10.3390/IJERPH18073822.
- [3] **Odo AN, Dibia SIC, Nwagu EN,** et al. Towards characterization of Female Genital Mutilation (FGM) in rural Nigeria. *Afr Health Sci* 2020; 20: 1968–1978.
- [4] **Adigüzel C, Baş Y, Erhan MD,** et al. The Female Genital Mutilation/Cutting Experience in Somali Women: Their Wishes, Knowledge and Attitude. *Gynecol Obstet Invest* 2019; 84: 118–127.

- [5] **Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).** Mutilations génitales féminines au Sénégal : Bilan d'une étude statistique. 2019. 28p. Disponible : <https://www.unicef.org/senegal/media/1046/file/Mutilations%20G%C3%A9nitales%20F%C3%A9minines%20au%20S%C3%A9n%C3%A9gal%20:%20Bilan%20d%E2%80%99une%20%C3%A9tude%20statistique.pdf>
- [6] **Sabahelzain MM, Gamal Eldin A, Babiker S,** et al. Decision-making in the practice of female genital mutilation or cutting in Sudan: a cross-sectional study. *Glob Health Res Policy*; 4. Epub ahead of print 1 December 2019. DOI: 10.1186/s41256-019-0096-0.
- [7] **Doucet MH, Delamou A, Manet H,** et al. Beyond will: the empowerment conditions needed to abandon female genital mutilation in Conakry (Guinea), a focused ethnography. *Reprod Health*; 17. Epub ahead of print 6 May 2020. DOI: 10.1186/S12978-020-00910-1.
- [8] **Fagbamigbe AF, Morhason-Bello IO, Kareem YO,** et al. Hierarchical modelling of factors associated with the practice and perpetuation of female genital mutilation in the next generation of women in Africa. *PLoS One*; 16. Epub ahead of print 1 April 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0250411.
- [9] **Melese G, Tesfa M, Sharew Y,** et al. Knowledge, attitude, practice, and predictors of female genital mutilation in Degadamot district, Amhara regional state, Northwest Ethiopia, 2018. *BMC Womens Health*; 20. Epub ahead of print 14 August 2020. DOI: 10.1186/S12905-020-01041-2.
- [10] **Andro A, Lesclingand M.** Les mutilations génitales féminines dans le monde. *Population and Societies* 2017; 1–4.
- [11] **Leon-Himmelstine C, Salomon H, Diarra A,** et al. Rapport ODI « Une femme excisée est la fierté de tous ses proches » : analyse de la situation relative aux mutilations génitales féminines au Mali, <https://odi.org/en/> (2023).
- [12] **Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD):** Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2019). Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF. 2019, Sénégal .
- [13] **Mwanja CH, Herman PZ, Millanzi WC.** Prevalence, knowledge, attitude, motivators and intentional practice of female genital mutilation among women of reproductive age: a community-based analytical cross-sectional study in Tanzania. *BMC Womens Health* 2023; 23: 226.
- [14] **Shabila NP.** Mothers' factors associated with female genital mutilation in daughters in the Iraqi Kurdistan Region. *Women Health* 2017; 57: 283–294.
- [15] **Ameyaw EK, Yaya S, Seidu AA,** et al. Do educated women in Sierra Leone support discontinuation of female genital mutilation/cutting? Evidence from the 2013 Demographic and Health Survey. *Reprod Health* 2020; 17: 174.
- [16] **Ahinkorah BO, Hagan JE, Ameyaw EK,** et al. Socio-economic and demographic determinants of female genital mutilation in sub-Saharan Africa: analysis of data from demographic and health surveys. *Reprod Health*; 17. Epub ahead of print 1 December 2020. DOI: 10.1186/s12978-020-01015-5.
- [17] **Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD):** Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2019). Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF. 2019, Sénégal .
- [18] **Sebbagh M .** *Regression Logistique : Théorie et Applications* «. Dépôt institutionnel de l'Université 2016. <http://dSPACE.univ-tlemcen.dz/handle/112/9308>
- [19] **El Sanharawi M, Naudet F.** Comprendre la régression logistique. *Journal Français d'Ophtalmologie*. Oct 2013; 36(8):710-5.
- [20] **Hosmer DW, Lemeshow S.** *Apply logistic regression*. New-York, Wiley-Blackwell, 2013, 528p
- [21] **Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M.** *Les recherches qualitatives en santé*. Malakoff: Armand Colin; 2016.
- [22] **Akweongo P, Jackson EF, Appiah-Yeboah S,** et al. It's a woman's thing: gender roles sustaining the practice of female genital mutilation among the Kassena-Nankana of northern Ghana. *Reprod Health*; 18. Epub ahead of print 1 December 2021. DOI: 10.1186/s12978-021-01085-z.
- [23] **Sakeah E, Debpuur C, Oduro AR,** et al. Prevalence and factors associated with female genital mutilation among women of reproductive age in the Bawku municipality and Pusiga District of northern Ghana. *BMC Womens Health*; 18. Epub ahead of print 18 September 2018. DOI: 10.1186/s12905-018-0643-8.
- [24] **Khidir M, Elnimeiri M, Mahmoud R,** et al. Determinants of Female Genital Mutilation/Cutting in Khartoum State - Sudan, 2020: A Cross-Sectional Study. Epub ahead of print 14 August 2020. DOI: 10.21203/RS.3.RS-42443/V1.
- [25] **Shell-Duncan B, Moreau A, Smith S,** et al. Women's business? A social network study of the influence of men on decision-making regarding female genital mutilation/cutting in Senegal. *Glob Public Health* 2021; 16: 856–869.
- [26] **Cinar K, Ugur-Cinar M.** What the city has to offer: Urbanization and women's empowerment in Turkey. *Politics and Gender* 2018; 14: 235–263.
- [27] **León-Himmelstine C, Newman A, Samuels F.** ODI Toolkit Combattre les normes de genre autour de l'excision/mutilation génitale féminine et du mariage des enfants au Mali Guide et boîte à outils, <https://odi.org/en/publications/toolkit-combattre-les-normes-de-genre>.

Tableau I : Taille de l'échantillon des adolescentes calculée selon les communes d'intervention

	Commune Guédiawaye (Prévalence = 22,7%)	Commune Kaolack (Prévalence = 25,5%)	Commune Kolda (Prévalence = 33,4%)
Taille échantillon calculée	270	292	342
Taille échantillon arrondie	280	300	360

Tableau II : Caractéristiques socio-démographiques (N=940)

Caractéristiques		Fréquence absolue(n)	Fréquence relative(%)
Commune	Guédiawaye	280	29,8
	Kaolack	300	31,9
	Kolda	360	38,3
Sexe du chef de ménage	Féminin	331	35,2
	Masculin	609	64,8
Age du chef de ménage	Moyenne (écart type)	61.5	21,5
Instruction du chef de ménage	Aucun	383	40,7
	Primaire	254	27
	Secondaire	227	24,1
	Supérieur	76	8,09
Quintile de bien être socio-économique	Plus pauvre	188	20
	Pauvre	192	20,4
	Moyen	187	19,9
	Plus riche	187	19,9
	Riche	186	19,8
Tranche d'âge de l'adolescente	10 - 14 ans	463	49,3
	15 - 19 ans	477	50,7
Niveau d'instruction de l'adolescente	Aucun	51	5,43
	Primaire	389	41,4
	Secondaire et plus	500	53,2
Situation matrimoniale	Célibataire	900	95,7
	Divorcé(e) / Séparé(e)	4	0,4
	Mariée/partenaire	36	3,9
	Al Poular	364	38,7
Ethnie adolescente	Mandingue	84	9,0
	Autres	492	52,3

Tableau III : Mutilations Génitales Féminines (N=940)

Mutilations génitales féminines		Fréquence absolue(n)	Fréquence relative(%)
Avoir entendu parler de l'excision	Oui	717	76,3
	Non	223	23,7
Être excisée	Ne sait pas	60	6,38
	Non	601	63,9
Profil de l'exciseuse	Oui	279	29,7
	Autre personne (Grand-mère)	3	1,1
	Exciseuse traditionnelle	225	80,6
	Matrone/accoucheuse traditionnelle	2	0,7
	Ne sait pas	49	17,6

Tableau IV: Facteurs associés aux Mutilations Génitales féminines

Variables		MGF		OR Brut [IC à 95%]	OR Ajusté [IC à 95%]
		Oui (%) N=279	Non (%)N=661		
Milieu de vie	Urbain	19 (6,79)	261 (93,2)	réf	réf
	Rural	260 (39,4)	400 (60,6)	8,93[5,46-14,59]	15,22 [8,5-27,24]
Sexe chef de ménage	Féminin	62 (18,7)	269 (81,3)	réf	réf
	Masculin	217 (35,6)	392 (64,4)	2,4 [1,74-3,31]	1,61 [1,04-2,49]
Instruction chef de ménage	Primaire	72 (28,3)	182 (71,7)	réf	réf
	Aucun	126 (32,9)	257 (67,1)	1,24 [0,88-1,75]	1,11 [0,7-1,77]
	Secondaire	60 (26,4)	167 (73,6)	0,91 [0,61-1,36]	0,62 [0,36-1,07]
	Supérieur	21 (27,6)	55 (72,4)	0,97 [0,54-1,71]	0,62 [0,3-1,29]
Ethnie adolescente	Al poular	200 (54,9)	164 (45,1)	réf	réf
	Autres	38 (7,72)	454 (92,3)	0,07 [0,05-0,1]	0,08 [0,05-0,12]
	Mandingue	41 (48,8)	43 (51,2)	0,78 [0,49-1,26]	0,67 [0,38-1,17]
Quintile du bien être à revoir	Plus pauvre	36 (19,1)	152 (80,9)	réf	réf
	Moyen	71 (38,0)	116 (62,0)	2,58 [1,62-4,13]	4,05 [2,27-7,25]
	Pauvre	45 (23,4)	147 (76,6)	1,29 [0,79-2,12]	1,45 [0,81-2,58]
	Plus riche	47 (25,1)	140 (74,9)	1,42 [0,87-2,32]	3,44 [1,81-6,52]
	Riche	80 (43,0)	106 (57,0)	3,19 [2,00-5,07]	8,41 [4,51-15,69]