

UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTE (UFR2S)



ANNEE : 2020

N° : 11

COMPLICATIONS OBSTETRIQUES DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES: à propos de 360 cas colligés dans les centres hospitaliers de Ziguinchor

THESE

Pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 07/08/2020

PAR

PIERRE SECK

Né le 04/01/1992 à GUEDEAWAYE (Sénégal)

MEMBRES DU JURY

Président :	M. Alassane	DIATTA	Professeur Titulaire
Membres :	M. Issa	WONE	Professeur Assimilé
	M. Serigne Modou	KANE GUEYE	Professeur Assimilé
Directeur de Thèse :	M. Serigne Modou	KANE GUEYE	Professeur Assimilé
Co-directeur de Thèse :	M. Omar	SOW	Maître de Conférences Assimilé

REPUBLIQUE DU SENEGAL
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR,
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION



UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR (UASZ)
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
DES SCIENCES DE LA SANTE (UFR-2S)



DIRECTION ET ADMINISTRATION

Directeur	M. Noël Magloire MANGA
Vice-Directeur	M. Ansoumana DIATTA
Chef département de Biologie et Explorations fonctionnelles	M. Assane NDIAYE
Chef du département de Chirurgie et Spécialités	M. Serigne Modou Kane GUEYE
Chef du département de Médecine et Spécialités	M. Simon Joël Samemene MANGA
Cheffe des Services Administratifs	Mme Aïo Marie Anne Béty MANGA

Ziguinchor, Le 22 juillet 2020

**I. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT UFR SCIENCES DE LA SANTE
UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR
ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2019**

PROFESSEURS TITULAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
M. Alassane	DIATTA	Biochimie
M. Noël Magloire	MANGA	Maladies Infectieuses
M. Assane	NDIAYE	Anatomie-Chirurgie cardio-thoracique

PROFESSEURS ASSIMILES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
M. Ansoumana	DIATTA	Pneumologie-Phtisiologie
Mme Evelyne Siga	DIOME	ORL
M. Boubacar	FALL	Urologie
♦ M. Serigne Modou	Kane GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Issa	WONE	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES TITULAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
M. Cheikh	DIOUF	Chirurgie pédiatrique
♦ M. Denis	BARBOZA	Anesthésie-Réanimation
M. Yaya	KANE	Néphrologie
M. Simon Joël	MANGA	Cardiologie
Lamine	THIAM	Pédiatrie

MAITRES DE CONFERENCES ASSIMILES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
† M. Mouhamadou	AIDARA	Imagerie Médicale
Mme Mame Ngoné	COLY	Hématologie Biologie
M. Kalilou	DIALLO	Maladies infectieuses
M. Abdoulaye	DIOP	Neurologie chirurgicale
M. Habibou	SARR	Microbiologie
M. Fabrice	SENGHOR	Anatomie pathologique
♦ M. Omar	SOW	Chirurgie générale
† Mme Mame Aïssé	THIOUBOU	Hépto-Gastro- Entérologie

♦ Associé

† Titularisation

**II. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT ASSOCIE DE LA FACULTE DE
MEDECINE DE DAKAR ET DES AUTRES UFR
ANNEE UNIVERSITAIRE 2012-2019**

PROFESSEURS TITULAIRES

M. Abdoulaye BA	Physiologie	UCAD
M. Abdoulaye GASSAMA	Chimie	UASZ
M. Serigne Abdou BA	Cardiologie	UCAD
M. Abdoulaye LEYE	Endocrinologie	UCAD
M. Abdoulaye NDIAYE	Anatomie	UCAD
M. El Hadji NIANG	Imagerie Médicale	UCAD
M. Abdoulaye POUYE	Médecine interne	UCAD
M. Alassane DIEDHIOU	Mathématiques	UASZ
M. Amadou TOURE	Histo-Embryologie	MALI
M. Anatole LALEYE	Histo-Embryologie et Biologie cellulaire	BENIN
M. André Daniel SANE	Orthopédie-Traumatologie	UCAD
Mme Anna SARR	Médecine interne	UCAD
M. Assane KANE	Dermatologie-Vénérologie	UCAD
M. Babacar FAYE	Parasitologie-Mycologie	UCAD
M. Boucar DIOUF	Néphrologie	UCAD
M. Chérif BALDE	Chimie	UASZ
M. Codé BA	Neurochirurgie	UCAD
+ M. Fallou CISSE	Physiologie	UCAD
M. Fatou Samba DIOGO NDIAYE	Hématologie	UCAD
Mme Sokhna Ba DIOP	Imagerie Médicale	UCAD
M. Guata Yoro SY	Pharmacologie	UCAD
M. Ibrahima KONATE	Chirurgie générale	UGB

M. Kobor DIOUMA	Physique	UASZ
M. Mady NDIAYE	Biologie cellulaire	UCAD
M. Abdoulaye Ndoye DIOP	Imagerie Médicale	UGB
Mme Maïmouna NDOUR	Médecine Interne	UCAD
M. Mamadou FALL	Toxicologie	UCAD
M. Mamadou MBODJ	Biophysique	UCAD
M. Modou Oumy KANE	Physiologie	UCAD
M. Mor NDIAYE	Médecine du Travail	UCAD
M. Moussa Fafa CISSE	Bactériologie-Virologie	UCAD
M. Moustapha NDIAYE	Neurologie Médicale	UCAD
M. Oumar NDOYE	Biophysique	UCAD
M. Papa Lamine FAYE	Psychiatrie	UCAD
M. Roger Clément Kouly TINE	Parasitologie-Mycologie	UCAD
M. Saïdou DIALLO	Rhumatologie	UCAD
M. Saliou DIOP	Hématologie	UCAD
M. Serge BAKOU	Biologie cellulaire	EISMV
M. Serigne Moussa BADIANE	Biophysique	UCAD
M. Seydou Nourou DIOP	Médecine interne	UCAD
M. Souhaïbou NDONGO	Rhumatologie	UCAD
M. Tandakha Ndiaye DIEYE	Immunologie	UCAD
M. Adama KANE	Cardiologie	UGB
M. Moussa SEYDI	Infectiologie	UCAD
Mme Sylvie Audrey DIOP	Infectiologie	UGB

† In Memoriam

UCAD : Université Cheikh Anta Diop de Dakar

UGB : Université Gaston Berger de Saint-Louis

UT : Université de Thies

UADB : Université Amadou Diop de Bambey

UASZ : Université Assane Seck de Ziguinchor

PROFESSEURS ASSIMILES

M. Pape Adama DIENG	Chirurgie cardio-vasculaire	UCAD
M. Amadou Lamine FALL	Pédiatrie	UCAD
Mme Arame MBENGUE	Physiologie	UT
M. Chérif BALDE	Chimie	UASZ
M. Chérif Mouhamed M. DIAL	Anatomie pathologique	UCAD
M. Lat Grand NDIAYE	Physique	UASZ
M. Mady NDIAYE	Biologie cellulaire	UCAD
M. Mamadou COUME	Gériatrie-Gérontologie	UCAD
M. Mohamed SOUMAH	Médecine Légale	UCAD
M. Papa Saloum DIOP	Chirurgie Générale	UCAD
Mme Pauline DIOUSSE	Dermatologie-Vénérologie	UT
M. Rokhaya NDIAYE DIALLO	Génétique	UCAD
M. Serge BAKOU	Biologie cellulaire	EISMV
Mme Seynabou FALL	Hématologie	UCAD
M. Abdou Magib GAYE	Anatomie pathologique	UCAD
M. Ibou THIAM	Anatomie pathologique	UCAD
Mme Marie Joseph DIEME	Anatomie pathologique	UCAD
Mme Marie Louis BASSENE	Hépto-Gastro-Entérologie	UCAD
M. William DIATTA	Botanique	UCAD
M. Mouhamed LEYE	Cardiologie	UCAD
M. Philippe MANYACKA	Anatomie	UGB
M. Madoky Magatte DIOP	Médecine interne	UT

MAITRES DE CONFERENCES TITULAIRES

M. Aminata TOURE	Toxicologie	UCAD
M. Atoumane FAYE	Médecine Interne	UCAD
M. Demba DIEDHIOU	Sémiologie médicale	UCAD
M. Lat Grand NDIAYE	Physique	UASZ
M. Magatte CAMARA	Chimie	UASZ
M. Mbaye Diagne MBAYE	Chimie	UASZ
M. Serigne Moussa BADIANE	Biophysique	UCAD
Mme Sokhna SECK	Psychologie	UCAD
Mme Absa LAM FAYE	Toxicologie	UCAD
M. Aly Mbara KA	Ophthalmologie	UCAD
M. Amadou DIOP	Bactériologie-Virologie	UCAD
Mme Armandine E. R. DIATTA	Médecine du Travail	UCAD
Mme Awa NDIAYE SY	Pharmacologie	UCAD
M. Babacar DIOP	Anglais	UASZ
M. Clément MANGA	Mathématiques	UASZ
M. Doudou DIOUF	Oncologie	UCAD
M. Doudou SOW	Parasitologie-Mycologie	UCAD
Mme Fatoumata HANNE	Socio-Anthropologie médicale	UASZ
M. Modou TINE	Physique	UASZ
M. Mouhamed DAFPE	Ortho-Traumatologie	UCAD
M. Moustapha THIAM	Physique	UASZ
M. Abdoulaye NDIIOUCK	Epistémologie médicale	UASZ
M. Abel DIATTA	Informatique	UASZ
Mme Mame Kouna DIAW DABO	Anglais	UASZ

M. Moustapha NDIAYE	Informatique	UASZ
M. Lamine DIOP	Bactériologie-Virologie	UCAD
M. Amadou NDIADÉ	Histologie-Embryologie	UADB
M. Jean Pascal Demba DIOP	Génétique	UCAD
M. Aly Mbara KA	Ophthalmologie	UCAD

MAITRES DE CONFERENCES ASSIMILES

M. Amadou Cambel DIENG	Management	UGB
† M. El H Amadou L BATHILY	Biophysique	UCAD
† M. Jean pierre DIAGNE	Ophthalmologie	UCAD
M. Abbé Michel Mendy	Santé publique	UASZ
Mme Awa NDIAYE SY	Pharmacologie	UCAD
M. Jacques SENGHOR	Anatomie	UASZ
M. Karim GUARBA	Anatomie	UCAD
M. Malick FAYE	Soins infirmiers	UASZ
Mme Mame Kouna DiAW DABO	Anglais	UASZ
Mme Fatimata BA	Physiologie	UCAD
M. Abdoulaye KEITA	Secourisme	UASZ
M. Demba DIAGNE	Secourisme	UASZ

† Titularisation

UCAD : Université Cheikh Anta Diop de Dakar

UGB : Université Gaston Berger de Saint-Louis

UT : Université de Thies

UADB : Université Amadou Diop de Bambey

UASZ : Université Assane Seck de Ziguinchor

A decorative border resembling a scroll, with a vertical strip on the left side and rounded corners. The word "DEDICACES" is centered within this border.

DEDICACES

A Dieu :

Je remercie d'abord Dieu tout puissant de m'avoir donné le courage, la force et la patience d'achever ce modeste travail.

A LA MEMOIRE :

De mes grands-parents Mame Louise Dianora Diouf, Mame Raymond Dioguoye Seck, Mame Pierre Mbass Seck

De mes oncles : tonton Pierre Seck, tonton Jean Seck, tonton Edmond Seck

J'aurais souhaité votre présence en ce moment pour partager ma joie. Vous m'avez toujours fait preuve d'amour et d'affection, vous êtes toujours présents dans mon esprit et dans mon cœur. Aussi dans ce moment de joie, vous avez toutes mes pensées.

De mon cousin Jean Diéguane Seck. Repose en paix frère!!

De mon tuteur Dembo Sadio.

De notre chair maitre Professeur Fallou Cissé. Vous nous avez tous marqué par votre rigueur, votre ponctualité, votre pédagogie, votre amour du travail bien fait. Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves. Merci pour tout. Reposez en paix éminent Maitre!

A mes parents : Emmanuel Seck et Sophie Seck.

Pour l'amour paternel et maternel dont vous ne cessez de combler, pour les sacrifices que vous consentez pour rendre vos enfants heureux. Vous avez toujours voulu que vos enfants réussissent dans leurs études. Vous m'avez toujours soutenu jour et nuit par vos prières, votre sens de l'éthique et vos encouragements sans lesquels je ne serais parvenue à ce résultat. Aucune parole ne saurait traduire ce que je ressens pour vous. Ce travail est le vôtre. En témoignage, recevez toute mon affection et ma gratitude. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Que Dieu vous bénisse et vous donne longue vie pour que je puisse vous prouver ma gratitude.

A mes frères et ma sœur : Edmond Seck, Marie Claude Léontine Seck, Jacques Seck. Vous avez fait preuve de solidarité et de fraternité à mon endroit. Je vous remercie au fond du cœur. Que ce travail soit pour vous un exemple à suivre et vous incite à mieux faire. Je vous aime.

A ma seconde famille de Ziguinchor : ma tutrice Fatou Diédhiou et à toute la famille Sadio : vous m'avez accueilli à bras ouverts et vous m'avez considéré comme votre propre fils. Vous m'avez accompagné durant tout ce cursus par vos prières, votre soutien et vos conseils. En témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection que je porte pour vous, je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.

A mes cousins et cousines pour leur soutien.

A ma grand-mère Louise Seck, mes oncles et tantes pour votre soutien, vos conseils que vous ne cessez de m'apporter et pour vos prières. Que Dieu vous donne une longue et joyeuse vie.

A l'ensemble de mes camarades de la première promotion de médecine de l'UFR des Sciences de la Santé (PROSMED 2017)

En souvenir des bons moments passés ensemble dans une atmosphère de fraternité et d'entente sympathique pour un parcours inédit.

A tous mes ami(e)s, je me garderai de citer des noms parce que je sais que vous vous reconnaîtrez à travers ce travail, merci pour votre soutien indéfectible.

A Maurice Latyr Ndiaye, Abdoulaye Diop, Papa Amadou Koundié Koita :

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères sur qui je peux compter. En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que nous avons passé ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

Au directeur de l'UFR des Sciences de la Santé, **Monsieur le Professeur**

Noël Magloire Manga

Au personnel de l'UFR des Sciences de la Santé

A nos maîtres et encadreur de stages

A tous les enseignants associés de l'UFR des Sciences de la Santé

Au personnel médical de l'Hôpital de la Paix, de l'Hôpital Régional et de l'Hôpital Silence

A l'ensemble du personnel du service de médecine interne de l'hôpital régional de Kaolack.

A l'ensemble du personnel du centre de santé de Koumpentoum dirigé par Dr Cheikh Abdoulaye Diop.

A tous ceux qui ont participé à ma formation depuis la maternelle à la faculté. Ce travail est le vôtre. Je vous remercie infiniment.

A toutes les femmes victimes de mutilation génitale, que dieu vous fortifie.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Je tiens à remercier mon Directeur de thèse, monsieur le **Professeur Serigne Modou Kane Gueye**

Mon co-directeur, le Docteur Oumar Sow

l'Agence Espagnole de Coopération International pour le Développement.

Le professeur Alassane Diatta, coordonnateur du projet MGF

Le professeur Issa Wone

Le professeur Boubacar Fall

Le docteur Lamine Thiam

Monsieur Edouard Bernabé Diouf, assistant administratif et technique du projet MGF

Madame Pauline Tendeng, assistante comptable du projet MGF

Monsieur Léopold Biram Diouf

Toute l'équipe du projet MGF

L'ensemble du personnel des maternités de l'Hôpital de la Paix, de l'Hôpital Régional, et de l'Hôpital Silence.

Le docteur Assane Ndoye

Toutes les parturientes qui ont accepté de participer à cette étude.

Tous les étudiants qui ont participé et qui m'ont facilité mon enquête.

Tous les thésards avec qui j'ai collaboré depuis l'entame du travail. Je cite Maurice Latyr Ndiaye, Mériam AW, Naderge Zounfa, Moustapha Diallo, Papa Amadou Koundié Koita.

A NOS CHERS MAITRES ET JUGES

A notre Maître et Président de jury, Monsieur le Professeur Alassane

DIATTA

C'est un honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable.

Votre éloquence, votre sens de la rhétorique, votre simplicité et votre volonté de transmettre votre savoir font de vous un professeur émérite et un père attentif.

Trouvez ici cher maître l'expression de nos profonds remerciements et de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse, Monsieur le Professeur Serigne

Modou Kane GUEYE

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites et la confiance que vous nous avez accordée en acceptant d'encadrer ce travail, pour vos multiples conseils et pour toutes les heures que vous avez consacrées à diriger cette recherche. J'aimerais également vous dire à quel point nous apprécions votre grande disponibilité. Votre simplicité et votre humanisme font de vous un père et un formateur exemplaire. Nous avons bénéficié de votre totale disponibilité à votre lieu de travail, à votre domicile même, au téléphone pour réaliser ce travail. Honorable maître, votre rigueur scientifique, la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et votre abord facile sont des qualités qui forcent l'admiration. Hommage respectueux à vous.

A notre Maître et Juge, Monsieur le Professeur Issa WONE

Votre constance disponibilité, votre simplicité, votre abord facile en plus de la clarté de votre enseignement font de vous un maître admiré de tous.

C'est un grand privilège que vous nous faites en acceptant spontanément de juger notre travail.

Daigner accepter le témoignage de notre profond attachement et de notre reconnaissance.

A notre Maître et co-directeur de thèse, le Docteur Oumar Sow

Pour votre simplicité, votre patience, votre indulgence, votre compréhension, votre disponibilité et votre dévouement manifesté pour l'encadrement de notre travail. Merci infiniment et trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

« Par délibération, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation»

LISTE DES ABREVIATIONS

ANSFE:	Association Nationale des Sages-Femmes d'Etat
ASBEF:	Association pour le bien être de la femme et de l'enfant
CIPD :	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CEDAW :	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard les femmes
COSEPRAT :	Le Comité Sénégalais sur les Pratiques Traditionnelles ayant un effet sur la santé
DPA :	Déclaration Publique d'Abandon
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
FNUAP :	Fonds des nations Unies pour la Population
GAMS :	Groupe des femmes pour l'abolition de la mutilation sexuelle
HELLP :	Hemolysis Elevated Liver Enzymes low Platelet count
MGF :	Mutilation génitale féminine
NU :	Nations Unies
OMS :	Organisation Mondial de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA :	Organisation des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH :	Virus de l'immunodéficience Humaine
WHO :	World Human Organization

LISTE DES FIGURES

Figure 1:	Vulve, vue de face	9
Figure 2:	Corps érectiles: section coronale	12
Figure 3:	Corps érectiles ; section sagittale.....	12
Figure 4:	Vascularisation artérielle du périnée.....	14
Figure 5:	Vascularisation et innervation de la vulve ; vue en position gynécologique ; coupe frontale	16
Figure 6:	Proportion de femmes de 15 à 49 ans ayant subi des mutilations sexuelles selon le pays d’Afrique.....	27
Figure 7:	Prévalence de la MGF chez les femmes au Sénégal âgées de 15 à 49 ans, par groupe ethnique, 2005	31
Figure 8:	Prévalence des MGF au Sénégal.....	32
Figure 9:	Kyste chéloïde.....	37
Figure 10:	Kyste épidermique.....	38
Figure 11:	Désinfibulation selon P. Foldès	65
Figure 12:	Désinfibulation, d’après Carcopino	66
Figure 13:	Excision avec infibulation	69
Figure 14:	Incision pré pubienne	70
Figure 15:	Section du ligament suspenseur	71
Figure 16:	Libération du genou clitoridien.....	72
Figure 17:	Résection de la cicatrice	73

Figure 18:	Reconstruction du gland	74
Figure 19:	Réimplantation clitoridienne.....	75
Figure 20:	Couverture cutanée.....	76
Figure 21:	Fermeture cutanée	77
Figure 22:	Répartition des patientes selon le lieu de résidence.....	90
Figure 23:	Répartition des patientes selon le niveau d'étude.....	91
Figure 24:	Répartition des patientes selon le groupe ethnique.....	93
Figure 25:	Répartition des patientes selon l'âge au moment de la mutilation	97
Figure 26:	Répartition selon le lieu de la mutilation.....	98
Figure 27:	Répartition selon le motif de la mutilation	99
Figure 28:	Répartition selon les types de mutilation	100

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I:	Différents types de MGF	18
Tableau II:	Prévalence des MGF dans les pays africains où elles sont pratiquées	29
Tableau III:	Répartition des mutilées par site hospitalier	89
Tableau IV:	Répartition des patientes selon la tranche d'âge.....	90
Tableau V:	Répartition des patientes selon la catégorie socio professionnelle.....	92
Tableau VI:	Répartition des patientes selon la Gestité.....	94
Tableau VII:	Répartition des patientes selon la parité	95
Tableau VIII:	Notion de réanimation chez les NNE.....	96
Tableau IX:	Répartition selon le mode d'accouchement.....	101
Tableau X:	Dilatation du col à l'admission des parturientes	102
Tableau XI:	Répartition des patientes selon la durée d'expulsion.....	103
Tableau XII :	Répartition des patientes selon la durée de la RPM	104
Tableau XIII:	Répartition des patientes selon l'aspect du LA	105
Tableau XIV:	Répartition des nouveaux nés selon le score d'Apgar à la 1 ^{ère} minute.....	106
Tableau XV:	Répartition des nouveaux nés selon le Score d'Apgar à la 5 ^e minute.....	106

Tableau XVI:	Répartition des nouveaux nés selon le poids de naissance .	107
Tableau XVII:	Répartition des indications de césarienne (N=129).....	109
Tableau XVIII:	Répartition des patientes selon l'état du périnée	110
Tableau XIX:	Répartition des complications néonatales	111

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE	5
I. GENERALITES	6
I.1. Définition.....	6
I.2. Terminologie.....	6
I.3. Rappel anatomique	9
I.4. TYPOLOGIE.....	17
II. PRATIQUE DES MGF	19
II.1. ORIGINES DE LA PRATIQUE	19
II.2. RAISONS EVOQUEES.....	23
II.3. EPIDEMIOLOGIE	26
II.4.DEROULEMENT DE L'EXCISION	33
III. COMPLICATION DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES.....	34
III.1. COMPLICATION IMMEDIATES ET A COURT TERME	34
III.2. COMPLICATIONS A MOYEN ET LONG TERME	37
III.2.1. Complications cicatricielles.....	37
III.2.2. Complications urologiques	39
III.2.3. Complications gynécologiques.....	39
III.2.4. Complications obstétricales	40

III.2.5. Répercussions psychologiques	43
IV. LUTTE CONTRE LES MGF.....	43
IV.1. DANS LE MONDE.....	43
IV.2. AU SENEGAL	47
IV.2.1. Etat du Sénégal.....	49
IV.2.2. ONG et Associations	52
IV.2.3. Chefs coutumiers	53
IV.2.4. Les leaders religieux	53
IV.2.5. Partenaires de la communauté internationale	54
IV.2.6. Rôle des membres des communautés concernées	56
IV.2.7. Rôle de la recherche	56
IV.2.8. Rôle des médias	57
IV.3. RESULTATS DES ACTIONS DE PREVENTION	57
IV.3.1. Attitudes et opinions des populations.....	57
IV.3.2. Mouvement d'abandon.....	58
V. PRISE EN CHARGE DES MGF.....	59
V.1.PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS OBSTETRIQUES.....	59
V.1.1. Prévention de la réinfibulation et autre mutilation sexuelle	62
V.1.2. Prise en charge de la période du post-partum immédiat	62
V.1.3. Prise en charge lors de la visite post natale.....	63
V.2. PRISE EN CHARGE DES SEQUELLES ET RECONSTRUCTION	
CHIRURGICALE	64

V.2.1. Chirurgie réparatrice de la vulve.....	64
V.2.1.1. La désinfibulation.....	64
V.2.1.2. Cure de kystes épidermiques.....	66
V.2.1.3. Ablation de cicatrices chéloïdes.....	67
V.2.1.4. Exérèse de névromes.....	67
V.2.1.5. Chirurgie reconstructrice du clitoris selon latechnique de P. Foldes.....	67
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	80
I. OBJECTIFS :.....	81
I.1. OBJECTIF GENERAL	81
I.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES	81
II. METHODOLOGIE	82
II.1. TYPE D'ETUDE ET PERIODE.....	82
II.2. CADRE D'ETUDE	82
II.3. POPULATION D'ETUDE	86
II.4. COLLECTE DES DONNEES.....	86
II.5. VARIABLES ETUDIEES	87
II.6. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES.....	87
III. RESULTATS.....	88
III.1. FREQUENCE	89
III.2. PROFIL SOCIO DEMOGRAPHIQUE.....	89
III.2.1. Age des patientes.....	89

III.2.2. Lieu de résidence	90
III.2.3. Niveau d'étude	91
III.2.4. Catégorie socio professionnelle	92
III.2.5. Situation matrimoniale.....	93
III.2.6. Ethnies	93
III.2.7. Appartenance religieuse	93
III.2.8. Niveau socio-économique	94
III.2.9. Gestité / Parité	94
III.3. ANTECEDENTS OBSTÉTRICAUX.....	95
III.3.1. Fausse couche spontanée	95
III.3.2. Mort fœtale in utero	95
III.3.3. Notion d'enfant réanimé à la naissance.....	95
III.3.4. Modalités d'accouchement antérieur	96
III.3.5. Notion de traumatisme obstétrical	96
III.4. HISTOIRE DE LA MUTILATION	97
III.4.1. Age au moment de l'acte	97
III.4.2. Lieu de la mutilation.....	97
III.4.3. Les motifs de la mutilation.....	99
III.4.4. Typologie de la mutilation	100
III.5. DONNÉES OBSTÉTRICALES	100
III.5.1. Type de grossesse.....	100
III.5.2. Terme de la grossesse à l'admission	101

III.5.3. Modes d'accouchement.....	101
III.5.4. Modalités du travail.....	102
III.5.5. Phase du travail à l'admission.....	102
III.5.6. Durée de la phase active	102
III.5.7. Durée d'expulsion.....	103
III.5.8. RPM et durée de la RPM.....	104
III.5.9. Liquide amniotique.....	104
III.5.10. Dystocie.....	105
III.5.11. Score d'Apgar.....	105
III.5.12. Réanimation à la naissance.....	107
III.5.13. Poids à la naissance.....	107
III.5.14. Notion de désinfibulation.....	108
III.5.15. Motifs de césarienne.....	108
III.5.16. Etat du périnée	110
III.5.17. Délivrance	110
III.5.18. Complications maternelles immédiates.....	110
III.5.19. Complications néonatales.....	111
III.5.20. Mortinatalité	112
III.5.21. Séquelles de traumatisme obstétrical	112
IV. DISCUSSION.....	113
IV.1. LIMITES DE L'ETUDE	113
IV.2. EPIDEMIOLOGIE.....	114

IV.2.1. Prévalence	114
IV.2.2. Profil des parturientes mutilées	115
IV.2.3. Facteurs expliquant la pratique des MGF chez les parturientes.	119
IV.2.4. Age au moment de l'acte	120
IV.2.5. Lieu de la mutilation	120
IV.3. PROFIL TYPOLOGIQUE	121
IV.4. PRONOSTIC DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT	122
IV.5. RECOMMANDATIONS	130
CONCLUSION	131
REFERENCES	131
ANNEXES	



INTRODUCTION

Les mutilations génitales féminines (MGF), plus communément appelées excisions, désignent l'ablation totale ou partielle des organes génitaux féminins extérieurs et se pratiquent généralement au bas âge.

Cette pratique, qui touche 200 millions de filles et de femmes dans 29 pays du monde, se déroule principalement en Afrique où l'on estime le nombre de victimes à 91,5 millions de femmes et de filles de plus de 9 ans vivant actuellement avec les conséquences de ces mutilations génitales. Toujours en Afrique, on estime que, tous les ans, 3 millions de filles risquent de subir ces pratiques traditionnelles néfastes. Si les tendances actuelles se poursuivent, 86 millions de filles supplémentaires âgées de 15 à 19 ans risquent, elles aussi, de subir des mutilations génitales d'ici à 2030. Les pays où la prévalence des MGF chez les filles et les femmes de 15 à 49 ans est la plus élevée sont la Somalie (98 %), la Guinée (97 %) et Djibouti (93 %). L'excision sévit également au Moyen-Orient, en Asie et en Amérique Latine [1].

Au Sénégal, d'après les résultats de l'EDS de 2005[2], 28% des femmes sont déclarées avoir été excisées. Cette prévalence au niveau national cache de fortes disparités. La MGF est une « tradition de village » qui est pratiquée par certains groupes ethniques. Entre autres groupes ethniques, on peut citer les Diolas, les Mandingues qui sont concentrés au sud du Sénégal notamment dans la région de Ziguinchor avec une prévalence de 69%[3].

Les femmes qui ont subi des mutilations génitales féminines auraient une probabilité nettement plus élevée de complications obstétricales que celles qui n'en ont pas subi. Il semble aussi que le risque augmente avec l'ampleur de la mutilation [4].

Les résultats d'une étude menée par l'OMS dans plusieurs pays, à laquelle plus de 28 000 femmes ont participé, confirment que les femmes qui ont subi des mutilations génitales courent un risque sensiblement plus élevé de complications au cours de l'accouchement. Une plus grande fréquence des cas de césarienne et d'hémorragie du postpartum a été constatée chez les femmes ayant subi des mutilations génitales de types I, II et III par comparaison aux femmes qui n'ont pas subi de mutilations génitales, et ce risque croît avec la gravité de la mutilation subie [4]. L'un des résultats nouveaux et marquants de cette étude est que les mutilations génitales des mères ont des conséquences négatives sur les nouveau-nés. Le fait le plus grave étant que les taux de décès périnataux chez les nouveau-nés sont plus élevés pour les enfants des femmes ayant subi une mutilation génitale que pour les enfants des femmes n'ayant pas subi de mutilation : il est supérieur de 15 % pour les enfants dont les mères ont subi une mutilation de type I, de 32 % lorsque les mères ont subi une mutilation de type II, et de 55 % lorsqu'il s'agit d'une mutilation génitale de type III. Dans les centres d'études, il a été estimé que, pour 100 accouchements, un à deux nouveau-nés de plus décèdent du fait des mutilations génitales féminines.

Les conséquences des mutilations génitales pour la plupart des femmes qui accouchent en dehors d'un établissement hospitalier sont sans doute encore plus graves [4]. L'incidence élevée des hémorragies du post-partum, qui engagent le pronostic vital, est particulièrement préoccupante lorsque les services de santé sont médiocres ou lorsque les femmes ne peuvent aisément y avoir accès.

Malgré l'adoption de la loi interdisant la pratique nous constatons que le taux de prévalence reste élevé dans la région de Ziguinchor, où peu d'études ont été réalisées. Pourtant elle est l'une des régions les plus atteintes par ce fléau.

Ainsi la connaissance des complications médicales de cette mutilation génitale par une étude rigoureuse est donc nécessaire pour argumenter davantage les raisons de décourager les pratiquants en Casamance.

Notre étude a pour objectif d'évaluer les complications obstétricales des mutilations génitales féminines chez les parturientes des centres hospitaliers de Ziguinchor.

Ainsi, notre travail se structurera comme suit :

- Dans une première partie, nous ferons le point sur les mutilations génitales féminines par une revue de la littérature.
- La deuxième partie sera centrée sur notre étude dans sa méthodologie, ses résultats, les discussions suscitées et les recommandations qui en découlent.



**PREMIERE PARTIE :
LE POINT SUR LES MUTILATIONS
GENITALES FEMININES**

I. GENERALITES

I.1. DEFINITION

Dans leur déclaration commune d'avril 1997, l'OMS, l'UNICEF et l'UFGA ont donné des mutilations génitales féminines la définition suivante:

«Les mutilations génitales féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques.»[5]

I.2. TERMINOLOGIE

La domination masculine est donc, d'après certaines féministes, la fonction non avouée de l'excision. De ce fait, elle constitue une mutilation. Cependant, cette appellation de MGF n'était pas partagée par tous les auteurs. Il faut attendre en 1990 lors de la Conférence régionale du comité inter-africain pour l'abolition des MGF, tenue à Addis-Abeba, pour que les délégués considèrent que les termes "circoncision féminine et excision peuvent prêter à confusion et pourraient ne pas décrire pleinement la diversité de cette pratique". Selon ces derniers, le terme de « circoncision » a pour effet de passer sous silence la gravité de la mutilation. Ils ont recommandé de les remplacer par Mutilations Génitales Féminines [6]. Ce terme a été adopté plus tard en 1996 par l'Organisation Mondiale de la Santé qui, l'a longtemps considérée comme relevant de la culture et l'a dénommée circoncision féminine.

Aujourd'hui, les activistes africaines récusent de plus en plus le concept de circoncision féminine, au nom du respect de l'intégrité de leur corps et du rejet de toute forme de violence.

Désormais, la MGF est fortement assimilée aux violences sexuelles perpétrées contre les femmes. Sous ce rapport, Maryse Jaspard [7] catégorisant ces types de violences avance que les mutilations génitales féminines font partie des violences physiques, sexuelles et psychologiques exercées au sein de la famille.

Contrairement aux opinions de ces défenseurs des droits humains, les populations concernées récusent cette terminologie et continue de rapprocher circoncision masculine et circoncision féminine, comme "rituels similaires". Or, selon Fatou SOW [8] « c'est assurément une lapalissade de dire que circoncision masculine et circoncision féminine sont différentes, de même que leur nature et signification ». Et, Marie C. Giagometti [9] de souligner en ces termes : « Si la circoncision masculine est une « sunna », donc une obligation vivement recommandée pour le musulman pour raison d'hygiène mais aussi pratiquée depuis le Patriarce Abraham et tous les autres prophètes, l'excision n'est qu'officieusement et très partiellement tolérée. Elle n'est pas une «sunna» a fortiori une « farata ». Elle est tolérée comme une « mustahab » chez une très infime minorité musulmane. »

En juin 2004, l'Académie nationale de médecine a choisi d'adopter le terme de « mutilations sexuelles féminines », afin de bien marquer le retentissement de ces mutilations sur la sexualité féminine [10] . Le terme « excision », désignant au sens strict les clitoridectomies, est le terme le plus couramment employé dans la langue française pour parler des mutilations au sens large. En aucun cas le terme de « circoncision féminine » ne peut être substitué à celui d'excision, car ce terme assimile l'excision à la section du prépuce qui recouvre le gland de la verge, ce qui constitue certes une blessure, mais pas un retranchement de l'organe avec perte de la fonction.

Benoîte GROULT [11] rappelle le propos du Prophète Mohamet (PSL) «N'intervient pas de façon radicale, c'est préférable pour la femme ». On a souvent dit que l'excision était une pratique qui relevait de l'Islam. Or, dans le Coran guide de la religion musulmane aucune allusion à ce sujet n'est énumérée. Des études ont montré qu'en dehors de la religion musulmane, l'excision était une pratique chez des groupes de croyants se réclamant du christianisme. C'est le cas de la secte des Skopty dont Michel Erlich [12] nous parle dans son ouvrage «La femme Blessée».

L'étude de Marie H. M. Sylla [13] met en évidence la corrélation entre excision et religion au Sénégal car affirme-t-elle « une femme excisée au Sénégal est le plus probablement musulmane mais la pratique de l'excision chez les musulmanes est loin d'être le fait de la majorité. » Dans la religion chrétienne, nulle part dans la Bible, il n'est fait allusion à l'excision des femmes alors qu'elle

n'ignore pas la circoncision des garçons. Toutefois, malgré les démonstrations et analyses du phénomène, le concept de mutilation continue de choquer bien encore des sensibilités essentiellement parmi les populations concernées qui perçoivent cette appellation comme une injure à leurs valeurs culturelles.

I.3. RAPPEL ANATOMIQUE

- **La vulve [14]**

L'anatomie de la vulve, organe sexuel de la femme, a été décrite en détail pour la première fois dans les années 1990. La vulve est illustrée par la figure 1.

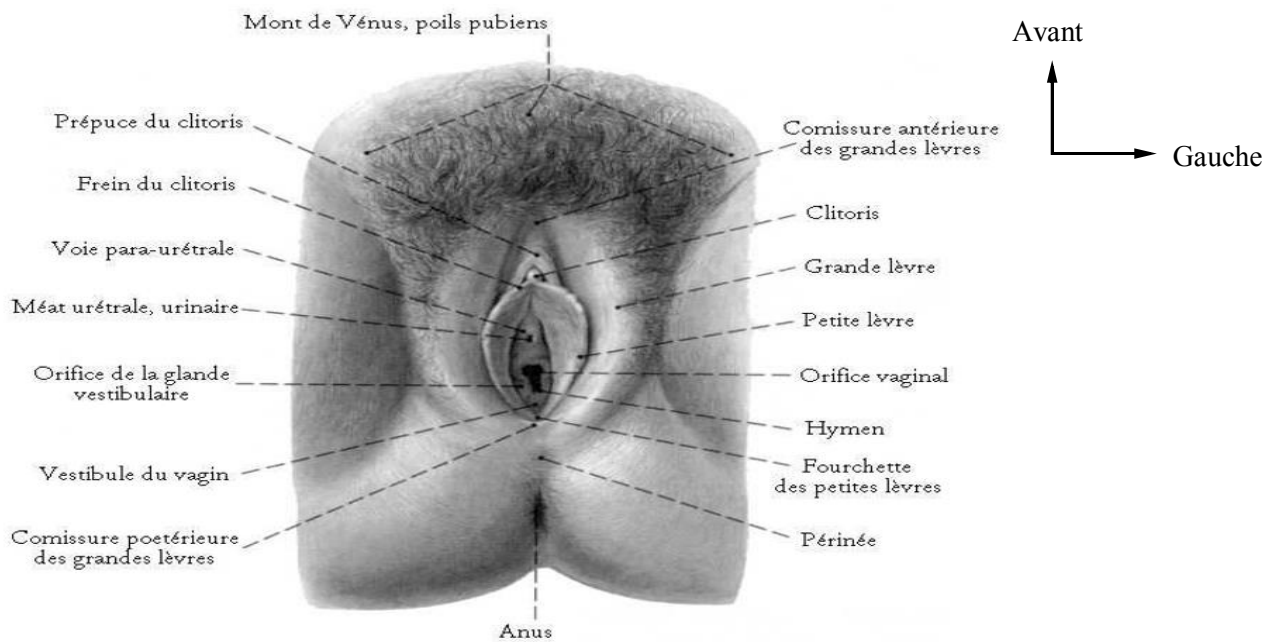


Figure 1: Vulve, vue de face [15]

En avant, la vulve est limitée par le mont du pubis, essentiellement composé d'une couche adipeuse en continuité avec celle de l'abdomen et des grandes lèvres.

Les grandes lèvres sont deux replis cutanés situés sous le mont du pubis. Leurs extrémités se réunissent en arrière pour former la commissure postérieure, distante de l'anus de 2,5 cm environ. Leur surface est composée de fibres musculaires lisses. En profondeur, le corps adipeux labial est une formation fibro-graisseuse très vascularisée, et un organe semi-érectile renforcé par les fibres élastiques qui l'amarrent aux structures anatomiques adjacentes (fascia criblé, prépuce du clitoris, centre tendineux du périnée).

Les petites lèvres délimitent le vestibule. Elles font environ 3 mm d'épaisseur, mais leur longueur est très variable. Elles se réunissent dans leurs parties antérieures en se dédoublant autour du gland du clitoris, formant ainsi en avant le prépuce clitoridien et en arrière le frein clitoridien. Leurs extrémités postérieures forment la fourchette vulvaire, dont la mobilisation, transmise au prépuce, participe à l'excitation mécanique du clitoris. Elles sont constituées de nombreuses fibres musculaires lisses qui leur donnent une possibilité d'érection au même titre que les mamelons.

Entre les grandes et les petites lèvres se situe le sillon inter labial, dans lequel on peut palper dans sa partie médiane antérieure le coude du clitoris.

La fente vulvaire est un espace virtuel situé entre les petites lèvres, qui comprend d'avant en arrière :

- le méat urétral, bordé par les orifices des glandes para-urétrales (glandes de Skene). Les glandes de Skene sont aussi appelées « prostate féminine » du fait de leur analogie de structure, de fonction et de pathologie avec la prostate masculine.
- le vestibule.
- l'orifice inférieur du vagin, fermé par l'hymen chez la vierge, repli muqueux transversal de forme et de résistance variable.

- **Les corps érectiles et le clitoris**

L'anatomie du clitoris est une découverte très récente. La description suivante s'appuie en particulier sur les travaux récents du Dr Odile BUISSON et du Dr Pierre FOLDES, qui ont réalisé en 2009 une série d'observations échographiques du clitoris [16 ,17].

Les corps érectiles de la femme prennent anatomiquement la forme de deux arches constituées par le clitoris et les bulbes vestibulaires (figure 2).

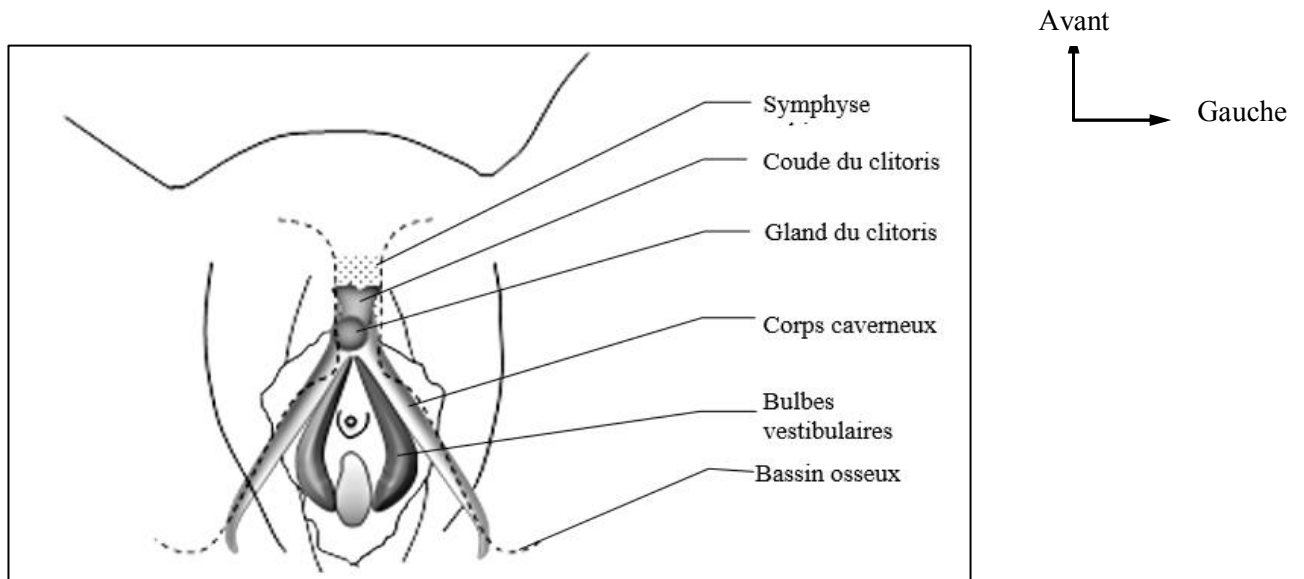


Figure 2: Corps érectiles: section coronale (d'après O.BUISSON) [14]

Le clitoris, illustré par la figure 3 est formé d'arrière en avant par :

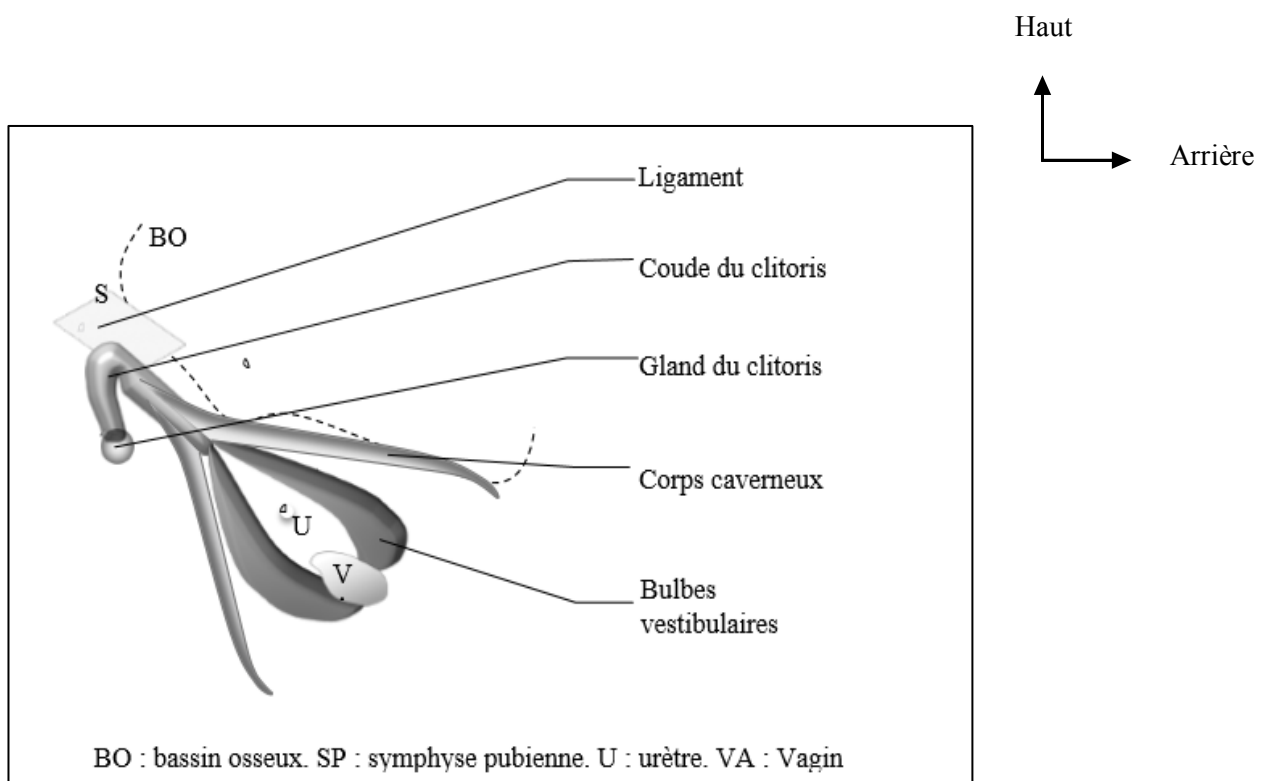


Figure 3: Corps érectiles ; section sagittale (d'après O. BUISSON) [14]

- les corps caverneux, ou piliers du clitoris. Ces deux corps mesurent 12 à 15 cm de long et ont un diamètre de 5 à 7 mm. Ils longent les bords inférieurs du bassin osseux et sont très adhérents à l'os. Ils sont donc peu mobiles.

- Le corps du clitoris, est constitué par la réunion des piliers sur la ligne médiane en avant de l'urètre. Il suit initialement la direction des piliers puis se coude à 90° sous la symphyse pubienne pour donner à son extrémité le gland du clitoris. Ce coude du clitoris est rattaché à la symphyse pubienne par le ligament suspenseur. Il fait 1 à 2 cm de longueur. Lors des rapports, l'angle formé par le corps augmente, l'extrémité descend et part en avant, et le corps du clitoris vient au contact de la partie antérieure du vagin.

- Le gland du clitoris est la seule partie visible à l'œil nu. C'est une structure conique de 6 mm de longueur pour un diamètre de 7 mm.

Les bulbes vestibulaires ensèrent de chaque côté les parois latérales du vagin. Ce sont deux corps spongieux de longueur variable, atteignant au moins la transversale passant par le milieu du vagin, mais pouvant arriver jusqu'au périnée postérieur. Ils sont en contact dans leur partie postérieure avec les glandes de Bartholin. Leur extrémité antérieure, mince, s'unit sur la ligne médiane où ils sont en communication avec la face dorsale du clitoris par l'intermédiaire d'un plexus veineux (ou plexus intermédiaire de Kobelt) qui solidarise la circulation veineuse des corps érectiles. Lors des rapports, les corps spongieux se gonflent et ensèrent le vagin.[14]

- **Vascularisation [18]**

- Plan artériel

La vulve est vascularisée par les artères pudendales externes et internes ainsi que par leurs branches collatérales. La branche inférieure de l'artère pudendale interne donne des rameaux aux muscles transverses du périnée, au sphincter de l'anus et constricteur du vagin puis se termine dans l'épaisseur de la grande lèvre. Le clitoris est vascularisé par l'une des branches de l'artère pudendale interne. C'est l'artère dorsale du clitoris.

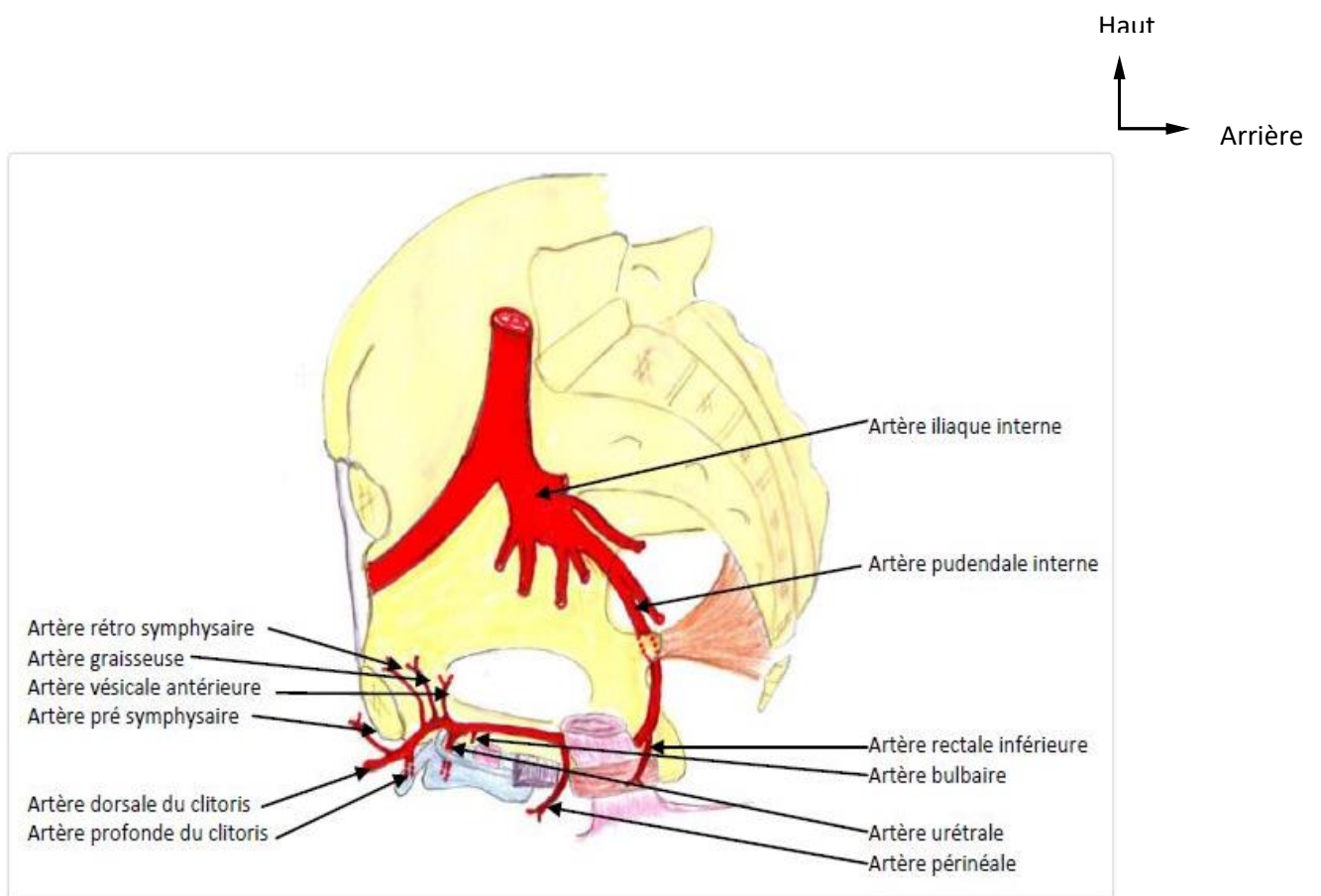


Figure 4: Vascularisation artérielle du périnée [19]

- Plan veineux

Le système veineux est analogue à celui du système artériel. Le réseau veineux est dense, surtout dans les lèvres où il donne l'apparence d'un tissu caverneux.

Le drainage du mont du pubis, du prépuce et de la partie antérieure des lèvres se fait par les veines pudendales externes vers la grande saphène. Le drainage du clitoris, des bulbes vestibulaires et de la partie postérieure des lèvres se fait par des veines pudendales internes.

- Plan lymphatique

La vulve est recouverte d'un riche réseau lymphatique dont le drainage principal est inguinal.

Le drainage iliaque interne est accessoire et est rarement concerné dans les envahissements néoplasiques. Le gland et le corps du clitoris se drainent selon deux voies :

- soit par trois ou quatre collecteurs qui traversent la ligne blanche pour rejoindre les lymphonœuds lacunaires ;
- soit par des collecteurs infra-pubiens qui accompagnent la veine dorsale du clitoris pour rejoindre ceux de l'urètre et atteindre les lymphonœuds orburaux et inter-iliaques.

Les corps caverneux et les bulbes vestibulaires se drainent dans les lymphonœuds iliaques internes par la voie pudendale interne.

- **Innervation [18]**

Le plexus pudendal assure l'innervation du périnée. Il est constitué des deuxièmes, troisièmes et quatrièmes racines sacrées. Ce plexus se termine par le nerf pudendal mixte dont les branches terminales innervent les petites et grandes lèvres, le périnée antérieur, les muscles ischio-caverneux et bulbo-caverneux, ainsi que le clitoris (Figure 5).

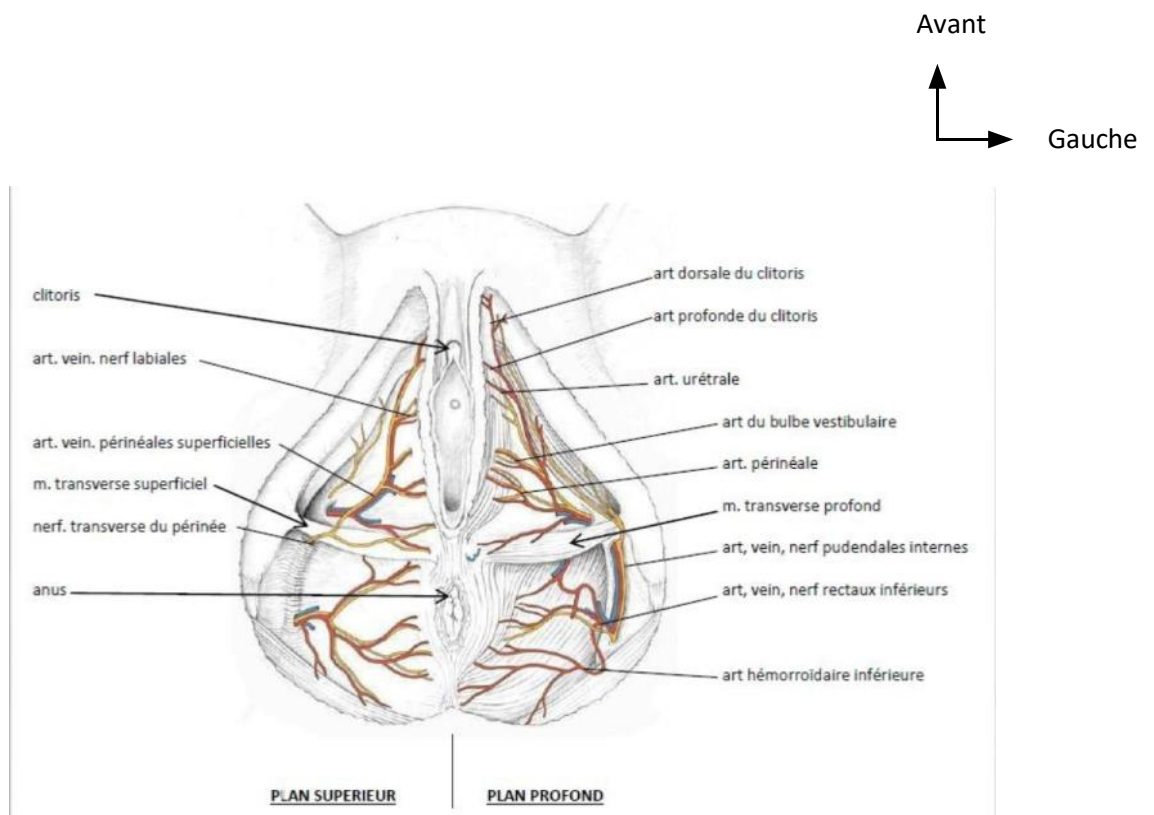

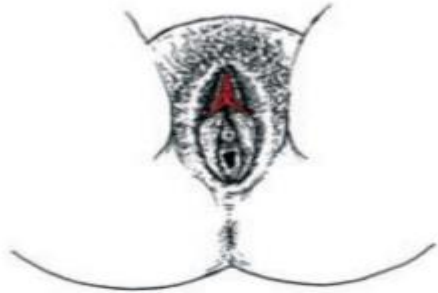
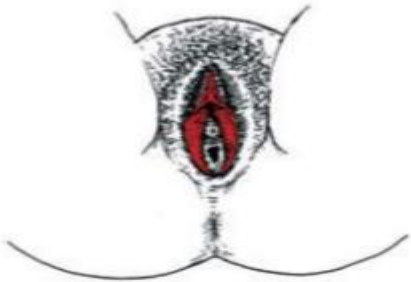



Figure 5: Vascularisation et innervation de la vulve ; vue en position gynécologique [19]

I.4. TYPOLOGIE

Les mutilations génitales féminines revêtent plusieurs formes : il peut s'agir de la section partielle ou totale du clitoris, associée ou non à celle des petites lèvres, on parle alors d'excision. Les grandes lèvres peuvent également être sectionnées et leurs moignons cousus ensemble, on parle alors d'infibulation[20]. L'OMS a établi en 1995 une classification des mutilations génitales féminines en quatre types, en fonction de l'extension des mutilations [21]. Cette classification a été modifiée en 2007, et des subdivisions ont été ajoutées afin de cerner plus précisément la variété des mutilations. La classification modifiée complète de 2007 est représentées au tableau I.

Tableau I: Les différents types de MGF [21]

	<p>Type I : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie). -type Ia : ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement ; -type Ib : ablation du clitoris et du prépuce.</p>
	<p>Type II : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision). -type IIa : ablation des petites lèvres uniquement ; -type IIb : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres ; -type IIc : ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres.</p>
	<p>Type III : Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation). -type IIIa : ablation et accolement des petites lèvres ; -type IIIb : ablation et accolement des grandes lèvres.</p>
	<p>Type IV : Non classées : toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.</p>

II. PRATIQUE DES MGF

II.1. ORIGINES DE LA PRATIQUE

Les origines, la signification du rituel et les types de méthodes utilisés résistent farouchement à l'étude. Les nombreuses recherches sur l'excision n'ont jamais fourni des données exactes sur l'origine historique de la pratique. Cependant l'origine géographique a été déterminée avec précision. Certes, l'excision se serait développée bien avant l'apparition des religions révélées mais elle serait apparue il y a près de trois mille (3000) ans en Egypte antique où elle constituait une sorte de rituel de fertilité. A cette époque on offrait les parties excisées des femmes au Nil sacré. Mais jusqu'à présent il est difficile de déterminer qui a introduit cette pratique dans la région entre les Egyptiens et les Ethiopiens qui s'y sont installés.

D'un point de vue historique, les premiers cas de circoncision féminine remontent au V^{ème} siècle avant Jésus-Christ. En Europe, depuis le Moyen âge on les désigne sous ce nom par analogie à la circoncision masculine même si «l'opération masculine fut et demeure beaucoup plus répandue que l'opération féminine » [22]. Certains auteurs soutiennent que la circoncision féminine a été pratiquée, au fil des siècles, par de nombreuses civilisations sur tous les continents. Nawal El Saadawi [23] rapporte que déjà en l'an 700 avant J.C. Hérodote mentionne l'excision et c'est de là que proviendrait le nom "excision pharaonique" pratiquée au Soudan et en Afrique de l'Est.

Cependant, il faut se demander pourquoi est-ce que l'excision en tant que mutilation est interdite alors que ce n'est pas le même cas pour la circoncision au Sénégal comme le stipule la constitution [24]? Cette interrogation doit donc être renvoyée à la règle générale qui interdit de causer de la douleur à un être humain sans motif car comme le souligne le Dr H. Kouyaté :«Toute restructuration, tout modelage, toute amputation d'un seul des éléments composant les organes génitaux constitue une mutilation, une atteinte grave à la santé de l'individu »[25]. Cette question permet de se pencher sur la place, les représentations sociales qu'il y a autour de la circoncision et de l'excision comme mutilation dans la société et dans les religions révélées. La circoncision compte parmi les règles d'hygiène de la nature de l'homme. Ce rite est d'ailleurs confirmé par « l'ensemble du corps médical contemporain qui reconnaît les bienfaits sanitaires, médicaux et physiologiques de la circoncision, ainsi que son rôle dans la prévention de nombreuses maladies, telles que le cancer [26]. »

Ayant constaté que la circoncision ne procure que des bienfaits aux hommes, «Il est donc hors de question de remettre en cause la circoncision masculine, car c'est un acte unanimement reconnu pour sa légalité et ses bienfaits, aussi bien par les juristes que par les médecins. La seule recommandation à ce sujet est qu'il soit opéré par des médecins spécialisés, avec des outils modernes, dans des endroits appropriés, loin des pratiques qui ont toujours cours dans de nombreux pays musulmans, et qui ne respectent pas les règles d'hygiène » [27].

Si la circoncision masculine fait figure d'exception à la règle générale qui interdit de modifier la création de Dieu soutenue par le consensus théorique et pratique des religions révélées, l'excision ne bénéficie pas d'un tel statut. La circoncision masculine est de loin plus attestée que l'opération féminine dans les Ecrits saints. A fortiori lorsque la douleur causée par l'excision est source d'un préjudice avéré, comme en témoigne la science et la médecine contemporaine qui la justifie par les complications médicales.

Aussi longtemps qu'il y a eu une polémique autour de la question entre excision et circoncision, longuement aussi a été débattue la question de terminologie pour caractériser le phénomène de l'excision. Actuellement, les résistances les plus fortes, au niveau populaire, considèrent l'excision comme mutilation, alors qu'elle est perçue par les populations concernées directement par la pratique comme une coutume ou une valeur sociale, même si l'on consent parfois à la rejeter. On note une différence d'appellation entre les auteurs et les populations, et ce, selon qu'ils la décrivent ou l'incriminent.

L'excision, était, en effet, considérée comme la plupart de nos pratiques traditionnelles, comme relevant de la culture. De ce fait, l'ONU l'a, pendant longtemps, qualifiée d'opération de circoncision féminine. Et Bruno Bettelheim [28] n'a pas hésité à la classer dans ce qu'il nomme « les blessures symboliques ». Les opposants à l'excision rejettent fortement cette tendance euphémique. Fran Hosken [29] fit le premier écrivain à désigner cette pratique comme une Mutilation Génitale Féminine.

Dans cette même logique Hubert Prolongeau [30] soutient : «Les arguments mettant en avant le respect culturel, les appellations euphémiques du type "circoncision féminine", "clitoris modifié" ou "blessure symbolique " qu'emploie Bruno Bettelheim, ainsi que l'idée de rite de passage, ne pourront plus, avant d'être écoutés ou acceptés, faire de la réalité de cette opération qui touche aujourd'hui près de deux cent millions (200 000 000) de femmes dans le monde ».

Dès le début des années 80, d'autres auteurs féministes (pour la plupart) la rejoignent dans cette croisade en considérant l'excision comme une mutilation. De même que des organisations telles que le Groupe des femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS) a affirmé dès leur création en 1970 qu'il s'agissait bien de mutilations génitales féminines. C'est d'ailleurs à ce titre que Simone De Beauvoir [31] écrit dans la préface de l'ouvrage de Saurel, (*l'enterrée vive*) : « A quoi bon s'attarder sur l'origine des mutilations ? Mieux vaut regarder en face la tragique réalité, tenter d'analyser les causes de la pérennisation de ces pratiques, voir pourquoi et comment l'obscurantisme, entretenu, cultivé pour des raisons politiques, économiques et pseudo-religieuses a, non seulement conforté la prégnance de l'homme sur la femme, mais encore fait en sorte, des siècles durant, pour que ce génocide demeurât quasi secret ». Le terme génocide étant trop fort mais exprimait à suffisance la constatation agressive d'une telle pratique.

II.2. RAISONS EVOQUEES [3]

Annette Mbaye d'Erneville Présidente des Associations Féminines du Sénégal (FAFS) [32] souligne « la force des interdits est ancrée fortement dans les mentalités et ne peut être combattue du jour au lendemain ». Les arguments explicatifs de la pratique sont nombreux et hétérogènes car les mutilations génitales féminines sont le produit de divers facteurs culturels, religieux et sociaux au sein des familles et des communautés. Les raisons qui poussent des parents à exciser leurs enfants sont d'abord liées à des contraintes sociales. Ensuite, c'est tout un mélange de superstitions, de tradition ancestrale et de religion. La plupart des parents qui s'adonnent à de telles pratiques n'agissent pas en pensant faire du mal à leur progéniture bien au contraire ils souhaitent leur faciliter l'intégration sociale, éloigner d'elle le mauvais sort, la maladie, la folie, la stérilité etc. «L'excision serait garante d'une vie chaste, éviterait l'adultère à la femme et assurerait que la virginité de la jeune fille soit préservée jusqu'au jour du mariage. » [33]

Parmi les raisons avancées par les populations pour expliquer et justifier la pratique de l'excision, on peut citer :

- **Les raisons hygiénistes et natalistes**

On avance très souvent qu'en excisant une fille, on assurerait sa pureté, sa virginité ainsi que sa fidélité à son époux au moment du mariage. On avance par la même occasion qu'elle rendrait les femmes plus fécondes et rendrait plus propice les naissances d'enfants de sexe masculin [34].

En outre, une femme non excisée serait impure et ne pourrait ainsi cuisiner pour son époux. De ce fait, dans cette partie du Sénégal (Kolda), il était inconcevable qu'un homme puisse se marier avec une femme non excisée, sinon il ne pourrait manger des plats qu'elle lui préparerait.

- **Les arguments religieux**

Dans toutes les contrées où l'on retrouve pratiquée l'excision, l'argument convoquant la religion pour la justifier, est très fréquent. On soutient très souvent que l'excision est imposée par la religion. Beaucoup pensent que l'excision répond à une recommandation de la foi musulmane [35]. Cependant, en guise de comparaison, au Sénégal, l'excision est plus souvent pratiquée par les musulmans que par les chrétiens. Chez ces derniers, en dehors de ceux de Casamance, l'excision est inconnue.

- **Les arguments historiques**

On dit souvent qu'il faut respecter coutumes et traditions, ainsi, c'est l'un des arguments employés contre l'abandon de l'excision. Dans une étude menée par Kessler Bodiang et al [35], pour la majorité d'entre les enquêtés, l'excision représente une tradition fortement enracinée, un legs de leurs ancêtres. Selon ces derniers, cette tradition ne saurait être remise en question, elle sera poursuivie et ce serait impensable qu'ils ne la pratiquent pas.

• **Les raisons initiatiques**

Les raisons éducatives les plus avancées varient entre le renforcement du sentiment d'appartenance à un groupe et les cérémonies d'initiation à la vie de couple. Cependant, compte tenu que cette pratique se fait de plus en plus tôt alors que la fille est encore une enfant, ce caractère initiatique ou éducatif perd toute son essence.

• **Les raisons psycho-sexuelles**

Elles seraient de plusieurs ordres parmi lesquels :

- la réduction ou l'élimination des tissus sensibles des organes génitaux externes pour atténuer le désir sexuel de la femme [36, 37]. Elle sauvegarderait la chasteté et la virginité avant le mariage [20, 36] et réduirait la vulnérabilité théorique de la femme face à la tentation : car la femme non excisée serait incontrôlable et potentiellement infidèle [38, 39].
- l'accroissement du plaisir sexuel masculin [38]. En effet, la pénétration dans le vagin débarrassé de ces obstacles, tels que le clitoris et les nymphes permettrait le maintien de l'érection, l'éjaculation et la rétention du sperme à l'intérieur des voies génitales du fait de l'étranglement vaginale [18].
- l'agressivité du clitoris et la menace qu'il représenterait pour l'homme : «les hommes se sentent menacés par ce qui aurait une apparence phallique chez la femme, c'est pour quoi ils désireraient que le clitoris soit

enlevé». Cette idée explique peut-être l'une des craintes des peulhs qui, selon une enquête effectuée à Gogounou (Bénin), pensent que le clitoris est un organe dangereux qui pourrait être si long qu'il risquerait d'obstruer l'entrée du vagin et donc affecter la pénétration. [36]

II.3. EPIDEMIOLOGIE

– DANS LE MONDE

Si la plupart des filles et des femmes ayant subi des mutilations génitale vivent dans 28 pays d'Afrique, on en trouve aussi un certain nombre en Asie et de plus en plus en Europe, en Australie, au Canada et aux Etats Unis, principalement parmi la population immigrée en provenance d'Afrique et d'Asie du sud-ouest. On estime à plus de 13 millions le nombre de filles et de femmes africaines ayant subi une forme quelconque de mutilations génitales. La figure (6) indique les régions du monde dans lesquelles on sait que les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées.

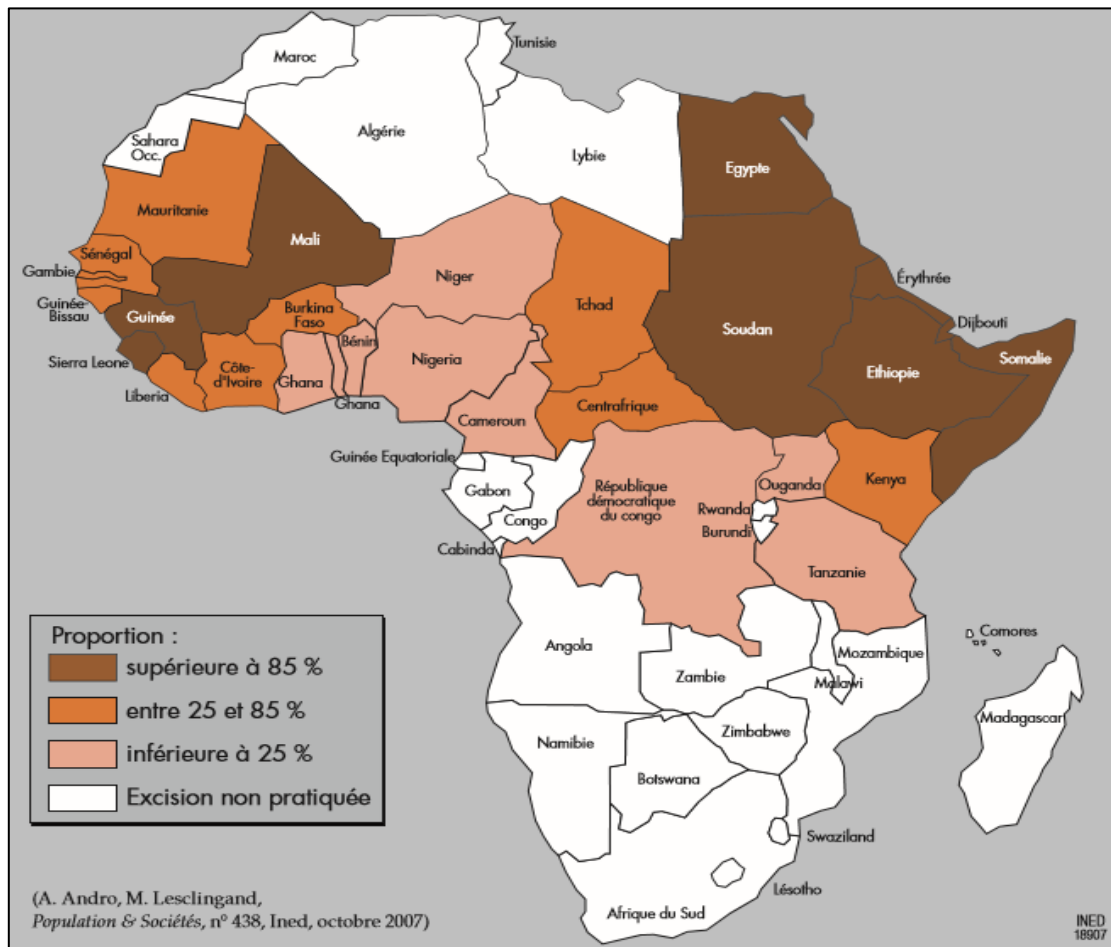


Figure 6: Proportion de femmes de 15 à 49 ans ayant subi des mutilations sexuelles selon le pays d’Afrique [40]

Le type de mutilation génitale féminine le plus courant est l’excision du clitoris et des petites lèvres, qui est pratiquée dans 80 % des cas. La forme la plus extrême est l’infibulation qui représente environ 15% des cas. La pratique de l’infibulation est particulièrement répandue en Djibouti, en Somalie et dans le nord du Soudan, où l’on enregistre, par conséquent, un taux plus élevé de complications. Cette pratique se rencontre aussi dans le sud de l’Egypte, en Erythrée, en Ethiopie, dans le nord du Kenya, au Mali et au Nigeria.

Compte tenu du taux actuel d'accroissement démographique et du fait que ces pratiques sont en léger recul, on estime à plus de 2 millions le nombre de jeunes filles exposées à des mutilations génitales chaque année. [40]

On trouvera ci-après la liste des pays dans lesquels des mutilations génitales féminines de types I, II, III et des mutilations sexuelles de type IV (« entailles ») ont été constatées en tant que pratique traditionnelle (Tableau II).

Tableau II: Prévalence des MGF dans les pays africains où elles sont pratiquées [41]

Pays	Année	Prévalence estimée chez les femmes et les jeunes filles âgées de 15 à 49 ans (%)
Bénin	2006	12.9
Burbika Faso	2006	72.5
Cameroun	2004	1.4
République centrafricaine	2008	25.7
Tchad	2004	44.9
Cote d'Ivoire	2006	36.4
Djibouti	2006	93.1
Egypte	2008	91.1
Erythrée	2002	88.7
Ethiopie	2005	74.3
Gambie	2005/6	78.3
Ghana	2006	3.8
Guinée	2005	95.6
Guinée-Bissau	2006	44.5
Kenya	2008/9	27.1
Liberia	2007	58.2
Mali	2006	85.2
Mauritanie	2007	72.2
Niger	2006	2.2
Nigeria	2008	29.6
Sénégal	2005	28.2
Sierra Leone	2006	94
Somalie	2006	97.9
Soudan, le nord (environ 80% de la population interrogée)	2000	90
Togo	2006	5.8
Ouganda	2006	0.8
Tanzanie	2004	14.6
Yémen	2003	38.2

Il existe aussi des données ponctuelles concernant des mutilations génitales féminines dans plusieurs autres pays, notamment la Colombie, Oman, le Pérou, la République démocratique du Congo et Sri Lanka. Les pays dans lesquels les mutilations génitales féminines sont pratiquées uniquement par des populations migrantes ne figurent pas dans les listes ci-dessus [21].

– **Au Sénégal**

La MGF est une pratique profondément enracinée dans certaines parties de la société sénégalaise et elle est intimement associée à certains groupes ethniques. Tout comme dans d'autres pays où elle est pratiquée, la MGF est censée préserver la moralité, la chasteté, la fidélité d'une fille, la rendant ainsi éligible au mariage. L'Enquête démographique et de santé (EDS) de 2005 [2] a révélé que la majorité des femmes (60 %) ne se rappellent pas exactement l'âge auquel elles ont été soumises à cette pratique, mais elles mentionnent que cet événement a eu lieu durant leur première enfance et sûrement avant leur dixième année. Dans certains groupes, cependant, les filles sont excisées entre 10 et 14 ans. La quatrième EDS du Sénégal [2], publiée en 2005 à l'initiative du gouvernement sénégalais, constate que 28% des femmes sénégalaises âgées de 15 à 49 ans et provenant de tout le territoire du pays ont été victimes de mutilations génitales féminines. Le degré de fréquence varie entre 22% des femmes en âge de procréer dans les milieux urbains et 35 % dans les zones rurales. Ce taux est particulièrement élevé dans les régions de Kolda (94 %), Tambacounda (86 %), Matam (93 %) et Ziguinchor (69.3 %) [42].

Il varie également selon les groupes ethniques. Les groupes ayant le plus de femmes circoncises sont les Soninkés et les Mandingues, avec des taux 78 et 74 % respectivement. Ensuite viennent les Pulaars avec 62 %, les Diolas avec 60 %, les Sérères avec 1.8 % et les Wolofs avec 1.6 % [43] (figure 7).

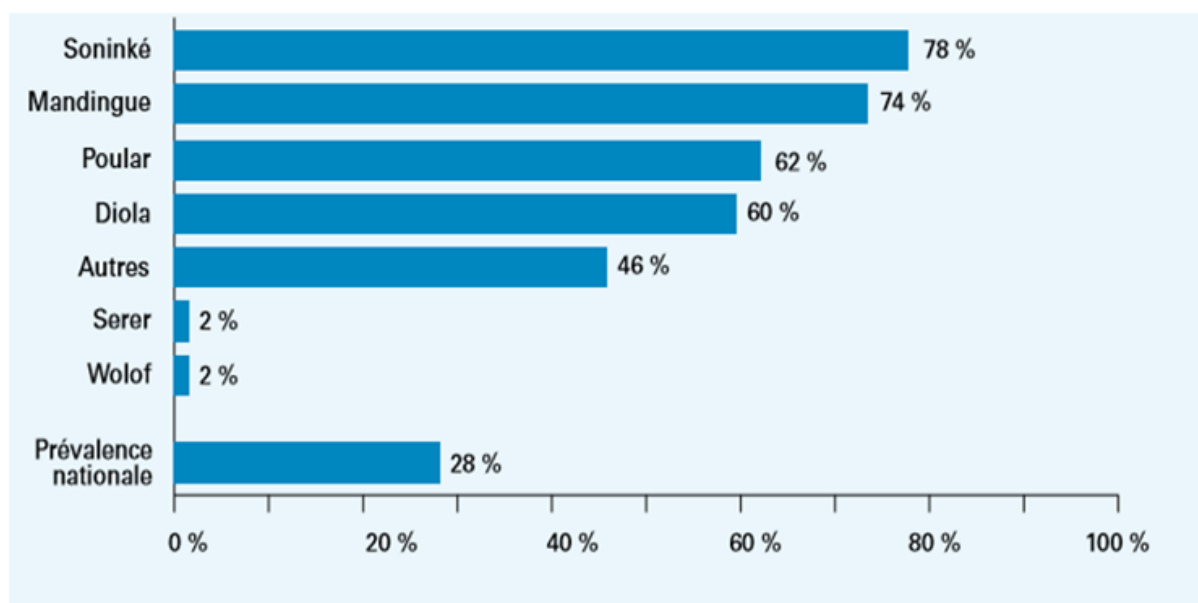


Figure 7: Prévalence de la MGF chez les femmes au Sénégal âgées de 15 à 49 ans, par groupe ethnique, 2005 [44]

Il faut noter que ces chiffres ont été depuis actualisés au cours de la cinquième Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples Sénégal (EDS-MICS), menée en 2010-2011 (publiée en 2012) [45]. Selon celle-ci, la proportion de femmes sénégalaises excisées est passée à 25.7 %. Le taux de prévalence en hausse dans les milieux urbains (23.4 % contre 27.8 % en milieux ruraux) peut être expliqué par une forte migration d'une région à une autre. Dakar en particulier est passé de 17.3 à 20.1 % en cinq ans.

Les taux les plus forts se retrouvent dans les mêmes régions rurales mentionnées ci-dessus, avec toutefois une légère baisse dans chaque cas : Kolda avec 84.8 %, Tambacounda avec 85.3 %, Matam avec 87.2 % et Ziguinchor avec 55.5 %. La région de Kédougou, dans l'extrême Sud-Est du pays, connaît un taux d'occurrence des MGF particulièrement élevé de 92 % (cette région n'ayant pas été comptabilisée dans l'étude de 2005) (figure 8).

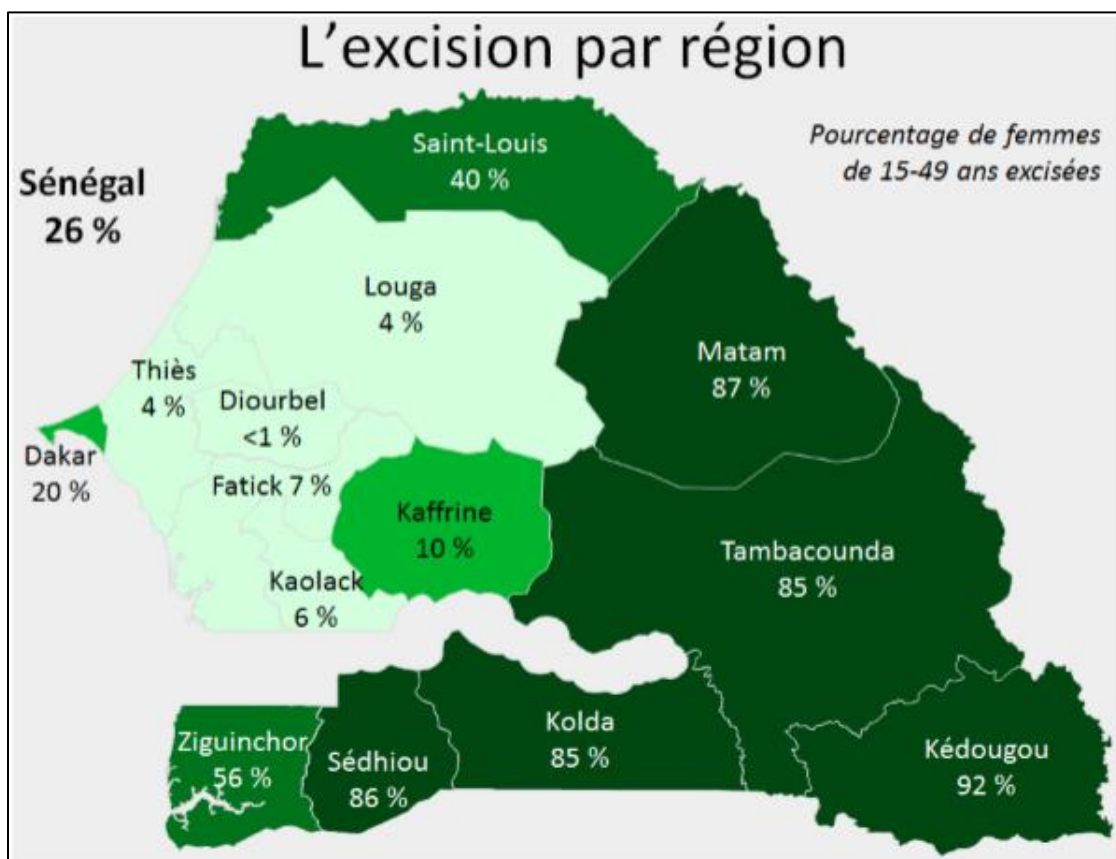


Figure 8: Prévalence des MGF au Sénégal [45]

Les deux types de MGF les plus pratiqués sont les Types I (clitoridectomie ou ablation du clitoris et/ou du prépuce) et II (excision du clitoris et des petites lèvres), bien qu'il existe des cas, bien moins nombreux, de mutilations de Type III (avec rétrécissement de l'entrée du vagin sans que cela constitue une infibulation puisque l'opération n'implique pas de suture) [46].

II.4.DEROULEMENT DE L'EXCISION [47]

Les mutilations génitales féminines sont pratiquées au moyen de couteaux spéciaux, de ciseaux, de rasoirs ou de morceaux de verre. Dans quelques rares occasions, l'utilisation de pierres tranchantes a été signalée (par exemple, dans l'est du Soudan) et la cautérisation (brulure) est pratiquée dans certaines parties de l'Ethiopie. On se sert parfois des ongles pour exciser le clitoris des nourrissons de sexe féminin dans certaines régions de Gambie. Les instruments sont quelquefois réutilisés sans avoir été nettoyés.

L'opération est généralement exécutée par une femme âgée du village spécialement désignée pour cette tâche, et qui peut également être une accoucheuse traditionnelle.

L'utilisation d'un anesthésique est rare et la fillette est maintenue par plusieurs femmes, souvent des membres de sa propre famille. L'intervention peut durer entre 15 et 20 minutes, en fonction de la compétence de l'opératrice, de l'étendue de l'excision et de la résistance opposée par la fillette.

Diverses substances peuvent ensuite être utilisées pour tamponner la blessure alcool, jus de citron, cendres, mélanges d'herbes, bouillie, ou bouse de vache et les jambes de la fillette peuvent être liées ensemble jusqu'à la cicatrisation.

Dans certaines régions (par exemple, certaines parties du Congo et de la Tanzanie continentale), les mutilations génitales féminines consistent à étirer les petites lèvres et/ou le clitoris pendant une période de 2 à 3 semaines. Le début de l'intervention est exécuté par une femme âgée désignée pour cette tâche, qui met en place des bâtonnets d'un type particulier pour maintenir les parties génitales étirées afin qu'elles ne reprennent pas leur taille initiale. On demande à la fillette de tirer sur ses organes génitaux tous les jours afin de les allonger davantage et d'insérer d'autres bâtons de temps en temps pour maintenir en place les parties étirées. Généralement, pas plus de 4 bâtonnets sont utilisés pour maintenir les parties étirées, car si on les étirait davantage, les organes génitaux seraient jugés trop longs.

III. COMPLICATION DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES

III.1. COMPLICATIONS IMMEDIATES ET A COURT TERME

La survenue de complications dépend de l'exciseuse, des conditions (absence d'hygiène, instruments souillés, etc.) dans lesquelles la mutilation a été pratiquée et du type de mutilation pratiqué. Ainsi, il peut y avoir comme complication [48] :

- **Une douleur de type suraiguë**

Elle est provoquée par la section de ces organes richement innervés ; la douleur peut entraîner une perte de connaissance par malaise vasovagale.

- **Une hémorragie**

Les saignements sont systématiques et l'hémorragie peut être très sévère en raison de la riche vascularisation de cette région anatomique. Elle succède à la section des deux artères cavernueuses et de l'artère dorsale du clitoris ; elle peut être très abondante et entraîner une anémie grave, ou un collapsus et la mort par déperdition sanguine. L'hémorragie peut également survenir secondairement à la fin de la première semaine, après la chute d'escarres.

- **Des lésions des organes de voisinage**

La douleur violente ressentie est à l'origine de mouvements de défense source de blessures supplémentaires des organes voisins (urètre, vagin, périnée postérieur, rectum, vessie, méat urinaire, anus, rectum...) avec parfois fistule recto-vaginale ou vésico-vaginale.

- **Des lésions traumatiques**

Des fractures de la clavicule de l'humérus ou du fémur sont possibles en rapport avec les mouvements de défense de la fillette et du fait de la pression exercée sur les membres de la fillette pour la maintenir.

- **Des troubles urinaires immédiats**

Le passage de l'urine sur la cicatrice étant très douloureux, une rétention urinaire réflexe par appréhension peut survenir ; celle-ci peut également être due à l'œdème, à l'inflammation, à l'hématome, ou à l'obstacle mécanique constitué par la membrane cicatricielle en cas d'infibulation.

- **Des infections aiguës [49]**

L'infection aigue peut être localisée à type de vulvo-vaginite, de cervicites, de phlegmon, d'abcès vulvo-vaginaux ou pelviens ou d'adénites suppurées. Elle peut aussi s'étendre à la partie haute de l'appareil génital et au péritoine, engendrant, une endométrite, une salpingite, voire une pelvipéritonite.

Elles sont favorisées par l'absence d'asepsie, les pansements traditionnels et par l'immobilisation prolongée au cours de laquelle la fillette baigne dans ses urines et ses excréments. Ces infections peuvent être locales (abcès, phlegmons, adénite suppurée) ou générales (gangrène gazeuse, bactériémie, tétanos) et peuvent entraîner la mort. Il existe également un risque de transmission du tétanos, du VIH et des hépatites B et C ou d'autres maladies hématogènes lors de l'utilisation d'un même matériel tranchant sur différentes filles.

- **Le décès**

Le décès des fillettes survient lors d'hémorragies ou d'infections sévères car les conditions dans laquelle sont réalisées les MGF ne permettent pas la prise en charge de telles complications.

III.2. COMPLICATIONS A MOYEN ET LONG TERME

III.2.1. Complications cicatricielles

Lorsque la plaie ne cicatrise pas correctement, elle laisse apparaître des chéloïdes vulvaires, des kystes dermoïdes, des abcès récidivants ou des névromes [50].

- Cicatrices chéloïdes

Épaisses et fibreuses, elles peuvent interférer avec la miction et la fonction sexuelle (figure 9).

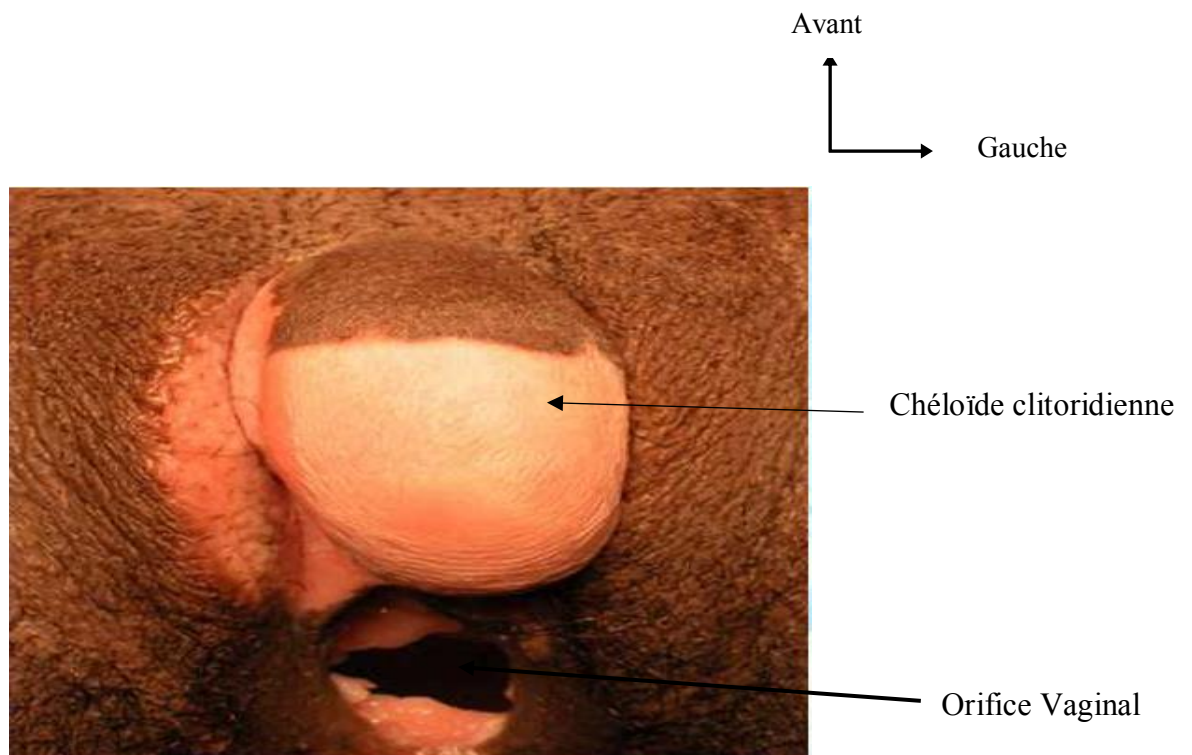


Figure 9: Kyste chéloïde [51]

- **Kystes dermoïdes**

Ils sont secondaires à l'inclusion traumatique d'un fragment d'épiderme ou à l'occlusion de glandes sébacées lors de la cicatrisation. C'est une affection bénigne mais qui peut être invalidante en raison de la taille parfois importante du kyste, de son siège et des douleurs générées (figure 10).

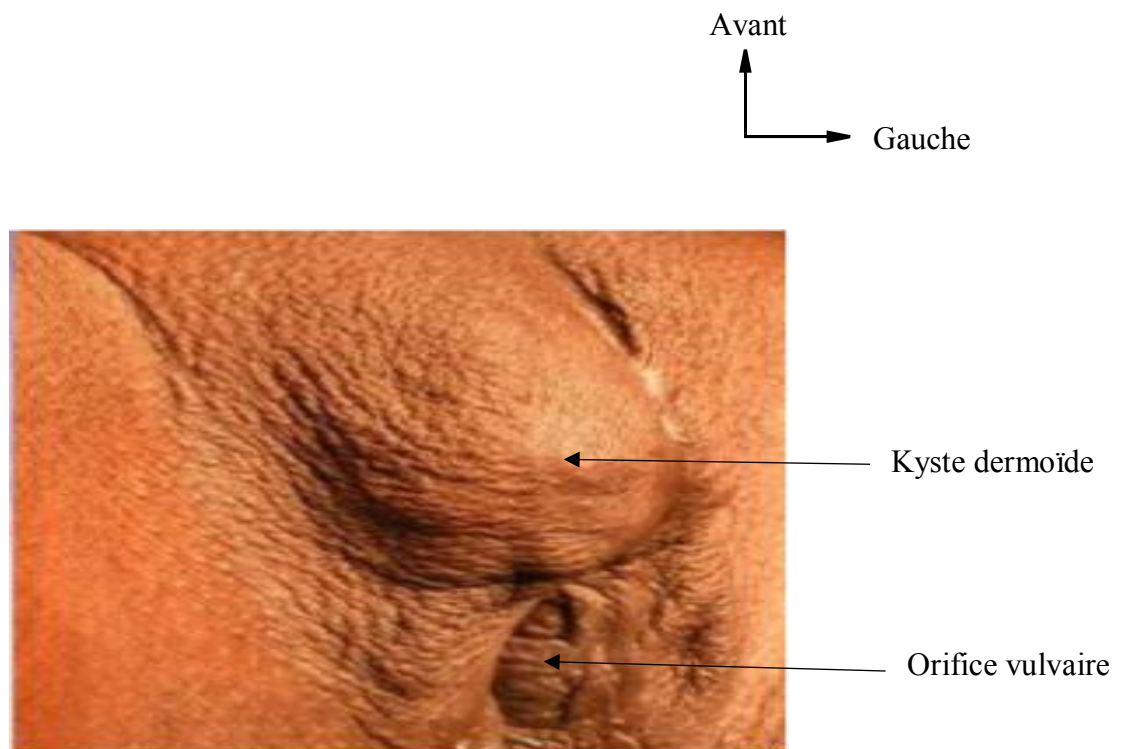


Figure 10: Kyste épidermique (photo P. Foldès) [51]

De plus, ces kystes peuvent s'inflammer, se surinfecter et être source de suppuration locale.

- **Névrome du nerf dorsal du clitoris**

Provoqué par l'emprisonnement du nerf clitoridien dans le tissu cicatriciel, il peut rendre la zone clitoridienne hyper sensible et douloureuse interdisant tout attouchement local voire de croiser les jambes en position assise.

III.2.2. Complications urologiques

L'infibulation, en créant une barrière en avant du méat urinaire et de l'orifice vaginal gênant le libre écoulement du sang menstruel et des urines, expose au risque de rétention chronique d'urine avec les complications qui en découlent : cystites, pyélonéphrites aiguës puis chroniques pouvant aboutir à l'insuffisance rénale chronique.

III.2.3. Complications gynécologiques

- **Les infections génitales et infertilité** : les infections génitales basses sont fréquentes. Il s'agit de vulvo-vaginites et cervicites à répétition, pouvant se compliquer d'endométrites, de salpingites. Les douleurs abdominales, les leucorrhées pathologiques et les ulcérations génitales sont plus fréquentes chez les femmes mutilées. Ces infections sont à l'origine d'infertilité. En effet, Almroth et al, dans une étude sur 99 femmes soudanaises présentant une infertilité primaire, montre que le risque d'infertilité est corrélé à l'étendue de la mutilation [52].

- **Les problèmes menstruels** : En cas l'infibulation et lors de l'apparition des règles, peut se développer derrière la cicatrice un hémato-colpos qui va venir distendre le vagin voire les trompes. Ceci provoque de violentes douleurs, des infections, une endométriose pouvant être source de stérilité. L'étroite ouverture de la vulve peut se révéler insuffisante pour l'évacuation du sang menstruel, ce qui risque de provoquer une dysménorrhée, une oligoménorrhée [53, 54].
- **Les algies pelviennes chroniques** : Elles sont la conséquence d'un névrome cicatriciel ou d'une absence de cicatrisation [18]. Les infections pelviennes chroniques peuvent être à l'origine de douleurs dorsales et pelviennes chroniques [21].
- **Les répercussions sur la sexualité** : Les complications les plus fréquentes sont les dyspareunies, l'anorgasmie, l'absence de sensation et la diminution ou l'absence de libido [55].

III.2.4. Complications obstétricales

Les complications obstétricales sont d'autant plus importantes que la mutilation est sévère [40].

- Pendant la grossesse

La grossesse s'accompagne d'une augmentation de la vascularisation vulvaire qui majore le risque hémorragique. Ceci incite à déconseiller tout geste chirurgical vulvaire non indispensable. Le post-partum serait le moment idéal

pour envisager l'ablation d'un kyste dermoïde vulvaire devenu gênant ou traiter une cicatrice chéloïde [50].

La sensibilité aux infections locales est également plus grande pendant la grossesse. Les mutilations de type II et III augmentent le risque d'infections urogénitales pendant la grossesse. Par conséquent, le risque de fausses couches spontanées tardives, de menace d'accouchement prématurée et de rupture prématurée des membranes augmente [50].

- **Pendant le travail**

Les séquelles psychologiques et organiques de la mutilation peuvent retentir sur le déroulement du travail. Il peut s'agir de :

- Touchers vaginaux difficiles voire impossibles du fait de la douleur et de l'angoisse. En effet les mutilations de type III entraînent une impossibilité de surveillance des modifications du col par les touchers vaginaux du fait du rétrécissement de l'orifice vaginal ajouté à la douleur de la cicatrice. La pose d'un spéculum et le sondage évacuateur ou à demeure peuvent s'avérer difficiles voire impossibles [50].
- Etat psychologique maternel marqué par une angoisse générée par la crainte d'une douleur semblable à celle vécue lors du jour de la mutilation [18].

Globalement, les MGF de type I, modifient peu la morphologie vulvaire. Dans la plupart des cas, les femmes qui ont subi des mutilations de type I ne présentent pas de complications à l'accouchement, sauf si une mauvaise cicatrisation a rendu le périnée moins souple.

L'OMS ne recommande pas la pratique d'une épisiotomie systématique lors d'un accouchement par voies basse chez une femme ayant subi une clitoridectomie [56].

Les MGF de type II et III augmentent les complications au moment de l'accouchement. Ceci est dû principalement à la cicatrisation lors de la mutilation, et de la présence ou non d'infection gynécologique au cours de la grossesse, celles-ci pouvant fragiliser les tissus. [57]

Dans les types I et II, les lésions sont donc essentiellement déchirures spontanées du périnée antérieur ou postérieur au moment du dégagement pouvant aboutir à des déchirures périnéales complètes et compliquées avec lésions du rectum, malgré de larges épisiotomies [50].

De même, la rétention prolongée du fœtus dans la filière génitale pourrait engendrer des fistules recto-vaginales et vésico-vaginales dans la mutilation de type II et III [15].

Par conséquent, une épisiotomie préventive permet de diminuer le risque de déchirure du périnée postérieur [58]. La rigidité de l'orifice vulvaire entraîne un accouchement dystocique avec difficulté au dégagement du fœtus.

En cas de mutilation de type III l'accouchement ne peut se dérouler sans désinfibulation.

L'OMS recommande de pratiquer la désinfibulation au cours du deuxième trimestre ou en début de travail sous anesthésie locale ou avant la grossesse si la femme est reçue tôt. Cela va d'une part, améliorer le suivi du déroulement du travail et d'autre part faciliter l'expulsion fœtale [55].

- **Dans le post partum**

Dans le post-partum immédiat, la complication principale est celle de l'hémorragie. On constate plus de déchirures périnéales chez ces patientes primipares ou multipares, et particulièrement au niveau du périnée antérieur, lorsque la tête fœtale se dégage. En suites de couches, les complications sont d'ordre infectieux car les tissus sont plus fibreux, ce qui ralentit la cicatrisation [55].

III.2.5. Répercussions psychologiques

Certains troubles psychologiques sont rapportés, mais très peu évalués par des études. Parmi ces troubles, nous pouvons citer : l'anxiété, la névrose, le sentiment d'insécurité et le manque de confiance.

IV. LUTTE CONTRE LES MGF

IV.1. DANS LE MONDE

Le mur de silence sur la question de l'excision a été brisé pour la première fois à l'ONU en 1952. Toutefois, il faut attendre 1970 pour que la question fasse l'objet d'un débat aux Nations Unies et cela sous la houlette des ONG.

Le phénomène de l'excision devenue une préoccupation de la communauté internationale plusieurs organismes humanitaires sont tentés de sensibiliser l'opinion par rapport aux conséquences citées ci-dessus pour un respect des droits humains. En effet, l'excision est conçue comme une violation de la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard les femmes (CEDAW 1979) et de la Convention de 1984 contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Le mouvement féministe apparu dans la première moitié du XIXe siècle avec sa multiplicité de paradigmes et théories défend la situation des femmes. Pour cette raison Yvonne Mignont – Lefebvre [59] soutient que : « ceux sont les théories féministes, qui de manière explicite et implicite, ont servi de point d'ancrage au lancement de la décennie des femmes ». La question de l'excision a été de nouveau posée par des féministes européennes et américaines de manière souvent très émotionnelle. Elles décrètent que « l'ablation génitale féminine était une forme de discrimination à l'égard des femmes visant à contrôler la sexualité féminine et à perpétuer l'oppression de leurs sœurs du Sud » [60]. Les MGF deviennent l'un des thèmes les plus débattus par ces groupements féminins. Les féministes appelaient à l'abandon immédiat de cette forme de domination "masquée" par les hommes.

Sur la même lancée, en Juillet 1980 l'ONU a organisé une conférence mondiale à Copenhague à l'occasion de la décennie des femmes.

Les Nations Unies ont de nouveau abordé la question lors de la conférence mondiale sur les droits de l'homme en 1993 et l'une des déclarations issues de cette conférence stipule: « La conférence mondiale appuie toutes les mesures prises par l'Organisation des Nations Unies et ses institutions spécialisées en vue d'assurer une protection et une promotion efficaces des droits des enfants de sexe féminin. Elle prie instamment les Etats d'abroger les lois et règlements en vigueur et d'éliminer les coutumes et pratiques qui sont discriminatoires et néfastes à l'égard des femmes. » [61]

Les Etats représentés reconnaissaient la nécessité d'établir des programmes d'éducation intenses et continus pour faire régresser la pratique des MGF. En 1994, La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en 1994 et la quatrième conférence mondiale sur les femmes tenue l'année suivante à Beijing ont aidé à mûrir la réflexion sur la manière d'aborder l'abolition de ce que l'on appelle depuis la « Mutilation Génitale Féminine » (MGF). Un consensus international anti-MGF s'est ainsi dégagé, appuyé d'une part par de nombreux pays africains et, d'autre part, par les principales organisations internationales comme l'OMS, les Nations Unies et de nombreuses organisations bilatérales et non gouvernementales.

Des stratégies, des plans d'action et des programmes ont été élaborés durant les conférences majeures de la Décennie des Nations Unies pour la femme entre 1975 et 1985 à Mexico, Copenhague, Nairobi, puis, à Beijing, en 1995.

Leurs résolutions ont pu être acceptées, contestées, négociées, amendées, mises entre crochets pour exprimer des réserves, mais elles restent des références incontournables quand on parle de droits des femmes dans le monde.

En 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) une déclaration conjointe contre la pratique des mutilations génitales féminines. De même, ils proposaient :

« L'adoption de textes spécifiques, réprimant la pratique des mutilations génitales féminines.... l'harmonisation de la législation nationale avec les Conventions internationales relatives aux droits de la femme et de l'enfant, signées et ratifiées par chacun des États africains. »

La lutte contre l'excision a longtemps été un sujet tabou, mais déjà bien avant l'Indépendance des pays d'Afrique en 1960, des médecins, des sages-femmes africaines ont mené une lutte acharnée contre ce phénomène. En Afrique, les efforts visant l'abandon de cette pratique remontent au début du XX^{ème} siècle. Les premières interdictions de la fin du XX^{ème} siècle ont été source de révolte. Ce sont pour l'essentiel des missionnaires et des autorités coloniales qui ont tenté d'abolir la tradition qui était perçue comme arriérée, cruelle et contraire aux principes chrétiens. La plupart des pays d'Afrique ont adopté une politique pour l'abolition des MGF suivant diverses conférences internationales telles que : la conférence des chefs religieux (Caire 1979), le Séminaire sur les pratiques affectant la santé de la mère et de l'enfant (Khartoum, 1979), le Forum de

Nairobi sur Islam et MGF (juin 1985), la conférence mondiale sur les droits de l'homme (Vienne, 14-25 Juin 1993) et la conférence internationale sur population et développement (Caire, 1994). Très peu d'États ont pris des mesures pénales par rapport à la pratique. Les luttes menées timidement au début des années 60, ont obtenu, en 1983, le soutien du Président burkinabé Thomas Sankara qui dénonce l'excision comme « une tentative d'inférioriser la femme en lui faisant porter cette marque qui la diminue. »[11] Ce dernier a aussi encouragé la création d'une structure officielle de lutte contre l'excision. Aussi, plusieurs conférenciers se sont réunis dans le monde musulman pour discuter de la question. C'est notamment le cas de la conférence d'Abuja en Mars 2004, celle du Caire (Egypte) en Avril 2004.

Dans certains pays, l'excision aurait complètement disparu, mais d'une manière générale, le problème est encore loin d'être résolu. Khady Koita, Présidente d'Euronet et militante du GAMS, lors de la Journée « Tolérance zéro » du 06 Février 2008, révèle son optimisme même si elle reconnaît que les mentalités mettent du temps à changer. « L'excision reste un sujet sensible et controversé, mais au moins il n'est plus tabou. »[62]

IV.2. AU SENEGAL

Face à l'ampleur du phénomène plusieurs actions ont été entreprises au Sénégal aussi bien par les autorités nationales, les ONG, les associations communautaires que par les partenaires au développement.

Le Sénégal, à l'instar de beaucoup de pays africains, après avoir pris conscience des complications que peut engendrer l'excision a organisé plusieurs manifestations pour sensibiliser les populations sur les méfaits que cette pratique peut engendrer sur la santé des femmes. Ainsi, un colloque portant sur le thème «Pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants» s'est tenu en 1984 à Dakar regroupant 25 pays africains et plusieurs organisations internationales visant l'abolition de l'excision. C'est ainsi, qu'un atelier de réflexion, tenu en Casamance, en 1996, sur «les pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes» réunissait des représentants d'administrations et d'ONG de huit États de la sous-région pour échanger leurs expériences et renforcer leurs stratégies et programmes de lutte. Les participants mettaient en exergue le poids des tabous culturels, le manque d'information des populations et la faible mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières. Ils avaient aussi analysé «le manque d'engagement» des Etats qui ne mettent en place ni les moyens logistiques ni le cadre institutionnel propice à l'éradication. Ils proposaient de renforcer les programmes de sensibilisation à plusieurs niveaux (écoles, centres sociaux et médicaux, média, etc.) avec pour cibles les populations et les services d'encadrement administratif, sanitaire et médical, etc. En 1984, le Président sénégalais Abdou DIOUF, lors d'une Conférence sur les Pratiques traditionnelles affectant la santé de la mère et de l'enfant propose «d'accélérer le dépérissement de cette survivance qu'est l'excision par l'éducation et non l'anathème. »[63]. Suite à cette conférence, un mouvement historique s'est

produit le 31 Juillet 1997, les femmes de Malicounda Bambara, dans la région de Thiès, ont osé déposer les premières les couteaux pour mettre fin à une tradition 'nuisible' à la santé suite aux programmes d'éducation de TOSTAN (mot wolof qui signifie « éclat »).

IV.2.1. Etat du Sénégal

Du point de vue de la perspective historique, la lutte contre l'excision au Sénégal a débuté dans les années 1970 par le ministère chargé de la promotion du statut de la femme en collaboration avec les ONG et les associations de femmes. Cette lutte s'est traduite, à cette époque, par des prises de position politique sur la nécessité de changement du statut de la femme dans la société sénégalaise. Le président de la République du Sénégal prenait ouvertement position le 20 novembre 1997, contre l'excision à l'occasion du Congrès Mondial des Droits de l'Homme tenu à Dakar.

Au mois de juin 1998, le gouvernement du Sénégal a déposé un projet de loi interdisant les mutilations génitales féminines et les dignitaires religieux semblaient s'être ralliés à cette mobilisation [36]. Sous l'impulsion du collectif des femmes parlementaires relayé par les organisations de femmes, l'Assemblée Nationale du Sénégal a voté la loi N°99 05 du 13 janvier 1999 interdisant la pratique de l'excision sous toutes ses formes. Cette loi fait partie de tout un dispositif de renforcement de la protection légale par rapport aux abus et violences sexuels.

Cette loi stipule que:

«Sera puni d'un emprisonnement de six mois à cinq ans quiconque aura porté ou tenté de porter atteinte à l'intégrité de l'organe génital d'une personne de sexe féminin par ablation totale ou partielle d'un ou plusieurs de ses éléments, par infibulation, par insensibilisation ou tout autre moyen. La peine maximum sera appliquée lorsque ces mutilations sexuelles auront été réalisées ou favorisées par une personne du corps médical ou paramédical. Lorsqu'elles auront entraîné la mort, la peine des travaux forcés à perpétuité sera toujours prononcée. Sera punie des mêmes peines toute personne qui aura, par des dons, promesses, influences, menaces, intimidations, abus d'autorité ou de pouvoir, provoqué ces mutilations sexuelles ou donné les instructions pour les commettre. » [64]

Des exemples d'application de la loi (condamnation en Novembre 2001 dans le département de Vélingara et jugement en Mai 2009 à Ourossogui) ont eu un effet dissuasif mais aussi pédagogique auprès de certaines populations. En effet, l'avantage de la législation anti-excision réside dans le fait qu'elle sert de plateforme légale officielle aux activités des intervenants, offrant la protection de la loi aux femmes et, en dernière analyse, décourageant les exciseuses et les familles qui ont peur d'être poursuivies. Ceci a conduit de nos jours à une clandestinité de la pratique de l'excision. Cependant, ces femmes condamnées en Novembre ont été graciées en Avril 2001. Ceci revient à se demander pourquoi l'application de la loi n'est-elle pas totalement stricte? Est-ce que cette loi sur l'excision n'est-elle pas devenue lettre morte ?

L'Etat du Sénégal, pour rendre opérationnelle cette volonté politique, a élaboré et commencé à mettre en œuvre des programmes qui intègrent dans leurs objectifs l'abandon définitif de l'excision. Ainsi le Programme National en Santé de la reproduction (1997-2001), vise la réduction de 50% des cas d'excision au Sénégal. Le Programme de Développement Sanitaire et Social lui aussi se fixe des objectifs de lutte contre l'excision. Le deuxième Plan d'Action National de la Femme (PANAF 1997-2001) a également défini parmi ses objectifs, l'éradication de l'excision au Sénégal.

Cette mesure de haute portée politique et juridique a été soutenue au plan institutionnel par un Plan d'action quinquennale 2000-2005. Ce plan d'action est essentiellement articulé autour des actions de plaidoyer (pour la prise de mesures publiques pour la création d'un environnement protecteur et d'un cadre institutionnel) de mobilisation sociale (pour la prise de conscience de l'opinion publique sur les risques au niveau de la santé de la jeune fille), d'éducation et de communication pour le changement au niveau communautaire. Aussi, un an d'action nationale 2010-2015 a été lancé dans la deuxième quinzaine du mois de février 2010 dans l'attente d'un abandon définitif des populations concernées.

Les stratégies préconisées dans ces différents textes officiels visent, essentiellement, l'adhésion de tous les partenaires aux objectifs concernant l'excision, le renforcement des capacités d'intervention des structures impliquées dans la lutte contre l'excision, le développement de programmes d'Information

Education et Communication et le développement de la recherche et de la documentation. Parmi les principales activités préconisées, nous pouvons noter :

- le développement de la recherche sociologique sur la pratique,
- l'organisation d'enquêtes Connaissances, Attitudes et Pratiques sur l'excision
- la formation de personnes des ministères concernés,
- la mise en place de programmes socio-économiques pour la reconversion des exciseuses,
- la formation ou le recyclage du personnel de santé dans la prise en charge des conséquences physiques et psychosociales de l'excision,
- la collecte de témoignages sur les conséquences de l'excision, etc.

IV.2.2. ONG et Associations

En dehors des initiatives de l'Etat, des associations et des ONG ont apportées des éléments de réponses dans la lutte contre l'excision. Nous pouvons citer :

- le Comité Sénégalais sur les Pratiques Traditionnelles ayant un effet sur la Santé (COSEPRAT)
- l'ONG TOSTAN
- l'ONG «Femmes et Société »
- l'Association Sénégalaise pour le Bien- Être Familial (ASBEF)
- l'Association Nationale des Sages-Femmes d'Etat (ANSFE)
- Environnement et Développement en Afrique (ENDA) Action en Casamance
- Le Réseau des Parlementaires en Population et Développement

IV.2.3. Chefs coutumiers

• Le Réseau des Communicateurs Traditionnels

Des stratégies ont été mises en œuvre par le réseau des communicateurs traditionnels dans la lutte contre l'excision :

- informer les populations sur les conséquences sanitaires et pénales de la pratique de l'excision ;
- élargir la diffusion de l'information en mobilisant les communicateurs traditionnels locaux capables de briser certains tabous par la parole ;
- sensibiliser les populations (sketchs, témoignages des exciseuses et des communicatrices traditionnelles).

IV.2.4. Leaders religieux

Au Sénégal, la polémique au tour de la question de l'excision a divisé les chefs religieux comme dans de nombreux pays africains. Il faut noter que les autorités religieuses adoptent des positions différentes à l'égard de la pratique de l'excision. Au moment où certains la tolèrent, d'autres la condamnent parce que considérant qu'elle est étrangère à la religion. En effet, dans la famille omarienne, on relie le phénomène à l'Islam alors que des érudits comme El Hadj Madior Cissé soutiennent qu'elle n'a rien à voir avec l'Islam. A ce propos, Abdoul Aziz Kebe écrit : «Les MGF, loin d'être une pratique islamique sont plutôt des relents de traits culturels qu'on a voulu conserver en s'appuyant sur des ressorts religieux que rien, en tout cas du point de vue de la doctrine ; ne justifie.»[65]

La diffusion d'un argumentaire religieux au Sénégal en Juin 2006 pour un commun accord, marque un grand pas dans le domaine de la lutte pour les personnes favorables à l'éradication de l'excision. En effet, dans certaines contrées du Sénégal on dit exciser au nom de l'Islam alors qu'un bon nombre d'islamologue ont déclaré que l'excision n'est pas du tout une pratique islamique. Ayant le même point de vue, «Les autorités religieuses de la région de Kolda, de concert avec la société civile et les villages de Malicounda, annonçaient le 2 juin 1998 leur décision de renoncer à l'excision et de changer d'attitude à l'égard de diverses questions de santé reproductive» [66].

Dans ce sens, nous pouvons dire que la position et les opinions des chefs religieux concernant cette pratique traditionnelle divergent. Ainsi, la diffusion de l'argumentaire religieux au Sénégal a pour but d'apporter un éclairage sur une question controversée.

IV.2.5. Partenaires de la communauté internationale

L'appui technique et financier des partenaires de la communauté internationale (UNICEF, OMS, UNFPA, UNIFEM...) permet aux ONG et associations d'exécuter leurs programmes.

Nous prenons ainsi comme exemple :

- **L'Unicef/Sénégal**

Parmi les organisations internationales de défense des droits des enfants, il y a l'Unicef qui apporte un appui financier et technique aux différents intervenants dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'Action National pour l'Abandon de

la Pratique de l'excision. Ce plan d'action met l'accent sur le rôle prépondérant de l'éducation, de la mobilisation sociale et des déclarations publiques dans le processus d'abandon de l'excision au Sénégal. Il souligne également l'importance des actions menées en faveur des populations des régions où l'excision est la plus couramment pratiquée, en particulier dans les régions de Tambacounda, Kolda, Matam, Ziguinchor et Kaolack. Ces régions sont aussi parmi les plus pauvres du Sénégal où les femmes et les filles souffrent encore de beaucoup de traditions jugées "néfastes".

Au-delà de l'appui financier, l'Unicef a été et reste un des acteurs principaux dans l'orientation de la réponse nationale. Par exemple, elle a apporté un important appui technique à l'ONG TOSTAN dans l'amélioration des contenus pédagogiques des modules d'intervention et de sa méthodologie d'approche des communautés (concentration d'efforts dans un département administratif, participation de tous les membres de la communauté au programme, stratégie de diffusion organisée, pérennisation à travers des comités de gestion communautaire, déclarations publiques pour l'abandon de l'excision, etc.).

Avec les autres ONG (et sans être exhaustif), l'Unicef a apporté un appui technique et financier au COSEPRAT pour, entre autres, la célébration de la Journée «Tolérance Zéro à l'excision » durant le mois de Février, l'organisation d'un atelier national de partage des expériences des ONG, la vulgarisation à travers des cliniques juridiques ambulantes des textes juridiques internationaux relatifs aux droits de la femme et lutte contre les violences sexuelles, etc.

IV.2.6. Rôle des membres des communautés concernées

Au-delà des actions menées par les différents acteurs ci-dessus mentionnés, le rôle des membres des communautés directement concernées par l'excision a été d'un grand apport dans la lutte contre l'excision. Les actions menées par les différents intervenants ont abouti à la création des collaborations avec les membres des communautés directement concernées par l'excision ; les imams, les relais de lutte contre l'excision, les chefs traditionnels, les groupements de femmes, les associations de jeunes, les services de l'Etat, les ONG, les structures de ressortissants, etc. Ces alliances ont pour objectifs d'obtenir l'adhésion des populations locales ; de faciliter la communication ; de motiver les uns et les autres à agir, dénoncer, porter l'information partout ; de rechercher ensemble des solutions ; de fédérer les énergies, de développer des synergies d'action; de favoriser le dialogue intercommunautaire et intergénérationnel sur la problématique de l'abandon de l'excision.

IV.2.7. Rôle de la recherche

Le rôle de la recherche a aussi été décisif dans l'action des partenaires. Des recherches qualitatives et quantitatives ont ainsi été menées et ont permis de documenter, comprendre et d'identifier les enjeux considérés comme majeurs dans le domaine et les actions mises en place pour y faire face au Sénégal. Par exemple, l'évaluation de l'impact à long terme du Programme de TOSTAN a été menée en partenariat avec l'Unicef Siège (New York), Macro International et Population Council.

IV.2.8. Rôle des médias

L'implication des médias a joué un rôle crucial dans la sensibilisation, la plaidoirie, mais aussi dans la divulgation de cas d'excision clandestine, de tentatives d'excision, ou de complications liées à cette pratique. Des émissions radio sont organisées dans les zones à forte prévalence. La télévision n'est pas en reste non plus. Elle couvre tout le pays et diffuse des spots TV et d'émissions grand public sur cette pratique. La diffusion du film «Moolade » d'Ousmane Sembène en est une grande illustration, il édifie encore sur l'intérêt accordé à la question de l'excision au Sénégal.

IV.3. RESULTATS DES ACTIONS DE PREVENTION

Compte tenu de l'absence des études quantitatives de référence pour avoir une idée exacte sur la prévalence actuelle de l'excision au Sénégal, nous nous contenterons de quelques résultats quantitatifs contenus dans l'EDS de 2005 et des résultats qualitatifs pour faire le point sur les résultats constatés à la suite des interventions des différents acteurs.

IV.3.1. Attitudes et opinions des populations

Comme indiqué plus haut, depuis les déclarations publiques d'abandon de l'excision, partout, dans le pays, l'excision a reculé ou du moins est devenue clandestine là où elle continue d'être pratiquée. Les résultats de l'EDS de 2005 avaient confirmé cette tendance au regard des attitudes et opinions des populations sur la poursuite ou l'abandon de l'excision.

Lors de cette EDS de 2005, on a demandé aux femmes et aux hommes enquêtés leur opinion sur la poursuite ou l'abandon de l'excision. Les résultats montrent qu'au niveau global, moins d'une femme sur cinq (18 %) pense que l'excision est une pratique qui devrait être maintenue. Cependant, parmi les femmes excisées, cette proportion est de 53%, parmi celles ayant au moins une fille excisée, les deux tiers ont déclaré que l'excision était une pratique qui devait être maintenue (66%). À l'exception des régions de Matam (20%), Kolda (43%) et Tambacounda (43%), la grande majorité des femmes des autres régions pensent que la pratique de l'excision devrait disparaître. Cette opinion devient plus fréquente au fur et à mesure que le niveau d'instruction augmente et au fur et à mesure que le niveau de bien-être du ménage s'améliore.

IV.3.2. Le mouvement d'abandon

C'est le travail de Tostan dans le village de Malicounda Bambara dans la région de Thiès qui a conduit à la première déclaration publique en faveur de la fin de l'excision dans le pays, en 1997. Après avoir participé à des discussions sur les droits humains, les femmes du village ont, en effet, décidé de mettre fin à la pratique, afin de protéger les droits et la santé de leurs filles, et ont annoncé publiquement leur décision collective [67]. Galvanisées par cette déclaration, elles ont ensuite décidé de pousser leur initiative encore plus loin. Avec l'aide de l'imam local pour témoigner de la légitimité de leur message sur les droits humains (et attester que l'excision n'est pas exigée par l'islam) elles ont voyagé jusqu'aux communautés voisines pour persuader les villageois que les

mutilations ne sont pas dans leur intérêt [67]. Ces efforts ont ensuite conduit à la première déclaration inter-villages d'abandon des MGF, au cours de laquelle 13 villages se sont réunis pour renoncer publiquement à ces pratiques [68]. Cinq mois plus tard, 18 autres villages se sont joints au mouvement et depuis, ce sont plus de 5000 communautés au Sénégal qui ont officiellement renoncé à l'excision (bien que toutes n'ont pas directement participé au programme de Tostan, certaines communautés étant inspirées par le « bouche à oreille » [68]. Le travail de Tostan a fait l'objet de plusieurs études et évaluations, dont la plus influente est l'évaluation à long terme de ses effets sur l'abandon de la pratique de l'excision, publiée en 2008 [69].

V. PRISE EN CHARGE DES MGF

V.1. PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS

OBSTETRIQUES

Les occasions de diagnostiquer une mutilation génitale sont nombreuses : consultations prénatales, suivi gynécologique, consultations motivées par un symptôme... La découverte d'une MGF en début de travail devrait donc être un événement rare dans les pays industrialisés. Néanmoins, elles ne sont pas toujours diagnostiquées parce que mal connues des professionnels de santé. Or, leurs conséquences obstétricales peuvent compliquer le déroulement de l'accouchement. Aussi les professionnels, sages-femmes et obstétriciens, qui

vont prendre en charge la patiente en salle de travail doivent les connaître afin de prévenir d'éventuelles complications. Il faut distinguer les séquelles des excisions (MGF II, 80% des cas) matérialisées par un pont cutanéomuqueux masquant la partie supérieure de la vulve, des séquelles des infibulations (MGF III, 15% des cas) car les conséquences obstétricales sont différentes.

Quel que soit le type de MGF

- La surveillance du travail doit s'effectuer de façon habituelle.
- On peut proposer une anesthésie péridurale à ces patientes. En effet, les douleurs liées à l'accouchement, notamment celles liées à la phase terminale de l'expulsion, peuvent rappeler à ces patientes le traumatisme physique et psychologique dont elles ont été les victimes dans leur enfance ou leur adolescence. De plus, les séquelles des MGF peuvent être la source de complications obstétricales plus ou moins complexes qu'il est important de pouvoir prévenir ou réparer en explorant les voies génitales des patientes dans de bonnes conditions et sans douleur.
- Au moment de l'expulsion du mobile fœtal et du dégagement de la tête, des déchirures cutanéomuqueuses peuvent se produire. Le plus souvent médianes antérieures, elles exposent la patiente à un risque de lésion urétrales. La pratique d'une épisiotomie, associée à une section médiane contrôlée du pont cutanéomuqueux, permet le plus souvent de prévenir ces déchirures. Les déchirures sont le plus souvent limitées et la suture par des points séparés permet de réduire les saignements et accélère la cicatrisation.

Dans les cas d'une infibulation

- La présence de l'obstétricien en salle de travail, aux côtés de la sage-femme, au moment de l'accouchement, est indispensable afin de juger de la nécessité ou non de réaliser une désinfibulation ainsi qu'une épisiotomie. La désinfibulation, comme l'épisiotomie, si elles sont nécessaires, devront être réalisées dans la phase terminale de l'expulsion, au moment où la vulve est la plus amplifiée. Ceci permet de prévenir les déchirures périnéales et de réduire les pertes sanguines. Dans les cas où une extraction fœtale instrumentale est nécessaire, ce geste doit être confié à un obstétricien aguerri et une épisiotomie prophylactique est le plus souvent nécessaire. L'utilisation d'une ventouse semble le plus adaptée car c'est l'instrument qui distend le moins la vulve.

- Le sondage vésical peut parfois poser des problèmes.

- La désinfibulation chirurgicale est un geste simple qui consiste à sectionner au ciseau la bride cutanéomuqueuse obstruant de façon plus ou moins complète l'orifice vestibulaire. La désinfibulation en cours de travail n'expose pas les patientes à un sur risque de complication.

- Des déchirures périnéales peuvent survenir malgré ces gestes préventifs. Elles peuvent être multiples et complexes, associant des déchirures antérieures, avec atteinte de la paroi vaginale, de l'urètre et de la vessie, et postérieures avec des déchirures du second ou du troisième degré. Une expertise des lésions doit être réalisée au bloc opératoire et peut nécessiter une prise en charge multidisciplinaire.

- La réalisation d'une césarienne prophylactique chez les patientes excisées ou infibulées ne peut être recommandée de manière systématique sauf en cas de déchirure pelvi-périnéale compliquée lors d'un précédent accouchement par les voies naturelles. La mise en place d'une sonde urinaire à demeure avant le début de la césarienne peut également être difficile et nécessiter une désinfibulation au bloc opératoire avant le début de la césarienne.

V.1.1. Prévention de la réinfibulation et autre mutilation génitale

Une nouvelle infibulation (réinfibulation) après l'accouchement est fréquemment réalisée dans les pays en développement. Les motivations des demandes sont diverses telle que la peur d'être rejetée par son mari ou la nécessité d'augmenter le plaisir sexuel du conjoint. La prévention de la « réinfibulation » est une notion importante à connaître car la période des suites de couches et du post-partum sont des moments privilégiés pour aborder ce problème avec la patiente. Il faut savoir que classiquement, les patientes attendent que la visite du post-partum ait eu lieu avant de subir une réinfibulation. Lors de la visite du post-partum, le praticien doit aborder ce problème directement avec la patiente, assisté s'il y a lieu d'un interprète. Il ne doit pas hésiter à revoir la patiente régulièrement afin de prévenir ces réinfibulations.

V.1.2. Prise en charge de la période du post-partum immédiat

La période d'hospitalisation en suites de couches est un moment propice pour que s'installe un dialogue confiant entre le personnel soignant et l'accouchée.

Plusieurs points sont importants à signaler :

- La reconstruction clitoridienne

La question de la reconstruction clitoridienne peut être abordée avec un médecin ou une sage-femme formée : les adresses des différents services habilités à faire cette intervention sont alors communiquées.

- Les mesures de protection à l'égard des fillettes

Protection juridique : Elle comprend un rappel de l'interdit des MGF, un rappel du risque pénal dans certains pays avec, une information renforcée sur les conséquences médicales désastreuses sur la santé des nourrissons et des enfants et la sexualité de la femme.

V.1.3. Prise en charge lors de la visite post natale

Cette visite systématique permettra d'évaluer :

- la prise de conscience de la femme à l'égard de la violence que représentent de telles pratiques ;
- ses ressources pour protéger ses enfants ;
- le climat familial dans lequel elle évolue (sentiment de sécurité, tissu familial protecteur ou à l'opposé solitude, dépression, ambiance familiale délétère, violences domestiques, etc.) ;
- le souhait d'une réparation chirurgicale.

L'examen clinique recherche des signes fonctionnels : douleurs vulvo-vaginales, troubles sphinctériens (incontinence urinaire et/ou anale), rapports sexuels douloureux.

L'examen gynécologique recherche une cicatrisation, une épisiotomie, évalue le tonus sphinctérien.

La rééducation périnéo-sphinctérienne sera idéalement effectuée par une sage-femme sensibilisée à ces problèmes et à leurs complications.

Un contact (téléphonique ou courrier) auprès de la sage-femme est souhaitable pour lui préciser la situation et coordonner le suivi (vécu de la patiente, recommandations déjà faites, etc.)

V.2. PRISE EN CHARGE DES SEQUELLES ET RECONSTRUCTION CHIRURGICALE

V.2.1. Chirurgie réparatrice de la vulve

V.2.1.1. La désinfibulation

La patiente étant en position gynécologique, une désinfection de la cicatrice plus ou moins scléreuse des petites lèvres ou des grandes lèvres est réalisée. Une anesthésie locale par infiltration de la zone vulvaire cicatricielle à l'aide de Xylocaïne à 1 ou 2 % ou une anesthésie régionale est réalisée. Une pince stérile de type Kocher est introduite dans l'orifice résiduel postérieur puis enfoncée d'arrière en avant en demeurant au contact de la face profonde de l'accolement jusqu'à ce que l'extrémité de l'instrument butte au sommet du vestibule.

Une traction de l'instrument en avant permet de faire saillir la cicatrice médiane et de l'éloigner de l'orifice vaginal et du méat urétral mettant ainsi ces derniers à l'abri d'une plaie chirurgicale. L'incision de la cicatrice est réalisée d'arrière en

avant aux ciseaux ou au bistouri entre les branches de la pince, sur 3 à 4 cm environ jusqu'à ce que le méat urétral soit visible (figure 11).

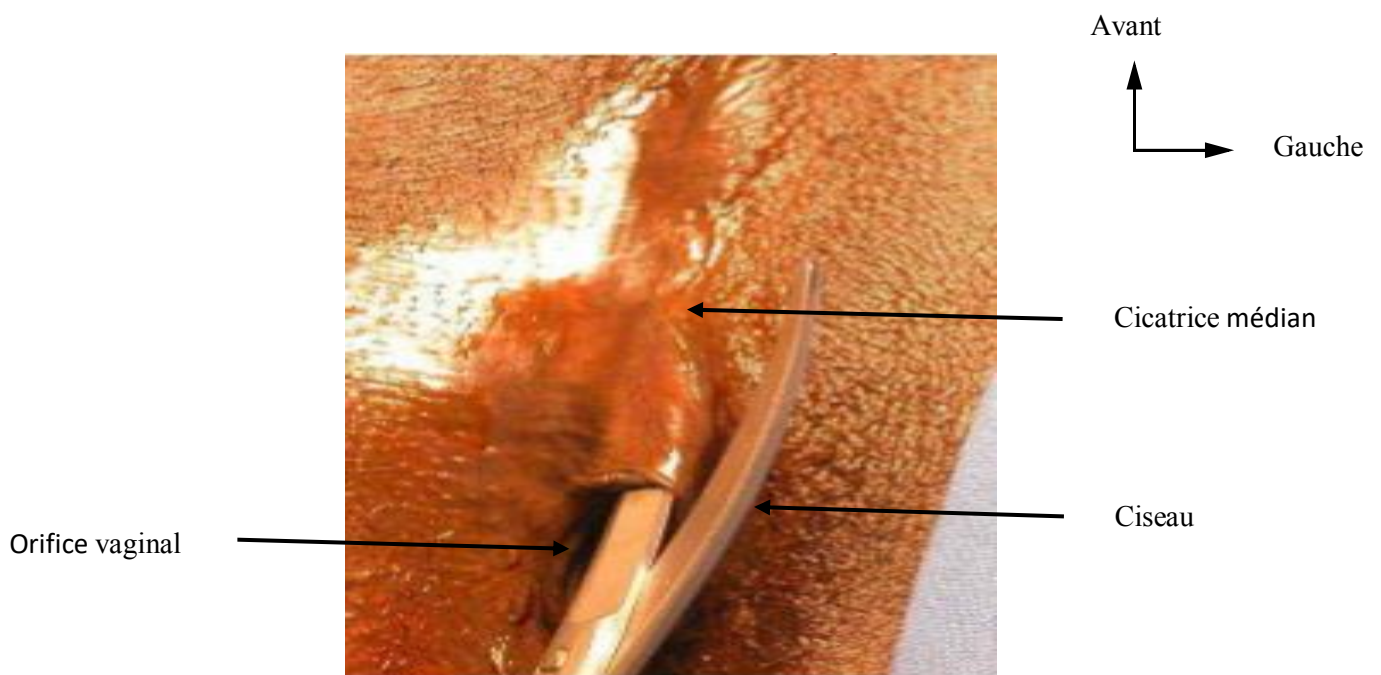


Figure 11: Désinfibulation selon P. Foldès [70]

Les bords libres labiaux sont ensuite suturés séparément par des points simples ou des surjets de fil résorbable 4/0.

La section de l'accolement médian des petites lèvres est indiquée au cours de la grossesse ou surtout lors de l'accouchement avant l'expulsion pour prévenir les déchirures antérieures surtout celles des tissus recouvrant l'arc sous pubien cicatriciel et fibreux qui peuvent être hémorragiques et d'hémostase délicate. En

dehors de la grossesse, la section de l'accolement médian des petites lèvres s'avère nécessaire lorsque la synéchie des moignons labiaux constitue un auvent masquant la partie antérieure du vestibule, brisant le jet de l'urine, et s'avérant lorsqu'il est étendu être un obstacle à l'intromission, source de dyspareunie voire d'apareunie.

La figure 12 illustre une désinfibulation lors de l'accouchement.

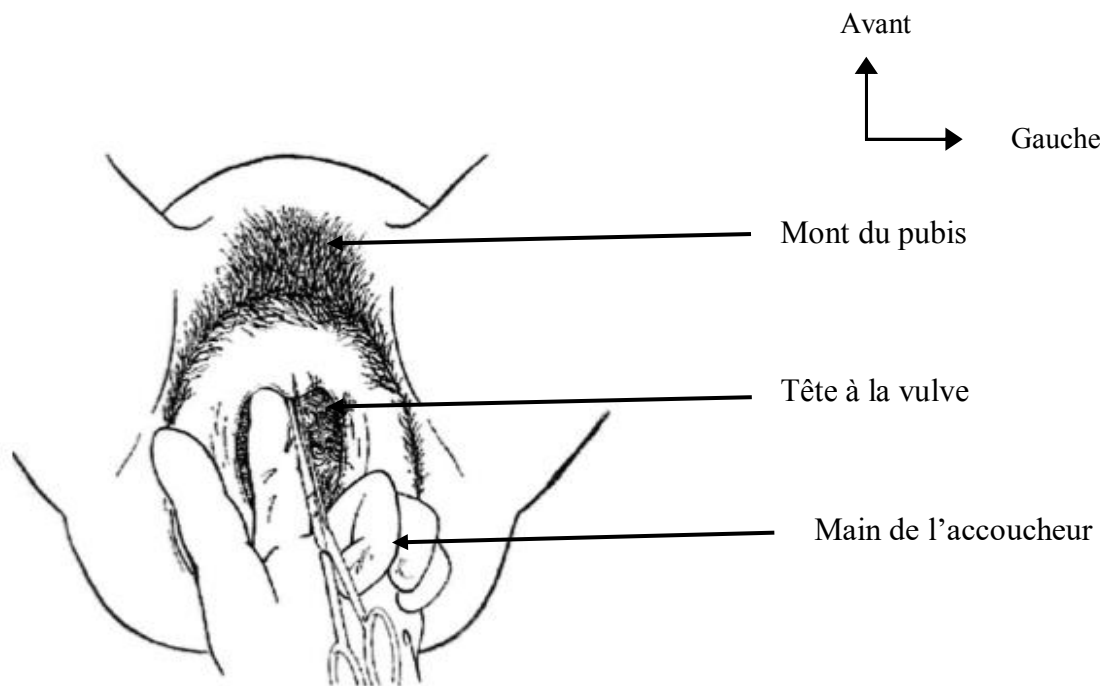


Figure 12: Désinfibulation, d'après Carcopino [41]

V.2.1.2. Cure de kystes épidermiques

Le traitement consiste en l'ablation du kyste en prenant soins de préserver la partie restante du clitoris :

- incision cutanée médiane,
- dissection et excision du kyste,
- exérèse de la peau en excès,

- ré approximation des berges cutanées.

Une clitoridoplastie peut lui être associée

V.2.1.3. Ablation de cicatrices chéloïdes

Des cicatrices chéloïdes, épaisses et fibreuses peuvent s'observer surtout après des traumatismes répétés : infibulation, désinfibulation, réinfibulation... On connaît la propension des sujets à peau noire à développer ce type de cicatrice pathologique, elles sont toutefois rares au niveau de la vulve. Leur exérèse chirurgicale ne met pas toujours à l'abri de récives.

V.2.1.4. Exérèse de névromes

La prolifération atypique de fibres nerveuses (névrome) est source de douleurs chroniques souvent intensifiées par le contact. Peu de cas de névrome après une mutilation sexuelle féminine ont été rapportés dans la littérature médicale. Le traitement consiste en une exérèse chirurgicale.

V.2.1.5. Chirurgie reconstructrice du clitoris selon la technique de P.

Foldes [70,71]

Cette partie décrit un procédé de reconstruction du clitoris après excision rituelle. Cette technique, expérimentée en Afrique lors de missions chirurgicales, a bénéficié de l'expérience des techniques plastiques de reconstruction pénienne et de l'apport de recherches anatomiques sur l'innervation de l'organe. Elle vise à reconstituer un clitoris d'aspect et de situation normaux en retrouvant puis respectant son innervation. L'opération de restauration du clitoris est considérée comme un acte de chirurgie réparatrice.

- Principes

L'expérience accumulée en chirurgie réparatrice et les études anatomiques ont permis de mieux comprendre le mécanisme de l'excision rituelle. L'exciseur ou l'exciseuse pratiquent une traction sur le capuchon et le haut des petites lèvres et coupent tangentiellement, le plus souvent de haut en bas. Il s'ensuit une section le plus souvent oblique de la partie supérieure du corps et du gland clitoridiens. Plus que la direction de coupe et la brutalité du geste, c'est surtout l'absence de soins, l'hémorragie et l'infection qui provoqueront sclérose et rétraction. Dans l'immense majorité des cas, la vulve excisée présente à sa partie supérieure la saillie sous-cicatricielle du moignon clitoridien. Celui-ci est en général attiré en haut et est plus ou moins adhérent au périoste de la symphyse pubienne.

Sa libération fine, en prenant bien soin de rester à distance du pédicule dorsal, permet de retrouver un tissu sain, innervé et vascularisé, qui peut laisser espérer une récupération plus ou moins complète d'une forme de sensibilité clitoridienne. La réimplantation du néo-gland ainsi reconstitué en position anatomique sera suivie d'une épithélialisation en six semaines environ, la phase de récupération sensorielle s'étalant sur plusieurs mois.

- Matériel et méthode

La reconstruction clitoridienne a été tout d'abord réalisée sur le terrain africain puis développée en France après des études anatomiques. La première série

française concerne vingt femmes excisées originaires du Mali, du Niger, du Sénégal, du Burkina Faso, du Tchad et de l’Ethiopie. Il s’agissait le plus souvent d’une amputation totale du gland. Quatre femmes présentaient une infibulation et une avait subi la grande mutilation dite pharaonique (fermeture des grandes lèvres). L’âge de consultation va de dix-huit à trente-six ans, avec une moyenne d’âge de 22 ans. La reconstruction a toujours été réalisée en hospitalisation d’une journée.

- Technique

La région excisée se présente parfois comme une paroi lisse dépourvue de saillie, mais est plus souvent porteuse d’une cicatrice irrégulière, voire chéloïde, stigmate d’un geste réalisé sans asepsie ni hémostase. Cet aspect peut être aggravé par une infibulation (suture des nymphes), fréquent dans l’Est de l’Afrique (figure 13).

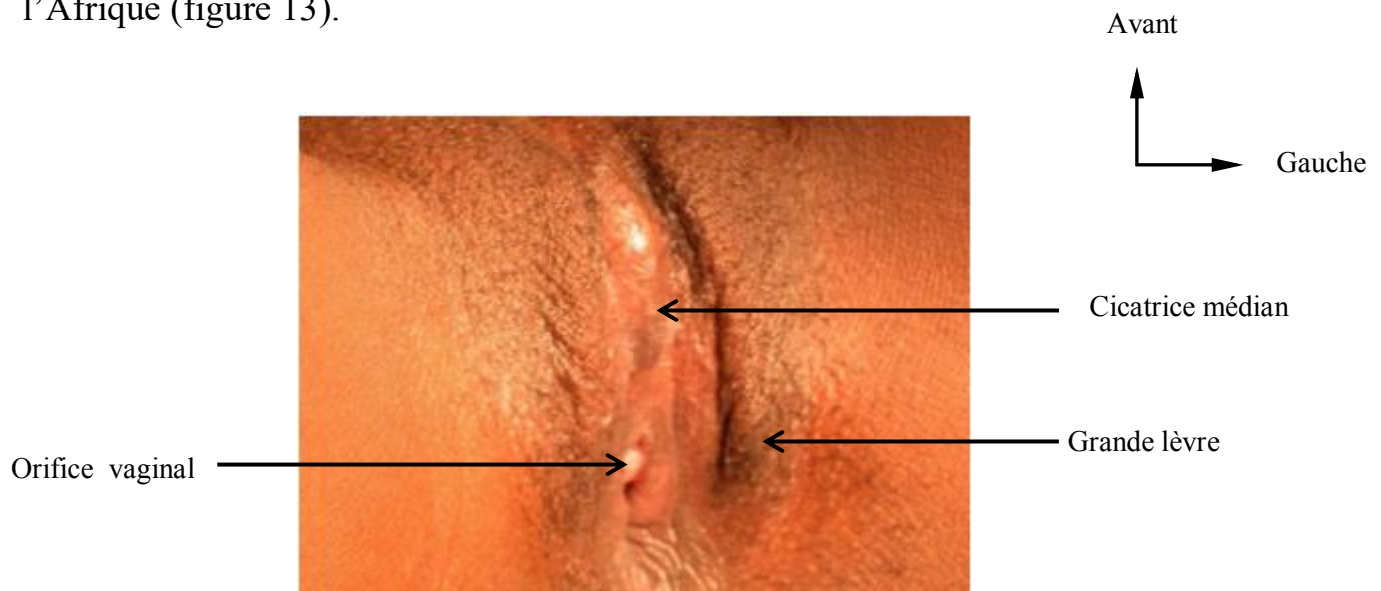


Figure 13: Excision avec infibulation (vue en position gynécologique) [70]

Incision pré-pubienne

La nécessité d'aborder les corps clitoridiens et d'en respecter l'innervation conduit à une incision plus large, longeant le bord de l'ogive pubienne, de manière à dégager le triangle vulvaire antérieur à distance de la région cicatricielle (Figure 14).

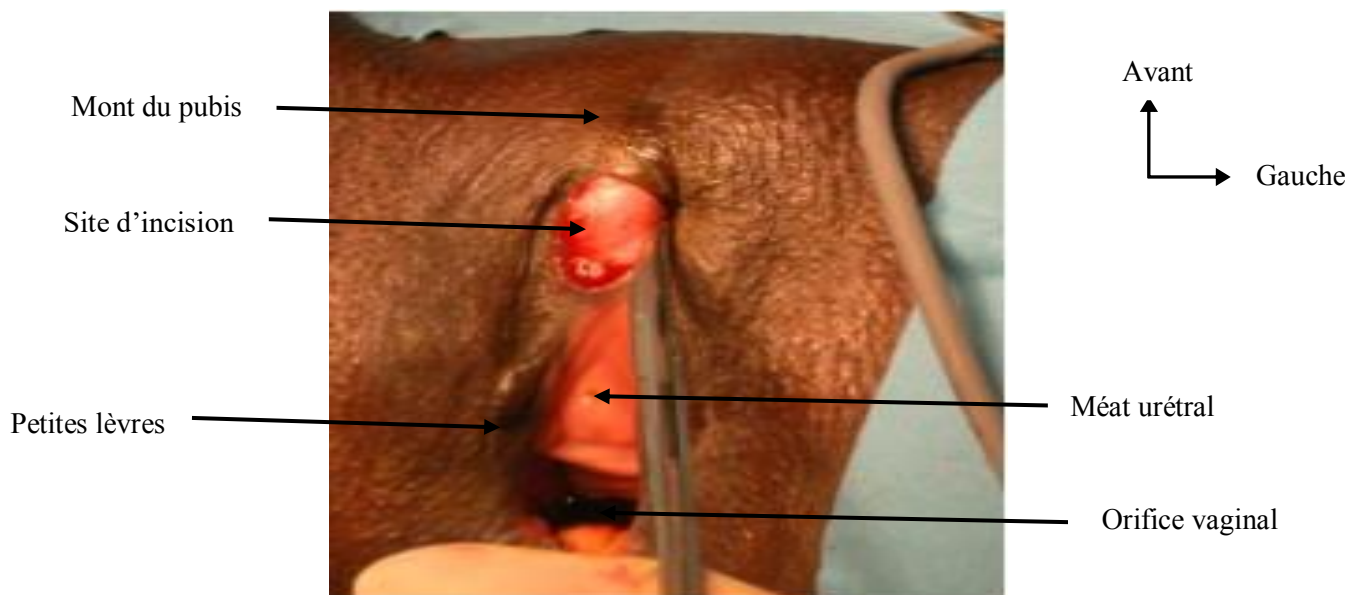


Figure 14: Incision pré pubienne (vue en position gynécologique) [70]

Le bord supérieur du genou clitoridien est ainsi libéré en restant près du périoste.

Le ligament suspenseur est ainsi isolé.

Section du ligament suspenseur

C'est le premier temps fondamental de l'allongement. Le pédicule vasculo-nerveux est solidaire de l'albuginée de la partie dorsale de l'organe et chemine loin de l'implantation médiane du ligament.

La section se fait donc au ras de l'os aussi loin que nécessaire. Ce faisant, un abaissement et une antéversion du genou clitoridien s'effectuent (Figure 15).

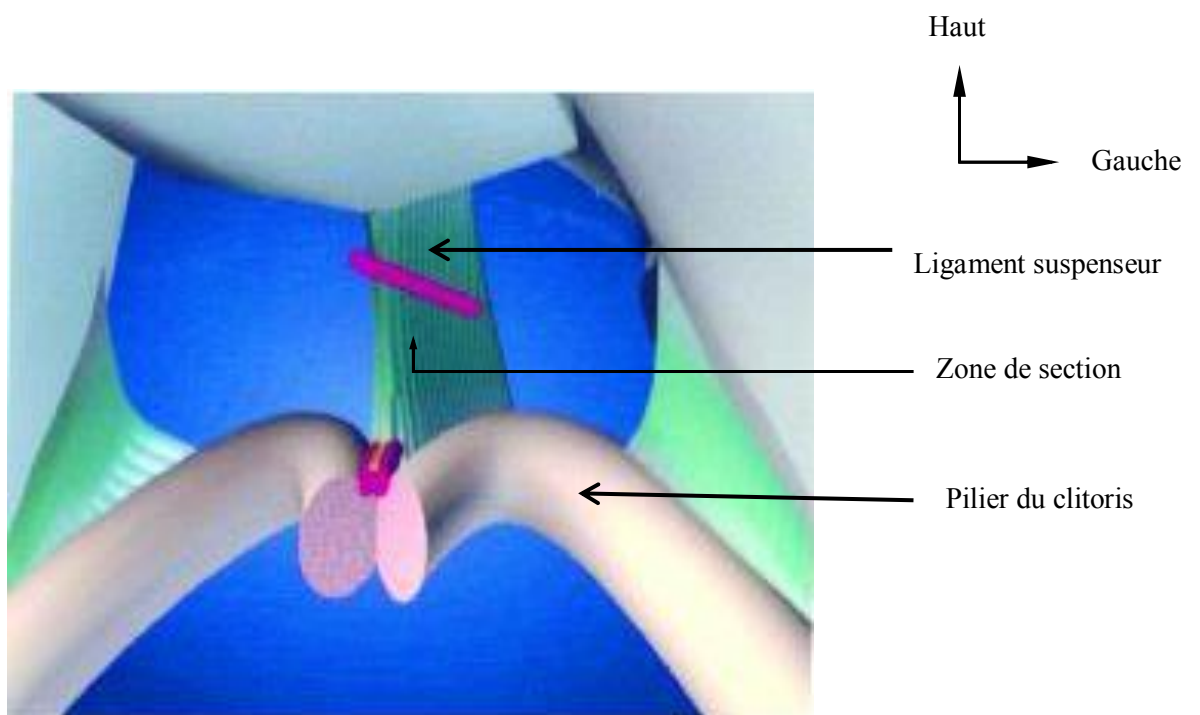


Figure 15: Section du ligament suspenseur [71]

Libération du genou clitoridien

Elle se pratique également très près du périoste, et suit une bifurcation divergente qui amène aux corps clitoridiens, lesquels descendent le long des branches ischio-pubiennes (figure16).

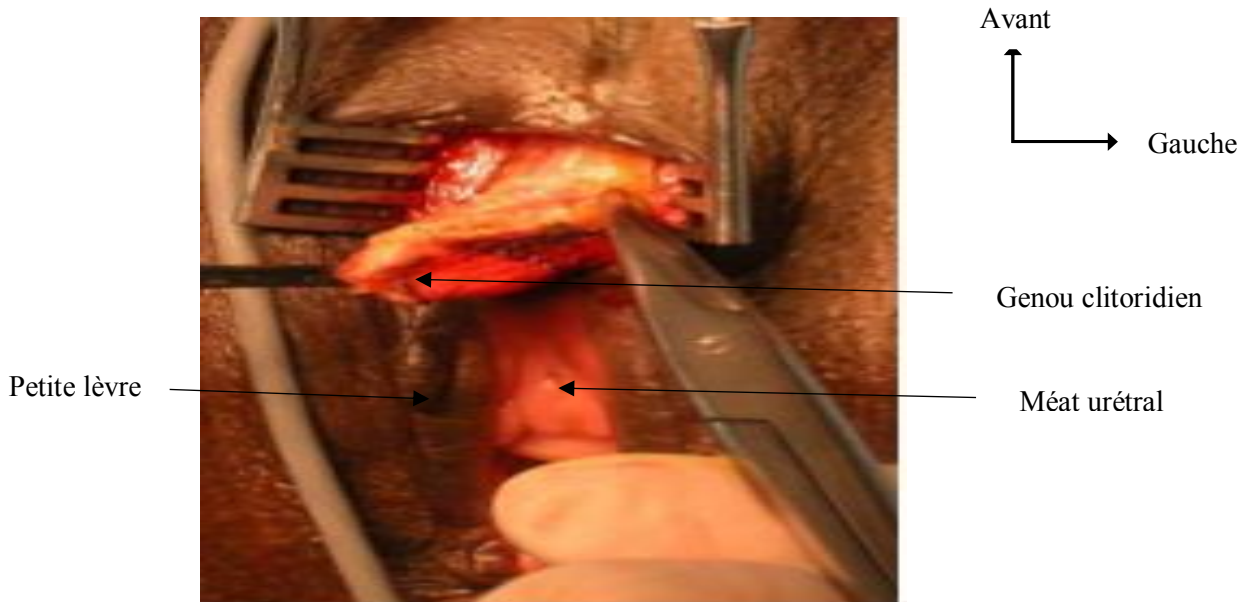


Figure 16: Libération du genou clitoridien [70]

Ce triangle de dissection os/ligament/genou est avasculaire et loin des branches nerveuses. Ce geste permet de compléter la libération de l'organe et de gagner une longueur suffisante à sa reconstitution.

Libération du corps clitoridien

Une résection importante ou une perte de substance plus grande peut nécessiter une libération plus complète encore. On l'obtient par une poursuite de la dissection le long de la branche ischio-pubienne en dégageant progressivement le corps qui mesure environ 8 cm.

Résection cicatricielle

Deuxième point-clé de la technique, ce temps va supprimer les tissus cicatriciels et retrouver en arrière une recoupe saine de corps caverneux normalement innervés et vascularisés, de façon à reconstituer un néo-gland fonctionnel. La recoupe se fait à la limite de la sclérose et permet de libérer une portion clitoridienne saine et souple, proche d'un tissu glandulaire normal (figure17).

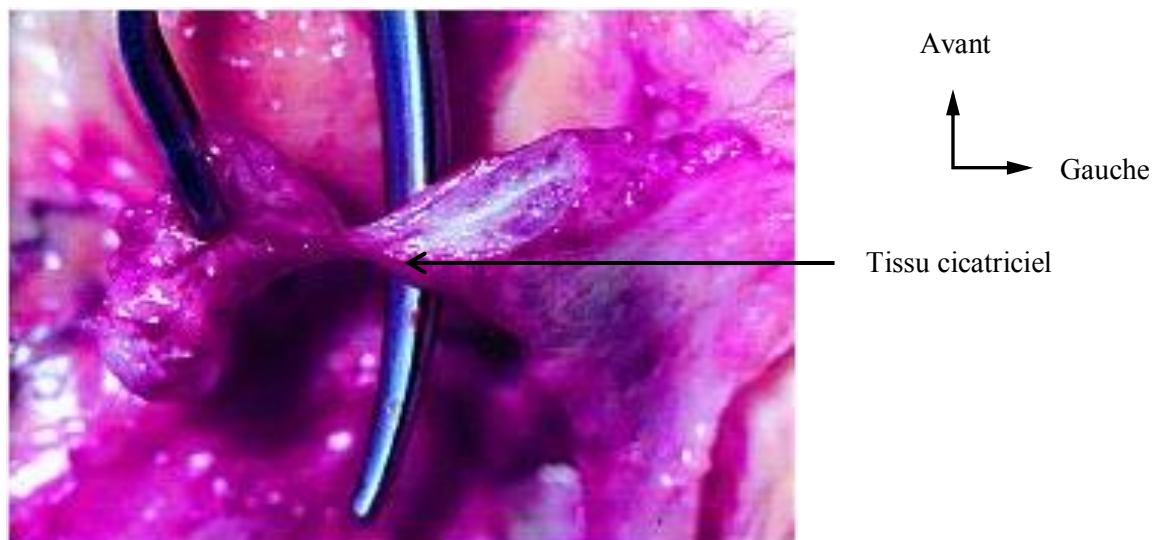


Figure 17: Résection de la cicatrice (vue opératoire) [71]

Reconstitution du gland

On peut commencer par reprendre finement la section initiale, de manière à obtenir deux joues externes d'albuginée souple et une section centrale cunéiforme. Les tranches de section obtenues sont des recoupes directement innervées et vascularisées par le pédicule dorsal intact. On reconstitue un néogland à points séparés de fils à résorption rapides quatre ou cinq zéros en adossant de façon étanche les deux albuginées (Figure 18).

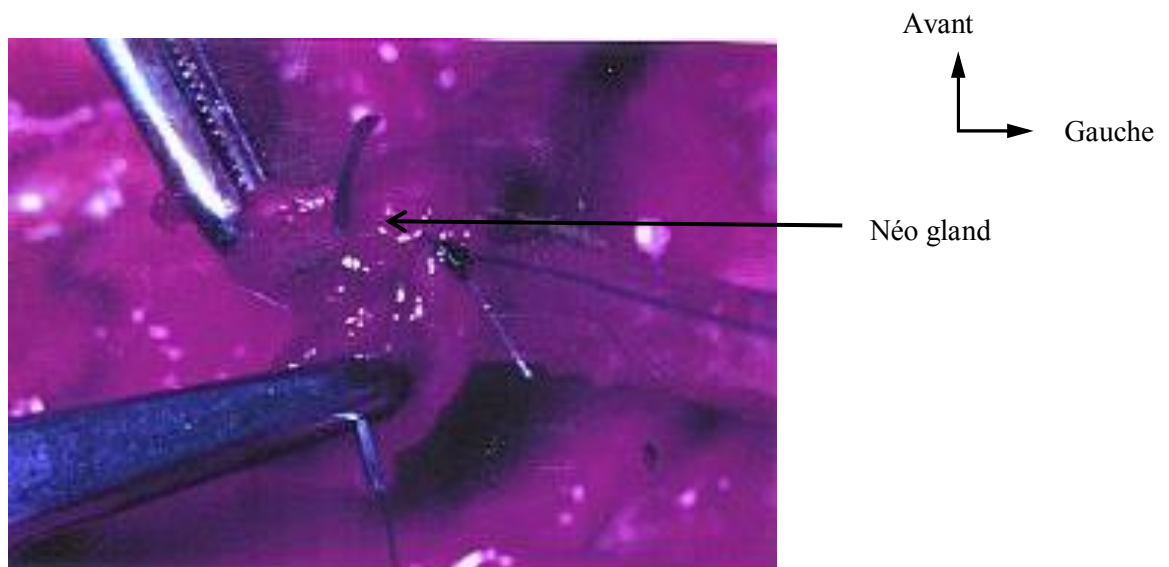


Figure 18: Reconstitution du gland (vue opératoire) [71]

Réimplantation

Il reste à repositionner le gland reconstitué dans sa situation normale, un peu en dessous de l'horizontale passant par le bord inférieur de la symphyse pubienne

et marquant une saillie nette d'au moins cinq millimètres en avant du plan vulvaire (figure 19).

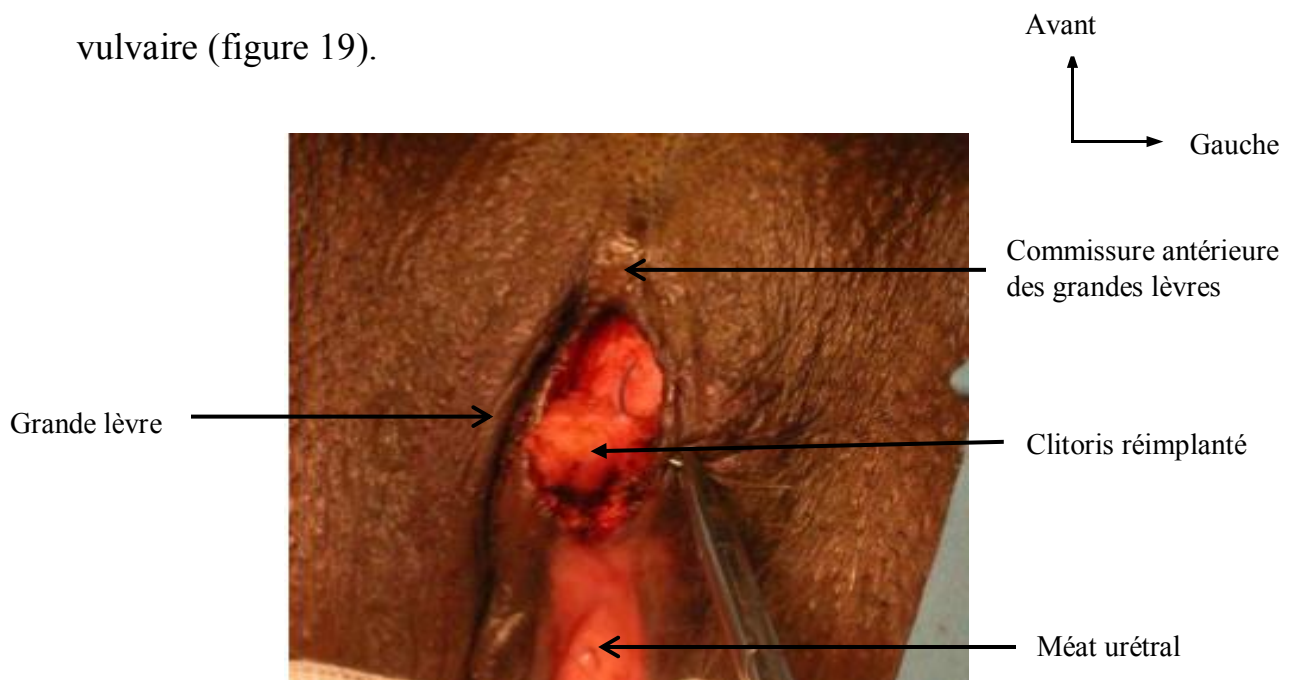


Figure 19: Réimplantation clitoridienne (vue opératoire) [70]

L'importance de la libération permet d'arriver à ce résultat sans tension, même en cas de recoupe sévère.

La couverture

Celle-ci dépend de l'état initial. Parfois, une loge faite de peau fine peut être respectée, non sans avoir pris soin d'en vérifier la sensibilité en préopératoire. Le plus souvent, on réimplante l'extérieur de l'albuginée sans couverture supplémentaire (Figure 20).

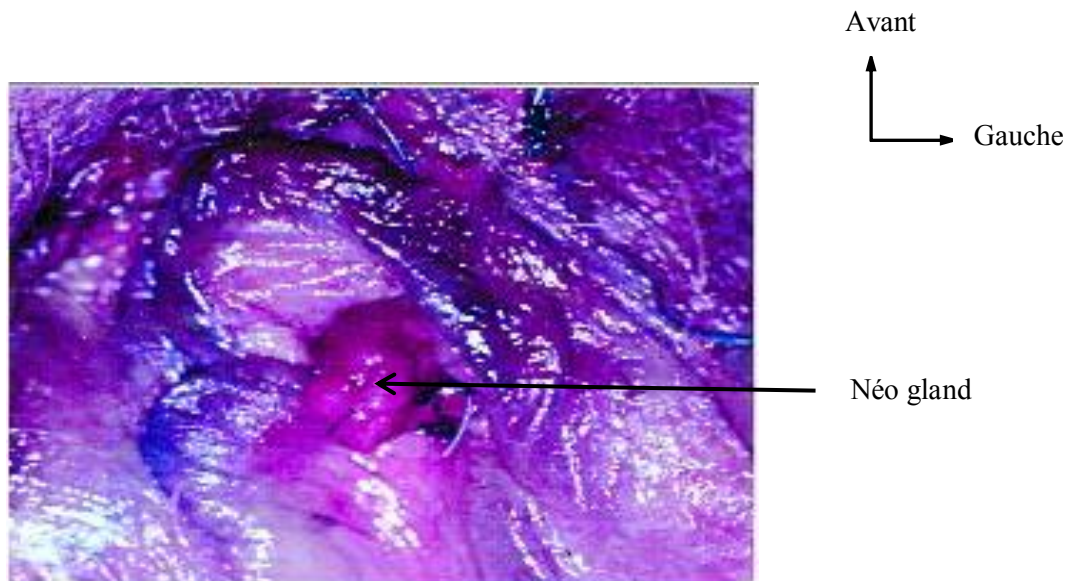


Figure 20: Couverture cutanée (vue opératoire) [71]

Fermeture cutanée

Comme dans le cas des plasties de verge, il est utile de rapprocher les masses bulbo-caverneuses latérales et de les interposer pour éviter une reconstitution de l'adhérence dorsale au périoste. L'abaissement de la région peut être accompagné d'une plastie Y-V (figure 21).

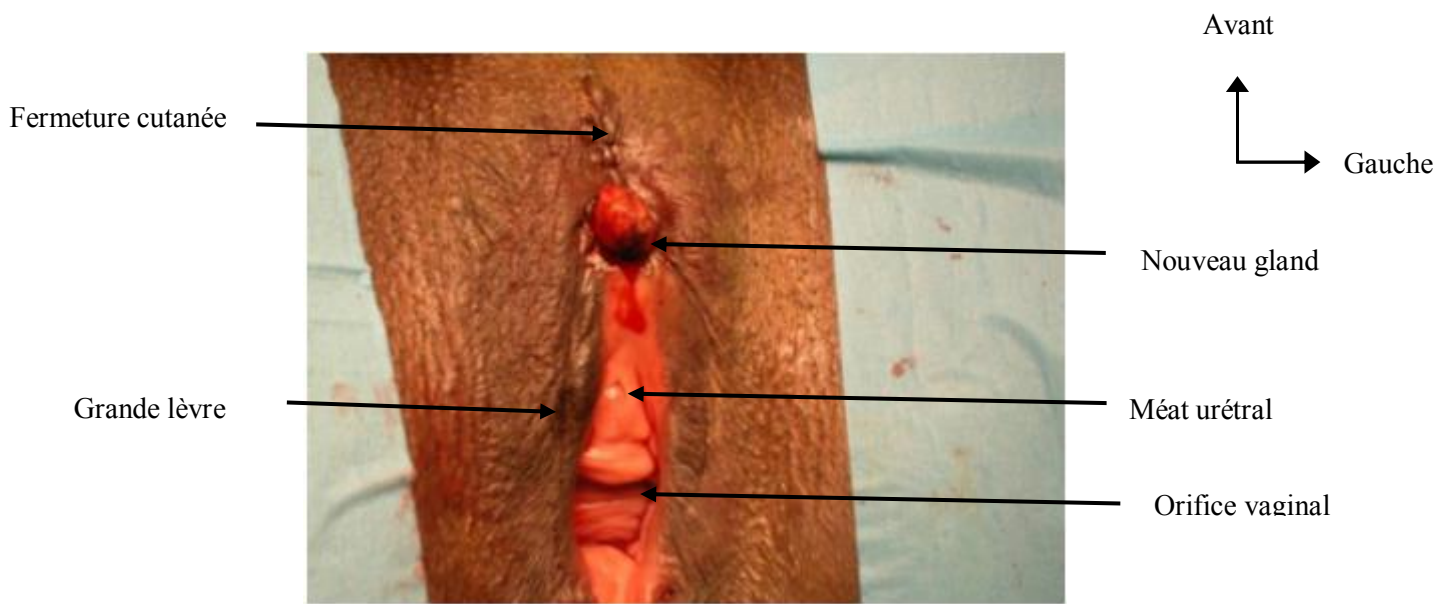


Figure 21: Fermeture cutanée (vue opératoire) [70]

Elle est réalisée à ponts séparés à résorption lente sans drainage.

Cicatrisation et suites

La cicatrisation est rapide avec une sortie de la patiente le jour même de l'intervention. Le suivi post opératoire conjoint infirmière / chirurgien est nécessaire jusqu'à la cicatrisation complète. Le suivi peut durer un mois avec des visites très régulières au minimum hebdomadaires.

Un œdème du triangle vulvaire antérieur est de règle. Il s'atténue en une semaine. La ré-acquisition sensorielle va s'étaler sur plusieurs mois.

Evolution et suivi, évaluation à propos de 453 patientes (Série de P. Foldès)

Le suivi et l'évaluation se font :

- sur le plan sensoriel (disparition de la douleur, sensibilité)
- sur le plan cosmétique (aspect, cicatrisation)
- sur le plan sexuel (apparition d'un potentiel de stimulation orgasmique)
- sur le plan psychologique.

Les patientes sont revues à dix jours, un mois et six mois au minimum.

Sur le plan sensoriel, à ce stade de l'évaluation, les premiers résultats montrent une suppression constante et totale des phénomènes douloureux et notamment des gênes préexistantes vers la fin du premier mois ainsi qu'un résultat cosmétique satisfaisant pour les patientes et leurs partenaires au-delà de la sixième semaine.

Sur le plan cosmétique, les résultats anatomiques sont très satisfaisants avec une restauration du massif clitoridien (au minimum de son volume) dans 87% des cas. Le résultat anatomique est évalué par le chirurgien et non par les patientes pour deux raisons : tout d'abord, ces femmes ont une idée moins précise que le chirurgien du vaste éventail des différents aspects "normaux" du clitoris et de son capuchon et, d'autre part, elles recherchent en fait tant un aspect "normal" qu'un clitoris proéminent et très visible.

Sur le plan sexuel, les résultats fonctionnels obtenus sont satisfaisants avec une amélioration nette de la sexualité dans 75 % des cas. Un interrogatoire oral a été nécessaire pour cette évaluation.

Sur le plan psychologique, Des contacts ont été pris pour la mise en place d'une consultation ethno psychologique pour les patientes consentantes.



DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I. OBJECTIFS :

I.1. OBJECTIF GENERAL

L'objectif général de l'étude était d'évaluer les complications obstétricales des mutilations génitales féminines chez les parturientes dans les centres hospitaliers de Ziguinchor.

I.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Les objectifs spécifiques de cette étude étaient de :

- Identifier le profil socio démographique des parturientes victimes de mutilation génitale.
- Evaluer la fréquence des MGF chez les parturientes admises dans les centres hospitaliers de Ziguinchor.
- Identifier les facteurs expliquant la pratique des mutilations génitales féminines chez les parturientes admises dans les centres hospitaliers de Ziguinchor.
- Identifier les types de mutilations chez les parturientes admises dans les centres hospitaliers de Ziguinchor.
- Décrire la prise en charge des parturientes mutilées dans les centres hospitaliers de Ziguinchor
- Evaluer le pronostic néonatal et maternel de la grossesse et de l'accouchement chez les parturientes mutilées.

- Identifier les arguments aidant à formuler des recommandations pour une réduction des complications obstétricales des MGF

II. METHODOLOGIE

II.1. TYPE D'ETUDE ET PERIODE

Il s'agissait d'une étude observationnelle et transversale réalisée sur une période de 11 mois allant du 9 septembre 2018 au 17 juillet 2019.

II.2. CADRE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans les services de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital régional, de l'hôpital de la Paix et dans la maternité de l'hôpital Silence, tous situés dans la ville de Ziguinchor.

La région de Ziguinchor est située à 12°33' Latitude Nord et 16°16 de Longitude Ouest, déclinaison magnétique 13°05. Avec une altitude de 19,30 m dans la partie Sud-ouest du Sénégal, elle occupe une superficie de 7339 km², soit 3,73% du territoire national. Elle est limitée au Nord par la République de Gambie, au Sud par la République de Guinée Bissau, à l'Est par les régions de Kolda et Sédhiou et à l'Ouest par l'Océan Atlantique.

La population de la région de Ziguinchor est estimée à 583 528 habitants en 2015 (environ 4% de la population du Sénégal).

La région ne compte que deux hôpitaux de référence localisés dans le département de Ziguinchor et plus précisément dans la commune de Ziguinchor.

Les centres de santé sont au nombre de 5 et 3 d'entre eux se localisent dans le département de Bignona.

En 2015, la région de Ziguinchor comptait 159 structures sanitaires privées.

▪ **Le centre hospitalier régional de Ziguinchor (CHRZ)**

Le centre hospitalier régional de Ziguinchor, situé au quartier grand-Dakar à 650m de l'aéroport de Ziguinchor, comporte plusieurs services médicaux, chirurgicaux, administratifs et techniques.

- Les locaux

le service de gynécologie obstétrique comprend, une salle d'accueil et de consultation avec 2 lits, une salle de soins (et de planning familial), un espace badienne pour les discussions et qui fait office de salle d'attente, un bureau pour le gynécologue avec 1 table de consultation, une salle d'accouchement avec 2 tables d'accouchements, une salle de garde pour les sages-femmes, un ancien bloc opératoire (avec 4 lits) qui fait office de suites de couches normales, un service de réanimation gynécologique (10 lits), une salle de garde des infirmiers, des suites de couches pathologiques avec 3 salles de 4 lits chacune, 3 salles de 2 lits et 2 cabines individuelles.

- Le personnel

Comprend 2 gynécologues, 1 DES en gynécologie, des étudiants en troisième cycle des études médicales (7eme année) et en deuxième cycle des études médicales (5^{eme} année), 15 sages-femmes, 6 infirmières, 10 matrones et 3 filles de salles.

- Activités obstétricales

Au cours de l'année 2017, la maternité avait enregistré 1903 accouchements dont 665 césariennes soit 34,9 %.

▪ **L'hôpital La Paix de Ziguinchor**

- Les locaux

Le service de gynécologie-obstétrique comprend, un secrétariat avec une salle d'attente, une salle de travail avec 4 lits, une salle d'accouchement avec 2 tables d'accouchements, une salle de garde pour les sages-femmes, 02 bureaux pour les gynécologues avec 1 table de consultation dans chacun, le bureau de la maitresse sage-femme, le bureau de consultation pour le Planning familial et les consultations post-natales, une salle d'échographie obstétricale, un service d'hospitalisation comprenant une salle de garde des infirmières, une salle de soins, 04 cabines à deux et 02 cabines individuelles pour les suites de couche pathologiques, 02 salles de 04 lits pour les suites de couches normales et une salle à 04 lits pour les grossesses pathologiques.

- Le personnel

Il comprend 01 professeur agrégé en Gynéco-obstétrique, 01 gynécologue, des étudiants en troisième cycle des études médicales (7^{ème} année) et en deuxième cycle des études médicales (5^{ème} année), 08 sages-femmes, une maitresse sage-femme, 01 infirmière, 02 aides-soignantes, 03 assistantes infirmières, 04 filles de salle et une secrétaire.

Activités obstétricales : l'hôpital avait enregistré au cours de l'année 2017, 1251 accouchements dont 389 césariennes soit 31%.

- **Le centre de santé de Silence**

L'hôpital Silence est situé au quartier Boudodi en face de la préfecture. Il comporte plusieurs services dont :

- Les locaux

La maternité comporte deux salles d'attentes, une salle de CPN, une salle de CPON, une salle de garde, une salle de réunion. La salle d'accouchement présente un espace accueil ; une salle pour les accouchements sur table, avec deux tables d'accouchements, une table chauffante, une table de consultation, un stérilisateur (poupinel) ; une autre salle pour les accouchements à style libre. A côté de la salle d'accouchement on a la salle de repos des sages-femmes et matrones. Les hospitalisations composées des grossesses pathologiques avec deux chambres chacune équipée de deux lits, deux potences ; et les suites de couches avec quatre chambres avec chacune deux lits, deux potences, deux berceaux.

- Le personnel

Il est composé de huit sages-femmes, douze matrones, des stagiaires infirmiers, des stagiaires sages-femmes et des étudiants en cinquième année de médecine.

- Les activités

La maternité du centre de santé de Silence avait effectué 1884 accouchements au cours de l'année 2017. Dans ce centre, les césariennes ne sont pas encore pratiquées. En plus de la maternité, le centre de santé dispose d'autres services.

II.3. POPULATION D'ETUDE

- Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude toutes les patientes mutilées qui avaient accouché dans l'un des trois centres du cadre d'étude à savoir l'hôpital régional, l'hôpital de la paix et l'hôpital silence.

- Critères de non inclusion

Nous n'avons pas inclus les patientes qui n'ont pas été mutilées ou n'ayant pas accepté de participer à l'étude.

II.4. COLLECTE DES DONNEES

Les femmes se présentant pour une naissance dans les différents sites d'étude et ayant donné leur consentement, ont été interrogées pour obtenir des renseignements personnels et connaître leurs antécédents médicaux et obstétricaux. Un examen anténatal des organes génitaux externes a été pratiqué sur les patientes, afin de vérifier si elles avaient subi une mutilation et, si c'était le cas, d'en déterminer le type. Les femmes et leurs nouveau-nés ont ensuite été suivis jusqu'à la sortie des mères de l'hôpital pour obtenir des précisions sur l'accouchement et leur état de santé.

Les accouchements ont été pratiqués dans les conditions habituelles de chaque centre. Ainsi, nous avons la répartition des parturientes dans chaque structure.

- Hôpital Silence

Nous avons colligé au total 123 cas sur 408 accouchements sur une période de 4 mois ; du 1^{er} Février au 31 Mars 2019 puis du 17 Mai au 17 Juillet 2019.

- Centre hospitalier régional de Ziguinchor.

Nous avons colligé 225 cas sur 800 accouchements sur une période de 6 mois ; du 9 septembre au 9 décembre 2018 puis du 17 mai au 17 juillet 2019.

- Hôpital de la Paix

Concernant l'hôpital de la Paix, 12 cas avaient été colligés sur 97 accouchements durant la période du 1^{er} mai au 1^{er} juin 2019.

II.5. VARIABLES ETUDIEES

Les variables étudiées sont :

- La fréquentation par les parturientes mutilées des différents sites d'étude ;
- Les caractéristiques sociodémographiques des parturientes mutilées ;
- Les antécédents des parturientes mutilées ;
- Les arguments en rapport avec le diagnostic (typologie) et les complications ;
- Les aspects thérapeutiques et obstétricaux pendant leur accouchement ;
- Le pronostic maternel et fœtal à moyen et court terme.

II.6. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES

Les données sont recueillies sur une fiche signalétique puis saisies à l'aide du logiciel d'analyse sphinx version 5.1.0.5. Grace à ce logiciel nous avons calculé

les fréquences, moyennes et écart types. Les graphiques ont été réalisés à l'aide du tableau Excel version 2010.

III. RESULTATS

III.1. FREQUENCE

Dans l'ensemble des structures du cadre d'étude nous avons 360 cas sur 1305 accouchements soit 27,58% (Tableau III).

Tableau III: Répartition des mutilées par site hospitalier

Structure sanitaire	Nombre d'accouchement	Nombre de MGF	Fréquence
HPZ	97	12	3,3%
HRZ	800	225	62,6%
DSS	408	123	34,1%
Total	1305	360	100%

HPZ : Hôpital de la Paix de Ziguinchor ;
HRZ : Hôpital Régional de Ziguinchor ;
DSS : District Sanitaire de Silence.

III.2. PROFIL SOCIO DEMOGRAPHIQUE

III.2.1. Age des patientes

L'âge moyen des patientes était de 26,52 ans (écartype=7,1), avec des âges extrêmes de 15 ans et 51 ans. Plus de la moitié des patientes avaient un âge compris entre 15 et 29 ans (Tableau IV).

Tableau IV: Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Tranches d'âge	Effectifs	Pourcentages
15-29 ans	238	66,1%
30-44 ans	119	33,1%
45-59 ans	3	0,8%
Total	360	100%

III.2.2. Lieu de résidence

Les patientes habitaient principalement la ville de Ziguinchor avec une proportion de 60% (Figure 22).

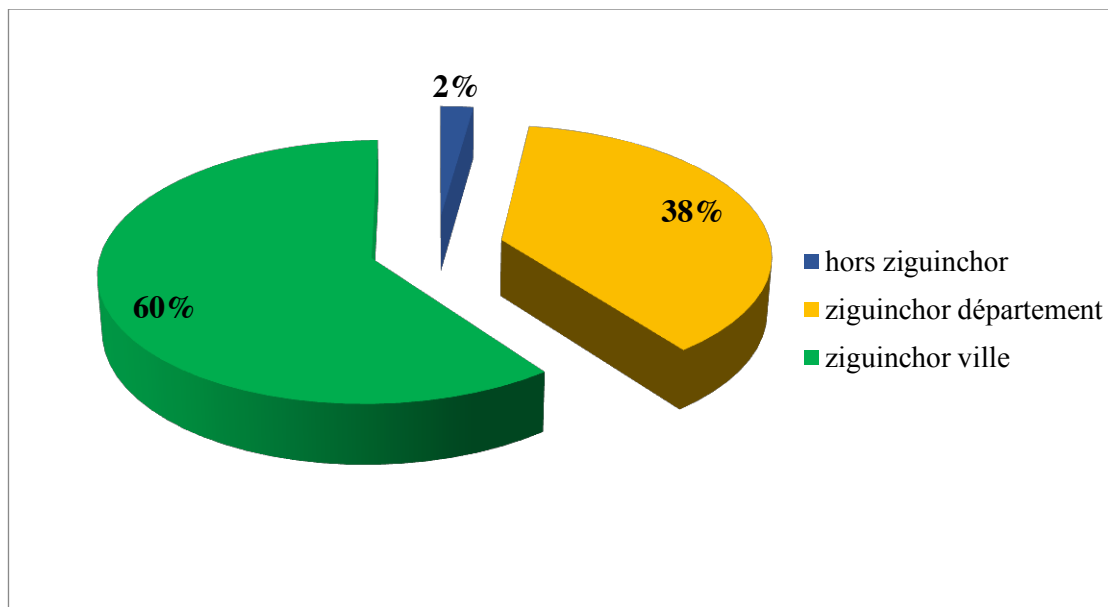


Figure 22: Répartition des patientes selon le lieu de résidence (N=360)

III.2.3.Niveau d'étude

Trois cent vingt-neuf patientes (91%) avaient fait des études, par contre 31 patientes soit 9% étaient analphabètes. Cent cinquante-sept patientes soit 44% avaient atteint le niveau d'étude secondaire (Figure 23).

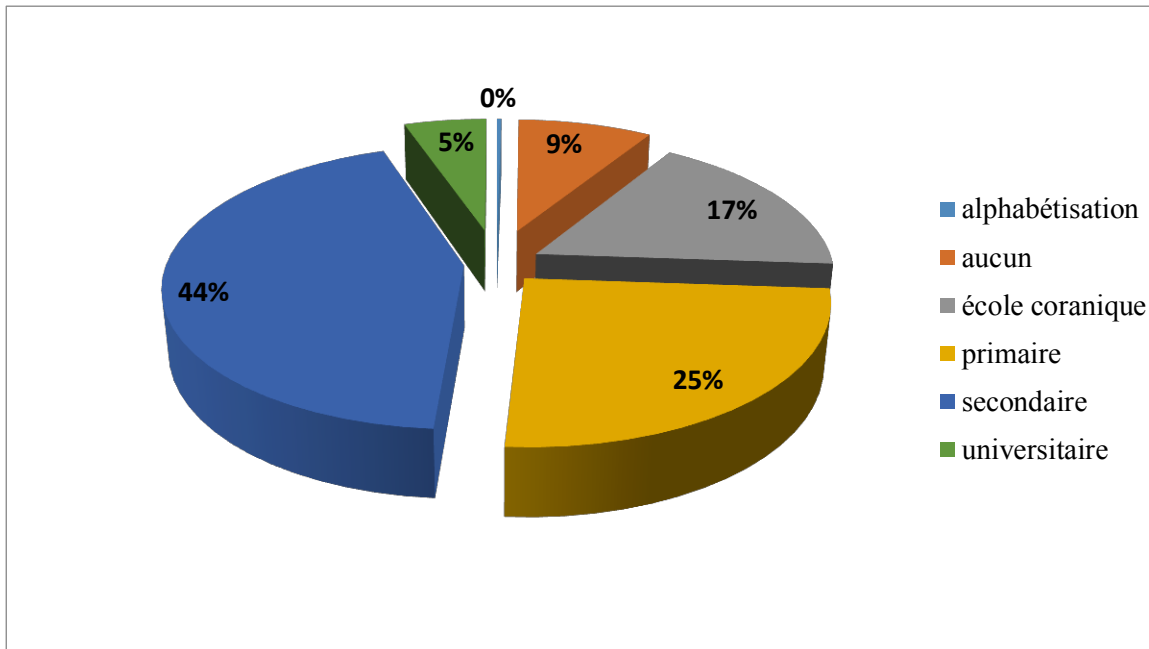


Figure 23: Répartition des patientes selon le niveau d'étude (N=360)

III.2.4. Catégorie socio-professionnelle

Les femmes au foyer (ménagères) étaient les plus représentées (46,9%), 17,8% avaient une activité libérale et 11,4% étaient des élèves (Tableau V).

Tableau V: Répartition des patientes selon la catégorie socio-professionnelle

Profession	Effectifs	Pourcentages
Ménagère	169	46,9%
Libérale	64	17,8%
Elève	41	11,4%
Couturière	26	7,2%
Aucune	18	5%
Coiffeuse	16	4,5%
Etudiante	12	3,3%
Enseignante	6	1,7%
Commerçante	3	0,8%
Agente de société	2	0,5%
Hôtelière	1	0,3%
Assistante infirmier	1	0,3%
Assistante croix rouge	1	0,3%
Total	360	100%

III.2.5. Situation matrimoniale

Trois cent neuf patientes étaient mariées (85,8%). Parmi les 309 mariées, 78% étaient sous régime monogame et 22% sous régime polygame.

III.2.6. Ethnies

L'ethnie la plus représentée était Diola avec une proportion de 32,7%. Il s'en suivait les mandingues (26,9%), puis les peulhs (21,9%) (Figure 24).

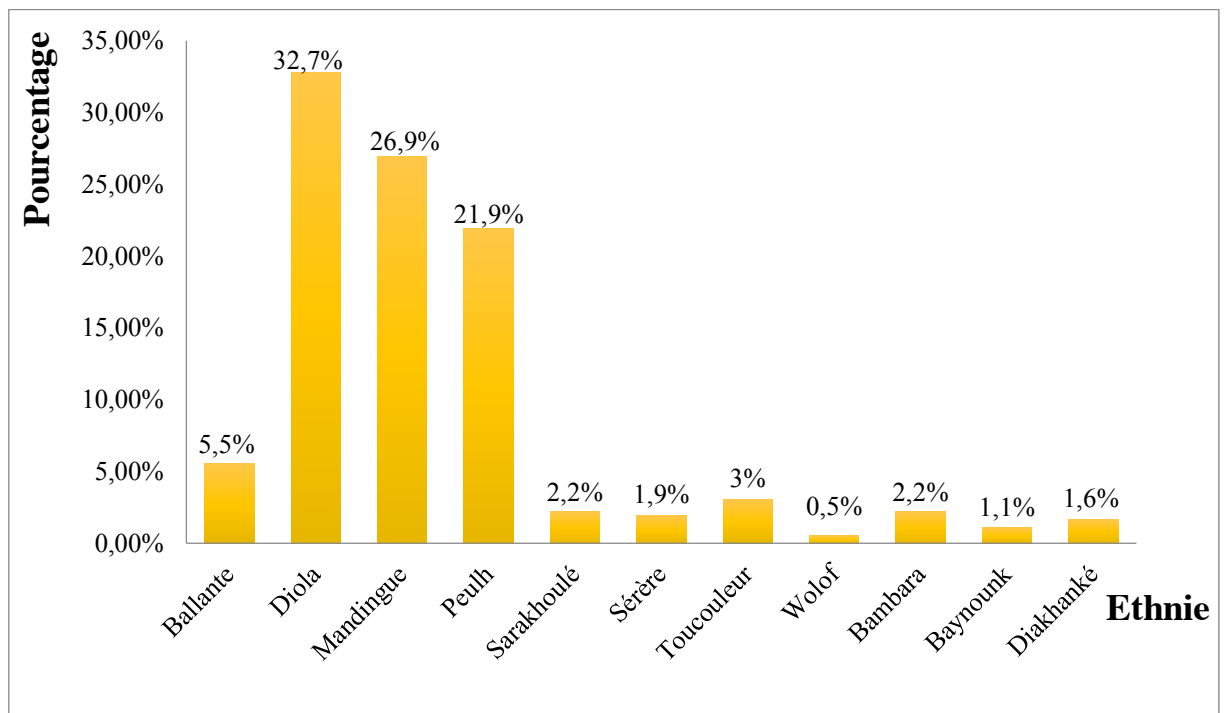


Figure 24: Répartition des patientes selon le groupe ethnique (N=360)

III.2.7. Appartenance religieuse

Trois cent cinquante-huit patientes soit 99,4% étaient de religion musulmane et deux (0,6%) étaient chrétiennes.

III.2.8. Niveau socio-économique

La majorité des patientes (264) soit 73,3% des cas avaient un niveau socio-économique moyen, 92 patientes (25,5%) avaient un niveau socio-économique bas et 4 patientes (1,1%) avaient un bon niveau socio-économique.

III.2.9. Gestité / Parité

- Gestité

La Gestité moyenne était de 3 avec des extrêmes de 1 et 16 gestes. La majorité des patientes étaient soit des pauci gestes (36,9%), soit à leur première grossesse (32,5%). (Tableau VI).

Tableau VI: Répartition des patientes selon la Gestité

Gestité	Effectifs	Pourcentages
Primigeste	117	32,5%
Paucigeste	133	36,9%
Multigeste	62	17,2%
Grande multigeste	48	13,4%
Total	360	100%

- Parité

La parité moyenne était de 2,7 avec des extrêmes de 1 et 11 pares. La majorité des patientes était des paucipares (38%) et des primipares (35,6%). (Tableau VII).

Tableau VII: Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectifs	Pourcentages
Primipare	128	35,6%
Paucipare	137	38%
Multipare	60	16,7%
Grande multipare	35	9,7%
Total	360	100%

III.3. ANTECEDENTS OBSTÉTRICAUX

III.3.1. Fausse couche spontanée

Cinquante-deux parturientes (14,4%) avaient au moins fait une fois une fausse couche spontanée.

III.3.2. Mort fœtale in utero

Il y avait une notion de mort fœtale in utero chez 33 patientes durant leurs grossesses antérieures (9,2%).

III.3.3. Notion d'enfant réanimé à la naissance

La majorité des patientes (265) soit 73,7% des cas n'avait pas signalé une notion de réanimation de l'un de leurs enfants durant leurs accouchements antérieurs. Par contre sept patientes avaient répondu oui à la question (Tableau VIII).

Tableau VIII: Notion de réanimation chez les NNE

Réanimation NN1	Effectifs	Pourcentages
Ne sait pas	88	24,4
Oui	7	1,9%
non	265	73,7%
Total	360	100%

III.3.4. Modalités d'accouchement antérieur

Parmi 235 patientes 191 avaient accouché normalement soit une proportion de 81,2%. Quarante-trois patientes soit 18,29% avaient bénéficié au moins d'une césarienne.

III.3.5. Notion de traumatisme obstétrical

Le nombre de cas de traumatismes obstétricaux était de 92 parmi 235 patientes qui avaient accouché par voie basse soit une proportion de 39,1%.

Parmi les 92 patientes, 77 (83,69%) avaient bénéficié d'une épisiotomie et 15 patientes (16,30%) avaient présenté une déchirure périnéale.

III.4. HISTOIRE DE LA MUTILATION

III.4.1. Age au moment de l'acte

Plus de la moitié des patientes (65,8%) n'avaient aucune idée de leur âge au moment de la mutilation. Toutefois, 21,1% des patientes étaient excisées entre 5 et 10 ans (Figure 25).

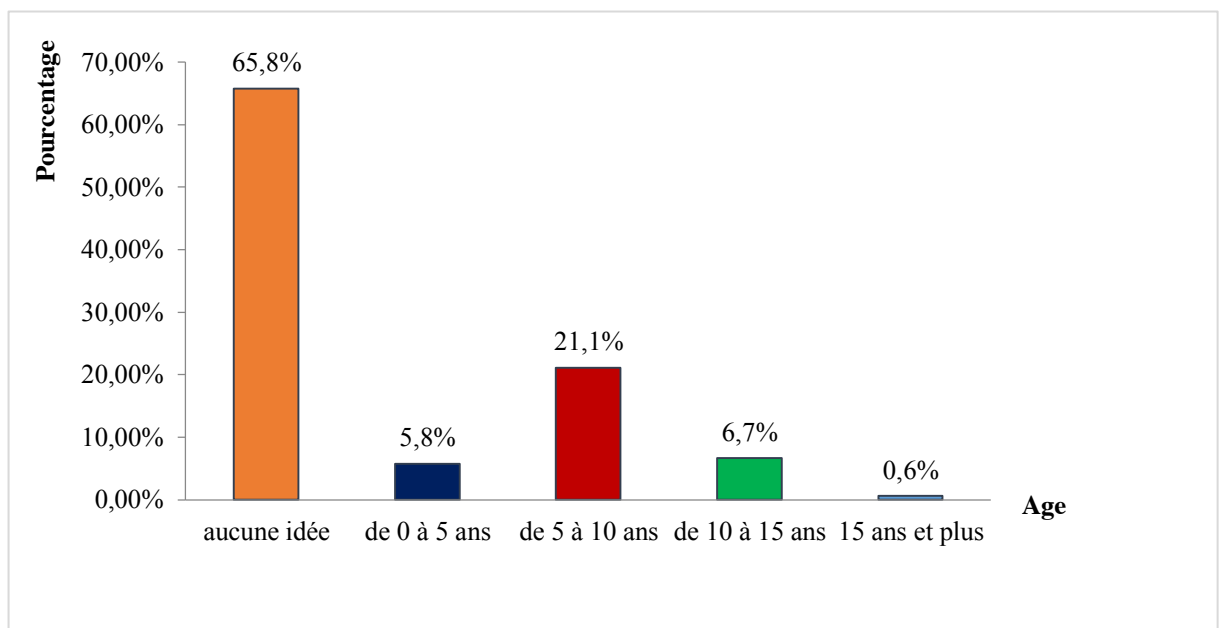


Figure 25: Répartition des patientes selon l'âge au moment de la mutilation (N=360)

III.4.2. Lieu de la mutilation

La plupart des patientes avaient été mutilées dans les départements de Ziguinchor et de Bignona, soit une proportion de 23% pour chaque département.

Quatre-vingt-trois patientes (23%) avaient été mutilées dans d'autres régions du Sénégal. Soixante-quatre patientes (18%) avaient été mutilées hors du Sénégal (figure 26).

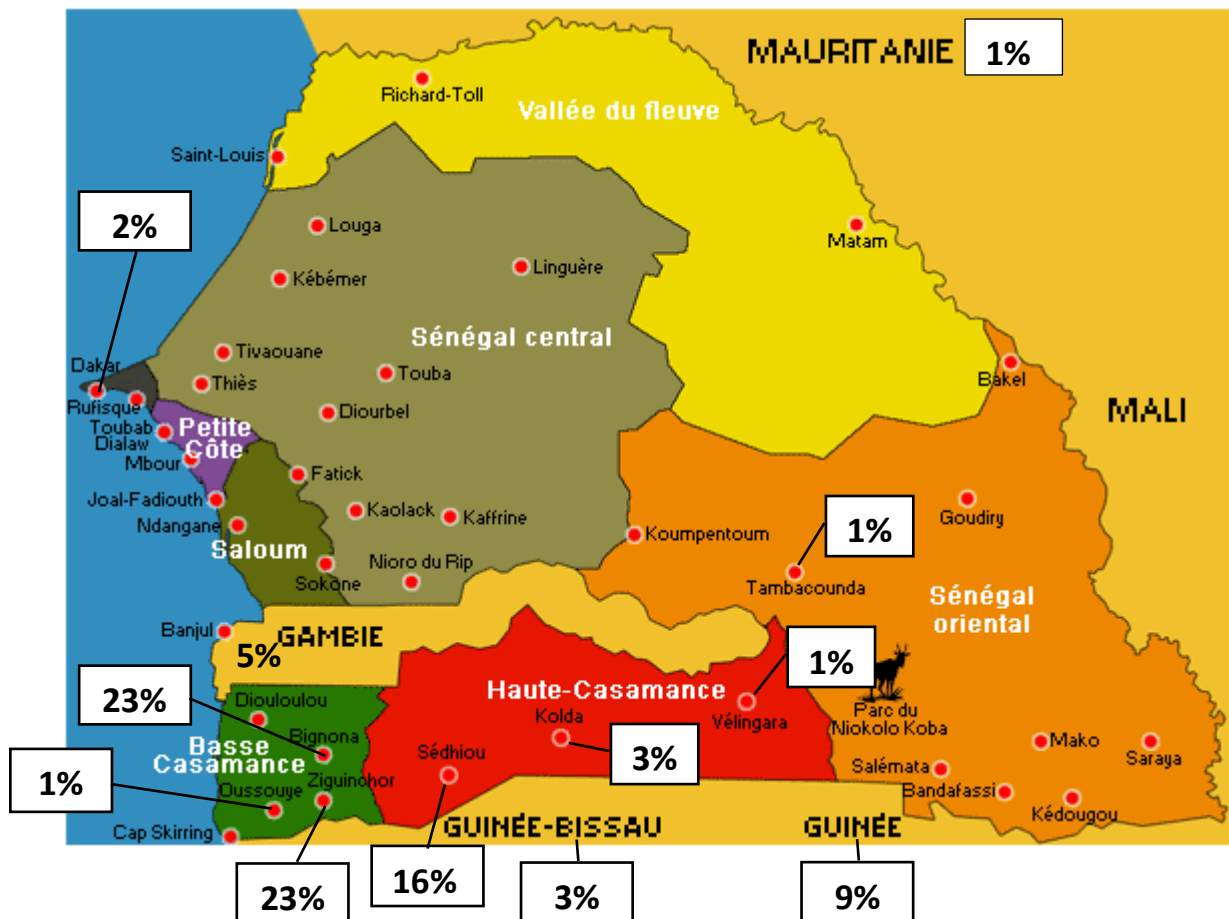


Figure 26: Répartition selon le lieu de la mutilation (N=360)

III.4.3. Les motifs de la mutilation

Les patientes étaient interrogées sur les raisons de la pratique de la mutilation. Certaines patientes avaient évoqué plusieurs raisons. Les raisons les plus évoquées étaient celles socio-culturelles avec une proportion de 52,5% (Figure 27).

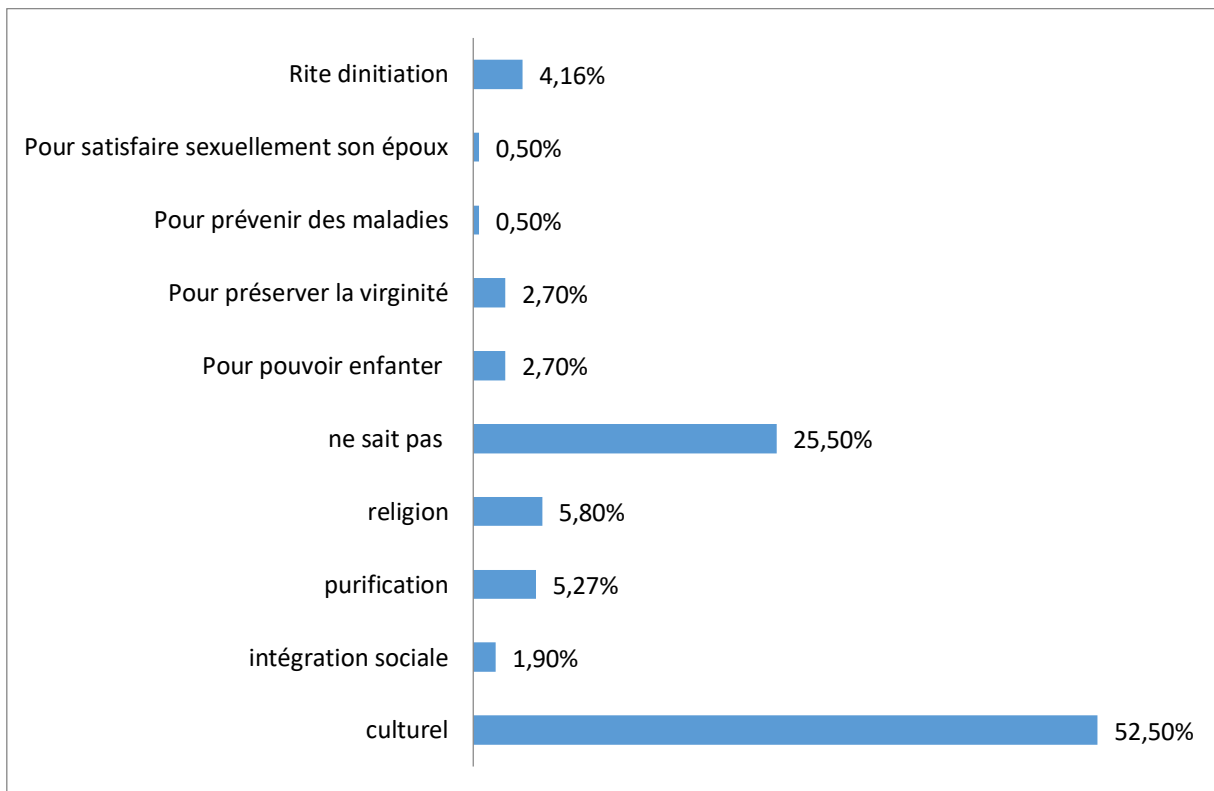


Figure 27: Répartition selon le motif de la mutilation (N=360)

III.4.4. Typologie de la mutilation

Deux cent soixante-dix-huit patients soit 77,2% avaient subi une mutilation de type II (Figure 28).

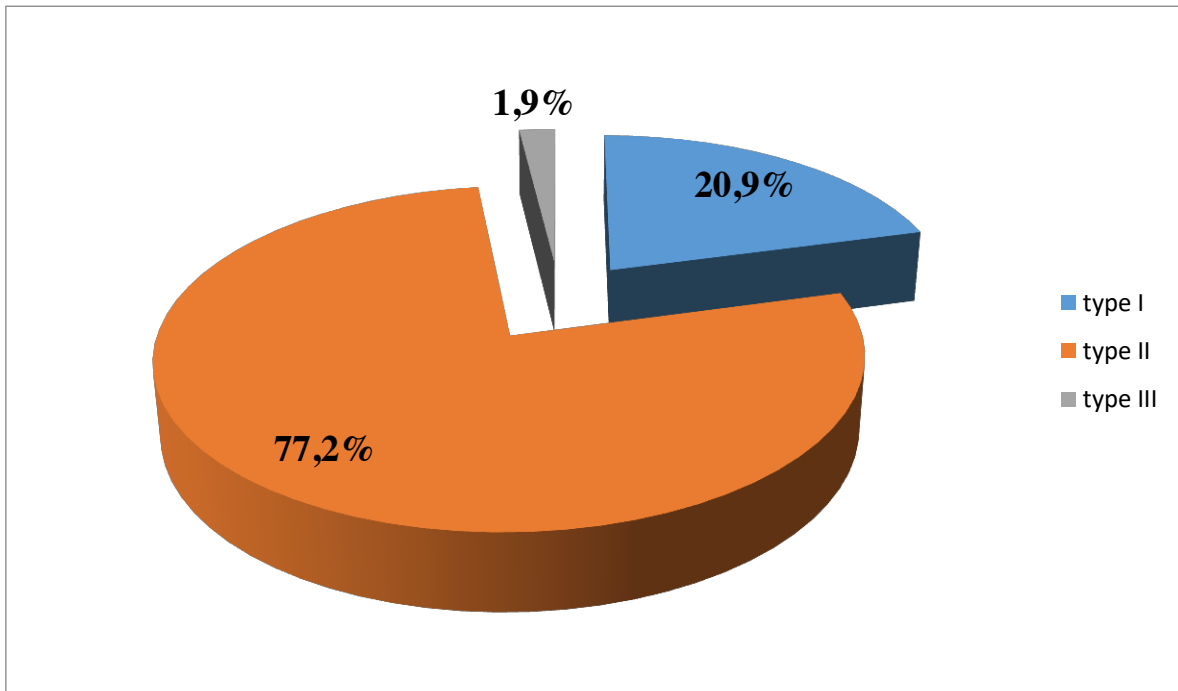


Figure 28: Répartition selon les types de mutilation (N=360)

III.5. DONNÉES OBSTÉTRICALES

III.5.1. Type de grossesse

Trois cent quarante-quatre parturientes soit 95,6% des cas parturientes avaient une grossesse monofoetale. Seize patientes soit 4,4% avaient une grossesse gémellaire.

III.5.2. Terme de la grossesse à l'admission

Trois cent vingt-quatre parturientes soit 90% des cas avaient mené leur grossesse à terme. Vingt-neuf femmes soit 8,1% avaient un accouchement prématuré. Sept parturientes soit 1,9% avaient dépassé le terme de la grossesse.

III.5.3. Modes d'accouchement

La majorité des patientes (61,4%) avaient accouché par voie basse spontanée. Cependant le taux de césarienne basse transversale s'était élevé à 35,8% (Tableau IX).

Tableau IX: Répartition selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectifs	Pourcentages
Voie basse spontanée	221	61,4%
Césarienne	129	35,8%
Voie basse déclenchée	5	1,4%
Ventouse	5	1,4%
Forceps	0	0,0%
Total	360	100%

III.5.4. Modalités du travail

Le travail était spontané chez 343 patientes (95,3%). Parmi celles qui étaient déclenchées (4,7 %), les motifs étaient les suivants : une pré éclampsie sévère pour 11 patientes (3,05%), un dépassement de terme pour 4 patientes (1,11%) et une rupture prématurée des membranes pour 2 patientes (0,55%).

III.5.5. Phase du travail à l'admission

A l'admission 190 patientes étaient à la phase active du travail (76,3%). Cinquante-huit patientes, soit 23,2% étaient arrivées à dilatation complète. Une seule patiente était venue en phase de latence (0,4%) (Tableau X).

Tableau X: Dilatation du col à l'admission des parturientes

Dilatation du col (cm)	Effectif	Pourcentage
moins de 4	1	0,4%
de 4 à 9	190	76,3%
10	58	23,2%
Total	249	100%

III.5.6. Durée de la phase active

La durée moyenne de la phase active du travail était de 3h 26min 16s avec des extrêmes de 3 minutes et 12 heures.

Cent quatre-vingt-six patientes soit 95,8% des cas avaient une durée de la phase active inférieure ou égale à 6h et 8 patientes soit 4,1 % avait une durée de la phase active supérieure à 6h.

III.5.7. Durée d'expulsion

Parmi les 360 parturientes, 231 avaient pu accoucher par voie basse. Cependant, la durée d'expulsion n'était précisée chez 20 patientes. Ainsi nous avons fait l'étude sur 211 parturientes.

La durée d'expulsion moyenne était de 56 min 37 secondes avec des extrêmes de 1 minute et de 8 heures. Cent deux parturientes (48,3%) avaient une durée d'expulsion inférieure à 30min par contre 109 (51,7%) avaient une durée supérieure ou égale à 30 min (tableau XI).

Tableau XI: Répartition des patientes selon la durée d'expulsion

Durée	Effectifs	Pourcentages
moins de 30min	102	48,3%
30 min et plus	109	51,7%
Total	211	100%

III.5.8. RPM et durée de la RPM

Quatre-vingt-neuf patientes soit 24,7% avaient fait une RPM. La notion de RPM n'a pas été précisée sur 12 dossiers (3,3%).

La durée de RPM n'a pas été précisée chez la majorité des parturientes (88,1%) (Tableau XII).

Tableau XII : Répartition des patientes selon la durée de la RPM

Durée RPM (h)	Effectifs	Pourcentages
non précisée	317	88,1%
moins de 12h	16	4,4%
de 12h à 24h	8	2,2%
de 24h à 48h	8	2,2%
48h et plus	11	3,1%
Total	360	100%

III.5.9. Liquide amniotique

L'aspect du liquide amniotique n'était pas précisé dans 30,8% des cas.

Le liquide amniotique était clair dans 44,2% des cas soit (Tableau XIII).

Tableau XIII: Répartition des patientes selon l'aspect du LA

Liquide amniotique	Effectifs	Pourcentages
Clair	159	44,2%
Teinté	82	22,7%
Méconial	2	0,6%
Hématique	4	1,1%
Purée de pois	2	0,6%
Non précisé	111	30,8%
Total	360	100%

III.5.10. Dystocie

Cinquante-six parturientes (15,5%) avaient présenté une dystocie durant l'accouchement réparties comme suit :

- 29 parturientes avaient présenté une dystocie mécanique (8%).
- 19 avaient présenté une dystocie dynamique (5,3%).
- 8 parturientes avaient présenté une dystocie fœtale (2,2%).

III.5.11. Score d'Apgar

La moyenne du score d'Apgar à la première minute était de 7,8. Sur 376 nouveaux nés, 261 (69,4%) avaient un score d'Apgar compris entre 8 et 10 à la première minute (Tableau XIV).

Tableau XIV: Répartition des nouveaux nés selon le score d’Apgar à la 1^{ère} minute

Apgar M1	Effectifs	Pourcentages
moins de 3	17	4,5%
de 3 à 7	98	26,1%
de 8 à 10	261	69,4%
Total	376	100%

A la cinquième minute la moyenne du score d’Apgar était de 8,8 et 85,1% des nouveaux nés avaient un score compris entre 8 et 10 (tableau XV).

Tableau XV: Répartition des nouveaux nés selon le Score d’Apgar à la 5^e minute

Apgar M5	Effectifs	Pourcentages
moins de 3	16	4,3%
de 3 à 7	40	10,6%
de 8 à 10	320	85,1%
Total	376	100%

III.5.12. Réanimation à la naissance

Soixante nouveaux nés, soit une proportion de 16,66%, avaient été réanimés à la naissance.

III.5.13. Poids à la naissance

Le nombre de nouveaux nés était de 376 parmi lesquels 16 jumeaux. Le poids moyen était de 2516,6grs avec des extrêmes de 300 grs et 4300 grs. 101 nouveaux nés (26,9%) étaient de petits poids de naissance. Parmi ces 101 nouveaux nés hypotrophes 7 étaient des jumeaux soit 6,93% (Tableau XVI).

Tableau XVI: Répartition des nouveaux nés selon le poids de naissance

Poids (gr)	Effectifs	Pourcentages
Moins de 2500	101	26,9%
De 2500 à 3500	241	64,1%
3500 et plus	34	9,0%
Total	376	100%

III.5.14. Notion de désinfibulation

Aucune patiente n'avait subi une désinfibulation pendant l'accouchement.

III.5.15. Motifs de césarienne

Trente-trois indications de césarienne ont été rapportées. Il faut noter qu'une patiente pouvait avoir plusieurs indications. Ainsi les plus fréquentes étaient les suivantes :

-les utérus cicatriciels (21,7%)

-la prééclampsie sévère (17,8%)

-la rupture prématurée des membranes (9,3%)

-le défaut d'engagement et la souffrance fœtale aigue représentaient chacun 7,7%. Le tableau XVII détaille les indications marquées. Cependant on peut les regrouper en 3 groupes : Indication maternelle (72,2%), Indication fœtale (18%) et Indication mixte (19,5%).

Tableau XVII: Répartition des indications de césarienne (N=129)

Indication	Effectifs	Pourcentages
Utérus cicatriciel	28	21,7%
Prééclampsie sévère	23	17,8%
Rupture prématurée des membranes	12	9,3%
Défaut d'engagement	10	7,7%
Hématome rétro placentaire	10	7,7%
Souffrance fœtale aigue	10	7,7%
Dilatation stationnaire	6	4,6%
Bassin transversalement rétréci	4	3,1%
Défaut d'expulsion	3	2,3%
Eclampsie	3	2,3%
Grossesse précieuse	3	2,3%
Macrosomie	3	2,3%
Placenta praevia	3	2,3%
Bassin généralement rétréci	2	1,5%
Diabète gestationnel	2	1,5%
Dystocie de démarrage	2	1,5%
Hydramnios	2	1,5%
Hydrocéphalie	2	1,5%
Prééclampsie modérée	2	1,5%
Présentation de face	2	1,5%
Procidence du cordon	2	1,5%
Bassin immature	1	0,7%
Bassin limite	1	0,7%
Disproportion foeto pelvienne	1	0,7%
Dystocie osseuse	1	0,7%
Etat de mal éclamptique	1	0,7%
Grossesse gémellaire/J1 transversal	1	0,7%
Hauteur utérine excessive	1	0,7%
Cedème aigu du poumon	1	0,7%
Primi siège /bassin immature	1	0,7%
Rupture utérine sous séreuse	1	0,7%
Siège	1	0,7%
Syndrome de pré rupture	1	0,7%

III.5.16. Etat du périnée

Le périnée des accouchées était intact chez 244 parturientes soit 67,7%.

Soixante-quinze patientes soit 20,8% avaient bénéficié d'une épisiotomie (Tableau XVIII).

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon l'état du périnée (N=360)

Périnée	Effectifs	Pourcentages
Intact	244	67,7%
Déchirure simple	46	12,7%
Déchirure complète	5	1,3%
Déchirure complète compliquée	1	0,2%
Episiotomie	75	20,8%

III.5.17. Délivrance

Deux cent trente-trois patientes soit 64,7% avaient bénéficié d'une gestion active de la 3^{ème} phase de l'accouchement (GATPA).

Cent vingt-six (126) patientes soit un taux de 35,3% avaient une délivrance artificielle suivi de révision utérine.

III.5.18. Complications maternelles immédiates

Quatre patientes avaient fait une hémorragie du post partum (1,1%).

Une patiente était en état de choc hémorragique (0,2 %).

Dix patientes soit 2,7% des cas avaient développé une anémie. Une patiente avait fait une infection puerpérale (0,27%). Une patiente avait fait un HEELP

syndrome associé à un œdème aigu du poumon (0,27%). Une patiente avait fait une HTA persistante (0,27%).

III.5.19. Complications néonatales

Trois cent six nouveaux nés soit 81,3% n'avait présenté aucune complication.

Quarante-six nouveaux nés, soit 12,8% des cas avaient fait une souffrance fœtale aigue (Tableau XIX).

Tableau XIX: Répartition des complications néonatales (N=376)

Complications néonatale NN1	Effectifs	Fréquences
Aucune	306	81,3%
infection néonatale	6	1,6%
Mort-né frais	13	3,4%
Mort-né macéré	3	0,8%
Souffrance fœtale aigue	46	12,2%
Etat de mort apparente	2	0,5%
Total	376	100%

III.5.20. Mortinatalité

Au total nous avons enregistré 16 morts nés, soit 44,4‰ des cas parmi lesquelles un jumeau.

III.5.21. Séquelles de traumatisme obstétrical

La présence de séquelles de traumatisme obstétrical n'a pas été précisée sur l'essentiel des dossiers (99,44%).

IV. DISCUSSION

IV.I. LIMITES DE L'ETUDE

Notre étude nous avait permis de déterminer l'aspect socio-démographique des parturientes mutilées, le pronostic materno-fœtal de l'accouchement et nous avait aussi permis de faire le point sur la pratique des MGF dans la région.

Cependant nous avons rencontré un certain nombre de difficultés :

- Durant la collecte des données certaines fiches avaient été rejetées soit parce que certaines rubriques avaient été mal remplies soit pour des raisons de non-conformité avec les critères d'inclusion.
- Durant l'interrogatoire, certaines parturientes étaient réticentes à répondre à certaines questions considérées comme tabou.
- D'autre part une barrière linguistique se présentait avec certaines parturientes obligeant parfois à chercher une interprète le plus souvent les sages-femmes ou matrones pour faciliter la communication.
- Certaines parturientes refusaient catégoriquement d'aborder le sujet par crainte d'une dénonciation même si elles avaient été bien éclairées sur les objectifs de l'étude au préalable.
- Le caractère mutilée ou pas ne figurait pas dans les dossiers d'accouchement, ainsi la classification de la mutilation nécessitait un examen physique des parturientes qui s'avérait être compliqué car certaines refusaient d'être examinées par un homme. De ce fait, on était obligé d'impliquer les sages-femmes afin de typer les mutilations.

- Les parturientes qui ne présentaient pas de complications immédiates à l'accouchement étaient libérées justes après quelques heures de surveillance du fait de l'insuffisance de lits d'hospitalisation. Ce qui ne nous permettait pas de les suivre pendant longtemps dans le post partum afin de guetter des complications pouvant survenir au moyen terme.
- Le remplissage des partogrammes de certaines parturientes n'était fait qu'à la fin de l'accouchement dans certains sites d'étude ce qui rendait difficile l'exploration de la phase active et expulsive du travail.

IV.2. EPIDEMIOLOGIE

IV.2.1. Prévalence

La prévalence globale chez les parturientes était de 27,5%. Cette prévalence est nettement plus faible que celles trouvées dans d'autres études faites dans la région de Ziguinchor en particulier celle de la IV^e Enquête Démographique et de Santé du Sénégal réalisée en 2010 qui avait donné une prévalence de 55,5% dans la population générale. De même Diallo D et al [72] dans leur étude réalisée à l'hôpital régional de Ziguinchor avait une prévalence de 56,4 %.

Cette divergence statistique pourrait être expliquée par une différence de méthodologie adoptée ; tous les cas n'étant pas inclus. Cependant même si la pratique des MGF se fait toujours dans nos contrées, une baisse considérable de la prévalence avait été constatée durant ces 20 dernières années. En effet, selon l'EDS 2010 [45], la proportion de femmes mutilées dans la région de Ziguinchor est passée de 69,3 % en 2005 à 55,5 % en 2010 soit une baisse de 13,8 % en 5

ans. Donc cette tendance à la baisse pourrait aussi expliquer la prévalence dans la présente étude.

IV.2.2. Profil des parturientes mutilées

- **Age**

Dans notre étude, les patientes avaient une moyenne d'âge de 26,5 ans avec une prédominance de la tranche d'âge de 15 à 29 ans (66,11%). De même, Diallo D et al [72] dans leur étude faite au Sénégal avaient une moyenne d'âge de 25,6 ans. Nous observons que la population est relativement jeune. Mais encore d'autres auteurs avaient presque la même moyenne à savoir Sawadogo [73] à Ouagadougou sur une étude sur la population générale avait trouvé 25,8 ans, Ndiaye [74] au Burkina Faso avec une moyenne de 24 ans et l'OMS [4] dans un rapport sur les MGF à propos de 6 pays africains avait trouvé une moyenne d'âge de 25 ans avec une prédominance de la tranche d'âge comprise entre 20 et 24 ans. Par contre, la moyenne d'âge était plus élevée dans certaines séries européennes notamment celles de Real [75] et de Laloux [76] qui avaient rapporté des moyennes d'âge respectives de 30,2 et 30,27 ans.

En effet, il faut dire que cette tranche de la population jeune correspond à celle où l'activité génitale est encore en cours. Aussi, le mariage et la maternité précoce favorisés par les conditions socio-économiques défavorables et le caractère pro nataliste de certaines ethnies peuvent être la raison de ce constat.

En réalité, plus de la moitié des femmes au Sénégal (78%) entrent en union avant l'âge de 25 ans selon l'EDS 2010 [45] et l'âge médian de la première naissance est de 21 ans.

- **Lieu de résidence**

Dans notre étude plus de la moitié (60%) des parturientes résidaient dans la ville de Ziguinchor. De même, Diallo D et al [72] avaient une proportion de 61,2 % de parturientes qui résidaient en milieu urbain. Nos résultats rejoignent celles de l'EDS V du Sénégal de 2010 [45] montrant une prévalence des femmes mutilées en hausse dans les milieux urbains (23.4% contre 27.8% en milieux ruraux). Cependant l'OMS [4] rapporte que 59% des patientes qui n'avaient pas subi une mutilation génitale provenaient du milieu urbain.

Ces résultats pourraient être liés à l'effet de la forte migration de la population des villages vers les centres villes.

- **Niveau d'étude**

La population étudiée était composée majoritairement de femmes scolarisées soit 74%. Ce taux était plus élevé que celui retrouvé dans l'étude de Thera au Mali (47,1%) [77].

Les données nationales de l'EDS 2010 [45] avaient révélé que 57,9 % des femmes sénégalaises n'avaient aucune instruction, cependant dans notre étude seules 9% des patientes étaient analphabètes.

Dans notre série, 25% des patientes se sont limités au niveau primaire, 44% au niveau secondaire et peu de patientes soit 5% avaient atteint le niveau

universitaire. En effet, la majorité des patientes poussaient leurs études jusqu'au niveau secondaire mais ne faisaient pas des études universitaires. Ceci s'explique soit par l'échec soit par l'abandon des études pour fonder une famille. Nous avons aussi un taux important de patientes qui avaient fréquenté l'école coranique (17%) traduisant la forte présence de la religion musulmane.

En somme, nous pouvons déduire de cette analyse que les MGF n'altèrent pas le développement intellectuel de l'individu ; en revanche le fait d'avoir un bon niveau d'instruction n'exclue pas le fait d'être mutilé ou n'en réduit pas le risque.

- **Catégorie socio-professionnelle**

Dans notre série, les ménagères étaient les plus représentés et faisaient 46,9% des cas. Sawadogo [73] avait fait le même constat dans son étude avec une proportion de ménagère plus élevée (76,7%). La femme a été longtemps considérée dans certaines coutumes africaines et même sénégalaises comme inférieure à l'homme et devant se soumettre à lui, ou du moins comme une personne devant seulement s'occuper de son foyer.

L'une des raisons de la pratique de la MGF est d'initier l'enfant au mariage et de le préparer à rejoindre sa future belle-famille conformément aux attentes de la communauté. D'ailleurs, il était impossible de se marier dans certaines traditions si la femme n'était pas mutilée. En outre, la mutilation serait aussi un moyen de préserver la domination de la femme par l'homme ainsi la contraignant à rester au foyer et de ne s'occuper que des tâches ménagères. D'autres facteurs comme

le mariage précoce et le bas niveau d'étude pourraient expliquer ce taux important de ménagères.

- **Situation matrimoniale**

Dans notre étude, 85,5% des patientes étaient mariées dont 22 % sous régime polygame. Diallo D et al [72] dans leur étude avait trouvé 91,2 % de mariées. Au plan national, l'enquête démographique de 2015 [78] donnait un taux de 65% de femmes âgées de 15 à 49 ans en union et avait trouvé que 32% des femmes sénégalaises étaient en union polygame. Cette situation comparable révèle que notre population d'étude est le reflet de la population nationale. Dans certaines communautés les filles devraient être mutilées pour prétendre avoir un mari. Ceci pourrait expliquer le taux élevé de femmes mariées dans notre série.

- **Ethnie**

Dans notre étude, les ethnies les plus représentées étaient les diolas (32,8%) et les mandingues (26,9%). Ce constat avait été fait dans l'EDS 2010 du Sénégal [45] qui avait trouvé une prévalence plus élevée de la pratique chez les mandingues (81,9%), suivie des diolas (51,5%).

La prévalence de l'excision est très influencée par l'appartenance ethnique, ainsi le taux plus important de diola dans notre population d'étude peut être expliqué par une forte occupation de la ville de Ziguinchor par les diolas par rapport aux autres ethnies en l'occurrence les mandingues qui sont d'habitude, plus concentrés dans la région de Sédhiou.

- **Appartenance religieuse**

Dans notre étude, les patientes étaient essentiellement de religion musulmane (99,4%). Ces chiffres pourraient s'expliquer par le fait que la majorité des exciseuses évoquent la religion musulmane pour justifier la pratique.

- **Niveau socio-économique**

Dans notre étude, 73,3% des patientes avaient un niveau socio-économique moyen et 25% avaient un niveau socio-économique bas. Ailleurs Diallo et al [72] avaient trouvé que 46,4 % des patientes avait un niveau socio-économique jugé modeste. En effet, la majorité des parturientes dans notre série étaient des ménagères sans revenu (46,9%) et dépendaient juste du revenu de leurs époux pour faire face à leurs besoins. D'autres parturientes (17,7 %) avaient une profession libérale sans revenu fixe.

IV.2.3. Facteurs expliquant la pratique des MGF chez les parturientes.

Dans notre série 24,8 % des parturientes n'avaient aucune idée de la raison pour laquelle elles avaient été mutilées. En effet, la décision de la mutilation revenait le plus souvent aux parents d'autant plus que la majorité des femmes étaient mutilées à la petite enfance, donc très petites pour comprendre les raisons de cet acte. Par contre, 51% des patientes pensaient que c'était pour des raisons socio-culturelles. Cette pratique est en effet considérée comme faisant partie des obligations de la famille dans certaines ethnies, en l'occurrence les ethnies mandingue et diola. Ainsi, les parents qui choisissent de ne pas mutiler leurs filles reçoivent de fortes pressions provenant de la communauté et de la famille, exposant aussi leurs filles au rejet et à la mise en marge de la communauté.

IV.2.4. Age au moment de l'acte

Dans notre étude, 21,1% des parturientes avaient été mutilées entre 5 et 10 ans et 65,8% des parturientes n'avaient aucune idée de l'âge auquel elles avaient été mutilées. Ces données traduisent que les exciseuses faisaient l'acte le plus souvent pendant la petite enfance, raison pour laquelle bon nombre d'entre elles ignorait qu'elles avaient été mutilées. Aussi, nous constatons une déritualisation de la pratique qui a perdu de sa visée initiatique et de son caractère éducatif. Cependant elle reste un marqueur d'appartenance à un groupe. Par ailleurs, avec une moyenne d'âge de 26,5 ans nous pouvons dire que ces parturientes avaient été mutilées au minimum 16 ans en arrière.

IV.2.5. Lieu de la mutilation

La majeure partie des patientes avait été mutilées dans les départements de Ziguinchor (23%) et de Bignona (23%). Néanmoins 24% des patientes avaient été mutilées hors de la région de Ziguinchor. En réalité la pratique des MGF se faisait un peu partout dans le pays mais à des proportions différentes.

Dans notre série, beaucoup de parturientes avaient rapporté avoir été mutilées dans des quartiers du centre-ville de Ziguinchor par des exciseuses reconnues sans aucune cérémonie. Dix-huit pourcent (18%) avaient subi leur mutilation hors du Sénégal. Ce taux pourrait être lié d'une part à la clandestinité de la pratique ; certains parents pour exciser leurs enfants, les amènent dans des pays voisins où les lois s'avèrent moins rigoureuses sur la pratique. En outre, ce phénomène pourrait être expliqué par la situation géographique la région de

Ziguinchor qui abrite beaucoup d'individus originaires des pays limitrophes à savoir la Guinée Conakry, la Gambie et la Guinée Bissau où la pratique est aussi répandue.

IV.3. PROFIL TYPOLOGIQUE

Dans notre étude 77,2% des patientes avaient subi une mutilation de type II, 20,8 % avaient subi une mutilation de type I et 1,9 % avaient une mutilation de type III. Ces résultats sont comparables à ceux de Diallo D et al [72] où la proportion de type II était de 67,9 %, type I dans 30,7 % des cas et 1,4 % pour le type III. Dans la même lancée Théra T [77], au mali avait trouvé un taux plus élevé de type II (90,7%). En outre l'OMS avait rapporté une prévalence plus élevée de type II dans les pays suivants : Sénégal (54%), Ghana (28%), Burkina Faso (45%). Par contre, il y avait un taux plus élevé du type III (73%) au Soudan et du type I (63%) au Nigéria [4]. A travers ces chiffres nous pouvons retenir que les types I et II étaient plus pratiqués en Afrique de l'ouest y compris le Sénégal. Les formes de mutilation les plus pratiquées dans notre d'étude étaient les types II et I (OMS), néanmoins nous rencontrons de rares exceptions de type III. Cependant, ces types de MGF rencontrés en majorité dans notre étude n'entraîneraient pas de complications obstétricales graves.

IV.4. PRONOSTIC DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

▪ **Terme de la grossesse**

Dans notre étude, 90% des patientes avaient mené leur grossesse à terme. Ces résultats sont comparables à celui de Fomba DD [79] pour qui 85% des patientes étaient à terme dans son étude sur la relation entre la consultation prénatale, le devenir de la grossesse et de l'accouchement faite au Mali. Ainsi, nous pouvons retenir que les mutilations n'altèrent point la poursuite de la grossesse jusqu'à son terme.

▪ **Déclenchement du travail**

Le travail était déclenché chez 4,7% des parturientes. Les indications étaient essentiellement liées à des complications de la grossesse, à savoir : la pré éclampsie sévère (3,05%), la rupture prématurée des membranes (0,5%) et le dépassement de terme (1,1%). En dehors de la RPM, les indications de déclenchement ne pouvaient pas être rattachées à la mutilation.

▪ **Phase du travail à l'admission**

Dans notre série, 76,3% des parturientes étaient à la phase active du travail à l'admission, 0,4% en phase de latence et 23,3% en phase expulsive.

Nos résultats sont comparables à ceux de Djiteye M [80] qui avait trouvé dans son étude à Gao que 78,7% des parturientes étaient venues en phase active du travail.

Fomba DD [79] avait trouvé 44% de parturientes en phase de latence, 42% en phase active et 12% en phase expulsive.

Ces résultats traduisent que les parturientes de notre série arrivent le plus souvent au dernier moment dans les maternités pour accoucher. Ceci pourrait être expliqué par le fait que les grossesses étaient mal suivies voire pas suivies chez une bonne partie des parturientes.

- **Durée d'expulsion**

Dans notre série, 51,65 % des parturientes avaient une durée d'expulsion supérieure ou égale à 30 minutes et 48,34% avaient une durée d'expulsion inférieure à 30 minutes. Dans l'étude de Théra T et al [77] au Mali la durée d'expulsion était inférieure à 30 minutes dans 78,6% des cas chez les non mutilées. L'étude de Vernon C [81] à Paris avait trouvé chez les patientes non mutilées que 65,2% avaient une durée d'expulsion entre 0 et 15 minutes et 34,8% avait une durée d'expulsion comprise entre 15 minutes et 30 minutes. Cela pourrait être dû à la rigidité du périnée antérieur et au rétrécissement de l'orifice vulvaire des parturientes mutilées.

En comparant les différentes études nous pouvons en déduire que les MGF augmenteraient de manière discrète la durée d'expulsion.

- **Dystocie**

Dans notre série, 15,5% des parturientes avaient présenté une dystocie dont 8% était mécanique, 5,3% était dynamique et 2,2% était fœtale. Ce taux était

inférieur à celui retrouvé par Diallo A [82] où 31,25% des parturientes avaient présenté une dystocie dans une étude faite sur la population générale. De même Dissa L [83], avait trouvé un taux de 34,93%. Concernant le type de dystocie nous avons un taux plus important de dystocie mécanique (8%), comparable à Dissa L [83] (9,72%). En effet, le processus cicatriciel des MGF, par la formation d'un tissu moins souple que le tissu périnéal, pourrait provoquer une gêne au processus de l'accouchement notamment la dystocie des parties molles. Par contre l'allongement de la durée du travail n'est pas en rapport avec la cicatrice de la mutilation mais plutôt à la dynamique utérine et l'état du col utérin.

- **RPM et durée de la RPM**

La RPM était observée dans 24,7% des cas. Chez Famba DD [79], ce taux était de 37%. Konaté O [84], avait retrouvé une RPM dans 47,5%.

Nous constatons que le taux de RPM était plus élevé dans la population générale que chez nos parturientes mutilées. Fort de ce constat, la question à se poser est : est ce que les mutilations ne protégeraient-elles pas contre la RPM?

- **Aspect du liquide amniotique**

Le liquide amniotique était le plus souvent clair dans 44,2%. Ce même constat avait été fait par Konaté O [84] et par Famba DD [79], ces derniers avaient trouvé respectivement 70,5% et 56% de liquide amniotique clair dans des études faites sur la population générale. La coloration du liquide amniotique est en rapport avec l'émission de méconium par le fœtus. Ainsi il a été démontré que

l'hypoxie fœtale augmente le péristaltisme intestinal et pourrait conduire à l'émission importante de méconium. Etant donné que la majorité des nouveau-nés avaient un bon Apgar à la naissance, nous pouvons dire que la MGF pourrait ne pas influencer sur la coloration du liquide amniotique pour ne pas dire sur l'état du nouveau-né.

▪ **Score d'Apgar**

Dans notre série 69,4% des nouveaux nés avaient un score compris entre 8 et 10 à la première minute. A la cinquième minute ce taux était passé à 85,1%. De même Théra T [77] avait trouvé dans son étude que 93,6 % des nouveaux de mères non mutilées avaient un score d'Apgar supérieur ou égale à 7. Fomba DD [79] avait évalué ce même score et avait trouvé 62% à la première minute. Djitey [80] dans son étude avait trouvé 47,9% à la première minute. Nous constatons que le score d'Apgar était plus élevé dans notre série comparé celui trouvé par d'autres auteurs même chez des femmes non mutilées. Cette augmentation des chiffres de la première à la cinquième minute dans notre étude témoigne de la maîtrise par nos sages-femmes des gestes de réanimation des nouveaux nés en salle d'accouchement et de la précocité de la prise en charge. Cependant cette proportion importante de nouveaux nés ayant un score compris entre 8 et 10 dans la présente série nous permet de maintenir nos interrogations sur l'impact des MGF sur le pronostic fœtal.

▪ **Réanimation à la naissance**

Dans notre série, 16,6 % des nouveaux nés avaient été réanimés à la naissance. Ce pourcentage est élevé comparé à l'étude de Ndiaye P et al [74], chez qui une proportion de 3 % avait été trouvée chez les nouveaux nés de mère non mutilées. Théra T [77] avait trouvé dans son étude 7,9 % de réanimation chez les nouveaux nés de mères non mutilées. Cette attitude est à mettre en relation avec la situation pathologique maternelle ou fœtale avant et pendant l'accouchement mais pas toujours en rapport avec la MGF.

- **Poids à la naissance**

Dans notre série 26,9 % des nouveaux nés étaient hypotrophes, parmi lesquelles 6,9 % étaient des jumeaux. Données comparables à celles de Diallo D et al [72] qui avaient trouvé dans leur étude 14,6 % d'hypotrophes chez les primipares non mutilées et 12 % d'hypotrophes chez les multipares non mutilées. Quant à Vernon C [81] dans son étude n'avait pas trouvé de nouveaux nés hypotrophes dans les deux groupes de patientes. En outre l'OMS [4] rapporte 10% d'hypotrophes sur l'ensemble des accouchements, de même qu'il n'y avait pas de relation significative entre les mutilations génitales et le risque d'avoir un nouveau-né hypotrophes. L'hypotrophie étant le plus souvent liée à l'évolution de la grossesse en une réduction pathologique de l'équilibre de la grossesse.

- **Notion de désinfibulation**

Dans notre série, de rares parturientes avaient subi une infibulation (1,9 %). Même si la proportion de patientes avec une mutilation de type III était faible, aucune d'elles n'avait bénéficié d'une désinfibulation. Ceci pourrait être

expliqué par le fait que les sages-femmes n'étaient pas initiées à réaliser ce geste et de manière général à prendre en charge les parturientes mutilées. Ces dernières sont ainsi exposées au risque de césarienne ou de larges épisiotomies.

▪ **Mode d'accouchement**

Le taux de césarienne retrouvé dans notre étude était de 35,8%. Ndiaye P [74] avait trouvé dans son étude une fréquence de 1 % de césarienne concernant les parturientes non mutilées et 11% chez les mutilées. Quant à Théra T ce taux était encore bas chez les femmes non mutilées (4,3 %).

Selon Omer-Hashi, la césarienne est pratiquée chez 8,2 % des femmes avec MGF, contre 6,7% chez celles sans MGF [85]. Ainsi nous constatons une fréquence plus élevée de césarienne dans notre série comparée aux études faites sur des patientes non mutilées. Il faut noter aussi que cette fréquence augmente selon la sévérité de la mutilation. Selon l'OMS [4] les femmes ayant subi une mutilation de type II ou III avaient une probabilité significativement plus élevée de devoir accoucher par césarienne. Cependant les césariennes dans notre étude sont plus souvent liées à des indications obstétricales autres qu'une dystocie des parties molles.

▪ **Etat du périnée**

Dans notre série, 20,8 % des parturientes avaient bénéficié d'une épisiotomie. Résultat superposable à celui de Gondo D et al [86] qui avaient trouvé dans leur étude un taux d'épisiotomie de 17,9 % chez les parturientes mutilées. Cependant ce taux était plus faible chez celles non mutilées (9,6 %). En outre, Vernon C

[81] avait trouvé une proportion de 58,7 % chez les mutilées contre 22,8 % chez les non mutilées.

Concernant les déchirures périnéales nous avons enregistré 12,7% de déchirures simples, 1,3% de déchirures complète et 0,2 % de déchirures complètes compliquées, tandis que Vernon C [81] dans son groupe de parturientes non mutilées, avait 42,4 % de déchirures simples, 6,5 % de déchirures complètes et n'avait aucun cas de déchirures complètes compliqués. Par ailleurs Théra T [77] avait retrouvé chez les parturientes non mutilées 2,9 % de déchirures simples, 1,4 % de déchirure complète et pas de déchirures complètes compliquées. Ce taux important d'épisiotomie serait en rapport avec la prophylaxie des déchirures périnéales. En effet la majeure partie des parturientes, en l'occurrence les primipares bénéficiaient abusivement d'une épisiotomie quasi systématique à cause de l'étroitesse du périnée même s'il n'y avait pas d'autres indications.

- **Complications maternelles immédiates**

Dans notre série, de rares cas de complications liées à l'HTA étaient retrouvés, en réalité une patiente (0,27 %) avait présenté un HELLP syndrome associé à un OAP et une avait fait une HTA persistant (0,27 %).

Sawadogo [73] avait trouvé que 33,14% des patientes présentaient une HTA et ses complications sur une étude faite sur la population générale. Donc ces complications sont nullement attribuables aux MGF.

Concernant les hémorragies nous avons trouvées que 1,1 % avaient fait une hémorragie de la délivrance, et une patiente soit 0,2 % était en état de choc

hémorragique. Cependant Sawadogo [73] avait trouvé dans son étude sur la population générale un taux plus élevé (44,58 %) de patientes ayant fait une hémorragie de la délivrance. Cet écart pourrait s'expliquer par la prévention de cette dernière par la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA). En effet, dans notre série 64,7 % des parturientes avaient bénéficié d'une GATPA. Ndiaye P [74], dans sa série avait trouvé un taux 3 % d'hémorragie du post partum. En somme, la MGF pourrait être un facteur exposant aux lésions traumatiques de la filière génitale notamment les épisiotomies abusives ou même licites et les déchirures périnéales. Cependant il faut noter que ces lésions sont le plus souvent peu hémorragiques contrairement à l'atonie utérine responsable d'hémorragie grave.

Concernant l'anémie, 2,7 % des patientes avaient développé une anémie dans notre étude. Fomba DD [79] avait trouvé dans son étude plus de parturientes anémiées (10 %) au Mali. Ce faible taux dans notre série serait dû à la supplémentation systématique en fer dont bénéficiaient les parturientes, en guise de prévention étant donné que cette anémie est due le plus souvent à une carence en fer.

Quant à l'infection puerpérale, une seule patiente soit 0.27 % en avait fait. Ceci traduit le respect des mesures d'hygiène et de prévention des infections dans nos structures même si un cas est toujours un cas de trop.

- **Mortinatalité**

Dans notre série, le taux de mort-nés était de 44,4 pour 1000 naissances vivantes parmi lesquelles un jumeau. Ce taux est légèrement au-dessus de la mortalité périnatale du Sénégal en 2016 estimée par l'EDS à 38‰. Dans l'étude de Ndiaye P [74] la mortalité néonatale était de 70‰ chez les mutilées et 10‰ chez les non mutilées. Comparativement à l'étude de l'OMS [87] la mortalité néonatales était de 150 ‰ pour le Type I, 320‰ pour le type II et 550‰ pour le type III.

Selon Diallo D [72], la mortinatalité était très importante, presque deux à trois fois plus élevée chez les femmes multipares excisées par rapport aux non excisées. Par contre Kane K [18] avait trouvé dans son étude qu'il n'y avait pas de lien significatif entre l'existence de décès néonatales et la présence de mutilation. De même, le taux retrouvé dans notre série avoisinant les données de la population générale de 2016 ne nous permet pas d'incriminer les MGF dans la mortinatalité d'où l'intérêt d'une étude plus approfondie pour nous éclairer d'avantage.

IV.5. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, les recommandations suivantes nous semblent nécessaires et s'adressent :

- **Aux autorités sanitaires** pour qui nous pensons qu'il faut :
- Introduire ce thème dans les syllabi des études médicales, paramédicales et dans les sujets de formation continue.

- Informer sur la santé de la reproduction dans les écoles pourrait freiner la propagation de fausses informations.
- Même si le taux de complications reste peu significatif dans notre étude, la MGF reste une violation des droits des femmes et des filles. Ainsi l'Etat doit prendre des mesures pour l'application de la loi sur les MGF sur l'étendue du territoire national.
- Travailler de concert avec les pays frontaliers pour développer les mêmes stratégies de lutte contre la pratique afin de diminuer la clandestinité de la pratique.
 - **Aux prestataires des maternités des différentes structures hospitalières de Ziguinchor**, il faut :
 - Renforcer la recherche sur le sujet de manière à éclaircir certaines questions et donner des arguments solides aux exciseuses pour l'abandon.
 - Adapter une prise en charge spécifique pour les femmes mutilées.
 - Revoir l'indication de l'épisiotomie qui doit être d'indication large surtout pour les MGF de type II
 - Faire une désinfibulation pour les MGF de type III avant le terme de la grossesse durant les consultations prénatales.
 - Evaluer les facteurs de risque de dystocie chez les femmes enceintes durant les CPN. Ceci va permettre à ces femmes de bénéficier d'une programmation une fois à terme et ainsi réduire le taux de dystocie surtout osseuse.

- Informer les femmes mutilées sur la possibilité d'une chirurgie réparatrice
- **A la communauté**, nous pensons que :
 - Les mutilations telles que pratiquées de nos jours ne contribueraient pas au maintien des valeurs essentielles. D'où l'intérêt de mettre en place des cérémonies alternatives de passage de l'enfance à l'âge adulte, pour remplacer la mutilation des filles qui signifie qu'elles sont devenues femmes.
 - Profiter du rôle des relais communautaires ou des "Badiéno Gokh" pour avoir accès à l'information sur les MGF.
 - Travailler auprès des parents, des chefs coutumiers et religieux afin d'attirer leur attention sur les conséquences de cette pratique néfaste pour la santé des filles et pour changer les opinions sur cette pratique ancestrale.
 - Encourager la scolarisation des filles surtout en milieu rural, pour qu'elles puissent avoir accès à l'information sur les conséquences néfastes des MGF.
 - Encourager les femmes enceintes à faire les consultations prénatales permettrait un diagnostic et une prise en charge précoce de certains cas sévères de mutilations notamment le type III avant que la patiente n'entre en travail.



CONCLUSION

Les mutilations génitales féminines touchent plus de 200 millions de filles et de femmes dans 30 pays du monde, se déroule principalement en Afrique où l'on estime le nombre de victimes à 91,5 millions de femmes et de filles de plus de 9 ans. Chaque année, dans le monde, plus de trois millions de filles sont exposées au risque de subir des mutilations génitales. Le Sénégal est l'un des pays où la mutilation est pratiquée à un taux de 28%. Cette prévalence cache des disparités régionales et ethniques. En effet, nous constatons une forte prévalence des mutilations dans la région de Ziguinchor (69%) qui abrite en majorité des ethnies pratiquant cet acte. Les MGF constituent un Problème de santé prioritaire dans la mesure où elles sont réputées responsables de beaucoup de complications pendant la grossesse et surtout l'accouchement. Ainsi, nous avons jugé opportun d'étudier les complications obstétricales des mutilations génitales féminines chez les parturientes des centres hospitaliers de Ziguinchor.

Pour ce faire, nous avons procédé à une étude descriptive, transversale au niveau des services de gynécologie-obstétrique des différentes structures hospitalières de la ville de Ziguinchor à savoir, l'hôpital régional, l'hôpital silence et l'hôpital de La Paix, sur une période de 11 mois allant du 9 septembre au 1^{er} juillet.

Les critères d'inclusion étaient : toute patiente mutilée qui avait accouché dans l'un des trois centres du cadre d'étude. Nous n'avons pas inclus les patientes qui n'avaient pas été mutilées ou qui refusaient de participer à l'étude.

Les variables étudiées étaient la fréquentation par les parturientes mutilées des différents sites d'étude, les caractéristiques socio démographiques des parturientes mutilées, les antécédents des parturientes mutilées, les arguments en rapport avec le diagnostic (typologie) et les complications de la mutilation, les aspects thérapeutiques et obstétricaux pendant l'accouchement, le pronostic maternel et fœtal à court terme.

Après consentement éclairé nous avons procédé à un interrogatoire puis un examen physique de chaque parturiente pour déterminer le type de mutilation. Chaque parturiente était suivie tout au long de l'accouchement jusqu'à la sortie d'hôpital. Les données étaient recueillies sur une fiche signalétique puis saisies et analysées à l'aide du logiciel sphinx version 5.1.0.5. Nous avons estimé le taux de parturientes mutilées à 27,5%. Le profil épidémiologique des parturientes était celui d'une femme jeune d'âge moyen de 26,5, appartenant à la tranche d'âge de 15 à 29 ans (66,1%), mariée (85,5%), ménagère (46,9%), de niveau socio-économique moyen (73,3%), de religion musulmane (99,4%) et qui avait atteint le niveau d'étude secondaire dans 44% des cas.

Concernant la typologie des MGF, le type II était le plus retrouvé avec une proportion de 77,2%. Les ethnies diolas et mandingues étaient les plus représentées, soit respectivement 32,8% et 26,9%.

La majeure partie des parturientes n'avaient aucune idée de l'âge auquel elles avaient été mutilées (65,8%). Néanmoins 21,1 % avaient confirmé être mutilées entre 5 et 10 ans. Concernant le lieu de la mutilation, 23 % avaient été

mutilé dans le département de Ziguinchor et 23% dans le département de Bignona, pour d'autres, dans les différentes régions du pays (24%) et parfois hors du pays dans 18% des cas. Parmi les raisons évoquées, celles qui revenaient le plus souvent étaient les raisons socio-culturelles (51%).

La grossesse était à terme chez la plupart des patientes (90%). A l'admission, 76,3 % des patientes étaient déjà en phase active du travail. Par ailleurs, quelques parturientes avaient bénéficié d'un déclenchement (4,7 %) et les indications étaient essentiellement liées à la pré éclampsie sévère (3%), à une RPM (0,5%) et au dépassement de terme (1,1 %). Nous avons constaté une notion de RPM dans 24,7 %. Le liquide amniotique était le plus souvent clair (44,2 %). Le mode d'accouchement était en majorité par voie basse (64,2%). Nous avons noté un taux de césarienne non négligeable (35,8 %) avec comme principales indications l'utérus cicatriciel (21,7%) et la pré éclampsie sévère (17,8%), entre autres. Cependant, 15,5% avait présenté une dystocie, le plus souvent mécanique (8%). En outre, cette analyse des données nous a permis d'observer une augmentation significative de la durée d'expulsion, supérieure à 30 minutes dans 51,6% des cas. Nous avons trouvé 20,8% d'épisiotomies et 14,4% de déchirures périnéales.

A la suite de l'accouchement 64,7 % des parturientes avaient bénéficié d'une gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA), et peu d'entre elles avaient développé des complications immédiates (5%). Parmi les complications immédiates obtenues, nous pouvons citer : l'hémorragie de la

délivrance (1,1%), un état de choc hémorragique (0,27%), un HELLP syndrome (0,27%), une infection puerpérale (0,27%) et dix (10) parturientes avaient développé une anémie (2,7%).

Concernant les nouveaux-nés, 69,4 % avaient un bon score d'Apgar après la naissance compris entre 8 et 10, toutefois 16,6% étaient réanimés. En ce qui concerne la mortalité, 16 cas de morts nés avaient été enregistrés soit 44,4 pour mille naissances vivantes dont 13 morts nés frais et 3 morts nés macérés.

Au vu de nos résultats, nous pouvons retenir que les MGF pourraient influencer négativement sur l'accouchement en augmentant la durée d'expulsion, ainsi que le taux de traumatisme périnéal. Tout de même, le pronostic vital maternel et fœtal ne s'éloigne pas de celui de la population non mutilée. Ceci nous amène à formuler quelques recommandations à l'endroit des praticiens allant dans le sens d'adopter une prise en charge spécifique des femmes mutilées en encourageant les indications d'épisiotomie pour les MGF de type II et faire une désinfibulation avant le terme pour les MGF de type III. A l'endroit de la communauté, il faut renforcer la sensibilisation des parents, des chefs religieux et des chefs coutumiers sur les conséquences de la mutilation afin qu'ils puissent changer d'opinion sur cette pratique, mettre en place des cérémonies initiatiques alternatives de passage de l'enfance à l'adulte, soutenir l'éducation des filles en respectant l'équité et le droit des enfants. A l'endroit des autorités sanitaires et scientifiques, il faut promouvoir la recherche sur les MGF pour clarifier certains aspects socio-anthropologiques et fournir des arguments solides pour l'abandon

de la pratique. En plus, il faut prendre des mesures idoines pour le respect de la loi sur les MGF, introduire ce thème dans les études médicales et paramédicales et dans la formation médicale continue sur le sujet. Ce n'est que par la compréhension approfondie du phénomène de la mutilation génitale féminine et le partage des connaissances sur ses effets adverses sur la santé des femmes, des parturientes et des nouveau-nés que nous espérons, un jour, amener la communauté pratiquante à réduire ou abandonner cette pratique en Casamance , au Sénégal et dans le monde.



REFERENCES

1. **UNICEF**. Femal Genital Muilation /cutting : a global concern. New York. 2016.
2. **Ndiaye S, Ayad M**. Enquête Démographique et de Santé Sénégal 2005. 2006 Avr;487.
3. **Gomis D**. L'excision au Sénégal: sens, portée et enseignements tirés de la réponse nationale. Dakar. Aout 2008; p.25
4. **OMS**. Mutilation génitales féminines et devenir obstétrical: étude prospective concertée dans six pays africains. 2006;7.
5. **OMS**. Les mutilations sexuelles féminines: aperçu du problème. Genève; 1998, 78.
6. **Comité inter-africain** sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants. Rapport sur les pratiques traditionnelles, Addis -Abeba, 1990 Nov 19-24; 291.
7. **Jaspard M**. Les violences contre les femmes. Paris: La Découverte; 2005.122p.
8. **Sow F**. Mutilations génitales féminines et droits humains, in Femmes d'Afrique. Toulouse: Femmes et Sociétés, N°6/199, Presses universitaires du Mirail;1997 pp.180-185.
9. **Giagometti MC**. Sera-t-elle la prochaine victime ? ; 1998.p 25
10. **Académie Nationale de Médecine**. Recommandations concernant les mutilations sexuelles féminines. Bulletin. 2004 Juin 15;188(6);1055-1057.
11. **Groult B**. Ainsi soit-elle. Paris: Ed Grasset; 1975. 220p.
12. **Erlich M**. La femme blessée : essai sur les mutilations sexuelles féminines. Paris : L'harmattan ; 1986. 321p.
13. **Sylla MHM**. Excision au Sénégal : informer pour agir. Dakar: Coédition NEMA/ENDA Tiers monde ; 1990 Nov; 238p.
14. **Doucoure AL**. Les Internes en Médecine Générale Face aux Mutilations Sexuelles Féminines : Connaissances, Attitudes, Enseignement. [Thèse de doctorat d'université, médecine]. Paris 5: UNIVERSITE PARIS DESCARTES Faculté de Médecine, 2011.

15. Cours Medecine.info. (Page consultée le 13/03/2019) L'appareil Génital Féminin, [en ligne]. <http://www.cours-medecine.info>.

16. **Buisson O.** Qui a peur du point G ?, Ed Jean-Claude Gawsewitch, 2011.

17. **Foldes P, Buisson O.** The Clitoral Complex: A Dynamic Sonographic Study, *J Sex Med* 2009;6:1223–1231.

18. **Kane K.** Pratique de l'excision et morbidité maternelle et périnatale dans le département de Ranérou-Ferlo à Matam (Sénégal). [Thèse de Doctorat en Médecine]. Dakar. Université Cheikh Anta Diop de Dakar. Faculté de Médecine. 2013. N°43.

19. **Université Médicale Virtuelle Francophone.** Anatomie du périnée féminin (page consulté le 20/01/2020), [en ligne]. [http:// www.campus.cerimes.fr](http://www.campus.cerimes.fr).

20. **Horoks M.** Mutilations sexuelles féminines : vécu des femmes mutilées et prise en charge médicale. [Thèse de doctorat d'université, médecine]. Paris 6 Université Pierre et Marie Cuire Faculté de médecine, 2008.

21. **OMS.** Eliminer les mutilations sexuelles féminines Déclaration inter institutions. Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse). France: organisation mondiale de la santé; 2008. 51p

22. **Hosken Fran.** Les mutilations sexuelles féminines. Paris: Denoël/Gonthier 1982, p.72.

23. **EL Saadawi N.** La face cachée d'Eve, London: Zed Press, 1980. 240.

24. **Ndoye D.** La constitution sénégalaise du 22 janvier 2001 commentée. Dakar : éd juridiques africaines; 2001.

25. **Kouyate H.** Les mutilations sexuelles in Vie et Santé, Revue de Réseau de recherche en Santé de la reproduction en Afrique Francophone, Dakar ; Juillet 1990, n°4.

26. **OMS.** L'OMS et l'ONUSIDA rendent publiques les recommandations d'une consultation d'experts sur la circoncision pour la prévention du VIH, [en ligne] (page consultée le 19/01/19). <http://www.who.int>.

27. **Sheikh Yûsuf Al-Qaradâwî.** Le statut juridique de l'excision (page consultée le 19/01/19). Février2008, [en ligne]. <http://www.islamophile.org/spip/html>.
28. **Bettelheim B.** les blessures symboliques. Paris: Gallimard ; 1977. 266
29. **Hosken F.** The Hosken Report : Genital and Sexual Mutilation of Females.4^{ème} ed. Lexington : Women's International Network; 1994. 439p.
30. **Pronlongeau H.** Victoire sur l'excision: Pierre Foldes, le chirurgien qui redonne l'espoir aux femmes mutilées. Paris; Albin Michel; 01 février 2006. p.28.
31. **De Beauvoir S.** Préface. In: SAUREL R. L'enterrée Vive. Essai sur les mutilations sexuelles féminines. Genève-Paris: 9Ed.Slatkme;1981.pp. III-IV.
32. Mbaye d'Erneville A. La bague de cuivre et d'argent. Dakar : NEA, 1983.
33. **Thiam A.** La parole aux Nègresses, Préface de Benoîte Groult, Paris : Denoël/Gonthier, Femme; 1978.189p.
34. **Ndiaye P.** Extension dans l'éducation formelle de la lutte contre la pratique del'excision des filles au Sénégal. Rapport général. 2004, Forum for African Women Educationalists (FAWE): Dakar.
35. **Kessler Bodiang C, Eppel G, and Guèye A.** L'excision dans la région de Kolda au Sénégal : perceptions, attitudes et pratiques. 2001, GTZ: Ziguinchor.
36. **Fofana PH :** Les Mutilations Génitales Féminines. [En ligne]. Juillet 2000, 450p. <http://www.arts.uwa.edu.au/AFLIT/MGF3.html> .(page consultée le 08/03/2019)
37. **Pare R.** Connaissance, attitudes et pratiques en matière de mutilation génitales féminines. Résultats d'études en milieu rural de Sanamutangu [Thèse de Médecine] Faculté de Médecine de Ouagadougou ; 1998.
38. **Abdoud P, Quereux C, Mansour G, Allag F, Zanardi.** Mutilations génitales, rituelles féminines. La parole aux femmes/ Gynécol Obstét Ferti 2001 ; 29 :824-8.
39. **Karungari K.** La mutilation des femmes: un probleme de santé publique. Population Reports, Série J, Numéro 41.

40. **Andro A, Lesclingand M.** Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France. *Population et Sociétés*. Octobre 2007, N°438, 4p.
41. **OMS.** Prévalence des mutilations sexuelles féminines, [en ligne]. <http://www.who.int> . (Page consultée le 15/01/19).
42. **UNFPA/UNICEF.** Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change. Country Context Reports. Massachusetts; 2010 déc.
43. **UNICEF.** Rapport annuel de 2010 du programme conjoint UNFPA/UNICEF sur les MGF/E du Sénégal. New York : Kristin Helmone ; 2011.
44. **ONU.** La dynamique du changement social vers l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine dans cinq pays africains : United Nations Publications; 30 mars 2011.
45. **Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) et ICF International.** Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011. Calverton, Maryland, USA : ANSD et ICF International. février 2012.
46. **Shell-Duncan B, Wander K, Hernlund Y et al.** Dynamique de changement dans la pratique de la mutilation génitale féminine en Ségambie: mise à l'épreuve des prévisions de la théorie de la convention sociale. *Social Science & Medicine*. Oct 2011; 73(8) :1275-83.
47. **OMS.** Mutilations sexuelles féminines ; Intégration de la prévention et de la prise en charge des complications liées aux mutilations sexuelles féminines dans les programmes d'études en soins infirmiers et en soins obstétricaux; Manuel du stagiaire. Genève. 2001;108p.
48. **Mandara MU.** femal genital mutilation in Nigeria J, in *gynaecol obst* *Obset* 2004 ; 83 (3)2.
49. **Kelly E. Adams Hillard PJ.** Femal genital mutilation, *curr Opin, Obset Gynecol*. 2005 ; 17 :490 :494.
50. **Boujahma D.** Les mutilations sexuelles féminines : Etat des lieux et prise en charge [Mémoire de fin d'étude].Lille : Université Libre de Lille Ecole des sages-femmes ; 2007. 97p.

51. **Gynécologie Sans Frontières.** Mutilations Sexuelles Féminines. Lancet 3. 2007 avr ; 64p.
52. **Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N, Obeid A.** Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan : a case-control study. Lancet 2005 ; 366 :385-91.
53. **Cook R.** Damage to physical health from pharaonic circumcision of females. Presentation to seminar on traditional practices affecting the health of women and children in Africa. World Health Organization, Dakar, Senegal, 6-10February, 1984, 7p.
54. **Dirie MA, Lindmark G.** The risk of medical complication after female circumcision. East Afr Med. J 1992 ; 69 :479-82.
55. **Behle AM.** Les mutilations sexuelles féminines : Qu'en savent les sages-femmes ? Enquête auprès de 179 professionnels de Seine-Maritime. Diplôme d'Etat de Sage-Femme : Université de Rouen, Disponible sur : <http://www.gynsf.org/MSF/memoireannmelodybehle.pdf> (consulté le 01/06/2020).
56. **La pointe C.** Mutilation sexuelles : le complot de silence. Question féministes. 1980 Mai ; (8) : 43-67.
57. **Agounke, Jansen M, Vigikin K.** Prévalence et facteurs socio-économiques de l'excision au Togo Rapport provisoire, unité de recherche démographique (URD), Lomé, Juin 1996.
58. **Bouquin R, Gillette-Faye I.** Conférence sur les mutilations génitales, organisée par «Gynécologie sans frontière». Nante, 15 juin 2006.
59. **Le Febvre YM.** Les femmes dans l'économie : de l'invisibilité à de nouveaux modes d'organisation. Revue Tiers monde ;1985. Pp 247-260.
60. **Michel André .**Le Féminisme. 6^e Ed. Paris : PUF;1979 .38.
61. **ONU.** Déclaration et Programme d'action de Vienne, le 25 Juillet 1993, à l'occasion de la conférence mondiale sur les droits de l'homme. Human Rights are Women's rights. London Amnesty International ; 1995. p.132.

62. **Koita K.** Déclarations sur France 24 avec comme thème l'excision en parler pour mieux la combattre, 11-02-2009, conférence-concert avec des associations et chanteurs lors de la Journée internationale de lutte contre l'excision.
63. **Diouf A.** Sur les mutilations sexuelles". Bulletin, du Comité Inter-Africain sur les Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la Santé des Femmes et des Enfants, n°2.juillet 1986, p.15.
64. **UNFPA.** Analyse des cadres juridiques relatifs aux Mutilations Génitales Féminines (MGF) de pays sélectionnés d'Afrique de l'Ouest. Dakar : UNFPA. 2018 Jan.
65. **Kebe A.** Le point de vue de l'Islam sur les mutilations génitales féminines, in Pop' Enjeux n°8-déc 2000.
66. **Benga ML.** Excision à Kolda : 15 villages de Médina Chéryf y renoncent. Le journal le soleil, 02.06.98, p.1.
67. **UNFPA/UNICEF Joint Programme on FGM/C.** "More Communities in Senegal Abandon FGM/C", January 2012 [document de communication]
68. **UNICEF.** Senegal: Ending Female Genital Mutilation/Cutting Through Grassroots Social Change ; 2015.
69. **UNICEF.** L'évaluation à long terme du programme de Tostan au Sénégal : régions de Tostan, Kolda, Thiès et Fatick, Statistiques et suivi, Division des politiques et des pratiques. UNICEF, New York, septembre 2008 : pp.13-16.
70. **Ministère de la santé et des sport français.** Praticien face aux mutilations sexuelles féminines. juill-2010.
71. **Foldès P.** Chirurgie reconstructrice du clitoris après mutilation sexuelle. Prog Urol. 2004 ;14 :47-50
72. **Diallo D et al.** (page consulté le 14/11/2019). Conséquences obstétricales des mutilations génitales féminines au Sénégal, [en ligne]. www.sengof.fr

- 73. Sawadogo A.** Les complications obstétricales directes du post partum a la maternité du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo: Aspects épidémiologique, clinique et pronostic à propos de 507 cas colligés du 1er Janvier au 31 Décembre 2010 [Thèse de doctorat en médecine]. Ouagadougou : Université de Ouagadougou, UFR/SDS ; 2012.
- 74. Ndiaye P, Diongue M, Faye A, Ouedrago D, Dia AT.** Mutilation génitale féminine et complications de l'accouchement dans la province de Gourma (Burkina Faso). FSFP.2010 Mai ;22 :563-570.
- 75. Reyat F, Deffarges J, Luton D, Blot P, Oury J-F, Sibon O.** Hémorragies graves du post partum : étude descriptive à la maternité de l'hôpital Robert Debré (Paris) J gynécol Obstét et biol Reprod, 2002 ; 31 (4) : 358-364.
- 76. Laloux C.** Prise en charge des hémorragies sévères du post partum immédiat: étude rétrospective sur 4 années à l'hôpital Jeanne de Flandre de Lille II ;2001. N°50375/2001/194. Randomised double blind clinical trial. BNJ october 2005; 331: 723-25.
- 77. Théra T, et al.** Complications obstétricales des mutilations génitales en milieu rural malien. Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) (2014).
- 78. Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD) et ICF.** Enquête Démographique et de Santé continue (EDS-continue 2015). Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF. Octobre 2016.
- 79. Fomba DD.** Relation entre consultation prénatale, devenir de grossesse et l'accouchement : étude portant sur 1296 cas. [Thèse de doctorat en médecine]. Bamako : Université de Bamako Faculté de médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie ; 2009.
- 80. Djiteye M.** Les accouchements assistés à l'hôpital de Gao à propos de 799 cas. [Thèse de doctorat en médecine]. Bamako 2008 N°346.
- 81. Vernon C.** Les complications obstétricales et néonatales des mutilations sexuelles féminines [mémoire].Strasbourg : Université Louis Pasteur Faculté de médecine Ecole de sage-femmes de Strasbourg ; 2007.
- 82. Diallo A.** Etude épidémiologique et clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. [Thèse de doctorat en médecine]. Bamako. Faculté de médecine de pharmacie et d' Ondonto-stomatologie. 2009.

- 83. Diassi L.** Etude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V de 2002 à 2003 à propos de 1265 cas. [Thèse]. Université de Bamako. Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie, 2005.
- 84. Konate O.** Accouchement prématuré : pronostic materno-fœtal à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou à propos d'une étude prospective de 122 cas. [Thèse de doctorat en médecine]. Bamako 2007 136p.
- 85. Omer-hashy KH.** Female genital mutilation : Overview and obstetrical care. Can J Ob Gyn Womens Health. Care 1993 ; 5(6) : 538-42.
- 86. Gondo D Et al.** Les complications obstétricales des complications génitales, Médecine d'Afrique noire, 2004, vol.51, p.147-150.
- 87. WHO.** Management of pregnancy, childbirth and postpartum period in the presence of female genital mutilation, technical consultation report Geneva, October 1997:15-17.



ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Profil socio démographique :

- Nom
- Prénom
- Age
- Tel :
- Localité
- Ziguinchor ville Ziguinchor département Hors de Ziguinchor
- **Niveau d'étude**
- Primaire Secondaire Universitaire Ecole coranique
- Alphabétisation Aucun
- **Profession**
- **Situation matrimoniale**
- Mariée Divorcée Veuve Célibataire Autre
- si autre préciser
- **Régime matrimonial** (si mariée)
- Monogame Polygame
- **Gestité**.....
- **Parité**.....
- **Ethnie**
- Wolof Diola Sérère Mandingue Ballante
- Peulh Sarakhoulé Toucouleur Autre
-
- **Appartenance religieuse**
- Christianisme Islam Autre
- **Niveau socio-économique**
- Bas Moyen Elevé

Antécédents obstétricaux

- Fausse Couche Spontanée : Oui Non
- Si oui, terme:
- Mort Fœtale In Utéro : Oui Non
- Si oui, terme:.....
- Etat du nouveau-né

- Enfant réanimé : Oui Non
- Traumatisme obstétrical
 - Déchirure Episiotomie
 - Modalités d'accouchement
 - Césarienne Ventouse Forceps

Histoire de l'excision

- Age au moment de l'acte :
.....
- Lieu de la mutilation :
.....
- Motifs de la pratique :
.....

Typologie de la mutilation

- Type I Type II Type III Type IV

Accouchement

- **Terme** :
- **Travail** : suivi oui non
 Déclenchement : Oui Non (Si oui, motif.....)
- Dilatation du col à l'admission:
- Durée de la phase active :
- Durée d'expulsion:.....

▪ **Poche des eaux**

RPM ? Oui Non si Oui, durée.....

▪ **Dystocie**

- Osseuse Dynamique Funiculaire Fœtale

▪ **Liquide amniotique :**

- Clair Teinté Méconial Hématique

▪ **Nouveau-né :**

- APGAR : M1..... M5.....
- Réanimation ? oui non
- Poids

▪ **Mode d'accouchement :**

Voie basse spontanée Voie basse déclenchée

Forceps Ventouse césarienne

Indication si césarienne

▪ **Périnée :**

Intact

Déchirure simple du périnée antérieure

Déchirure simple du périnée postérieure

Déchirure complète

Episiotomie

▪ **Manceuvre liée à la mutilation :**

Désinfibulation : oui non

▪ **Autres complications maternelles**

Hémorragie du post partum

Etat de choc

Anémie

Oligo anurie

HTA et complication

Infection

▪ **Délivrance**

GATPA DA/RU Délivrance naturelle

Suites de couches

▪ **Complications maternelles immédiates :**

Décès Hémorragie Thrombo-embolie

Infections Autres

▪ **Complications néonatales**

Infection néonatale Décès périnatal Asphyxie

Séquelle de traumatisme obstétrical

- Plaie paralysie Bosse sérosanguine
- Céphalématome fracture Autres

SERMENT D'HIPPOCRATE

«En présence des Maîtres de cette école, 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 je n'exigerai jamais un 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 le crime.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!»

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

VU :

LE Président du jury

Le Doyen de l'UFR-2S

Vu et permis d'imprimer

Pour le Recteur, de l'Université Assane Seck de Ziguinchor et par Délégation

Résumé

Objectif : Les mutilations génitales féminines constituent un problème de santé publique. L'objectif général de notre étude était d'évaluer les complications obstétricales de la pratique de l'excision dans les différentes structures hospitalières de la ville de Ziguinchor.

Patients et méthode : Nous avons mené une étude descriptive, transversale, du 09 septembre 2018 au 17 juillet 2019 dans la ville de Ziguinchor. Les critères d'inclusion étaient : toutes femmes mutilées qui avaient accouché dans l'un des centres du cadre d'étude. Les variables étudiées étaient la fréquentation des différents sites d'étude, les antécédents, la typologie, les complications de la mutilation, les aspects thérapeutiques et obstétricaux pendant l'accouchement et le pronostic maternel et fœtale à court terme. Les patientes avaient été interrogées puis examinées ensuite suivies tout au long de l'accouchement. Les données étaient recueillies sur une fiche signalétique puis saisies à l'aide du logiciel sphinx version 5.1.0.5.

Résultats : Nous avons colligé 360 cas de femmes mutilées sur un total de 1305 parturientes reçues durant la période d'étude, ce qui représente une fréquence de 27,5 %. L'âge moyen de nos parturientes était de 26,5 ans, avec des extrêmes de 15 et de 51 ans. Les ethnies diola et mandingue prédominaient, représentaient respectivement 32,8 % et 26,9 %. Nous avons noté trois types de MGF : le type II (77,2%), le type I (20,9%), et le type III (1,9%). Deux cent trente et une patientes (64,1%) avaient accouché par voie basse. Cependant il y avait 35,8 % de césarienne. Parmi celles qui avaient accouché par voie basse, 20,8 % avaient bénéficié d'une épisiotomie et 14,4 % des patientes avaient présenté une déchirure périnéale. Par ailleurs 15,5% avaient présenté une dystocie. Les décès périnataux étaient au nombre de 16. Nous n'avons pas noté de lien entre la mutilation et la mortalité. Par contre la MGF pourrait allonger la durée du travail. Aussi pourrait diminuer le risque de RMP.

Conclusion : La mutilation génitale féminine est un facteur de risque non négligeable de survenue de certaines complications pendant l'accouchement. Par conséquent, mettre en lumière ses méfaits sur la santé maternelle et infantile pourrait servir de levier pour sensibiliser la population et promouvoir l'abandon de la pratique en Casamance pour ne pas dire au Sénégal et dans le monde.