

# UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR

\*\*\*\*\*

## UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTÉ

\*\*\*\*\*

ANNEE : 2022



N°47

### ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DES CONSÉQUENCES OBSTÉTRICALES LIÉES AUX MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES EN CASAMANCE (SENEGAL)

#### Thèse

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'état)

Présentée et soutenue publiquement

le 20 Mai 2022

Par

**Auréole de l'Horeb KODIA**

Née le 16 Avril 1996 à Dakar (Sénégal)

#### MEMBRES DE JURY

Président :	M. Alassane DIATTA	Professeur Titulaire
Membres :	M. Issa Wone	Professeur assimilé
	M. Serigne modou Kane GUEYE	Professeur assimilé
	Mme Fatoumata HANE	Professeur assimilé
Directeur de thèse :	M. Issa WONE	Professeur 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. Chérif M AIDARA
Chef du département de Chirurgie et Spécialités chirurgicales	M. Boubacar FALL
Chef du département de Médecine et Spécialités médicales	M. Simon J S MANGA
Cheffe des Services Administratifs	Mme Aïo Marie Anne Béty MANGA

Ziguinchor, le 28 Mars 2022

**I. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'UFR DES SCIENCES DE LA SANTE - UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR**

**ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2021**

**PROFESSEURS TITULAIRES**

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
M. Alassane	DIATTA	Biochimie
M. Ansoumana	DIATTA	Pneumologie
Mme Evelyne Siga	DIOME	ORL
M. Boubacar	FALL	Urologie
M. Noël Magloire	MANGA	Maladies Infectieuses
M. Assane	NDIAYE	Anatomie

**PROFESSEURS ASSIMILES**

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
M. Cheikh	DIOUF	Chirurgie pédiatrique
♦M. Serigne Modou	Kane GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Yaya	KANE	Néphrologie
M. Issa	WONE	Santé Publique

**MAÎTRES DE CONFERENCES TITULAIRES**

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
♦ M. Denis	BARBOZA	Anesthésie-Réanimation
M. Simon Joël	MANGA	Cardiologie
M. Lamine	THIAM	Pédiatrie

## MAÎTRES DE CONFERENCES ASSIMILES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
M. Mouhamadou	AIDARA	Imagerie Médicale
Mme Mame Ngoné	COLY	Hématologie Biologique
M. Kalilou	DIALLO	Maladies infectieuses
M. Abdoulaye	DIOP	Neurochirurgie
M. Abdoulaye	DIOP	Parasitologie-Mycologie
M. Ibrahima	DIOUF	Physiologie
M. Adama	KOUNDOUL	Psychiatrie
M. Habibou	SARR	Bactériologie virologie
M. Fabrice	SENGHOR	Anatomie pathologique
♦ M. Oumar	SOW	Chirurgie générale
Mme Mame Aïssé	THIOUBOU	Hépto-Gastro-entérologie

## II. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT VACATAIRE UNIVERSITAIRE

### ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2021 PROFESSEURS TITULAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	BA	Physiologie
<sup>1</sup> M. Codé	BA	Neurochirurgie
<sup>1</sup> M. Serigne Abdou	BA	Cardiologie
<sup>1</sup> M. Serigne Moussa	BADIANE	Biophysique
<sup>7</sup> M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire

<sup>2</sup> M. Chérif	BALDE	Chimie
† <sup>1</sup> M. Fallou	CISSE	Physiologie
<sup>†1</sup> M. Moussa Fafa	CISSE	Bactériologie-Virologie
<sup>1</sup> M. Saïdou	DIALLO	Rhumatologie
<sup>2</sup> M. Alassane	DIEDHIOU	Mathématiques
<sup>1</sup> M. Tandakha Ndiaye	DIEYE	Immunologie
<sup>1</sup> M. Saliou	DIOP	Hématologie
<sup>1</sup> M. Seydou Nourou	DIOP	Médecine interne
<sup>3</sup> Mme Sylvie Audrey	DIOP	Maladies Infectieuses
<sup>1</sup> M. Boucar	DIOUF	Néphrologie
<sup>2</sup> M. Kobor	DIOUMA	Physique
<sup>1</sup> M. Mamadou	FALL	Toxicologie
<sup>1</sup> M. Babacar	FAYE	Parasitologie-Mycologie
<sup>1</sup> M. Papa Lamine	FAYE	Psychiatrie
<sup>2</sup> M. Abdoulaye	GASSAMA	Chimie
<sup>3</sup> M. Adama	KANE	Cardiologie
<sup>1</sup> M. Assane	KANE	Dermatologie-Vénérologie
<sup>1</sup> M. Modou Oumy	KANE	Physiologie
<sup>3</sup> M. Ibrahima	KONATE	Chirurgie générale
<sup>4</sup> M. Anatole	LALEYE	Histo-Embryologie et Biologie cellulaire
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	LEYE	Endocrinologie
<sup>1</sup> M. Mamadou	MBODJ	Biophysique
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie

<sup>1</sup> M. Fatou Samba	DIOGO NDIAYE	Hématologie clinique
<sup>1</sup> M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire
<sup>1</sup> M. Mor	NDIAYE	Médecine du Travail
<sup>1</sup> M. Moustapha	NDIAYE	Neurologie Médicale
<sup>1</sup> M. Souhaïbou	NDONGO	Rhumatologie
<sup>1</sup> Mme Maïmouna	NDOUR	Médecine Interne
<sup>1</sup> M. Oumar	NDOYE	Biophysique
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	POUYE	Médecine interne
<sup>1</sup> M. André Daniel	SANE	Orthopédie-Traumatologie
<sup>1</sup> Mme Anna	SARR	Médecine interne
<sup>1</sup> M. Moussa	SEYDI	Maladies infectieuses
<sup>1</sup> M. Guata Yoro	SY	Pharmacologie
<sup>1</sup> M. Roger Clément Kouly	TINE	Parasitologie-Mycologie
<sup>5</sup> M. Amadou	TOURE	Histo-Embryologie

#### **PROFESSEURS ASSIMILES**

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
<sup>7</sup> M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire
<sup>1</sup> Mme Marie Louis	BASSENE	Hépto-Gastro-Entérologie
<sup>1</sup> M. Mamadou	COUME	Gériatrie-Gérontologie
<sup>1</sup> M. William	DIATTA	Botanique
<sup>1</sup> M. Chérif Mouhamed M.	DIAL	Anatomie pathologique
<sup>1</sup> M. Rokhaya NDIAYE	DIALLO	Génétique

<sup>1</sup> Mme Marie Joseph	DIEME	Anatomie pathologique
<sup>1</sup> M. Pape Adama	DIENG	Chirurgie cardio-vasculaire
<sup>1</sup> M. Papa Saloum	DIOP	Chirurgie Générale
<sup>8</sup> Mme Pauline	DIOUSSE	Dermatologie-Vénérologie
<sup>1</sup> M. Amadou Lamine	FALL	Pédiatrie
<sup>1</sup> Mme Seynabou	FALL	Hématologie clinique
<sup>1</sup> M. Abdou Magib	GAYE	Anatomie pathologique
<sup>3</sup> M. Philippe	MANYACKA	Anatomie
<sup>8</sup> Mme Arame	MBENGUE	Physiologie
<sup>1</sup> M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire
<sup>1</sup> M. Mohamed	SOUMAH	Médecine Légale
<sup>1</sup> M. Ibou	THIAM	Anatomie pathologique

### MAÎTRES DE CONFERENCES TITULAIRES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
<sup>1</sup> M. Serigne Moussa	BADIANE	Biophysique
<sup>2</sup> M. Magatte	CAMARA	Chimie
<sup>2</sup> Mme Mame Kouna DIAW	DABO	Anglais
<sup>1</sup> M. Mouhamed	DAFFE	Ortho-Traumatologie
<sup>2</sup> M. Abel	DIATTA	Informatique
<sup>1</sup> Mme Armandine E. R.	DIATTA	Médecine du Travail
<sup>1</sup> M. Demba	DIEDHIOU	Maladies infectieuses
<sup>1</sup> M. Amadou	DIOP	Bactériologie-Virologie

<sup>2</sup> M. Babacar	DIOP	Anglais
<sup>1</sup> M. Jean Pascal Demba	DIOP	Génétique
<sup>1</sup> M. Lamine	DIOP	Bactériologie-Virologie
<sup>1</sup> M. Doudou	DIOUF	Oncologie
<sup>1</sup> Mme Absa LAM	FAYE	Toxicologie
<sup>1</sup> M. Atoumane	FAYE	Médecine Interne
<sup>2</sup> Mme Fatoumata	HANE	Socio-Anthropologie médicale
<sup>1</sup> M. Aly Mbara	KA	Ophthalmologie
<sup>2</sup> M. Clément	MANGA	Mathématiques
<sup>2</sup> M. Mbaye Diagne	MBAYE	Chimie
<sup>6</sup> M. Amadou	NDIADE	Histologie-Embryologie
<sup>2</sup> M. Lat Grand	NDIAYE	Physique
<sup>2</sup> M. Moustapha	NDIAYE	Informatique
<sup>2</sup> M. Abdoulaye	NDIOUCK	Épistémologie médicale
<sup>1</sup> Mme Sokhna	SECK	Psychologie
<sup>1</sup> M. Doudou	SOW	Parasitologie-Mycologie
<sup>1</sup> Mme Awa NDIAYE	SY	Pharmacologie
<sup>2</sup> M. Moustapha	THIAM	Physique
<sup>2</sup> M. Modou	TINE	Physique
<sup>1</sup> M. Aminata	TOURE	Toxicologie



## MAÎTRES DE CONFERENCES ASSIMILES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
<sup>1</sup> Mme Fatimata	BA	Physiologie
<sup>1</sup> M. El H Amadou L	BATHILY	Biophysique
<sup>1</sup> M. Jean pierre	DIAGNE	Ophtalmologie
<sup>3</sup> M. Amadou Cambel	DIENG	Management
<sup>1</sup> Mme Awa NDIAYE	SY	Pharmacologie

### III. ENSEIGNANTS VACATAIRES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
Mme Mame Kouna DiAW	DABO	Anglais
M. Demba	DIAGNE	Secourisme
M. Malick	FAYE	Soins infirmiers
M. Karim	GUARBA	Anatomie
M. Abdoulaye	KEITA	Secourisme
M. Abbé Michel	MENDY	Santé publique
†M. Jacques	SENGHOR	Anatomie

† In Memoriam

<sup>(1)</sup> UCAD : Université Cheikh Anta Diop de Dakar

<sup>(2)</sup> UASZ : Université Assane SECK de Ziguinchor

<sup>(3)</sup> UGB : Université Gaston Berger de Saint-Louis

<sup>(4)</sup> BENIN

<sup>(5)</sup> MALI

<sup>(6)</sup> UADB : Université Amadou Diop de Bambey

<sup>(7)</sup> EISMV

<sup>(8)</sup> UT : Université Iba Der Thiam de Thiès

DÉDICACES

&

REMERCIEMENTS

## **À Dieu Tout Puissant,**

Béni sois Tu pour les grâces que Tu m'as accordées, et tout particulièrement de m'avoir accompagnée ma formation durant.

« Que Dieu soit remercié, lui qui nous donne la victoire par notre Seigneur Jésus Christ ! » 1 Corinthiens 15 :57

**Amen**

### **Je dédie ce travail....**

*À la mémoire de :*

*Ma grande sœur Herville KODIA*

*Mon grand-père maternel Jean LENGUETAMA*

*Mon grand-père paternel Fulbert KODIA*

*Ma tante adorée Nina GUITIKOÉ*

*Mon violoniste préféré, Célestin Ahyi*

*Puissiez-vous reposer dans l'éternité bienheureuse par la grâce de Dieu*

## **À mes parents :**

« Mes enfants, écoutez les conseils de votre père. Suivez-les pour vivre en sécurité. En effet, le Seigneur donne autorité au père sur ses enfants, il établit les droits de la mère sur ses fils. Ceux qui honorent leur père voient leurs fautes pardonnées. Ceux qui couvrent leur mère d'honneur mettent en réserve un trésor » L'Écclésiastique 3, 1-4

Ce travail est l'accomplissement de votre investissement personnel et financier en moi. Que Dieu vous bénisse en abondance et vous accorde un long séjour sur la terre des vivants afin que vous puissiez continuer à récolter les fruits de votre dur labeur et des sacrifices que vous avez consentis.

- **À ma mère Régina LENGUETAMA tendre épouse KODIA**, merci de ton amour inconditionnel et de ton accompagnement sans faille. Je me souviens que nous avons vécu le début de cette aventure dans une émotion intense. Que dis-je ? Notre vie commune est une aventure depuis le début. Merci pour ta tendresse, ton amour, tes mots de réconforts, je t'aime.
- **À mon père, Serge KODIA**, un superhéros sans cape. Tu es notre roc, une grande force tranquille. Tu es le plus gentil des papas, je pourrais le crier sur tous les toits, mais je préfère te le dire à toi. Mon amour pour toi est inconditionnel et éternel. Je veux que tu saches la fierté que j'ai d'être ton enfant et tout l'amour que j'ai pour toi.

**À mes sblings : Vanessa, Shama, Térésa, Otniel** : merci de faire de ma vie un rêve éveillé, merci d'illuminer ma vie de vos rires et de vos délicieux caprices. Je suis tous les jours reconnaissante au Ciel de vous avoir dans ma vie. Je vous aime.

**À mes petits : Maëlle, Gracia, Précieux, Elliot, Ilan** : Puissiez-vous grandir en âge dans la sagesse du Tout Puissant.

**À mes cousines et cousins : Belmine, Golvy, Ophélie, Arielle, Maéva, Annaëlle, Clarcky, Téhila, Clausty et Ronny**, merci à vous d'exister. Ma prière est que nous fassions fructifier ces précieux liens qui nous unissent. Je vous aime mes gens.

**À mon oncle Sévérin LENGUETAMA**, merci pour ta tendresse et pour ta sagesse qui arrive toujours à point nommées. Que Dieu te bénisse et te comble de bonheur à la mesure de ton cœur généreux.

**À ma tante Clarisse LENGUETAMA**, merci pour ta tendresse et ta douceur inégalée. Grâce à toi, je reçois deux fois plus d'amour maternel. Que Dieu te bénisse en abondance, mère généreuse.

**À mes grand-mères Albertine et Simone** : Je suis reconnaissante à Dieu pour vos vies ; grâce à vous et à votre persévérance dans la vie, je suis devenue la jeune femme que je suis.

**À ma famille de Ziguinchor** : « Ce ne sont pas seulement les liens du sang qui forment la parenté, mais ceux du cœur et de l'intelligence » Montesquieu

**À la famille BAKHOUM, et tout particulièrement à Tonton Jean :** merci de votre accueil, merci pour la nourriture, merci pour les conseils, merci pour le réconfort en temps difficiles. Que Dieu vous bénisse pour votre générosité et vous le rende au centuple.

**À ma team Tokoss : Espérance K WAYA, Dr Gloria OLODO, Charlotte BAKHOUM :** nous avons cheminé ensemble dès le début de notre vie adulte, pendant la tempête, pendant la canicule, pendant les karaokés, les galères, les chagrins d'amour, les réjouissances, le deuil. Je suis reconnaissante au Bon Dieu pour votre existence. Puisse-t-il raffermir nos liens et bénir cet amour que nous partageons.

**À ces frères et sœurs que la médecine m'a apportés, la PROSMED 2019 :** Hélène Ndoye, Aicha Tounkara Diatta, Dr Mamadou Diop, Oncle Ndiaye, Alioune Gueye, Amy Gueye, Kadia Diallo, Abib Gueye, Abdou Bomou, Adama Kébé, Fatou Sané, Siré Sonko, Ndeye Thiam, Maguette Aicha Ndiaye, Mamadou Wadji, Sidy Leye, Dr Khawtar El Bellage, on a partagé d'heureux moments de détente, et de brutaux désaccords -rien à voir avec les disputes de télécommande- mais nous nous sommes enrichis les uns et les autres de tous ces échanges. Dieu vous bénisse, vous et vos familles ainsi que vos carrières.

**À mon potterhead préféré, Babacar DIOP dit Chouchou,** Dieu m'a fait la grâce de te connaître par un heureux hasard, et tu es devenu mon meilleur ami, mon frère. Merci pour ton soutien inconditionnel, ta diligence et ton honnêteté. Que Dieu te bénisse à la mesure de ton cœur généreux ainsi que ta famille.

**Aux beaux gosses de l'UFR, Koffi ADELAN, Bouré DIOUF, Ibrahima MBENGUE, Maël DAGBA,** merci pour votre gentillesse inégalée, merci pour les éclats de rire, qui ont bien souvent fait mes journées à votre insu. Que Dieu Vous bénisse.

**À Ta Abiana SENGHOR et Ndella DIOUF,** votre accueil et votre générosité m'ont émus jusqu'aux entrailles alors que je n'étais encore qu'une sombre inconnue à vos yeux. Recevez mon éternelle reconnaissance. Que Dieu vous bénisse.

**À mes ainés Dr Missette Sambou, Felizmina Mendes, Ghislain, Bocoum,** votre solidarité a ouvert le chemin et m'a élevé là où je ne pensais pas. Merci pour l'exemple. Que Dieu vous bénisse.

**À ma team de début à l'UCAD : Dr Oumou Kane, Dr Joël Diatta et Dr Racky Wane :** malgré la déchirante séparation j'ai fini par comprendre qu'il était écrit que nos chemins se séparent et c'était pour le mieux. Que Dieu vous garde.

**À Touré, mon premier tuteur autoproclamé,** tu as fait preuve d'une telle générosité à mon égard. Tu m'as encouragé alors que je n'y croyais pas. Tu as cru en moi dès le début. Sois remercié pour ta générosité et ta bienfaisance à mon égard. Que Dieu vous le rende au centuple à toi et à ta famille.

**À la chorale universitaire Saint Thomas d'Aquin**, vous avez été une source d'inspiration pour moi. Avec vous, j'ai pu exprimer les sentiments les plus enfouis de mon âme au travers des louanges au Tout Puissant, des chansons d'amour, des mariages et j'en passe. Merci à vous pour ces bouts de bonheur. Que Dieu vous bénisse.

**Au Docteur François Niokhor Diouf**, mon oncle improvisé, je vous remercie pour l'affection et les conseils que je tâcherai de garder au fond de mon cœur. Merci pour tout.

**Au Docteur Abdoulaye Diop**, mon oncle et grand-frère et mentor, merci pour votre générosité tant pédagogique que sociale. Que Dieu vous bénisse, ainsi que votre famille.

**À Monsieur Omar Djiba**, de la scolarité centrale, merci pour d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenue et encouragée pendant toutes ces années. Que Dieu vous le rende au centuple et bénisse votre famille.

**Au Docteur Natacha Sambou**, merci de ta gentillesse et de ta bienveillance. Tu représentes pour moi l'exemple d'un avenir ambitieux et épanoui réussi ; et tu m'inspires à m'accrocher à mes rêves. Sois bénie en abondance.

**Au Docteur Ibrahima Diallo**, la rigueur dont vous toujours aviez fait montre a cultivé l'abnégation en moi. Merci pour vos enseignements et pour votre considération à mon égard.

**Au Professeur Cheikh Diouf**, merci pour vos paroles de sagesse, votre rigueur, votre sens aigu du travail bien fait qui a été inspirante pour nous. Que Dieu vous bénisse ainsi que votre famille

À toutes les sage-femmes de la région, votre contribution a été le fondement de ce travail, que Dieu vous rende au centuple votre bravoure et votre résilience dans l'exercice de votre métier

À tout le personnel de l'hôpital de la Paix de Ziguinchor

À tout le personnel du centre hospitalier régional de Ziguinchor

Au personnel de l'accueil de l'hôpital régional de Thiès

À tout le personnel de l'UFR santé de Ziguinchor

J'adresse mes remerciements à l'endroit de tous les organismes qui ont accompagné ce projet, pour cette opportunité et pour la confiance que vous avez daigné m'accorder.

**À toutes les femmes qui portent les mutilations génitales**, loin de moins d'idée de faire de vous des victimes ni de vous juger, vous êtes des battantes. La vie des femmes est d'ordinaire difficile, la vôtre franchit un cap supplémentaire dans le registre de la peine.

# À NOS MAITRES ET JUGES

## **À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY, MONSIEUR LE PROFESSEUR ALASSANE DIATTA**

Nous sommes très touchée de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse. Notre émotion est d'autant plus grande que vous êtes le fondateur et le roc de cette institution. Ce jour mémorable est aussi le vôtre, car c'est grâce à vous que nous avons intégré cette faculté, et vos encouragements nous ont égayé le long du chemin. L'éloquence, la rigueur scientifique, la pédagogie et la diligence dont vous nous avez fait montre pendant nos jeunes années nous ont inspiré la persévérance. Nous vous adressons nos sincères remerciements pour cette UFR que nous avez donné en héritage. Recevez en ce travail, le fruit de la semence que vous avez plantée et la modeste expression de notre profonde gratitude. Que Dieu vous bénisse en abondance et vous accorde une longue vie.

## **À NOTRE MAITRE ET JUGE, MADAME LE PROFESSEUR FATOUMATA HANE**

Nous avons été emportée de joie, et avons été honorée que vous ayez accepté de siéger à ce jury de thèse. Vous êtes pour nous un modèle d'accomplissement féminin à suivre. Votre combativité, votre éloquence, votre rigueur scientifique et votre proximité avec vos étudiants nous ont profondément marqué et ont ouvert notre esprit à un champ infini de possibilités. Trouvez en ce travail l'expression de notre profonde admiration.

## **À NOTRE MAITRE ET JUGE, MONSIEUR LE PROFESSEUR SERIGNE MODOU KANE GUEYE**

Nous sommes honorée du privilège que vous nous accordez en acceptant de siéger dans ce jury. Vos qualités de pédagogue averti, de scientifique aguerri, votre dynamisme, votre disponibilité, et votre combat en faveur des femmes ont imprimé en nous un profond respect. Ce travail s'inscrit dans cette dynamique et porte l'espérance d'un monde plus juste. Nous vous exprimons nos sincères remerciements et vous prions de trouver ici le témoignage de notre vive reconnaissance et de notre profonde admiration.

## **À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE MONSIEUR LE PROFESSEUR ISSA WONE**

Nous avons été honorées de travailler sous votre direction. Vous nous avez inspirée un profond respect par la clarté de votre enseignement, votre rigueur scientifique et votre sens du travail bien fait. Vous avez suscité notre vive admiration par vos immenses qualités humaines et représentez pour nous un exemple de générosité et de soutien à la jeune génération. Nous vous adressons nos sincères remerciements pour la confiance que vous nous avez accordée en nous faisant participer à ce projet et de nous avoir mené au bout de cette aventure. Recevez notre profonde gratitude pour vos encouragements et vos marques de considération pour notre modeste personne. Que Dieu vous bénisse en abondance ainsi que votre famille.

# LISTE DES ACRONYMES

<b>CDE :</b>	Convention relative aux Droits des Enfants
<b>CEDAW :</b>	Convention pour l'Élimination de toutes les formes de Discrimination envers les Femmes
<b>CPN :</b>	Consultation Pré Natale
<b>DS :</b>	District sanitaire
<b>EDS-MICS :</b>	Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples
<b>EHCVM :</b>	Enquête Harmonisée des Conditions de Vie des Ménages
<b>EPS :</b>	Établissement Public de Santé
<b>ET :</b>	Écart Type
<b>HTA :</b>	Hyper Tension Artérielle
<b>MGF :</b>	Mutilation Génitale Féminine
<b>MILDA :</b>	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG :</b>	Organisation non Gouvernementale
<b>PEV :</b>	Programme Élargi de Vaccination
<b>PTME :</b>	Prévention de la transmission mère-enfant
<b>RPM :</b>	Rupture prématurée des Membranes
<b>TPI :</b>	Traitement Préventif Intermittent du paludisme
<b>UFR :</b>	Unité de Formation et de Recherche
<b>UNFPA :</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>UNICEF :</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>VAT :</b>	Vaccin Antitétanique
<b>VHB :</b>	Virus de l'Hépatite B
<b>VIH :</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine



*« PAR DÉLIBÉRATION, LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES À LEUR AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND LEUR DONNER AUCUNE APPROBATION NI IMPROBATION »*

# **TABLE DES MATIERES**

# LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: MUTILATION GENITALE DE TYPE 1 CHEZ UNE FEMME EN POSITION GYNECOLOGIQUE.....	- 7 -
FIGURE 2: MUTILATION GENITALE DE TYPE 2 CHEZ UNE FEMME EN POSITION GYNECOLOGIQUE.....	- 7 -
FIGURE 3: MUTILATION GENITALE DE TYPE 3 CHEZ UNE FEMME EN POSITION GYNECOLOGIQUE : INFIBULATION .....	- 8 -
FIGURE 4: EXEMPLE DE MUTILATION DE TYPE 4 : ETIREMENT DES PETITES LEVRES (SOURCE OMS) .....	- 9 -
FIGURE 5 : CLASSIFICATION MGF (OMS 1997,2008).....	- 10 -
FIGURE 6: ORGANES GENITAUX EXTERNES AU STADE INDIFFERENCIE .....	- 11 -
FIGURE 7: DIFFERENCIATION EMBRYONNAIRE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES.....	- 13 -
FIGURE 8: SCHEMA ANNOTE DE LA VULVE .....	- 14 -
FIGURE 9 : VUE ANTERIEURE DU VESTIBULE EN POSITION GYNECOLOGIQUE (+VARIABILITE DE L'HYMEN) .....	- 16 -
FIGURE 10 : RECONSTRUCTION 3D DES ORGANES ERECTILES FEMININS (VUE ANTERIEURE).....	- 17 -
FIGURE 11: GLANDES VESTIBULAIRES ET RESEAU VEINEUX (POSITION GYNECOLOGIQUE) .....	- 19 -
FIGURE 12 : SCHEMA DES GLANDES PARA-URETRALES .....	- 20 -
FIGURE 13 : SITUATION DES GLANDES DE BARTHOLIN EN POSITION GYNECOLOGIQUE (EN JAUNE).....	- 21 -
FIGURE 14 : NIVEAUX DE PREVALENCE DES MGF EN AFRIQUE ET AU MOYEN-ORIENT (SOURCE UNICEF) .....	- 42 -
FIGURE 15 : ÉVOLUTION DES PROPORTIONS DES FILLES ET FEMMES DE 15-49 ANS AYANT ETE MUTILEES DANS 10 PAYS D'AFRIQUE (SOURCE : UNICEF) .....	- 43 -
FIGURE 16: NIVEAUX DE PREVALENCE DE LA PRATIQUE DES MUTILATIONS GENITALES AU SENEGAL (SOURCE EDS 2010- 2011).....	- 46 -
FIGURE 17 : NIVEAUX DE PREVALENCE AU SENEGAL (SOURCE : EDS 2017).....	- 47 -
FIGURE 18: POURCENTAGE DES FILLES ET DES FEMMES PORTANT DES MGF AGEES DE 15-49 ANS EN FONCTION DE CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES .....	- 48 -
FIGURE 19: ÉVOLUTION DE L'OPINION DES FEMMES ET DES FILLES AGEES DE 15-49 ANS SUR LA PRATIQUE DES MGF - 50 -	
FIGURE 20 : REPARTITION DES TYPES DE MGF EN FONCTION DES PAYS (SOURCE EDS 1995-2011).....	- 51 -
FIGURE 21: CARTE GEOGRAPHIQUE DE LA CASAMANCE, SENEGAL (SOURCE : NOISE FROM AFRICA) .....	- 63 -

FIGURE 22 : NIVEAUX D'ACCES AUX SOINS SOCIAUX DE BASE SUR LE TERRITOIRE DU SENEGAL (SOURCE ANSD : ENQUETE VILLAGES 2009) .....	- 67 -
FIGURE 23 : REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LEUR MOIS D'ADMISSION (N=794) .....	- 77 -
FIGURE 24: REPARTITION DES PARTURIENTES EN FONCTION DE LA TRANCHE D'AGE ET DE LA MUTILATION (N= 794) -	78 -
FIGURE 25 : REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LA REGION MEDICALE (N=794).....	- 78 -
FIGURE 26: REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LA ZONE DE RESIDENCE (N=794) .....	- 79 -
FIGURE 27 : REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LE STATUT MATRIMONIAL (N=794) .....	- 79 -
FIGURE 28 : REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION (N=794).....	- 82 -
FIGURE 29: REPARTITION DES PARTURIENTES EN FONCTION DE LA PROFESSION (N=794) .....	- 86 -
FIGURE 30 : REPARTITION EN FONCTION DE LA PROFESSION DU CONJOINT (N=759) .....	- 87 -
FIGURE 31 : REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LA PRESENCE D'UNE MUTILATION GENITALE (N=794) .....	- 87 -
FIGURE 32 : REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LA CLASSIFICATION DU TYPE DE MGF SELON L'OMS (N=510) -	89
-	
FIGURE 33 : REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LA DIMENSION DE L'ORIFICE VULVAIRE (N=505) .....	- 89 -
FIGURE 34 : LESIONS ASSOCIEES DU PERINEE (N=25) .....	- 90 -
FIGURE 35 : CONNAISSANCE DES PARTURIENTES DE LEUR MUTILATION (N=454) .....	- 90 -
FIGURE 36 : ÂGE AU MOMENT DE LA MUTILATION (N=176) .....	- 91 -
FIGURE 37 : RAISONS EVOQUEES PAR LES PARTURIENTES (N=510).....	- 91 -
FIGURE 38 : REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LES CIRCONSTANCES DE MGF (N=510) .....	- 93 -
FIGURE 39 : REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LA FONCTION DE L'EXCISEUSE (N=510) .....	- 93 -
FIGURE 40 : REPARTITION DES PARTURIENTES EN FONCTION DES STRUCTURES DE SUIVI DE LA GROSSESSE (N=788) -	94 -
FIGURE 41 : REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LA FONCTION DES PRESTATAIRES DE SUIVI DE LA GROSSESSE (N=788) .....	- 94 -
FIGURE 42 : REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LE NOMBRE DE CPN EFFECTUEES (N=788) .....	- 95 -
FIGURE 43 : REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LES MESURES PROPHYLACTIQUES (N=794) .....	- 95 -
FIGURE 44 : REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LES MODES D'ADMISSION (N=510) .....	- 98 -
FIGURE 45 : REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LES TYPES DE STRUCTURE DE REFERENCE ET/OU D'EVACUATION (N=60) .....	- 99 -

FIGURE 46 : REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LES MOTIFS DE REFERENCE OU D'EVACUATION (N=61) ..... - 100 -

FIGURE 47 : PRINCIPAUX FACTEURS ASSOCIES A LA PRESENCE DE MGF CHEZ LES PARTURIENTES..... - 111 -

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : TABLEAU CROISANT L'AGE AU MARIAGE ET LES MGF (N=488) .....	- 80 -
TABLEAU II: REPARTITION DES ETHNIES EN FONCTION DES MGF (N=777).....	- 81 -
TABLEAU III : REPARTITION DES PARTURIENTES EN FONCTION DE LA RELIGION (N=794).....	- 82 -
TABLEAU IV : MGF SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION (N=794).....	- 83 -
TABLEAU V : REPARTITION DES PARTURIENTES EN FONCTION DE LEUR GESTITE ET PARITE (N=794) .....	- 84 -
TABLEAU VI : MGF EN FONCTION DE LA GESTITE ET DE LA PARITE (N=794) .....	- 85 -
TABLEAU VII: MGF EN FONCTION DE LA PROFESSION (N=794) .....	- 86 -
TABLEAU VIII : MGF SUIVANT QUELQUES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES .....	- 88 -
TABLEAU IX : REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LES LOCALITES DE LA PRATIQUE DES MGF (N=510) .....	- 92 -
TABLEAU X : REPARTITION DES PARTURIENTES EN FONCTION DES PATHOLOGIES SURVENUES PENDANT LA GROSSESSE (N=19).....	- 96 -
TABLEAU XI : MGF SUIVANT LES DONNEES DE LA GROSSESSE .....	- 97 -
TABLEAU XII : MGF EN FONCTION DU MODE D'ADMISSION.....	- 98 -
TABLEAU XIII : REPARTITION DES PARTURIENTES EN FONCTION DU PERSONNEL AYANT PRIS EN CHARGE L'ACCOUCHEMENT (N=772).....	- 100 -
TABLEAU XIV : MGF SELON LES DONNEES D'EXAMEN A L'ADMISSION .....	- 101 -
TABLEAU XV : EXAMENS COMPLEMENTAIRES EN FONCTION DES MGF .....	- 102 -
TABLEAU XVI : MARCHE DE L'ACCOUCHEMENT EN FONCTION DES MGF .....	- 103 -
TABLEAU XVII: DUREE DU TRAVAIL EN FONCTION DE LA PRESENCE DE MUTILATION .....	- 104 -
TABLEAU XVIII: DONNEES DE L'ACCOUCHEMENT EN FONCTION DE LA PRESENCE DE MGF.....	- 105 -
TABLEAU XIX : DEROULEMENT DU POST PARTUM SUIVANT LA MGF .....	- 106 -
TABLEAU XX : MEDICAMENTS UTILISES SUIVANT LA MGF.....	- 107 -
TABLEAU XXI: ÉVOLUTION MATERNELLE ET MGF.....	- 108 -
TABLEAU XXII : PARAMETRES DU NOUVEAU-NE SUIVANT LA MGF .....	- 109 -
TABLEAU XXIII : EVOLUTION NEONATALE EN FONCTION DE LA MGF .....	- 110 -
TABLEAU XXIV : FACTEURS ASSOCIES A LA PRESENCE DE MUTILATIONS GENITALES .....	- 111 -

# TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	- 1 -
PREMIÈRE PARTIE .....	- 4 -
1. GENERALITES .....	- 5 -
1.1. DEFINITION.....	- 5 -
1.2. TERMINOLOGIE .....	- 5 -
1.3. CLASSIFICATION .....	- 6 -
1.4. RAPPELS EMBRYOLOGIQUES.....	- 11 -
1.5. RAPPELS ANATOMIQUES.....	- 13 -
1.5.1. Situation.....	- 14 -
1.5.2. Composition.....	- 15 -
1.5.2.1. Les replis tégumentaires.....	- 15 -
1.5.2.2. Le vestibule .....	- 16 -
1.5.2.3. Les organes érectiles .....	- 17 -
1.5.2.4. Les glandes génitales.....	- 19 -
1.5.3. Vascularisation .....	- 21 -
1.5.4. Innervation .....	- 22 -
1.5.2.1. Nerfs.....	- 22 -
1.5.2.2. Neurorécepteurs vulvaires.....	- 23 -
1.5.2.3. Topographie des récepteurs vulvaires.....	- 23 -
1.6. RAPPELS PHYSIOLOGIQUES .....	- 24 -
2. APERÇU HISTORIQUE .....	- 25 -
2.1. HYPOTHESE EGYPTIENNE .....	- 26 -
2.2. THEORIES MYTHOLOGIQUES .....	- 27 -
2.3. INFLUENCE ISLAMIQUE.....	- 29 -
2.4. PRATIQUE DANS LE MONDE OCCIDENTAL.....	- 32 -
2.5. PRATIQUE EN CASAMANCE .....	- 33 -
3. PRATIQUE DES MUTILATIONS.....	- 34 -
3.1. RAISONS AVANCEES.....	- 34 -
3.1.1. Raisons socio-culturelles .....	- 35 -
3.1.2. Raisons psychologiques et liées aux croyances sexuelles.....	- 36 -
3.1.3. Raisons religieuses et spirituelles.....	- 36 -
3.1.4. Hygiène et esthétique .....	- 36 -
3.2. DEROULEMENT DU RITE DE LA MUTILATION .....	- 37 -
3.2.1. La phase préparatoire.....	- 37 -
3.2.2. L'opération.....	- 38 -

3.2.3. La réclusion .....	- 40 -
3.2.4. L'intégration .....	- 41 -
4. ÉPIDEMIOLOGIE DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES .....	- 41 -
4.1. ÉPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE.....	- 41 -
4.2. ÉPIDEMIOLOGIE ANALYTIQUE .....	- 47 -
5. CONSEQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES .....	- 52 -
5.1. AU PLAN FIDUCIAIRE.....	- 52 -
5.2. AU PLAN PSYCHOLOGIQUE .....	- 53 -
5.3. AU PLAN PHYSIQUE .....	- 54 -
5.3.1. Complications à court terme .....	- 54 -
5.3.2. Complications à long terme .....	- 55 -
5.3.2.1. Problèmes cicatriciels .....	- 55 -
5.3.2.2. Complications urologiques.....	- 56 -
5.3.2.3. Complications gynécologiques .....	- 57 -
5.3.2.4. Complications obstétricales .....	- 58 -
DEUXIÈME PARTIE .....	- 61 -
1. OBJECTIF .....	- 62 -
1.1. OBJECTIF PRINCIPAL .....	- 62 -
1.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES .....	- 62 -
2. PATIENTES ET METHODES.....	- 63 -
2.1. TYPE ET PERIODE D'ETUDE .....	- 63 -
2.2. CADRE D'ETUDE.....	- 63 -
2.2.1. Contexte géographique et administratif .....	- 64 -
2.2.2. Contexte socio-démographique.....	- 65 -
2.2.3. Contexte économique.....	- 66 -
2.2.4. Contexte sanitaire.....	- 69 -
2.3. POPULATION D'ETUDE .....	- 72 -
2.4. ÉCHANTILLONNAGE.....	- 72 -
2.4.1. Définition de l'unité statistique .....	- 72 -
2.4.2. Critères de sélection .....	- 72 -
2.4.2.1. Critères d'inclusion .....	- 72 -
2.4.2.2. Critères de non inclusion .....	- 72 -
2.5. OUTILS ET METHODE DE COLLECTE DES DONNEES .....	- 73 -
2.6. VARIABLES DE L'ETUDE .....	- 74 -
2.7. DEROULEMENT DE L'ENQUETE .....	- 75 -
2.7.1. Phase préparatoire .....	- 75 -
2.7.2. Phase d'enquête.....	- 75 -



2.8.	SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES .....	- 76 -
2.9.	CONSIDERATIONS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES.....	- 76 -
3.	RESULTATS .....	- 77 -
3.1.	DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON.....	- 77 -
3.1.1.	Évolution de la fréquentation .....	- 77 -
3.1.2.	Les caractéristiques socio-démographiques.....	- 77 -
3.1.2.1.	Âge .....	- 77 -
3.1.2.2.	Région d'origine.....	- 78 -
3.1.2.3.	Zone de résidence.....	- 79 -
3.1.2.4.	Statut matrimonial.....	- 79 -
3.1.2.5.	Ethnie .....	- 80 -
3.1.2.6.	Religion.....	- 81 -
3.1.2.7.	Niveau d'instruction .....	- 82 -
3.1.2.8.	Gestité / Parité.....	- 83 -
3.1.2.9.	Profession de la parturiente.....	- 85 -
3.1.2.10.	Profession du conjoint .....	- 87 -
3.2.	MGF ET FACTEURS ASSOCIES.....	- 87 -
3.2.1.	Fréquence.....	- 87 -
3.2.2.	MGF et caractéristiques socio-démographiques.....	- 88 -
3.2.3.	Type de MGF.....	- 88 -
3.2.4.	Dimensions de l'orifice vulvaire.....	- 89 -
3.2.5.	Autres lésions du périnée .....	- 90 -
3.2.6.	Connaissance de la mutilation.....	- 90 -
3.2.7.	Âge au moment de la mutilation .....	- 91 -
3.2.8.	Raisons de la pratique .....	- 91 -
3.2.9.	Localité de la pratique.....	- 92 -
3.2.10.	Circonstances de la pratique.....	- 92 -
3.2.11.	Fonction de l'exciseuse .....	- 93 -
3.3.	DONNEES SUR LA GROSSESSE ET LE SUIVI .....	- 94 -
3.3.1.	Notion de suivi de la grossesse .....	- 94 -
3.3.2.	Fonction des prestataires de suivi .....	- 94 -
3.3.3.	Nombre de Consultations Périnatales effectuées.....	- 95 -
3.3.4.	Mesures prophylactiques.....	- 95 -
3.3.5.	Bilan de routine.....	- 96 -
3.3.6.	Pathologies au cours de la grossesse .....	- 96 -
3.3.7.	MGF et données sur la grossesse .....	- 97 -
3.4.	DONNEES OBSTETRIQUES .....	- 98 -

3.4.1. Données de l'examen d'admission .....	- 98 -
3.4.1.1. Mode d'admission.....	- 98 -
3.4.1.2. MGF et mode d'admission.....	- 98 -
3.4.1.3. Type de structure de référence ou d'évacuation.....	- 99 -
3.4.1.4. Motif de référence ou d'évacuation.....	- 99 -
3.4.1.5. Accoucheur de la grossesse actuelle .....	- 100 -
3.4.1.6. Examen à l'admission.....	- 101 -
3.4.1.7. Examens complémentaires .....	- 102 -
3.4.2. Déroulement du travail.....	- 103 -
3.4.3. Durée du travail .....	- 104 -
3.4.4. Données de l'accouchement.....	- 105 -
3.4.5. Déroulement du post partum .....	- 106 -
3.4.6. Médicaments utilisés .....	- 107 -
3.5. ISSUE MATERNELLE ET NEONATALE.....	- 107 -
3.5.1. Issue maternelle .....	- 107 -
3.5.2. Issue néonatale .....	- 108 -
3.5.2.1. Paramètres du nouveau-né .....	- 108 -
3.5.2.2. Évolution du nouveau-né.....	- 110 -
3.6. ANALYSE MULTIVARIEE .....	- 111 -
4. DISCUSSION .....	- 112 -
4.1. LIMITES DE L'ETUDE .....	- 112 -
4.2. CARACTERISTIQUES GENERALES.....	- 112 -
4.2.1. Aspects socio-démographiques.....	- 112 -
4.2.2. Aspects épidémiologiques .....	- 118 -
4.3. SUIVI DE LA GROSSESSE.....	- 122 -
4.4. ADMISSION.....	- 124 -
4.5. DEROULEMENT DU TRAVAIL .....	- 126 -
4.6. ACCOUCHEMENT ET POST-PARTUM .....	- 128 -
4.7. PRONOSTIC MATERNEL.....	- 131 -
4.8. PRONOSTIC FŒTAL .....	- 131 -
CONCLUSION.....	- 133 -
BIBLIOGRAPHIE .....	- 139 -

# INTRODUCTION

Les mutilations génitales féminines consistent en une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes sans indication thérapeutique. Elles sont considérées comme une violation des droits de la personne et s'inscrivent à ce titre parmi les violences faites aux femmes. Elles sont d'ailleurs intégrées aux Objectifs de Développement Durable dont elles constituent la cible 5.3 qui englobe les pratiques préjudiciables telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé, et dont l'ambition principale est d'arriver à une élimination d'ici 2030. La circoncision féminine, l'excision, sont autant de termes utilisés pour qualifier cette pratique. Elle est considérée comme l'une des pratiques traditionnelles les plus dangereuses car elle mettrait potentiellement en danger la santé reproductive des filles et des femmes. Cependant les communautés qui la pratiquent y voient le moyen de promouvoir la femme dans la société, en lui donnant l'occasion de s'intégrer. En effet, la pratique a pour but déclaré de préserver la chasteté de la femme, de promouvoir son honorabilité et de lui assurer la nubilité qui la conduira au mariage.

Les mutilations génitales sont actuellement pratiquées dans 28 pays d'Afrique subsaharienne. C'est une pratique profondément ancrée dans plusieurs communautés en Afrique. L'on soupçonne qu'elle serait née de l'Égypte antique et se serait diffusée à travers le commerce dans le continent. Les différentes communautés se seraient appropriées cette pratique en la réinterprétant en fonction de leur propre cosmogonie. Elle touche 140 millions de femmes et filles à travers le monde, et l'on considère que 3 millions de filles sont à risque d'être mutilées chaque année. Les conséquences de cette pratique sont potentiellement redoutables pouvant aller jusqu'au décès. En effet, outre l'activité sexuelle, la sphère urogénitale joue un rôle crucial pour la parturition qui est elle-même pourvoyeuse de nombreuses complications. De plus, elles sont souvent pratiquées sur des jeunes gens qui n'ont pas assez de connaissance, de volonté ou d'autorité sociale pour s'y opposer. C'est pourquoi l'OMS la considère dangereuse en matière de santé publique. Des complications urologiques, gynécologiques, obstétricales sont évoquées. En ce qui concerne les dernières, un certain nombre d'études ont été réalisées à ce sujet, les résultats étant souvent controversés. Il n'existe pas à ce jour de données probantes

suffisantes pour incriminer formellement les mutilations avec un niveau de preuve élevé. D'aucuns affirment que les complications peuvent être jugulées si l'accouchement est pris en charge par un professionnel de santé averti.

Au Sénégal, la pratique concerne 25% des femmes âgées de 15 à 49 ans selon l'Enquête Démographique de Santé (EDS) réalisée en 2019. Au Sénégal, près de 2 millions de filles et de femmes ont subi des MGF, et 25% des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans sont mutilées. La majorité de la population sénégalaise pense que les MGF devraient être éliminées. L'opposition est fréquente dans les zones où les MGF sont rares et où le niveau d'instruction est élevé. Elle est variable selon l'appartenance ethnique : rare chez les Wolofs, elle concerne deux tiers des Mandingues/Socés. On retrouve plusieurs régions où la pratique est particulièrement répandue. La région de la Casamance, dite naturelle, fait partie de ce lot. Elle regroupe trois régions administratives : Ziguinchor, Sédhiou et Kolda, où on retrouve des niveaux de prévalence encore élevées selon l'EDS 2019. La pratique y est souvent attribuée à la tradition, et fait office de ciment culturel pour la majorité des communautés qui la pratiquent.

Les détracteurs de la pratique affirment qu'elle serait à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité materno-fœtale importante lors de l'accouchement. Étant donné que nous sommes dans un pays du tiers monde, il existe beaucoup de facteurs pouvant influencer sur la parturition et entraîner des complications.

Dans la perspective d'étudier la morbidité de cette pratique sur la marche de l'accouchement, nous avons entrepris cette étude dans le but de vérifier si les données de la littérature étaient applicables aux femmes de cette région. Ainsi nous avons répertorié une trentaine de structures de santé de la région où les parturientes pouvaient être prise en charge par un personnel qualifié (sage-femmes d'état) lors de l'accouchement. Puis nous y avons conduit une étude de cohorte rétrospective afin de comparer le risque de survenue des complications chez les parturientes mutilées par rapport à celles qui ne le sont pas. Nous avons ainsi collecté des données sur une période de 7 mois allant de juin à décembre 2019.

Les objectifs de notre étude étaient les suivants :

- Identifier le profil socio démographique des parturientes portant des mutilations génitales
- Estimer la prévalence des MGF chez les parturientes reçues dans les structures publiques de santé de la région naturelle de la Casamance
- Identifier les facteurs expliquant la pratique des mutilations génitales féminines chez les parturientes admises dans les structures publiques de santé de la Casamance
- Identifier les types de mutilations chez les parturientes admises dans les structures publiques de santé de la Casamance
- Décrire la prise en charge des parturientes dans les structures publiques de santé de la Casamance
- Comparer le pronostic néonatal et maternel de l'accouchement chez les parturientes présentant une MGF et celles qui en sont dépourvues
- Comparer la prévalence de l'infection par le VIH et des hépatites virales entre les parturientes portant les MGF et celles n'ayant pas subi cette pratique
- Identifier les arguments aidant à formuler des recommandations pour la prévention des MGF et la prise en charge de leurs complications.

# P REMIÈRE PARTIE

# 1. Généralités

## 1.1. Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les Mutilations Génitales Féminines désignent « toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques » [1].

## 1.2. Terminologie

En milieu francophone, les termes « circoncision féminine » et « excision » ont été longtemps utilisés pour caractériser ces pratiques. Le terme « circoncision » établit un parallèle direct avec la circoncision masculine. Il est souvent réfuté étant donné que les conséquences divergent dans les deux sexes. L'excision au sens strict, désigne les clitoridectomies ; elle est cependant couramment employée pour désigner les mutilations dans un sens plus large. Ces termes pouvant prêter à confusion, l'expression « mutilation sexuelle féminine » se répandit vers la fin des années 1970. Avec l'avènement du féminisme, cette dénomination est alors utilisée afin d'attirer l'attention sur les dommages causés à la sexualité féminine [2].

Le terme « mutilation » est défini comme une ablation ou détérioration d'un membre ou d'une partie externe du corps. Cette connotation fortement négative amplifie ainsi le caractère délabrant de la pratique et la classe d'emblée parmi les violences faites aux femmes. Cela renforce l'engagement international en faveur de l'élimination de la pratique. Ce terme est mal perçu des populations concernées en raison de sa charge émotive et stigmatisante, particulièrement à l'endroit de celles qui les portent. Les termes « excision » et « infibulation », plus descriptifs, sont préférés car elles renferment une connotation neutre. En 1990, l'expression « Mutilations Génitales Féminines » fut retenue lors de la troisième conférence du Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants (CIAF), à Addis-Abeba. En 1991, l'OMS recommanda l'adoption de cette terminologie qui depuis lors, est largement utilisée dans les documents des Nations Unies et dans la littérature scientifique [1]. L'UNICEF et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) utilisent actuellement un terme hybride, « Mutilations Génitales Féminines/Excision » (MGF/E). Ce terme transmet la notion de « mutilation » au

niveau politique et souligne que ces pratiques constituent une violation des droits des filles et des femmes. Dans le même temps, il reconnaît l'importance d'utiliser une terminologie respectueuse des communautés pratiquantes [3].

### **1.3. Classification**

Après avoir obtenu une définition consensuelle, l'OMS s'est attelée à proposer une première classification fondée sur quatre types de pratiques en fonction du siège des lésions au moment de la mutilation [4]. Suite à sa diffusion, des experts ont mis en lumière certaines de ses limites, les catégories proposées simplifiant trop la diversité des pratiques existantes. Elle fut donc révisée en 2007 en s'appuyant sur les conclusions d'un groupe d'experts réunis par l'OMS : les libellés de la classification de 1997 furent légèrement modifiés, puis des subdivisions furent créées, pour cerner plus précisément la variété des interventions pratiquées. La déclaration inter-institutions, publiée conjointement par huit organisations de l'ONU en 2008, rappelait que les Mutilations Génitales Féminines regroupent un ensemble de pratiques très diverses qui ont toutes en commun le fait de porter atteinte à l'intégrité physique de l'appareil génital féminin [1].

Depuis 2008, l'OMS préconise donc de catégoriser les Mutilations génitales féminines en 4 types principaux, pourvus eux-mêmes des subdivisions définis en fonction du type d'acte pratiqué au moment de la Mutilation :

- le type I, parfois qualifié de clitoridectomie, est une ablation partielle ou totale du prépuce et/ou du gland du clitoris comme illustré sur la Figure 1 ci-après :



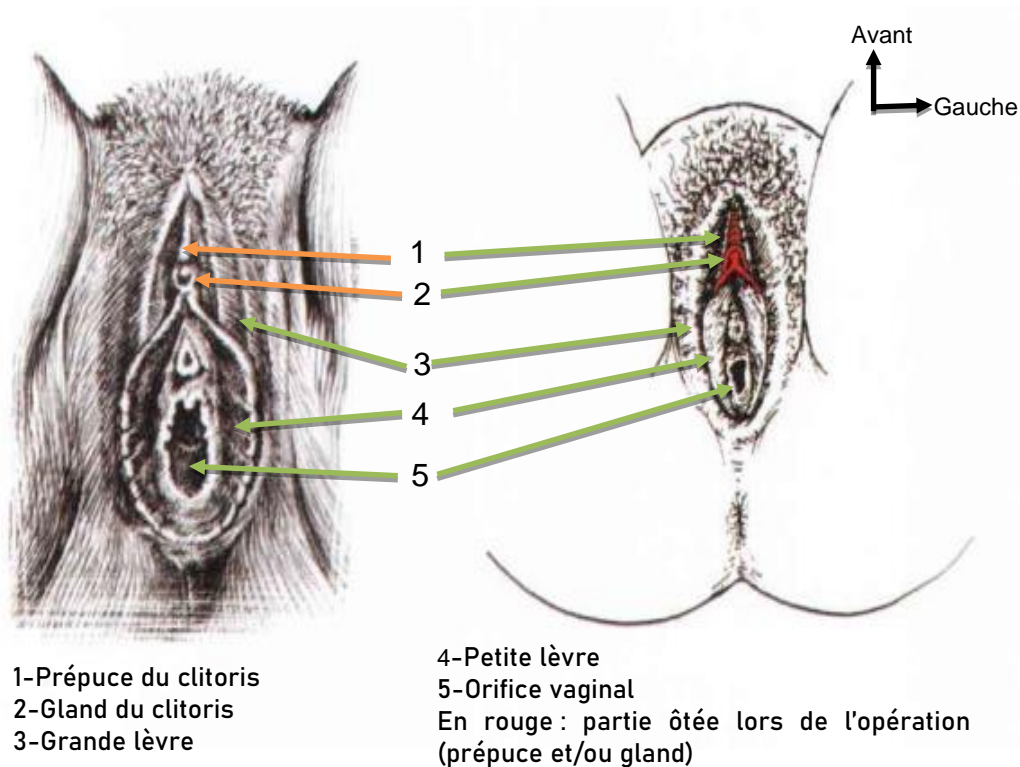


Figure 1: Mutilation génitale de Type 1 chez une femme en position gynécologique [5]

- Le type II souvent qualifié d'excision implique une ablation partielle ou totale du gland du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans ablation des grandes lèvres (Figure 2)

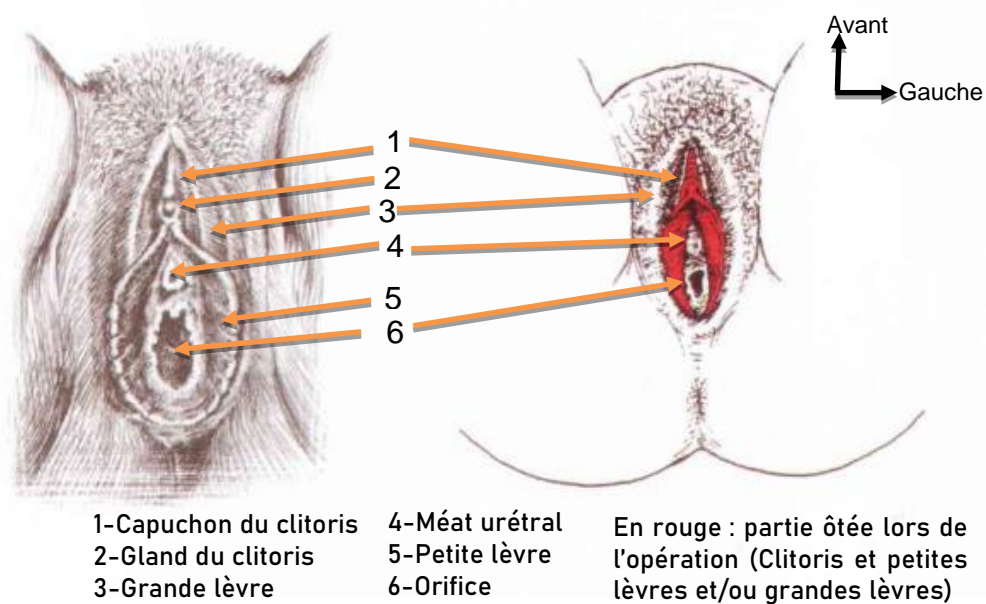


Figure 2: Mutilation génitale de type 2 chez une femme en position gynécologique [5]

- Le type III ou infibulation réalise un rétrécissement de l'orifice vaginal avec accolement par suture des grandes lèvres, avec ou sans ablation plus ou moins importante du tissu vulvaire (Figure 3)

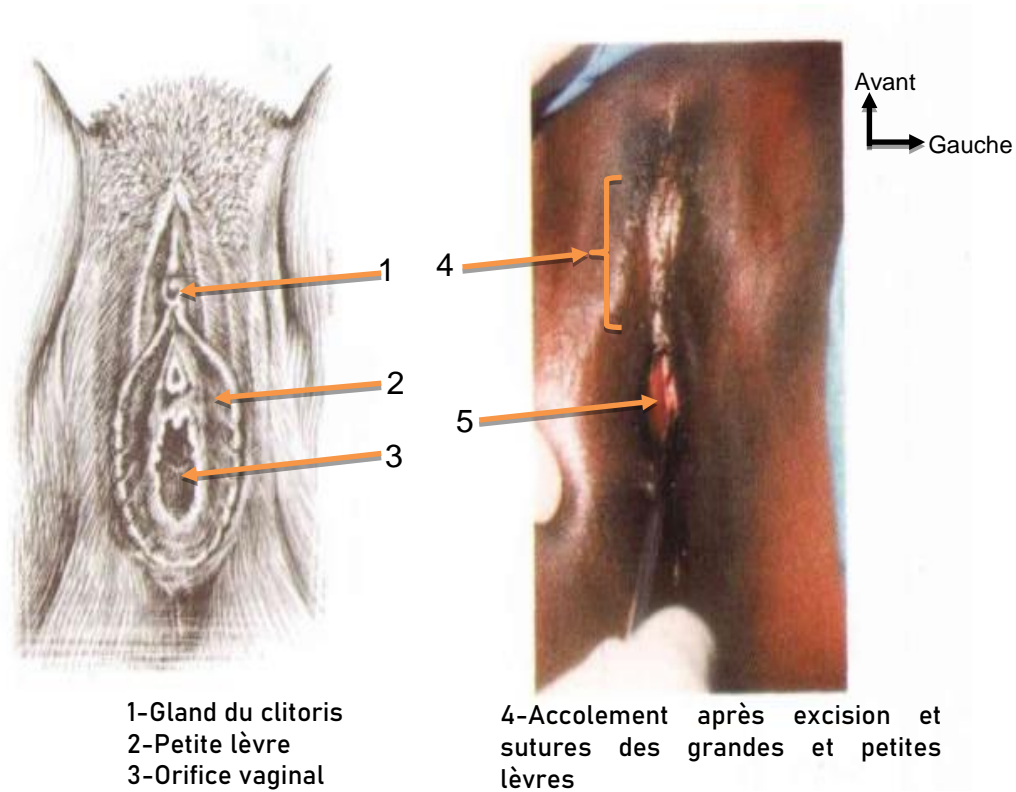


Figure 3: Mutilation génitale de Type 3 chez une femme en position gynécologique : infibulation [5]

- Le type IV quant à lui, regroupe diverses interventions jugées nocives mais ne comportant pas l'ablation de tissu génital telles que l'étirement, la ponction, la perforation, l'incision, la scarification et la cautérisation. La ponction (ou entaille) implique une perte de sang, et ne cause aucune altération durable des organes génitaux externes. Cette intervention est parfois appelée « circoncision symbolique ». Cela englobe aussi l'introduction de substances corrosives ou de plantes dans le vagin afin de provoquer des saignements ou de resserrer le vagin. La figure suivante (Figure 4) illustre l'étirement des petites lèvres fréquemment pratiquée dans certaines communautés d'Afrique orientale et australe.

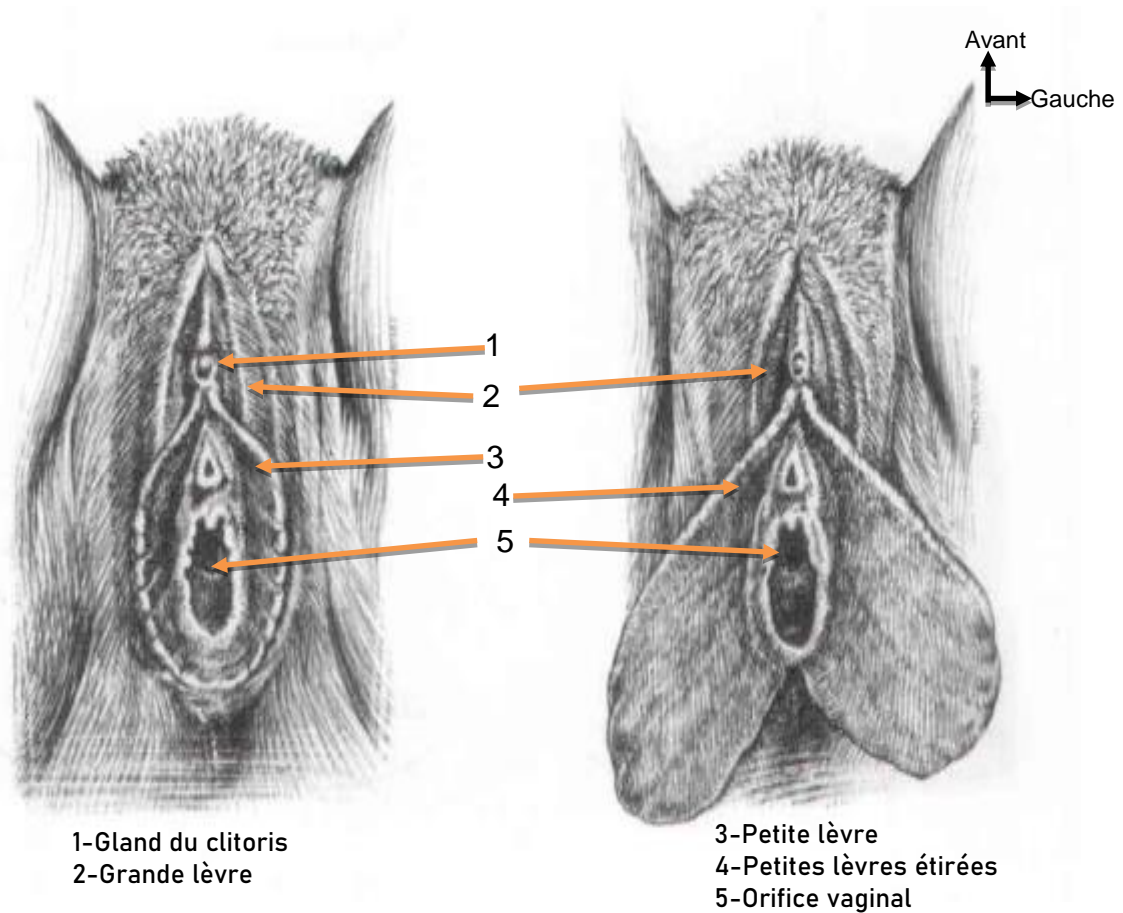


Figure 4: Exemple de Mutilation de type 4 : étirement des petites lèvres (source OMS) [5]

Pour ce dernier groupe, bien que la majeure partie de ces pratiques n'aient pas été bien étudiées, il semble que, de façon générale, elles soient moins souvent associées à des lésions ou à des risques que les Mutilations de type I, II et III, qui consistent toutes en une ablation de tissus. La figure 5 ci-après montre le détail des subdivisions de la classification actuellement en vigueur.

Typologie modifiée de l'OMS, 2007	Typologie de l'OMS, 1997
<p><b>Type I</b> : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ ou du prépuce (clitoridectomie).</p> <p>Lorsqu'il est important de distinguer les principales formes de la mutilation de type I, les subdivisions ci-après sont proposées :</p> <p><b>Type Ia</b> : Ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement ;</p> <p><b>Type Ib</b> : Ablation du clitoris et du prépuce.</p>	<p><b>Type I</b> : Excision du prépuce, avec ou sans excision de la totalité ou d'une partie du clitoris.</p>
<p><b>Type II</b> : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision).</p> <p>Lorsqu'il est important de distinguer les principales formes qui ont été constatées, les subdivisions ci-après sont proposées :</p> <p><b>Type IIa</b> : Ablation des petites lèvres uniquement ;</p> <p><b>Type IIb</b> : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres ;</p> <p><b>Type IIc</b> : Ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres.</p> <p>En français, le terme d'excision est fréquemment utilisé comme un terme général recouvrant tous les types de mutilations sexuelles féminines.</p>	<p><b>Type II</b> : Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres.</p>
<p><b>Type III</b> : 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).</p> <p>Lorsqu'il est important de distinguer les différentes formes d'infibulation, les subdivisions ci-après sont proposées :</p> <p><b>Type IIIa</b> : Ablation et accolement des petites lèvres ;</p> <p><b>Type IIIb</b> : Ablation et accolement des grandes lèvres.</p>	<p><b>Type III</b> : Excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale (infibulation).</p>
<p><b>Type IV</b> : 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>	<p><b>Type IV</b> : Diverses pratiques non classées telles que la ponction, le percement ou l'incision du clitoris et/ ou des lèvres ; l'étirement du clitoris et/ou des lèvres ; la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus environnants ; la scarification des tissus qui entourent l'orifice vaginal ou l'incision du vagin ; l'introduction de substances ou d'herbes corrosives dans le vagin pour provoquer un saignement ou pour le resserrer ; et toute autre pratique entrant dans la définition générale des mutilations sexuelles féminines.</p>

Figure 5 : CLASSIFICATION MGF (OMS 1997,2008) [6]

## 1.4. Rappels embryologiques

Avant la 7<sup>ème</sup> semaine du développement embryonnaire, la membrane cloacale est entourée d'un bourrelet, le repli cloacal, saillant dans sa partie ventrale où il constitue l'éminence cloacale. Après le cloisonnement du cloaque et le développement du périnée, la membrane est divisée en deux zones : la membrane anale et la membrane uro-génitale, chacune entourée de son bourrelet. Le bourrelet circonscrivant la membrane uro-génitale donne de chaque côté le repli génital et l'éminence cloacale devient le tubercule génital. Latéralement, une prolifération mésenchymateuse soulève le revêtement ectodermique et détermine la formation des replis labio-scrotaux. Ces structures délimitent l'infundibulum génital. Il s'agit là du stade indifférencié commun à tous les embryons [7]. La figure 6 en donne l'illustration.

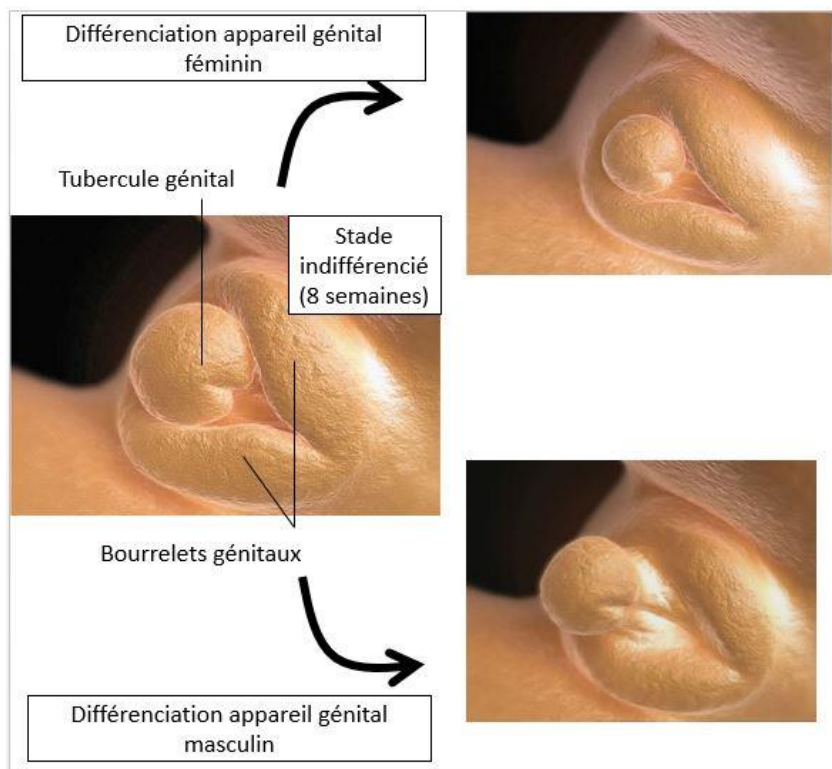


Figure 6: Organes génitaux externes au stade indifférencié [7]

Au cours de la 7<sup>ème</sup> semaine, le mésenchyme rétropéritonéal se condense et constitue un cordon fibreux, le gubernaculum, qui relie le pôle inférieur de la gonade aux replis labio-scrotaux.

Les transformations de l'appareil uro-génital selon le sexe commencent à la 8<sup>ème</sup> semaine et vont se poursuivre pendant le développement du fœtus au cours de la grossesse et même au-delà de la naissance. Elles concernent l'ensemble des constituants de l'appareil : gonades, voies génitales, sinus uro-génital et organes génitaux externes.

Ces derniers se forment à partir du sinus urogénital et des organes génitaux externes indifférenciés. La différenciation féminine du sinus urogénital commence ainsi après le début de la folliculogenèse de l'ovaire fœtal (18<sup>ème</sup> – 20<sup>ème</sup> semaine). Il y a peu de transformations des organes indifférenciés :

- le tubercule génital garde sa forme et se replie vers le bas pour donner le clitoris
- les replis génitaux deviennent les petites lèvres qui circonscrivent l'ouverture du vestibule
- les bourrelets labio-scrotaux restent séparés et deviennent les grandes lèvres, qui fusionnent en avant et en arrière au niveau des commissures labiales
- le sinus urogénital reste ouvert et sa gouttière s'élargit pour former le vestibule à la partie profonde duquel s'ouvre l'urètre en avant et l'hymen en arrière.

L'épithélium de la plaque urétrale s'étend jusqu'à l'extrémité distale du clitoris où il persiste sous forme d'un cordon cellulaire épithélial. Chez le mâle, ce cordon se canalise pour former un tube urétral où des interactions entre l'épithélium et le mésenchyme sont essentielles au développement et à la transformation du tubercule génital en pénis. Cette différenciation masculine résulte du rôle des androgènes et de l'action de facteurs de croissance. Il est admis classiquement que la différenciation féminine se fait de manière passive en l'absence d'androgènes (Di-Hydro-Testostérone) et d'hormone anti-mullérienne.

Les glandes urétrales et para-urétrales se constituent au 4<sup>ème</sup> mois du développement, à partir de bourgeonnements de la paroi de l'urètre qui s'invaginent dans le mésenchyme sous-jacent, leurs canaux excréteurs s'ouvriront ultérieurement dans la lumière de l'urètre. Les amas glandulaires les plus bas situés s'ouvrent directement dans le vestibule (Canaux de Skène).

Les glandes de Bartholin se développent à partir de la paroi du canal utéro vaginal et sont bien individualisées à partir du 3<sup>ème</sup> mois du développement. Elles présentent un canal excréteur qui, du fait de l'abaissement de la partie inférieure du canal utéro-

vaginal, s'ouvrira ultérieurement dans le vestibule, au contact de l'hymen [8]. Elles se développeront à partir de la puberté. La figure 7 schématise cette transformation.

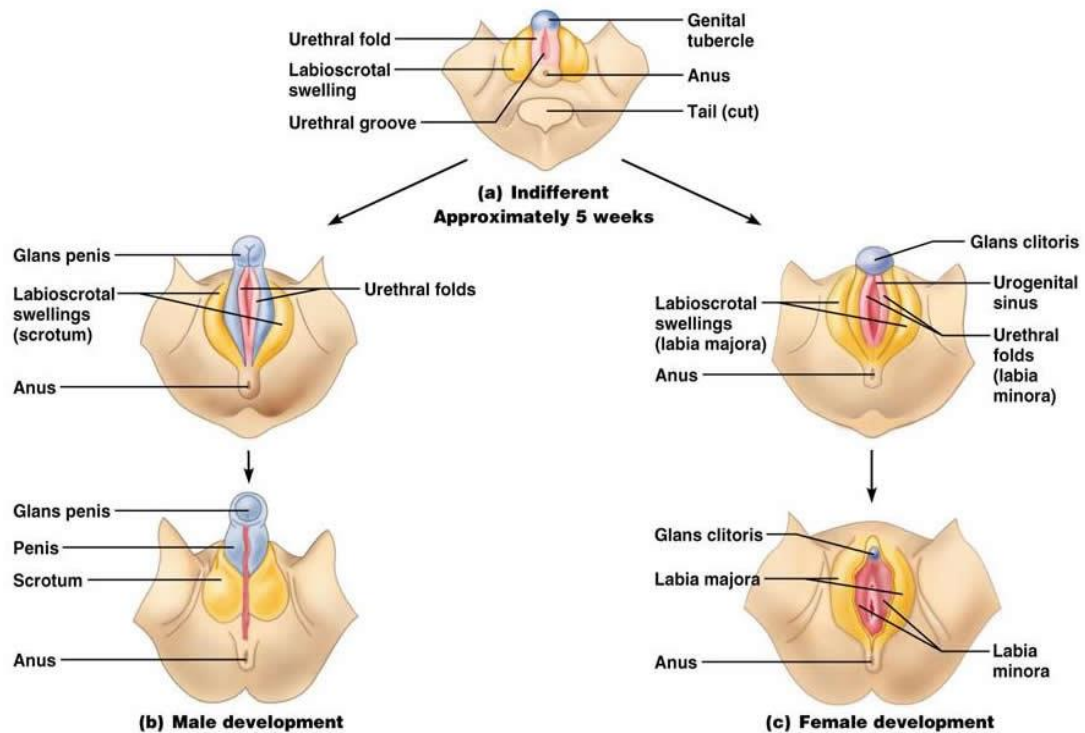


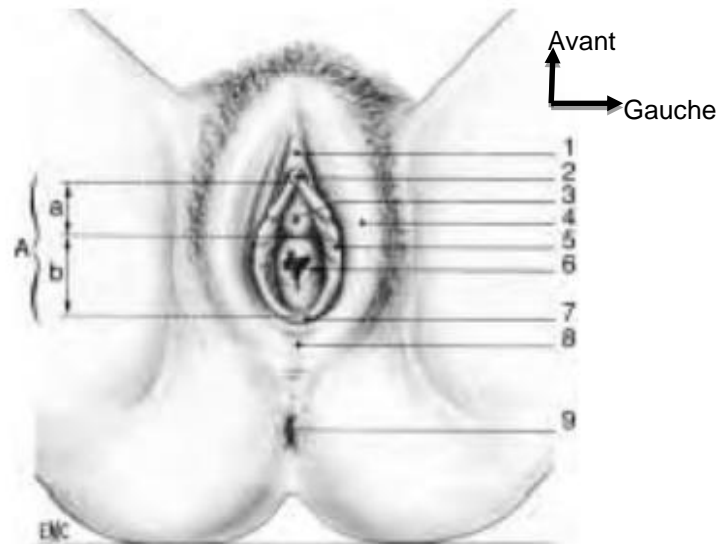
Figure 7: Différenciation embryonnaire des organes génitaux externes [9]

De fait, le fœtus est ambivalent. Ce sont les hormones et les facteurs de croissance sécrétés par l'expression des gonosomes, qui le font verser dans un sexe ou dans un autre.

## 1.5. Rappels anatomiques

L'appareil génital féminin peut être scindé en deux groupes :

- Les organes génitaux internes comprenant le vagin, l'utérus, les trompes et les ovaires
- Les organes génitaux externes sont un ensemble de structures anatomiques communément regroupées sous le terme générique de vulve



**53** Vulve (position gynécologique). A : vestibule ; a : vestibule urinaire ; b : vestibule du vagin ; 1 : prépuce du clitoris ; 2 : gland du clitoris ; 3 : ostium externe de l'urètre ; 4 : grande lèvre ; 5 : petite lèvre ; 6 : introït vaginal ; 7 : frein des lèvres ; 8 : commissure postérieure des lèvres ; 9 : anus.

Figure 8: Schéma annoté de la vulve [10]

### 1.5.1. Situation

La vulve est située dans la loge périnéale superficielle entre le tissu cellulaire sous-cutané et le diaphragme uro-génital. Elle se présente comme une saillie ovale pourvue d'une fente médiane. En position gynécologique, le périnée a une forme losangique à grand axe antéro-postérieur dont les angles sont définis par la symphyse pubienne en avant, le coccyx en arrière, les ischions latéralement. La ligne bi-ischiatique le divise en deux régions : périnée antérieur ou uro-gynécologique et périnée postérieur ou anal. Latéralement, ce sont les plis génito-fémoraux qui constituent la frontière entre les territoires vulvaires et fémoraux. Les muscles forment autour de la vulve et de l'anus un huit (8) dont la boucle antérieure est située dans le périnée antérieur. Cette boucle antérieure, la plus grande, est formée par les muscles bulbo-spongieux et constricteurs de la vulve. La boucle postérieure, la plus petite, est formée par le sphincter de l'anus.



## 1.5.2. Composition

Elle comprend les éléments suivants : [10] [11] [12]

- des replis tégumentaires
- le vestibule limité par les petites lèvres,
- les organes érectiles
- les glandes vulvo-vaginales.

### 1.5.2.1. Les replis tégumentaires

Ils sont représentés par les trois entités que nous décrivons ci-dessous.

- Le mont du pubis (également appelé Mont de Vénus) est une éminence en forme de coussinet, d'épaisseur moyenne de 35mm, tapissé d'un revêtement cutané pourvu de poils. Il est formé d'un tissu graisseux, parcouru des fuseaux de la membrane fibro-élastique des grandes lèvres, du ligament suspenseur du clitoris ainsi que du ligament rond de l'utérus, connectés aux fibres élastiques nées de la ligne blanche et de l'aponévrose abdominale. Il se perd en haut à la partie inférieure de l'abdomen (hypogastre) et se poursuit en bas par les grandes lèvres.
- Les grandes lèvres sont deux replis cutanés faisant suite au mont de Vénus et réunis en bas pour former la fourchette. La grande lèvre est séparée de la cuisse par le sillon génito-crural et de la petite lèvre homolatérale par le sillon interlabial. Leur face externe est recouverte de poils et de glandes sudoripares et sébacées tandis que leur face interne est glabre, revêtue d'un épithélium cutané riche en glandes sébacées.
- Les petites lèvres, autrefois appelées nymphes, sont des replis cutanés situés en dedans des grandes lèvres desquelles elles sont séparées par le sillon interlabial. Elles sont minces, glabres et riches en glandes sébacées ectopiques. Elles permettent de délimiter le vestibule par le sillon nympho-hyménéal. C'est ici, dans la partie basse de ce sillon que s'ouvre le canal de la glande de Bartholin. Leur bord libre est mince. Le bord adhérent répond au bulbe vestibulaire. L'extrémité postérieure s'unit avec son homologue pour

former la fourchette vulvaire. L'extrémité antérieure quant à elle, se dédouble en deux replis secondaires :

- Un repli postérieur, qui se dirige vers la face postérieure du clitoris, s'y insère et forme, avec celui du côté opposé le frein vulvaire du clitoris
- Un repli antérieur, plus long, qui passe en avant du clitoris et forme avec celui du côté opposé le capuchon clitoridien parfois appelé prépuce.

Chez l'adulte, elles font souvent saillies entre les grandes lèvres mais tendent à s'atrophier à la ménopause.

### 1.5.2.2. Le vestibule

Prolongeant la fente vulvaire, c'est un espace virtuel à l'état normal. Il s'agit d'une dépression limitée par la face interne des petites lèvres, le clitoris en avant et la fourchette vulvaire en arrière. Il présente à décrire de haut en bas (en position gynécologique) :

- Le vestibule urétral présente le méat urétral situé au-dessus de la carina urétrale du vagin qui termine la colonne vaginale antérieure. Il est bordé de chaque côté par les orifices des conduits des glandes para-urétrales.
- Le vestibule du vagin, profond de 6 à 7 cm, est séparé du vagin par l'introït vaginal. Celui-ci est obturé (ou non) par l'hymen qui est en fait une cloison incomplète pouvant prendre différentes formes (semi-lunaire, annulaire, labiée, ou criblée). Le sillon vestibulaire sépare l'hymen des petites lèvres [10].

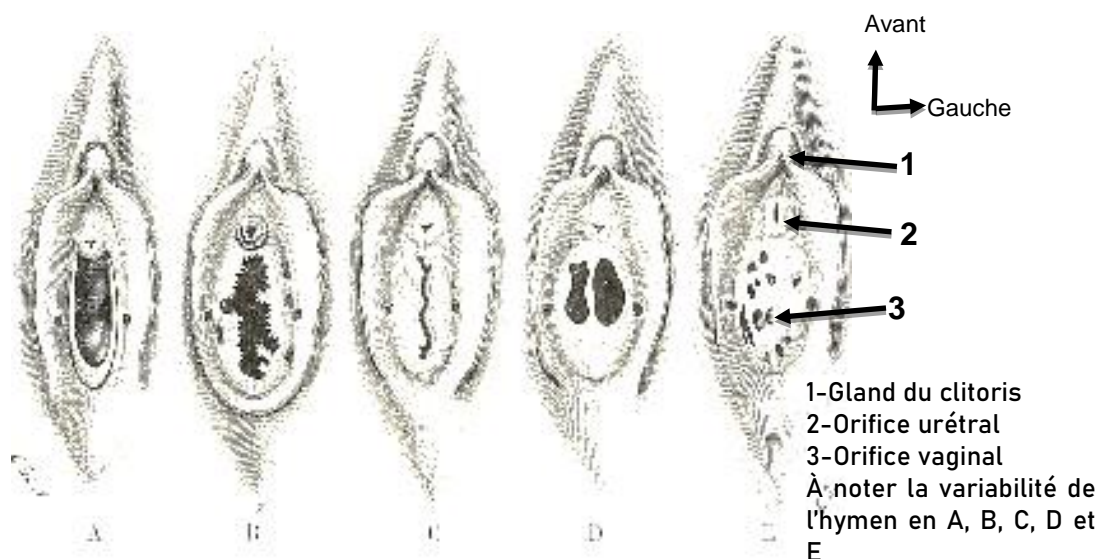


Figure 9 : Vue antérieure du vestibule en position gynécologique (+variabilité de l'hymen) [13]

### 1.5.2.3. Les organes érectiles

Les organes érectiles sont formés par un organe médian, le clitoris et deux organes latéraux : les bulbes vestibulaires analogues, possédant chacun un corps spongieux [10,14,15].

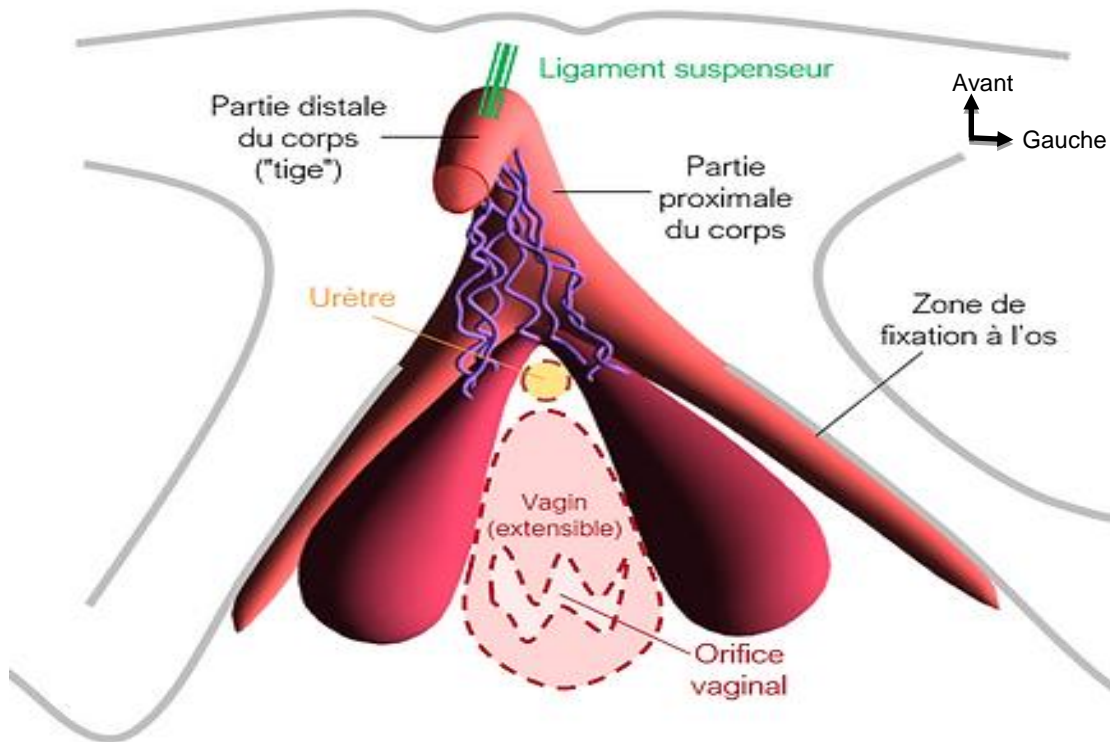


Figure 10 : Reconstruction 3D des organes érectiles féminins (vue antérieure) [15]

#### – Le clitoris

C'est un organe charnu que l'on aperçoit au niveau de la jonction des extrémités antérieures des deux petites lèvres. Il est constitué de deux corps caverneux recouverts d'une albuginée qui s'insèrent sur les branches ischio-pubiennes et les muscles ischio-caverneux puis ils s'étendent en avant, en haut et en dedans pour former les piliers du clitoris. Le corps du clitoris se forme alors de la fusion de ces deux piliers sur la ligne médiane. Il s'infléchit en bas et en arrière pour former le coude (ou genou) du clitoris, puis il se termine par le gland du clitoris qui mesure 6 à 7 mm et qui apparaît à l'extrémité antérieure des petites lèvres. Le gland du clitoris est recouvert en avant par le prépuce clitoridien (ou capuchon) et fixé en bas et en

arrière par le frein du clitoris. Il est également fixé au niveau de son coude, par le ligament suspenseur du clitoris.

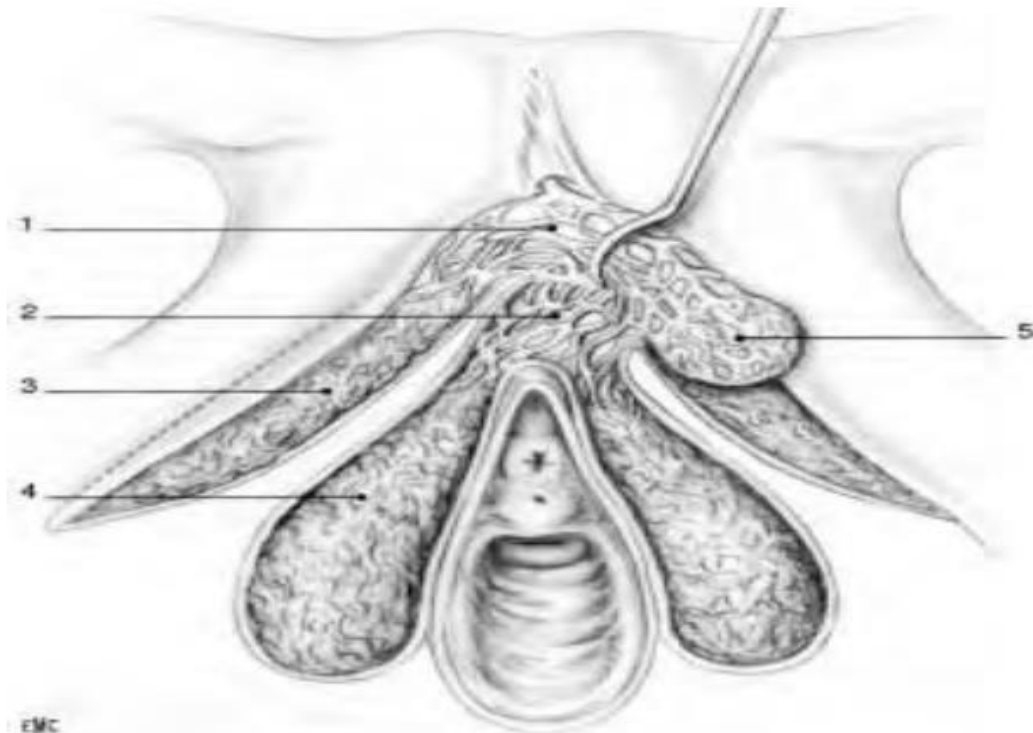
Histologiquement, le clitoris est formé de vastes lacunes vasculaires ou aréoles alimentées par des artérioles spiralées. Ces lacunes vasculaires sont séparées par des cloisons conjonctives pourvues de fibres musculaires lisses. Le gland du clitoris est renflé, de forme conique, de consistance mousse : il contient en principe, surtout du tissu conjonctif, mais aussi un tissu spongieux "involutif", provenant des bulbes vestibulaires. Il est très riche en corpuscules sensitifs.

#### – Les bulbes vestibulaires

Ce sont des corps spongieux pairs situés de part et d'autre du vagin, non recouverts d'une albuginée. Leurs branches respectives ont la forme de fer à cheval ouvert en arrière. Leurs extrémités postérieures répondent aux glandes vestibulaires majeures. Ils sont parfois très développés, atteignant le périnée postérieur. Leur taille est variable en fonction de l'âge et de la fréquence des rapports sexuels. Ils sont ovoïdes à base postérieure situés entre :

- En haut, le feuillet inférieur du diaphragme uro-génital (aponévrose périnéale moyenne)
- En bas et latéralement, le muscle bulbo-spongieux.

Leur extrémité antérieure, mince, s'unit sur la ligne médiane avec son homologue pour constituer la commissure bulbaire située dans la région vestibulaire entre le méat urinaire et le clitoris. De cette extrémité antérieure, émergent des veines nombreuses qui forment un réseau veineux – dit de Kobelt - entre le bulbe et le clitoris.



EMC  
**38** Corps érectiles. 1 : Corps du clitoris ; 2 : plexus veineux intermédiaire ; 3 : pilier du clitoris ; 4 : bulbe vestibulaire ; gland du clitoris.

Figure 11: Glandes vestibulaires et réseau veineux (position gynécologique) [10]

#### 1.5.2.4. Les glandes génitales

Il existe plusieurs types de glandes annexées à l'appareil génital de la femme [10].

- Les glandes urétrales et péri urétrales : Elles sont disposées en plusieurs rangées dont chacune comporte trois à dix orifices. Elles sont plus volumineuses et plus nombreuses au voisinage du méat, atteignant jusqu'à 3 mm de long. Leur extrémité se situe dans le chorion ou dans la musculeuse.
- Les glandes para urétrales (dites de Skene) ouvertes de part et d'autre du méat urétral, elles sont situées au contact de la paroi de l'urètre et se drainent par deux canaux ouverts de part et d'autre du méat urétral.

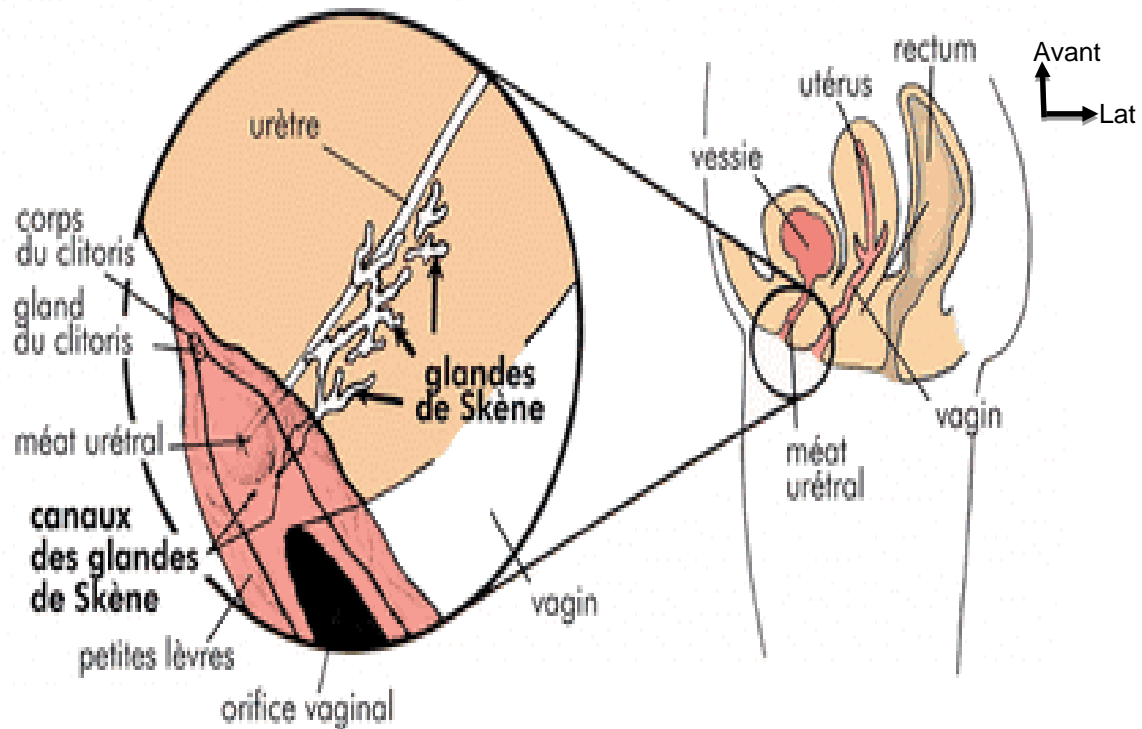


Figure 12 : Schéma des glandes para-urétrales [16]

- Les glandes vestibulaires mineures comprennent les glandes sébacées et sudorifères disséminées à la surface des formations labiales. Elles sécrètent une substance épaisse et blanchâtre rappelant le smegma préputial.
- Les glandes vestibulaires majeures (dites de Bartholin) : Elles sont situées à l'intérieur des grandes lèvres, au niveau de la jonction entre leur tiers inférieur et leur tiers moyen. Ce sont les seules glandes qui débouchent dans le vestibule. Leur canal excréteur s'ouvre au niveau du vestibule vaginal, à l'union du tiers moyen et tiers supérieur du sillon vestibulaire nympho-hyménéal, à 5 h et à 7h juste en avant de l'hymen. Ce sont des glandes hormonodépendantes : rudimentaires chez l'enfant, elles augmentent de volume de la puberté à l'âge adulte. Elles s'atrophient progressivement après la ménopause. C'est donc durant la vie génitale active que ces glandes acquièrent leur taille et leur fonctionnement normaux.

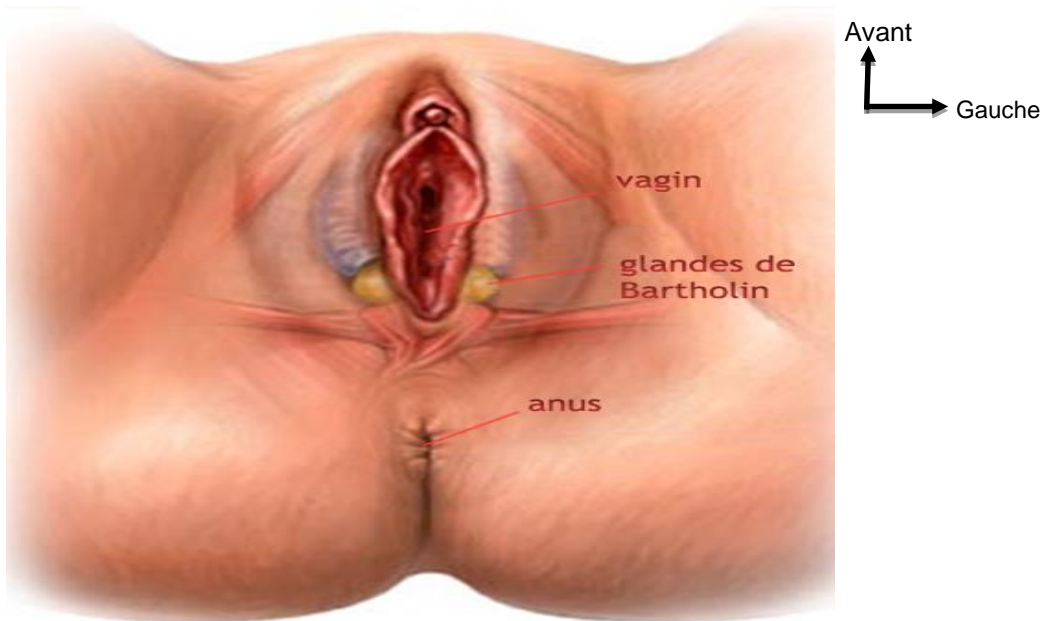


Figure 13 : Situation des glandes de Bartholin en position gynécologique (en jaune) [17]

### 1.5.3. Vascularisation

#### ❖ Artères

Une ligne transversale, passant par le gland du clitoris, divise la vulve en deux territoires artériels antérieur et postérieur :

- le territoire antérieur est vascularisé par les artères pudendales externes supérieure et inférieure, branches de la fémorale, et accessoirement par une branche terminale de l'obturatrice et par l'artère funiculaire ;
- le territoire postérieur est sous la dépendance de l'artère pudendale interne qui donne en particulier les artères dorsale et profonde du clitoris, urétrale, bulbaire et des rameaux pour les glandes vestibulaires majeures [18].

#### ❖ Veines

Le réseau d'origine 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 veine saphène.

Le drainage du clitoris, des bulbes vestibulaires et de la partie postérieure des lèvres se fait par les veines pudendales internes [18].

#### ❖ Lymphatiques [10] :

La vulve est recouverte d'un riche réseau lymphatique dont le drainage principal est inguinal ; le drainage iliaque interne est accessoire et rarement concerné dans les envahissements néoplasiques. La vulve présente quatre plexus collecteurs principaux :

- le plexus vestibulaire, situé autour de l'urètre, draine presque toute la face interne des petites lèvres. Ses collecteurs efférents cheminent le long des bords latéraux du clitoris et rejoignent le plexus pré-symphysaire ;
- le plexus commissural postérieur draine la région ano-vulvaire ; ses collecteurs efférents se dirigent latéralement puis en avant pour rejoindre les troncs efférents des grandes lèvres et aboutir aux nœuds inguinaux superficiels inférieurs ;
- le plexus labial des grandes lèvres est grossier et dense dans ses deux tiers postérieurs. Il draine la face externe des petites lèvres grâce à de petits collecteurs qui traversent le sillon interlabial. Ses collecteurs efférents se dirigent en avant parallèlement au pli génito-fémoral pour atteindre les nœuds inguinaux superficiels médiaux ;
- le plexus pré-symphysaire, situé au niveau du mont du pubis, draine le prépuce, le plexus vestibulaire et parfois le clitoris. Ses collecteurs efférents se dirigent latéralement pour atteindre les nœuds inguinaux superficiels médiaux homo- ou controlatéraux.

### **1.5.4. Innervation**

#### **1.5.2.1. Nerfs**

Le nerf somatique principal de la vulve est le nerf pudendal qui innerve les deux tiers postérieurs des grandes lèvres, des petites lèvres, le bulbe et le clitoris.

Les branches génitales des nerfs ilio-hypogastrique, ilio-inguinal et génito-fémoral innervent le mont du pubis et le tiers antérieur des grandes lèvres qui constituent le pôle d'irradiation des douleurs de ces nerfs.

Le nerf cutané postérieur de la cuisse participe à l'innervation de la partie moyenne des grandes lèvres.



Toute cette innervation accessoire explique l'insuffisance du bloc pudendal pour l'anesthésie totale de la vulve.

Ces nerfs forment par ailleurs, autour de la vulve, une sorte d'aura sensitive précédant la stimulation vulvaire [10].

### **1.5.2.2. Neurorécepteurs vulvaires**

Dans la couche superficielle de l'épiderme, siègent les terminaisons nerveuses libres impliquées dans la douleur et les corpuscules non capsulés ou ménisques du tact, sensibles au toucher léger.

Dans la couche papillaire de l'épiderme, se situent les corpuscules capsulés du tact, mécanorécepteurs sensibles au toucher plus appuyé, et des corpuscules génitaux dont la stimulation provoque l'érection et l'orgasme.

Dans le derme, siègent des corpuscules capsulés qui sont des thermorécepteurs et des mécanorécepteurs, les corpuscules capsulés aplatis sensibles à la chaleur, les corpuscules bulboïdes, sensibles au froid, et les corpuscules lamelleux sensibles aux pressions et vibrations.

Les terminaisons nerveuses des follicules pileux sont sensibles au tact léger. Dans les corps érectiles se localisent aussi des corpuscules génitaux [10].

### **1.5.2.3. Topographie des récepteurs vulvaires**

La distribution quantitative des récepteurs est intéressante et permet de souligner deux points essentiels :

- le mont du pubis et les grandes lèvres sont particulièrement sensibles au toucher léger et à la température ;
- les petites lèvres et le clitoris, plus riches en récepteurs génitaux, sont moins sensibles au toucher que le mont du pubis et les grandes lèvres. Le clitoris, particulièrement riche en corpuscules lamelleux, est très sensible aux pressions et aux vibrations.

La grande richesse de la vulve en neurorécepteurs comparée au vagin fait d'elle le véritable organe sexuel de la femme [10].

## 1.6. Rappels physiologiques

La vulve intervient dans trois fonctions : la miction, au cours de laquelle le jet d'urine est canalisé par les petites lèvres ; l'accouchement, lors duquel l'orifice vulvaire se distend pour laisser passer le fœtus ; et les rapports sexuels, pendant lesquels les grandes et les petites lèvres augmentent de volume, tandis que la sécrétion des glandes vestibulaires lubrifie la vulve et le vagin.

Bien que plusieurs auteurs aient menés des recherches sur leur compte, les mécanismes qui conduisent la femme au plaisir sexuel sont encore peu connus. D'aucuns affirment que l'orgasme clitoridien joue un rôle de catalyseur physiologique et l'assouvissement érotique féminin complet comporte la survenue d'orgasme en provenance des deux zones primaires. De nombreux auteurs affirment cependant avoir établi que tout orgasme chez la femme trouve son origine dans le clitoris ; bien qu'elle puisse le ressentir d'une autre manière. Rien n'indique en effet l'existence d'une innervation sensitive du vagin (ou de toute autre partie du corps) qui soit comparable à celle du clitoris. La physiologie de l'excitation sexuelle peut être décrite comme une augmentation de l'activité du système nerveux autonome qui va permettre de préparer le corps pour une activité sexuelle :

- l'activation du parasympathique permet une augmentation du flux sanguin vers la sphère génitale et le tissu érectile clitoridien
- la stimulation du sympathique permet une augmentation du débit sanguin cardiaque et une augmentation de la vascularisation artérielle à destinée des muscles lisses et des organes génitaux.

Cette phase d'excitation sexuelle est corrélée à une activité corticale avec en retour une réponse adaptée. La phase d'excitation est caractérisée par un phénomène de lubrification vaginale, la congestion du clitoris et des petites lèvres, l'écartement des grandes lèvres et l'allongement de la partie postéro-supérieure du vagin. Cette phase fait intervenir un réflexe à point de départ médullaire. Les zones érogènes primaires sont stimulées et les informations sensibles génitales sont transmises via en particulier les nerfs pudendaux et la moelle pour être intégrées au niveau cortical. Le recrutement des efférences parasympathiques empruntant les nerfs pelviens puis caverneux entraîne l'engorgement du clitoris, des lèvres et du vagin.

Cet engorgement va permettre l'apparition de la lubrification correspondant à l'augmentation du transsudat issu de la vasodilatation des capillaires des parois du vagin et des glandes vestibulaires et para-urétrales. Ce phénomène est facilité en particulier par l'imprégnation du milieu local en estradiol qui participe à la régulation des aquaporines et du Monoxyde d'Azote essentiels à la production du transsudat. Après cette phase initiale, survient une phase de plateau, caractérisée par un changement de forme du vagin qui prend l'aspect d'une poire. L'orgasme commence quelques secondes avant les huit à dix contractions musculaires saccadées et involontaires du vagin et des muscles de la région génitale et anale. La stimulation doit être maintenue jusqu'à l'orgasme car contrairement à l'homme, la femme n'a pas de point de non-retour et un arrêt de la stimulation entraîne une retombée de l'excitation. La résolution se manifeste par une relaxation des muscles et une diminution de la vasodilatation périnéale. Pendant cette phase, la femme a une sensation de satisfaction et d'euphorie. Cette courbe se différencie de celle de l'homme par la possibilité d'orgasmes répétés à quelques secondes les uns des autres et par une absence de période réfractaire. En somme, l'érection clitoridienne résulte d'une participation vasculaire, végétative et tissulaire. Les stimulations mécaniques impriment des arcs réflexes intermittents, qui crée une alternance de contraction et de relaxation des muscles bulbo-spongieux et ischio-caverneux. Cette intermittence est indispensable pour prévenir l'ischémie tissulaire en permettant l'évacuation du sang désoxygéné entre chaque contraction [19].

## **2. Aperçu historique**

Il apparaît difficile de dater avec précision les premières apparitions des Mutilations Génitales Féminines. Il existe peu de données fiables, étant donné que peu de recherches ont été conduites en ce sens. Cependant, les premières traces écrites laissent supposer que ces pratiques remontent aux sociétés patriarcales et très hiérarchisées de l'ancienne Égypte. Il s'agirait donc d'une tradition immémoriale qui s'est établie comme une norme sociale au cours des millénaires. La question est essentiellement traitée par les anthropologues, parmi lesquels il existe deux courants de pensée : d'une part, ceux qui soutiennent une origine commune de la pratique ; d'autre part, ceux qui la jugent indépendante étant donné la disparité de sa

distribution, sa large propagation et la variété des mutilations. Pour les défenseurs du premier groupe, la pratique des MGF serait originaire de la côte occidentale de la Mer Rouge, ce qui correspond au Soudan actuel (Empire Nubien, Méroé, Kush) et à l'ancienne Égypte, ainsi que de la corne de l'Afrique et de la Péninsule arabique ; puis se serait étalée de là aux autres régions [6].

## **2.1. Hypothèse égyptienne**

Les premières mentions de la pratique remonteraient à l'ère ptolémaïque : un papyrus daté de 163 av. JC relate le désarroi d'une mère qui n'avait pas assez d'argent pour faire exciser sa fille avant le mariage. Ce qui laisse entendre que la pratique était courante à l'époque et relevait de la responsabilité de la mère [2]. Cependant à l'époque pharaonique, la liberté des mœurs transparaissant dans les écrits, ainsi que l'absence de traces d'excision sur les momies ne plaident pas en faveur de l'existence de la pratique en des périodes plus anciennes. La traduction des écrits de l'historien grec Hérodote (570-484 av. JC), révèle qu'il ignorait si la circoncision provenait des égyptiens ou des éthiopiens. Cependant, il lui semblait alors que les juifs, les syriens, et même les palestiniens, les phéniciens, les colches, etc., l'avaient copié des égyptiens ; propos confirmés plus tard par Strabon (58 av. JC-20/25 ap. JC) qui rapporta également la pratique de la circoncision, chez les filles et les garçons, parmi les Égyptiens [20]. Il faut noter toutefois qu'il y a débat sur la prévalence d'une telle pratique : certains égyptologues considèrent qu'il est exagéré de faire de la "circoncision féminine" une généralité pour la période : seules certaines femmes auraient été excisées, étant donné l'absence de momies de cette ère portant les marques d'une telle pratique. En dépit du fait que les premières traces avérées de ces pratiques se retrouvent dans la vallée du Nil, l'existence d'autres foyers de diffusion ne peut être exclue. Si les origines négro pharaoniques de la pratique semblent ainsi faire consensus, il reste à déterminer avec exactitude la forme précise de la pratique en question. En effet, la forme dite négro-pharaonique aurait consisté à "couper un petit bout de la chose" et semblait être pratiquée de la même façon chez le garçon et chez la fille, en accord avec le principe d'un mythe fondateur ayant pour origine l'androgynie primordiale. Si les Égyptiens pratiquaient la même opération sur les garçons et sur les filles, il n'était pas véritablement question de clitoridectomie, qui est, elle d'origine sémito-orientale en raison de la légende de

Hagar [21]. Elle se serait alors propagée en Afrique subsaharienne par le biais de l'islamisation et de l'esclavage. La « circoncision dite pharaonique » correspond en fait à l'infibulation. Dans les empires engagés dans le commerce des femmes esclaves, particulièrement dans la corne de l'Afrique (Éthiopie, Somalie, Djibouti, Soudan), les femmes « cousues » avaient beaucoup plus de valeur car elles ne risquaient pas d'être déjà enceintes. La diffusion de cette pratique au sud et à l'ouest aurait engendré les formes intermédiaires, moins extensives - dont l'excision- qu'on retrouve un peu partout en Afrique dans un triangle formé par le Sénégal, l'Égypte et la Tanzanie [22].

## **2.2. Théories mythologiques**

Traditionnellement, la pratique des MGF trouve son origine dans l'androgynie divine, une croyance mythique, partagée par plusieurs communautés [23].

- Mythe dogon

Ce mythe est particulièrement bien élaboré au sein de la communauté Dogon au Mali. Ainsi Griaule, rapporte dans Dieu d'eau, les propos d'Ogotemmel, un vieux sage du dogon, qui explique l'origine mythique de l'excision :

« Amma (dieu) qui est alors tout puissant veut s'unir à la terre dont une fourmilière constitue le sexe. Une termitière (le clitoris) montre sa masculinité et s'oppose à cette union, poussant Amma à l'abattre. L'union défectueuse crée le premier désordre de l'univers. Il naquit alors un être unique au lieu de jumeaux prévus : le chacal (le thos aureus), symbole des difficultés d'Amma. Cependant, rien ne vint plus entraver leur union, la cause du désordre ayant été éliminée. Ainsi, la semence divine pénétra au sein de la terre et la génération poursuivit les cycles réguliers de la gémelliparité. Deux êtres se modelèrent ». En conséquence, chaque être humain fut nanti dès la naissance de deux âmes de sexe différents, ou plutôt de deux principes contraires distincts à l'intérieur de chacun. Pour l'homme, l'âme femelle occupa le prépuce. Pour la femme, l'âme mâle fut supportée par le clitoris. La vie des hommes ne pouvant s'accommoder de ces êtres doubles, il fallait décider chacun à verser dans le sexe pour lequel il était apparemment le mieux fait. Ainsi, dans la mythologie dogon, tous les enfants naissent avec une androgynie initiale, ce qui rend leur âme

instable et impropre à la prise de décision ou à la procréation, entre autres activités de la vie d'adulte. Le garçon étant féminin dans son prépuce, et la fille mâle dans son clitoris, il convient de supprimer cette ambivalence en pratiquant la circoncision ou l'excision par lesquels une dette de sang est réglée, afin de promouvoir l'enfant dans le sexe qui lui est destiné. Le clitoris, dans la mythologie dogon, empêche le rapport sexuel et présente en même temps un danger pour l'enfant au moment de l'accouchement [24].

- Mythe Bambara :

Dans le mythe bambara, la terre était initialement peuplée de jumeaux. La légende rapporte que le premier être mâle nommé Pemba prit la forme de Balanza, roi de tous les arbres. Alors qu'il s'unissait avec sa sœur jumelle, le premier être femelle Musso Koroni (vieille petite femme), ses épines le blessèrent au cours du coït. Ce premier ne se contenta plus de sa femme et exigea de toutes les autres leur amour, les obligeant à s'unir à lui afin d'augmenter sa vitalité et sa puissance. Elle le trahit et cessa de participer à l'œuvre de création. Ce qui entraîna sa chute et il la maudit pour sa trahison et la repoussa. Elle connut alors un tel désespoir que la folie s'empara d'elle, la poussant à circoncire et à exciser tous les hommes et les femmes qu'elle rencontrait, avec les ongles et les dents. Musso Korini (princesse femelle) met alors les deux sexes dans l'état de rupture où elle se trouvait elle-même vis-à-vis du principe mâle, semant partout le désordre et le malheur matérialisés par le wanzo. Cette force supérieure néfaste qu'elle communiqua à tout ce qu'elle approchait, doit être éliminée par une dette de sang qu'elle a instauré elle-même. Ainsi, l'enfant reçoit le wanzo dès sa naissance, au moment du contact avec la terre sur laquelle il naît. Il occupe le prépuce chez le garçon et le clitoris chez la fille et font d'eux des 'bilakoro' (littéralement incirconcis), des êtres irréflechis et ignorants. Ces deux organes représentent la force du mal, qui est le facteur du désordre et de l'obscurcissement de l'âme et qu'il faut éliminer pour maintenir la stabilité dans la société. Elle est libérée par la blessure des circoncis. De cette façon, ils seront plus aptes à accéder aux sociétés secrètes et donc à la connaissance, et à même de se marier et de fonder une famille [25]. La présence de ces organes entrainerait un repliement sur soi, une absence de curiosité pour la connaissance et surtout un désintérêt pour le sexe opposé. En milieu bambara, pour devenir un être stable, se marier, procréer, faire des sacrifices et participer pleinement à la vie sociale, tout jeune devait être

débarrassé de son « Wanzo ». Cela n'est possible qu'au cours de l'excision pour les filles et de la circoncision pour les garçons. Ces rites sont des étapes que tout bambara devait franchir pour s'accomplir pleinement et répondre aux attentes de la communauté [26].

### **2.3. Influence islamique**

Les Mutilations Génitales Féminines ne sont mentionnées nulle part dans le Coran, et il n'existe pas non plus de consensus au sein de la communauté musulmane sur le statut religieux de la pratique. Elle est uniquement mentionnée plus ou moins directement dans certains hadiths, dont les différentes écoles de jurisprudence sunnites proposent des interprétations différentes. De manière générale, les différents juristes islamiques s'accordent pour tolérer la pratique de la circoncision féminine qu'aucun texte ne condamne ou n'interdit explicitement. Mais les positions sont ensuite très variables en fonction des écoles, et sont fondées sur des interprétations différentes des différents hadiths. Ainsi, le rite chaféite, qui est dominant parmi les musulmans sunnites en Égypte, en Somalie et au Soudan notamment, offre la lecture la plus radicale de la pratique qui est considérée comme « *wajib* » (obligatoire) pour les hommes et les femmes. Le rite hanbalite considère la circoncision féminine comme un acte honorable (*makrumah*). Cela est mentionné dans *AlMusnad* écrit par Ibn Hanbal (fondateur de l'école). Le rite hanéfite perçoit la pratique comme « *sunna* » pour les hommes ; mais *makrumah* pour les femmes. Enfin, le rite malékite conçoit également la pratique de la circoncision féminine comme « *makrumah* ».

L'école malékite est celle qui a le plus directement et durablement influencé l'islam sub-saharien, et ouest-africain en particulier. Dans le recueil de hadiths son fondateur intitulé *Al Mu'atta*, un hadith mentionne la circoncision masculine comme « *sunna* » et la circoncision féminine comme une « bienfaisance ». C'est notamment à partir de cet ouvrage que sera ensuite rédigé le principal texte de référence de cette école, à savoir *Al Risala*. Notons que la pratique y est alors nommée « *khifaad* », qui désigne spécifiquement la pratique chez la femme, créant ainsi des confusions sur la forme de la pratique ainsi évoquée [21]. Les juristes modernes restent encore très divisés sur la question : des fatwas contradictoires jugeant que la pratique - sans en

préciser la forme - est recommandée, obligatoire ou non islamique. Ce débat est particulièrement virulent en Égypte [27]. Ces différentes prises de position sont en fait fondées sur des interprétations différentes de quelques hadiths, qui mentionneraient plus ou moins directement la pratique des MGF.

Cinq hadiths principaux mentionnent la « circoncision féminine ». Cependant, un juriste égyptien, ayant compilé pendant plus de 20 ans la jurisprudence islamique, en a fait un ouvrage dans lequel il affirme que les hadiths qui mentionnent la circoncision féminine sont tous considérés comme « *da 'if* » (faibles) [28].

- Le hadith le plus souvent cité rapporte que le Prophète aurait rencontré à Médine une femme du nom de Um-Ahiyyah, qui pratiquait la circoncision des filles et des femmes esclaves. Il lui aurait dit : « Ne coupez pas trop pour préserver le visage radieux de la femme et pour satisfaire son mari ». En se fondant sur ce hadith, certains affirment ainsi que le Prophète ne se serait pas opposé à la pratique qu'il aurait tenté uniquement de réglementer.
- Un autre hadith affirme que le Prophète aurait dit : « la circoncision masculine est *sunnah*, tandis que pour les femmes, elle est *makrumah* ». Mais le terme de *makrumah* prête à confusion : sans autres indications, il signifie que c'est un acte méritoire, sans en faire quelque chose d'obligatoire.
- Un troisième hadith rapporte que le Prophète aurait directement encouragé les femmes d'Al-Ansar à pratiquer la circoncision féminine. Mais, là encore ce hadith est considéré comme *da 'if* et sa chaîne de transmission est remise en question.
- Le quatrième hadith précise que si « les deux organes enlevés lors de la circoncision se rencontrent, alors l'ablution (*ghusl*) est obligatoire ». Les interprétations divergent cependant : certains considèrent que le fait de parler des « deux » organes ne signifie pas que le Prophète se réfère à la circoncision masculine et féminine, mais qu'il s'agit d'une figure de style qui consiste à nommer deux fois le même objet.
- Enfin, un dernier hadith présente les différentes obligations religieuses : circoncire, enlever les poils, raser la moustache, couper les ongles, et tondre les poils sous les aisselles. Ici encore l'interprétation est équivoque. De très nombreux auteurs contestent que le terme « circoncision » désigne également



la pratique chez les femmes, car les autres éléments concernent plus spécifiquement les hommes.

En dehors des hadiths, notamment le premier sur lequel se base généralement les arguments religieux sur la recommandation de la pratique, on retrouve également fréquemment un récit souvent présenté comme l'origine de la pratique. Il est pourtant fondé sur un texte antérieur à Mahomet. Dieu ayant révélé la Loi également à d'autres prophètes (juifs) avant Mahomet, les musulmans doivent également suivre ces lois, dans la mesure où elles ne sont pas en contradiction avec le message révélé à Mahomet. Ainsi, certains juristes et érudits musulmans se réfèrent à l'histoire de la circoncision de Hagar pour affirmer le caractère islamique de la pratique. Sarah aurait donné en cadeau à Abraham une jeune esclave égyptienne du nom de Hagar car elle ne pouvait pas avoir d'enfant. Hagar fut enceinte à la suite de cette union et donna naissance à Ismaël considéré lui-même comme l'ancêtre de Mahomet (PSL). Folle de jalousie, Sarah aurait voulu ôter trois organes à Hagar. Abraham lui aurait alors conseillé de lui percer les deux oreilles et de l'exciser. Depuis cet événement, en soutien pour le chagrin de Sarah, les femmes se feraient exciser [23]. La pratique serait ainsi devenue une tradition populaire. Cette tradition serait aussi celle des chrétiens coptes d'Égypte et des abyssins d'Éthiopie. Bien que le prophète ne l'ait pas prescrite, l'excision a pu être véhiculée par des peuples islamisés vers les contrées avoisinantes. Certains chercheurs pensent que les populations d'Afrique centrale et occidentale ont été influencés par les habitants de la corne de l'Afrique orientale. Les rites importés se seraient confondus ainsi avec les fondements de la foi. Ce phénomène de migration peut expliquer le fait que l'on rencontre l'infibulation essentiellement chez les peuples pasteurs comme les Peuls [29].

Si la pratique est pré- islamique, elle n'a pas été remise en cause au cours de l'islamisation des sociétés subsahariennes. En effet, remettre en cause cette pratique, c'était alors risquer de menacer la virginité et la chasteté des femmes, qui sont également valorisées dans la religion musulmane. La circoncision féminine s'inscrit dans le cadre de rites de purification qui sont les conditions nécessaires à la prière. Dans les pays de langue arabe, qui pratiquent la circoncision féminine, elle est d'ailleurs nommée : « *tahara* » ou « *tathir* » qui signifie la pureté, la purification. L'islamisation a donc également joué un rôle de légitimation puis de diffusion de la

pratique. L'on note que dans la corne de l'Afrique, l'infibulation est la norme : cela serait conforté par l'influence du rite chaféite, qui est plus conservateur en ce qui concerne le corps des femmes. À l'inverse, dans les zones où le rite malékite domine, des formes moins extensives se sont développées : c'est le cas du Mali et du Sénégal par exemple [22]. Toutefois, les débats ici évoqués ne concernent véritablement que les érudits musulmans. En Égypte notamment, la jurisprudence évolue depuis une quarantaine d'années. Mais, dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, ces arguments religieux sont réduits à quelques références vagues à un ou deux hadiths, à la nécessité de la pureté pour la prière et parfois à la légende de la circoncision de Hagar. Cela est liée à une limitation de la diffusion du savoir islamique qui rend difficile la connaissance de sources précises de l'islam, et donc son questionnement au regard de pratiques qui ne sont souvent pas mentionnées dans les textes de base. Ces confusions et imprécisions, ajoutées à une « osmose civilisationnelle » entre l'islam et les mœurs négro-africaines, ont ainsi en partie participé à une forme d'islamisation de la pratique, symbolisée par l'appropriation du terme « *sunna* » désignant la pratique islamique des MGF [22]. Dans les communautés islamisées, la forme dite « *sunna* » est souvent évoquée et considérée comme celle qui est recommandée (voire rendue obligatoire) par la loi islamique. Elle désignerait une forme peu extensive, qui suivrait la recommandation « couper, mais pas trop ». En effet, littéralement, le terme *sunna* signifie ce qui relève de la tradition. Cette désignation est finalement assez floue puisque le terme « *sunna* » ne renseigne ici pas tant sur la forme de la pratique que sur son caractère religieux [28].

## **2.4. Pratique dans le monde occidental**

L'excision était également connue dans le monde gréco-latin. Ainsi, dès le II<sup>ème</sup> siècle, Soranos d'Éphèse la décrit comme une opération destinée à corriger l'hypertrophie clitorido-labiale et à refréner la lubricité qui lui est associée [30]. Au siècle des lumières, l'idéologie moralisante en vogue s'inscrit dans la continuité d'une répression de la lascivité féminine. L'excision pouvait donc être indiquée afin de prévenir l'onanisme, l'hystérie et les troubles du comportement féminin ainsi que la gêne du partenaire masculin, le clitoris étant perçu comme l'organe vigilant de la lubricité. Ainsi, certains médecins proposaient une cautérisation au fer rouge quand l'onanisme était considéré comme compulsif [31]. On indiquait aussi la clitoridectomie

voire même la stérilisation (ovariectomie). Elle a fait partie intégrante de la médecine européenne et s'était imposée comme un acte thérapeutique. Bien que l'histoire ait retenu surtout le nom du docteur Isaac Baker Brown (1812-1873), nombreux furent les médecins qui "soignèrent" ainsi certains états et comportements perçus comme pathologiques : migraines, épilepsie, troubles mentaux, dépression, conversion hystérique, nymphomanie et onanisme [32]. En effet, ces maladies étaient supposées être liées à la pratique de la masturbation. Pierre Garnier, dans son traité sur l'onanisme, se fait l'avocat des différents moyens dissuasifs de cette pratique. Il passe en revue les diverses techniques de destruction du clitoris, telles que le bistouri, les ciseaux, l'écraseur, l'usage des caustiques et la cautérisation par le feu [33]. Depuis le milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, la chirurgie « cosmétique » prend de l'ampleur, allant des interventions dites de rajeunissement génital, et de correction des « anomalies » morphologiques des lèvres ou nymphoplastie, de remodelage du mont de Vénus, aux réparations des lésions périnéo-vaginales du post-partum sans oublier l'hyménoplastie. Certaines publications américaines incriminaient le phimosis clitoridien comme facteur de frigidité et proposaient la « circoncision féminine a minima » c'est-à-dire l'ablation du prépuce clitoridien (type I) [32]. Les nymphoplasties contemporaines réalisées ont des motivations purement psychologiques liées à une dysmorphophobie croissante de notre société moderne étroitement liées aux nouvelles technologies d'information notamment les réseaux sociaux et la pornographie. On note cependant que si ces pratiques rentrent dans le cadre de la définition des Mutilations Génitales Féminines qui s'est voulue large, elles ne sont pas considérées comme telles et n'ont pas le même statut juridique [34].

## **2.5. Pratique en Casamance**

À partir du XIII<sup>ème</sup> siècle, les populations mandingues provenant de l'empire du Mali, avaient entamé de grandes migrations et progressivement formé des entités politiques et culturelles sur ce territoire. En s'installant dans les territoires autour du fleuve de la Gambie, en haute Casamance, ils ont absorbé les autochtones. Cette situation avait prévalu jusqu'à l'arrivée des européens [35].

La pratique des Mutilations Génitales Féminines serait relativement récente en milieu Diola. Elle s'y serait diffusée, il y a un siècle environ, par le biais de la « mandinguisation ». Cette dernière avait été facilitée par l'alliance des guerriers mandingues et des colons qui avaient alors envahi la Basse-Casamance (actuelle région de Ziguinchor) vers la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. Ainsi, dans le département de Bignona, beaucoup avaient alors abandonné la religion traditionnelle, rejoint l'islam, et adopté de nouvelles modes vestimentaires ainsi que la manière de percevoir la sexualité. D'ailleurs en Diola, le terme « Emanding » se réfère aux musulmans. Les diolas, par appréhension de l'esclavage se convertirent et embrassèrent leurs coutumes qui apportent une importance cruciale à la séparation des sexes. C'est ainsi qu'au contact des mandingues après la conquête, on assiste à une assimilation culturelle des Diolas dont l'adoption de l'excision est au cœur. La « mandinguisation » s'est aussi étendue à d'autres groupes de la région tels que les Balante et les Bainouk, mais dans des proportions limitées [36,37]. L'adoption de la culture mandingue a aussi apporté des changements dans les relations entre genre. Certaines femmes d'ethnie Diola affirmaient que la pratique de l'excision leur a donné l'occasion d'acquérir le pouvoir et la liberté par rapport aux hommes ; la société Diola étant une société égalitaire. Les femmes s'étaient vues reléguées au second plan lorsque les hommes prenaient les armes contre les envahisseurs. La pratique est tout de même décriée par certains hommes qui affirment que leurs ancêtres féminins ne l'avaient pas subie. La popularité de la pratique est variable cependant. Dans certains villages de la région, les femmes sont marginalisées si elles ne le pratiquent pas. À l'opposé, on retrouve d'autres communautés qui y sont réfractaires, tel le royaume d'Oussouye où la pratique est interdite sous peine de bannissement [38].

### **3. Pratique des mutilations**

#### **3.1. Raisons avancées**

Les défenseurs des Mutilations Génitales Féminines affirment que la pratique se justifie dans le cadre de l'apprentissage de la vie en société ou qu'elle a une signification religieuse. Elle permettrait de refreiner la lubricité, et apporterait des avantages sur le plan esthétique. Elle aurait aussi une valeur purificatrice.

Les raisons évoquées pour justifier les pratiques sont diverses et peuvent se décliner en 4 groupes.

### **3.1.1. Raisons socio-culturelles**

- ❖ Initiation : dans les communautés qui la pratiquent, l'excision est exécutée dans le cadre d'un véritable rite d'initiation, permettant de confirmer la jeune fille nubile à l'âge adulte. Ce rite était d'une importance capitale car il était le symbole de l'acquisition de l'identité sociale par la fille qui devenait ainsi une femme accomplie et éligible au mariage [39]. L'épreuve devait être supportée sans cris pour prouver la vaillance et la maturité des excisées devant la douleur, et apporter honneur et respect à leurs familles. Le rite les prépare ainsi à affronter les difficultés futures de leur vie de femme [40]. Ainsi, chez les Bambaras du Mali, la pratique est désignée par les expressions « prendre le pagne », « s'asseoir sur le fer », « devenir femme ».
- ❖ Le mythe de l'androgynie : la pratique marquerait une double rupture ponctuelle : celle du vestige d'une bisexualité primordiale et celle de la relation mère-fille, rendant l'union possible avec le sexe opposé et renforçant culturellement la nubilité [31].
- ❖ C'est une occasion d'intégration sociale - tel le bal des débutantes en Angleterre - qu'aucune mère ne souhaite épargner à sa fille sous peine de stigmatisation.
- ❖ C'est une occasion *d'empowerment* (renforcement du pouvoir d'agir), de formation et d'apprentissage des vertus, des règles sociétales qui régissent la communauté [41].
- ❖ Les MGF s'inscrivent dans une exigence de « chasteté pragmatique », visant aussi à protéger les jeunes filles de grossesses non désirées. Elles favoriseraient à cet effet une certaine stabilité sociale en régulant l'accès au système matrimonial selon la coutume, et préserveraient l'honorabilité de la jeune fille ainsi que celle de sa famille [2].
- ❖ En Casamance, la pratique est réalisée dans un souci de double appartenance : certaines femmes interrogées affirmaient que la pratique leur permettait de s'affirmer en tant que sénégalaise mais aussi d'affirmer leur identité en tant que citoyenne de Casamance [37].

### **3.1.2. Raisons psychologiques et liées aux croyances sexuelles**

- ❖ Une des fonctions importantes reconnues ou attribuées aux Mutilations Génitales Féminines est celle de la réduction de l'hypersensibilité féminine sur le plan sexuel [41]. En effet, d'aucuns affirment que le clitoris serait très sensible au contact des vêtements, ce qui pourrait pousser la femme à l'acte charnel. Il s'agit avant tout d'atténuer l'appétence sexuelle de la femme, considérée comme immodérée afin notamment de leur éviter le plaisir des amusements solitaires, de sauvegarder leur virginité et ensuite de préserver leur fidélité dans le mariage.
- ❖ Certaines communautés pensent que les excisions facilitent les rapports sexuels et accroissent le plaisir masculin, car la femme est alors débarrassée des nymphes qui pourrait entraver les rapports sexuels, et causer des blessures à l'homme [39,41].
- ❖ Le clitoris pourrait blesser le nouveau-né lors de l'accouchement, entraîner une diminution de ses facultés mentales ou même causer sa mort [24].

### **3.1.3. Raisons religieuses et spirituelles**

Bien qu'étant antérieure à l'apparition de l'islam, la pratique a acquis une dimension religieuse et est ainsi assimilée à une obligation musulmane dans certaines communautés au Sénégal particulièrement chez les Peulhs. Les femmes non mutilées ne seraient pas aptes à faire les prières rituelles musulmanes ; le corps féminin non excisé étant considéré souillé avec le clitoris comme siège de cette impureté [42].

En réalité, ces pratiques sont aussi observées chez des chrétiens (catholiques, coptes, protestants), des juifs, des adeptes de la religion traditionnelle. Cependant, aucun texte religieux ne les préconise.

### **3.1.4. Hygiène et esthétique**

Les défenseurs des MGF mentionnent toujours le rôle correcteur de ces pratiques [31]. Les organes génitaux externes des femmes sont perçus comme étant sales et laids ; et le clitoris en particulier dégagerait des odeurs nauséabondes. Il conviendrait alors de les enlever afin de favoriser l'hygiène et rendre les femmes attrayantes.

La quête d'hygiène et d'esthétique sexuelle féminine est souvent mise en avant d'où les dénominations comme « *bolokoli* ou *seliji* » qui signifient purification en bambara [42].

Le clitoris hypertrophié, est jugé gênant pour certains groupes ethniques. Il existerait une croyance selon laquelle le clitoris pourrait grandir et pendre entre les jambes tel un pénis ; il provoque le dégoût chez l'homme et doit être coupé. Cette croyance est associée depuis l'antiquité à la nymphomanie et au tribadisme [31,32].

Beaucoup considèrent que les organes génitaux externes féminins sont laids et malpropres. Il convient donc de les couper afin de leur donner une apparence lisse. Ainsi, la pratique de l'infibulation permettrait d'éviter que la saleté ou bien même que des génies y pénètrent [23,40].

### **3.2. Déroutement du rite de la mutilation**

Il est difficile de décrire les techniques des mutilations étant donné leur grande diversité, et leur forme qui varie en fonction du lieu et de la communauté qui la pratique. La technique peut varier de celle que nous décrivons jusqu'à des formes plus modernes s'effectuant dans les conditions d'une intervention chirurgicale.

#### **3.2.1. La phase préparatoire**

- La cérémonie

La jeune fille qui doit être opérée, est généralement prise à l'écart par une tante ou une vieille femme qui lui explique la coutume et ses conséquences bienfaites. Elle est prévenue de la douleur, et encouragée à être brave, car de cette manière, elle honorera sa famille. La jeune est ainsi préparée par cet entretien.

Dans certaines communautés, il existe de grands préparatifs. La foule exécute des chants au rythme des tam-tam afin de donner du courage à celles qui sont choisies et de les préparer moralement. Il en est ainsi chez les Wolofs, qui organisent une grande cérémonie avec des danses et chants (*kasak*) ; Chez les Sérères « *nones* », cela donne l'occasion à la fête. De même chez les peuples d'Oubangui, et en milieu Diola, les chants et les danses accompagnent les opérations [43,44]. Certaines exciseuses, nostalgiques, rapportent qu'autrefois diverses personnes de bonne volonté et même parfois des représentants du gouvernement apportaient de grandes

quantités de denrées alimentaires telles que le riz. La cérémonie revêt en Casamance une caractéristique particulière de ce qu'elle rassemble parmi les élues, des Diolas, des mandingues et des peulhs [38].

- L'âge

L'intervention est pratiquée à un âge variable selon le groupe ethnique ou la localisation géographique. Elle peut être réalisée à la naissance, à la tendre enfance, à l'adolescence, voire même chez une femme adulte juste avant le mariage ou au cours de la grossesse. Parmi les Mandingues, l'opération avait lieu entre cinq et dix ans. Elle se pratique chez les Diolas Fogny entre sept et quatorze ans. Chez les Peulh Fouta (au nord du Sénégal), elle a lieu entre sept et dix ans ; tandis que chez ceux du Fouladou (en Haute-Casamance) la fillette peut être opérée, à peine âgée de quelques mois. Cependant, l'âge auquel l'opération est réalisée, a été considérablement réduit. En effet, selon de nombreux témoignages, de nos jours les filles subissent la pratique avant d'avoir atteint l'âge d'un an ; plusieurs exciseuses ont expliqué qu'il n'y a jamais eu d'âge stipulé pour l'excision. Certaines affirment qu'à Ziguinchor, l'opération serait effectuée entre cinq et quinze ans, selon l'état des finances de la famille et l'emploi du temps du village [38].

- La période

Dans la plupart des sociétés, la cérémonie était organisée après le temps des moissons. Ainsi, la communauté était libre des travaux agricoles, et avait des provisions nécessaires aux besoins de la fête. Certains groupes choisissent une période précise ou un jour précis, en fonction de la lunaison et des réponses aux pratiques divinatoires [43]. En basse Casamance, certaines exciseuses rapportent que la cérémonie avait lieu en Mai. À présent, en raison de son statut juridique, les familles choisissent elles-mêmes la date de l'excision [38].

### **3.2.2. L'opération**

- Lieu de la pratique

Les opérations sont pratiquées dans divers lieux dédiés selon les régions et les communautés. Elles peuvent se dérouler dans un endroit reculé en dehors du



village, chez l'exciseuse, sous un arbre de la place publique, au domicile de la jeune femme ou dans une structure sanitaire. En raison de la pénalisation de la pratique et de la campagne d'éradication, elle se fait à présent dans la plus grande clandestinité [3]. En Casamance, les jeunes filles sont parfois emmenées par leur mère dans leur village d'origine, ou dans une ville majeure comme Bignona ou Ziguinchor. Certaines vont subir l'opération au-delà des frontières en Gambie, en Guinée Bissau ou en Guinée Conakry sous le prétexte d'y aller visiter de la famille [38].

- La technique

La candidate est placée en décubitus dorsal, les bras et les jambes écartées par des aides, ou une personne allongée sous elle en lui crochant les chevilles avec les pieds. Pour immobiliser une fille de 7 ans, 5 personnes sont nécessaires. Quand il s'agit d'une petite fille, une seule personne peut l'immobiliser en position semi-assise en lui maintenant à la fois le tronc et les cuisses.

La forgeronne s'accroupit devant la jeune fille, tenant dans la main droite, une lame de rasoir, elle saisit le clitoris, l'étire, le tranche dans des conditions d'asepsie douteuse et sans anesthésie. Puis elle le donne à la mère pour être déposé dans un trou de rat. Les cris de douleurs sont couverts par les clameurs ou les roulements de tam-tam.

Véritable épreuve de la bravoure pour les jeunes filles, on s'y construit une réputation. En effet, celle qui s'adonnerait aux cris serait de mœurs légères et incapable d'endurer les douleurs de l'enfantement. À l'inverse, celle qui montrerait un courage sans faille témoignerait de sa capacité à être une femme robuste et courageuse au caractère trempé, bonne mère et capable de supporter les douleurs de l'enfantement [41].

- L'opérateur

L'opération est généralement conduite par des femmes mûres d'âge qui ont un statut respecté et reconnu pour cela, provenant dans la majorité des communautés de la caste des forgerons [26]. Ce sont des exciseuses qui ont hérité de la fonction par leur mère ou par leur tante, et qui font généralement office de sage-femmes dans ces communautés. Les agents de santé sont de plus en plus sollicités au regard des campagnes de sensibilisation sur les risques sanitaires. Cette médicalisation est bien entendue condamnée par l'OMS [1].

- L'outillage

Les instruments sont divers, allant du plus rudimentaire au plus moderne. Il s'agit de couteaux, de lames de tige de mil, de petites haches, de tessons de bouteilles, de lames de rasoirs, et de bistouris.

- Traitement de la plaie

Pour favoriser la cicatrisation et stopper l'hémorragie, l'exciseuse applique sur la plaie, des mélanges de boue, de cendre, d'herbes et de bouse de vache.

Les médicaments sont faits de décoctions de feuilles pilées et de sel, parfois ce sont des produits de la macération, d'infusion, ou de calcination de plantes médicinales.

En cas d'infibulation, si les lèvres n'ont pas été cousues, les jambes sont ficelées de façon à empêcher tout mouvement, afin d'obtenir la coalescence des lèvres. La miction et la défécation se font ainsi, pendant toute la durée de l'immobilisation, soit environ un mois [45].

### **3.2.3. La réclusion**

Les jeunes filles vont par la suite, séjourner ensemble dans une case pendant trois mois environ - selon les ethnies et les villages - au cours desquels on parachève l'éducation et l'initiation qui sont prodiguées à travers l'étude de multiples chants rituels, des contes, des devinettes et des conseils divers et leurs messages.

C'est une occasion *d'empowerment* (renforcement du pouvoir d'agir), de formation et d'apprentissage des vertus, des règles sociales et des principes moraux qui régissent la société traditionnelle, ses habitudes, ses interdits, ses tabous. La nubile apprend à valoriser le mariage où elle va jouer un rôle clé, car la bonne marche du foyer dépend d'elle et de sa soumission à l'homme, y compris son propre fils.

Il s'agit de faire développer chez la fille la maîtrise de soi afin de surmonter les difficultés de l'existence, mais on lui enseigne également les conditions qui lui donnent accès aux sociétés secrètes des femmes du village [41].

En raison de la loi répressive, cette étape qui correspond à l'initiation proprement dite, est réalisée dans les villages, rassemblant des jeunes filles ou femmes qui avaient déjà été mutilées auparavant. Cette réclusion dure à peine une semaine, étant donné qu'il n'y a pas besoin de cicatrisation [38].

### **3.2.4. L'intégration**

La retraite initiatique des filles prend fin lors d'une cérémonie qui consiste à faire un grand feu en dehors du village avec les habits et tous les objets avec lesquels les excisées ont eu un contact prolongé dans la chambre de retraite, jusqu'aux ordures qu'on a pris soin d'amasser quotidiennement. Elles font quatre fois le tour du grand feu, quatre étant le chiffre symbole de la féminité. Elles rejoignent ensuite le village en courant sans regarder en arrière. À la fin de toutes ces cérémonies, la fille est considérée comme une véritable femme prête au mariage et pouvant recevoir une fonction dans le village [29,41].

## **4. Épidémiologie des Mutilations génitales féminines**

### **4.1. Épidémiologie descriptive**

On ignore le nombre exact de femmes et filles portant des Mutilations Génitales Féminines dans le monde. Toutefois, selon des études récentes, ce nombre est estimé à plus de 200 millions (dont 44 millions ont moins de 15 ans) répartis à travers près de 30 pays dans le monde [3]. Toutes les données disponibles font clairement état du fait que l'Afrique et certaines régions du Moyen-Orient (y compris l'Irak et le Yémen) sont les zones où cette pratique est particulièrement répandue. On peut noter, en effet, que plus de la moitié des personnes portant des mutilations sont concentrées en Indonésie, en Égypte et en Éthiopie. Des recherches récentes ont révélé l'existence de la pratique en Inde, en Indonésie, en Israël, en Malaisie, en Thaïlande et aux Émirats arabes unis, mais aussi parmi les aborigènes d'Australie et d'Océanie ainsi que de l'Amazonie [46]. La figure ci-après montre les niveaux de prévalence en Afrique et au moyen Orient. (Figure 14)

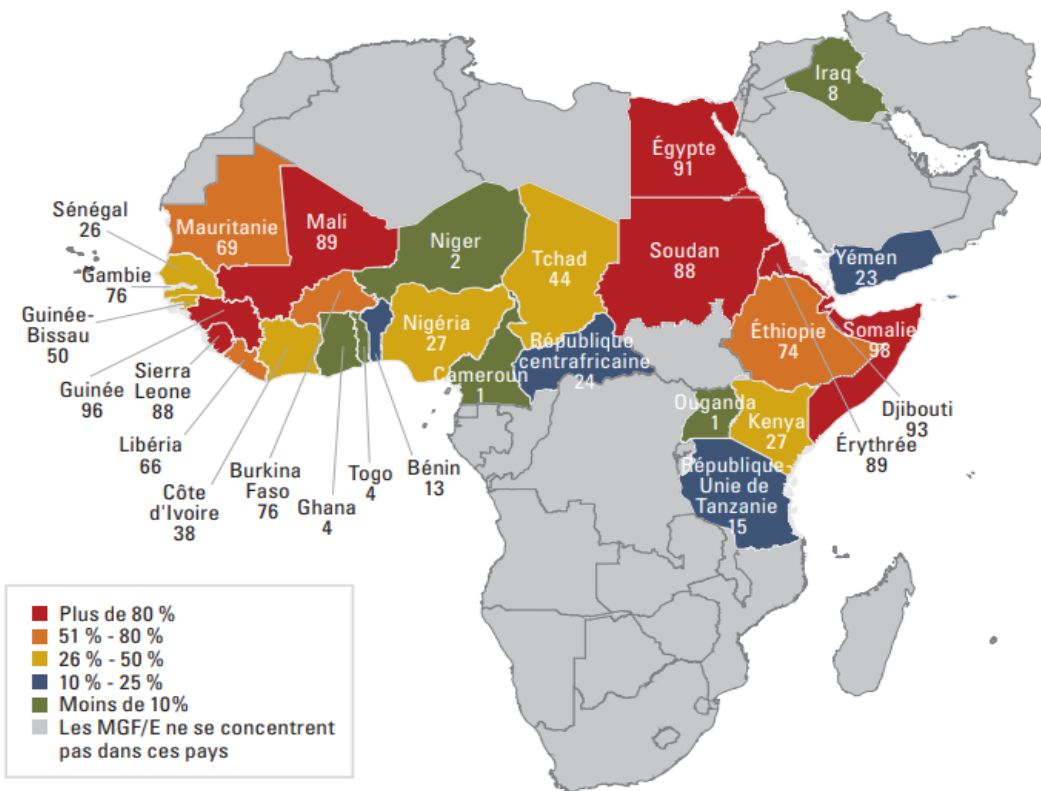


Figure 14 : Niveaux de prévalence des MGF en Afrique et au Moyen-Orient (Source Unicef) [47]

De même, les données des recensements des dossiers, des ménages et des hôpitaux indiquent que les MGF constituent un défi en ce sens que le taux élevé des mutilations n'est clairement plus limité à l'Afrique et au Moyen-Orient mais s'étend aussi à l'Europe ainsi qu'à l'Amérique du nord et du sud, et même en Australie et en Nouvelle Zélande, notamment en raison de la migration. Les cas de Mutilations Génitales dans le monde occidental sont rapportés en particulier chez les demandeurs d'asile et les migrants provenant des régions où la pratique a lieu pour s'installer dans les pays développés [48]. En 2015, le nombre de jeunes filles excisées dans le monde était estimé à environ 3,9 millions. Ce chiffre se porterait à 4,6 millions par an d'ici 2030 si la pratique se poursuit avec la tendance actuelle. En 2020, on estimait que 4,1 millions de jeunes filles étaient à risque [49]. Certains acteurs luttant contre ces pratiques affirment même que la situation de pandémie actuelle à Covid 19, en entravant les démarches de sensibilisation et de communication pour un changement de comportement, pourrait entraîner une incidence de 2 millions supplémentaires de cas de mutilations évitables dans cette nouvelle décennie, et même la réduction d'un tiers de progrès en vue de l'élimination des MGF [50].

En se basant sur les données les plus récentes en matière de prévalence, on estime actuellement à environ 92 millions le nombre de filles âgées de 10 ans et plus portant des mutilations vivant actuellement en Afrique. [47] La pratique a persisté en raison de fortes influences socioculturelles en dépit des grandes campagnes menées par les institutions internationales. Elle se fait en secret et est donc sous-déclaré, en particulier depuis ces deux dernières décennies en raison de son statut juridique. Ainsi, on peut supposer que son étendue est généralement sous-estimée et sous-documentée. On note néanmoins une tendance générale au recul dans 27 pays d'Afrique, à des rythmes différents cependant. La diminution est faible en Égypte et au Mali contrairement au Kenya et à la République centrafricaine, qui se démarquent avec une baisse relativement forte. Dans les pays tels que le Sénégal ou la Côte d'Ivoire où la pratique ne concerne plus que certaines communautés très conservatrices, la pratique a moyennement diminué. De façon globale, il y a un recul de la prévalence de la pratique, depuis près de deux décennies comme illustré sur la figure 15 ci-dessous [3].

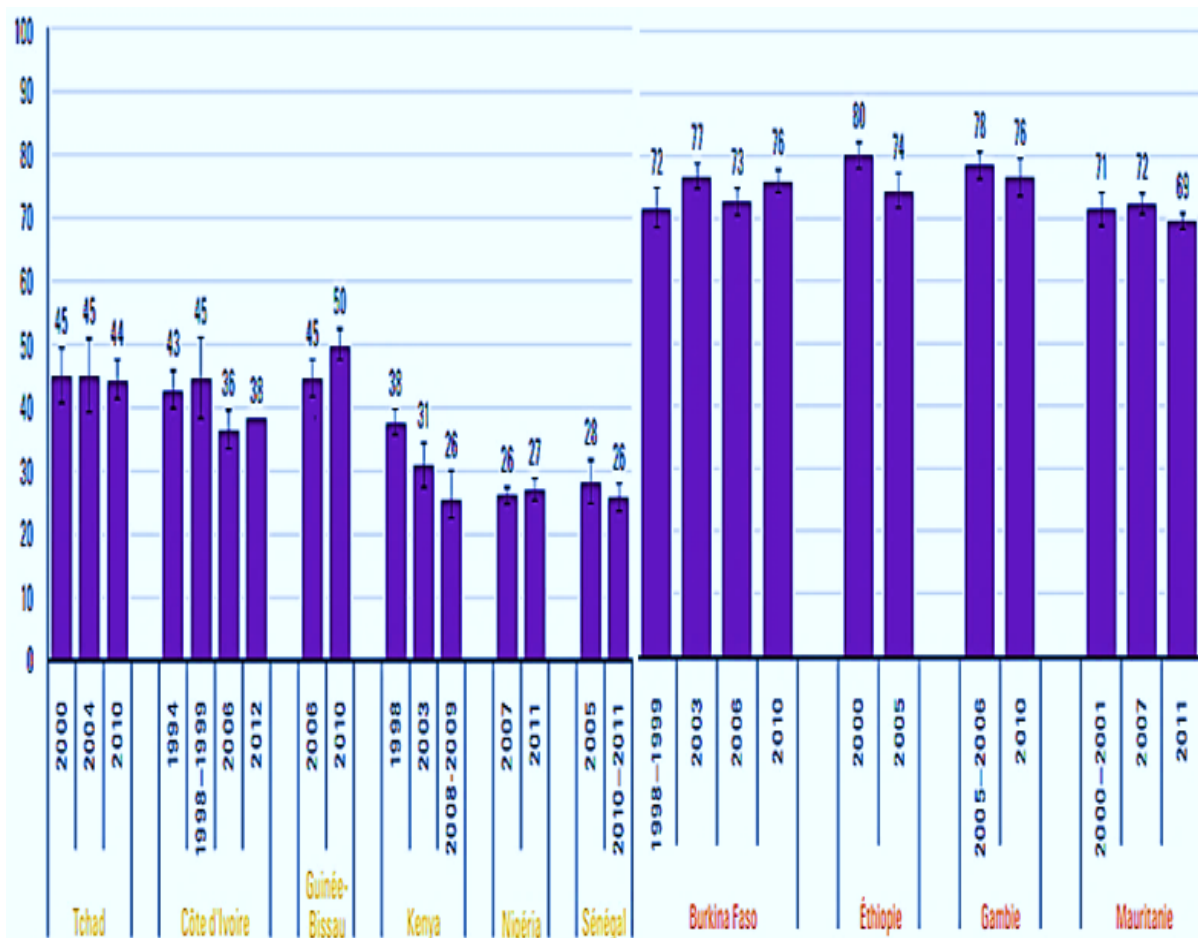


Figure 15 : Évolution des proportions des filles et femmes de 15-49 ans ayant été mutilées dans 10 pays d'Afrique (Source : UNICEF) [47]

Cette baisse relative est le résultat de plusieurs actions nationales et internationales entamées depuis les années 1970. En effet, en 1979, l'Assemblée générale des Nations Unies adopte la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), qui reconnaît explicitement les pratiques préjudiciables aux femmes, notamment les Mutilations Génitales, comme une violation des droits de l'homme. Elle est ratifiée par le Sénégal en 1985. En 1989, les Nations Unies adoptent la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), qui comprend des dispositions visant à protéger les enfants contre les pratiques néfastes et qui sera ratifié par le Sénégal en 1990. Entretemps, les programmes gouvernementaux commencent à promouvoir l'abandon des Mutilations Génitales au Sénégal. Au niveau local, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les associations de femmes sensibilisent l'opinion publique aux mutilations dans le cadre d'un mouvement visant à améliorer la condition des femmes. De même, un groupe d'ONG africaines se réunit à Dakar pour discuter des Mutilations Génitales et permet la création du Comité Interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants (CIAF). Depuis lors, le CIAF a mis en place 28 comités nationaux en Afrique et 15 antennes internationales dans d'autres régions du monde. En 1990, l'union africaine adopte la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, qui entre en vigueur en 1999. Cette Charte appelle les États à prendre des mesures appropriées pour éliminer les pratiques sociales et culturelles néfastes. Dans le même temps, La recommandation générale n° 14 de la CEDAW détaille des dispositions spécifiques sur les MGF. En 1993, la Conférence mondiale sur les droits de l'homme organisée à Vienne reconnaît les MGF comme une violation des droits de l'homme.

En 1997, l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA publient leur déclaration conjointe contre les mutilations. La même année, le président Abdou Diouf condamne ouvertement les MGF lors d'une conférence internationale sur les droits de l'homme organisée à Dakar. Suite aux nombreuses actions de sensibilisation de l'ONG Tostan débutée en 1995, la première déclaration publique contre les MGF a lieu dans le village de Malicounda Bambara et suscite une vive réaction au niveau national. Quelques mois plus tard, elle est suivie par la première déclaration coordonnée inter villageoise déclarant l'abandon de la pratique. Par la suite, en 1999, sous l'impulsion du Groupe des femmes parlementaires, l'Assemblée nationale adopte la loi n° 99-05 interdisant la pratique des mutilations (Article 299 bis du code pénal). En l'an 2000, le

gouvernement lançait le premier plan d'action national en vue de l'abandon des MGF (2001-2005) et s'engageait à éliminer ces pratiques à l'horizon 2015.

En 2005, le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, mieux connu sous le nom de Protocole de Maputo, entre en vigueur. Il appelle les États à prendre des mesures pour éliminer la pratique des mutilations et les autres pratiques traditionnelles préjudiciables aux femmes.

En 2008, le gouvernement sénégalais évalue le plan d'action national en vue de l'élimination des MGF et élabore un deuxième plan pour la période 2010-2015. Le Sénégal organise une réunion sous-régionale avec la Gambie, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Mali et la Mauritanie afin de permettre un partage des expériences et la mise en place de mécanismes coordonnés visant à accélérer l'abandon de la pratique.

En 2010-2011, la première Enquête Démographique de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS/MICS) conjointe menée au Sénégal permet de mettre à jour les informations relatives aux MGF au niveau national et de recueillir pour la première fois des données de prévalence chez les filles de moins de 10 ans. La ville de Dakar accueille une conférence parlementaire de la sous-région ouest-africaine sur les mutilations, organisée en collaboration avec l'organisation internationale *No Peace without Justice*. En 2012, le bilan des différentes actions montre qu'environ 5 315 communautés sénégalaises se sont publiquement engagées à abandonner la pratique [47].

Ainsi, en dépit de toutes ces actions menées depuis au moins deux décennies, on note une baisse peu significative des niveaux de prévalence de la pratique, surtout dans les régions où ces taux sont très élevés. Cela est lié au fait que la pratique revêt une armure de convention sociale dans les milieux où elles se perpétuent. C'est ainsi que sa pénalisation l'a installé dans la clandestinité. En Casamance, en particulier où la pratique revêt un caractère politique, certaines exciseuses sont fières de se faire arrêter, car elles estiment avoir accompli leur devoir envers leurs communautés et leurs familles [38]. D'après le travail de l'ONG Tostan, nous notons qu'en tant que norme sociale, il faudrait qu'un nombre critique de la communauté

décide d'abandonner véritablement la pratique, pour qu'elle soit éliminée entièrement de la communauté [51].

Le Sénégal est classé dans le groupe des pays à prévalence modérée lors de la cinquième Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples (EDS-MICS), menée en 2010-2011 qui révélait une prévalence de 25,7% sur l'étendue du territoire. Cependant, les écarts de prévalence sont considérables parmi les régions. Les régions les plus concernées par la pratique se sont révélées être Kédougou, Matam, Tambacounda, Kolda et Sédhiou. [52] Ces régions sont en effet frontalières du Mali, de la Mauritanie, de la Guinée, de la Guinée Bissau ainsi que de la Gambie où la pratique est tout aussi très répandue, sinon plus. La figure ci-après en fait l'illustration en montrant les niveaux de prévalence relevés au Sénégal lors de l'EDS 2010-2011.

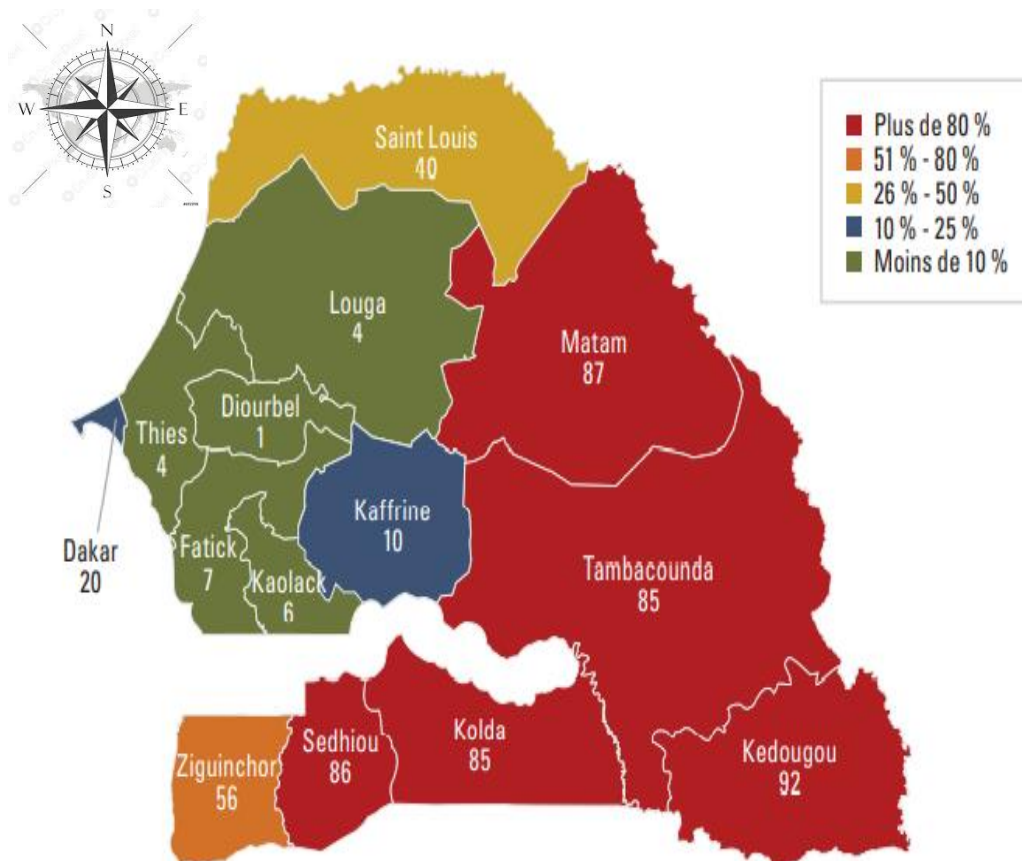


Figure 16: Niveaux de prévalence de la pratique des mutilations génitales au Sénégal (Source EDS 2010-2011) [47]



Il existe une tendance peu significative à la baisse sur l'étendue du territoire. En effet, l'Enquête Démographique de Santé continue de 2017 en fait montre dans le rapport publié en 2017. Dans les régions les plus concernées par la pratique, on note néanmoins une baisse d'environ 10 points. À l'exception de la région de Ziguinchor qui arbore un taux plus élevé en 2017 qu'en 2011 (62,8% contre 56%). Ce fait est vraisemblablement lié à une sous-déclaration et la méfiance des populations vis-à-vis des enquêteurs [53].

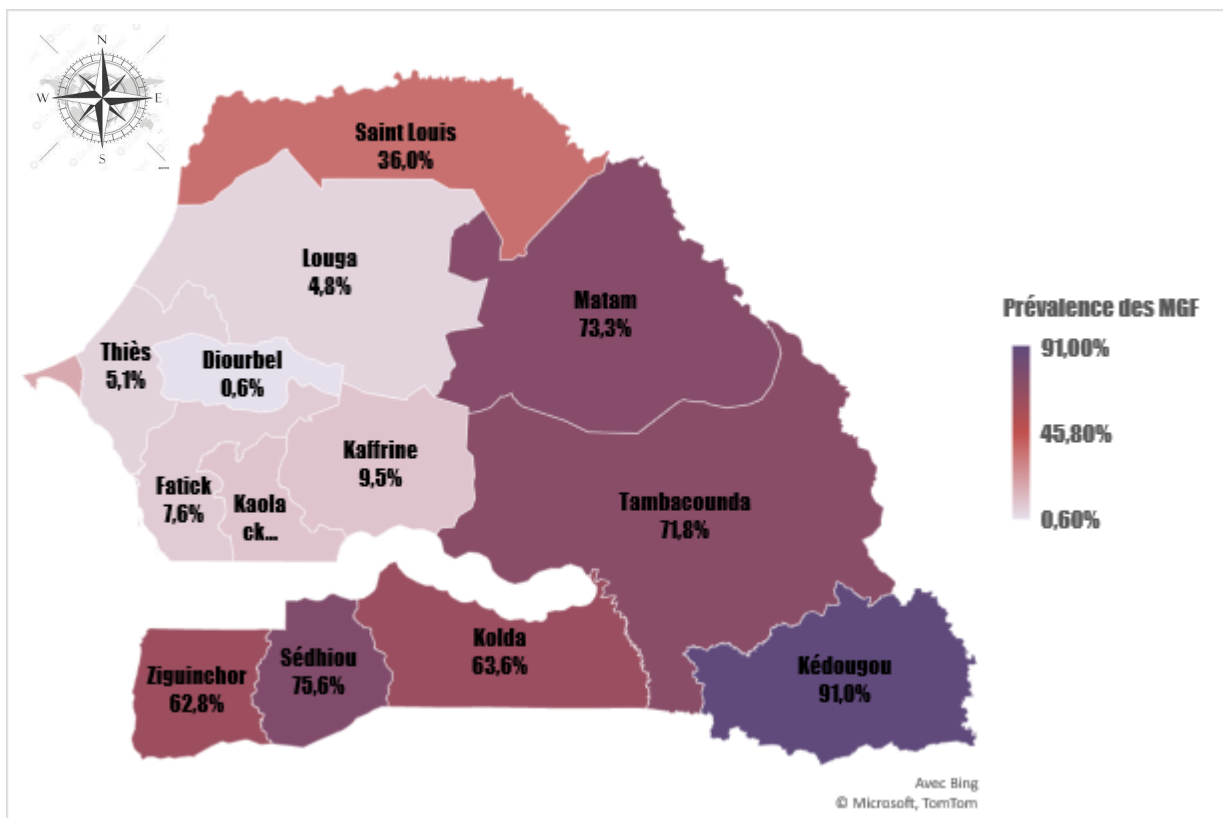


Figure 17 : Niveaux de prévalence au Sénégal (Source : EDS 2017) [53]

## 4.2. Épidémiologie analytique

Ce sont surtout les caractéristiques socio-démographiques qu'on peut considérer comme les « facteurs de risque » de l'exposition aux mutilations. La figure ci-dessous illustre les facteurs régulièrement associés à la pratique (Figure 18).

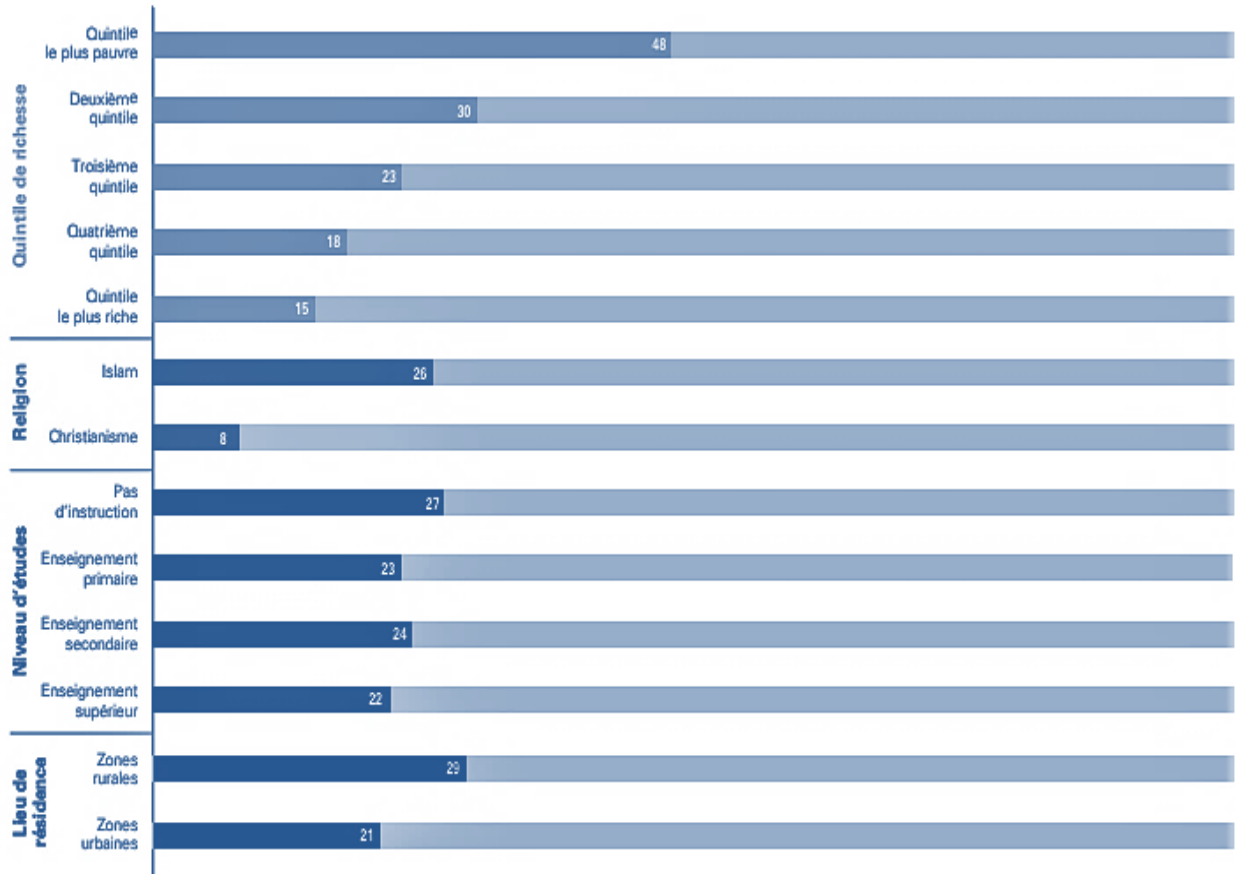


Figure 18: Pourcentage des filles et des femmes portant des MGF âgées de 15-49 ans en fonction de caractéristiques démographiques [54]

- **Ethnie** : Au Sénégal, en particulier, les résultats des Enquêtes Démographiques et de Santé montrent que la pratique est très répandue parmi les Mandingues/socées (75%). Plus de la moitié des filles et femmes appartenant aux ethnies Soninké (63%), Diola (59%), et Peulh (49%) portent une Mutilation Génitale. Cela montre que cette convention sociale est particulièrement importante dans ces communautés. Elle est associée au rite de l'initiation, et participe à la promotion de la connaissance des mœurs et traditions. Ne pas s'y conformer expose fortement à l'exclusion sociale [47].
- **Niveau d'instruction** : Les enquêtes réalisées ont en outre permis de relever que la scolarisation des femmes a un effet positif sur le recul de la pratique dans tous les pays touchés, à des degrés variables, lorsqu'on examine la proportion de filles excisées selon le niveau d'instruction de la mère. Plus la mère est instruite, moins la fille est exposée au risque d'être excisée. On peut supposer qu'à l'école, les filles tissent des liens sociaux avec des pairs et des

enseignants s'opposant à cette pratique. Elles s'identifient alors à un groupe de référence dans lequel les personnes qui ne pratiquent pas l'excision ne s'exposent à aucune sanction. Les structures éducatives peuvent également favoriser le débat et offrir un environnement social propice à l'émergence d'idées nouvelles. Les femmes instruites sont également plus souvent exposées aux programmes d'intervention, aux messages médiatiques et au discours international dénonçant les Mutilations Génitales, ce qui peut les détourner de ces pratiques et influencer sur leur décision par rapport à leurs futurs enfants [47,53].

- Le milieu socio-économique : De même, la pratique est moins répandue dans les milieux aisés. L'amélioration du statut économique aurait un impact social majeur, en particulier pour les femmes, et permettrait notamment une diminution de la pratique. Le développement économique s'accompagne généralement d'une augmentation des échanges commerciaux et des migrations. Il peut en outre affaiblir les structures familiales traditionnelles et permettre aux femmes d'accéder au marché du travail, modifiant ainsi leur dépendance vis-à-vis des MGF pour leur garantir un avenir par le biais du mariage. Le lien entre la pratique et la richesse des ménages peut être également dû au fait que les ménages les plus aisés ont tendance à être mieux informés sur les mutilations et à côtoyer plus de personnes ne les pratiquant pas. On peut alors s'attendre à ce que ces pratiques soient moins répandues chez les filles issues de ménages aisés [47,53].
- Religion : Pour ce dernier, nous considérons qu'il pourrait s'agir d'un facteur de confusion. De fait, au Sénégal, la grande majorité de la population est de confession musulmane. D'ailleurs, selon l'EDS 2017, une faible proportion de musulmanes enquêtées pense que la religion exige cette pratique (13,2%) [53].
- Milieu de résidence : Plusieurs études ont montré que la pratique était plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain. En raison de son statut particulier, elle se tient dans des milieux reculés, plus propices au recueillement. Elles rassemblent des familles provenant de divers horizons pour y assister. Globalement, on note que la pratique est plus élevée en milieu rural au plan national. Cependant, la différence est peu significative (21% contre 29%), en raison de l'exode rural. Il est clair cependant qu'avec

l'occidentalisation des mœurs, la perspective sur la continuité de la pratique change progressivement. Seulement joindre l'acte à la parole est difficile en raison de la pression sociale. En effet, on constate que depuis près de 15 ans, il existe dans l'opinion une nette opposition à la pratique sur l'étendue du territoire [54]. La figure 19 ci-dessous en fait l'illustration.

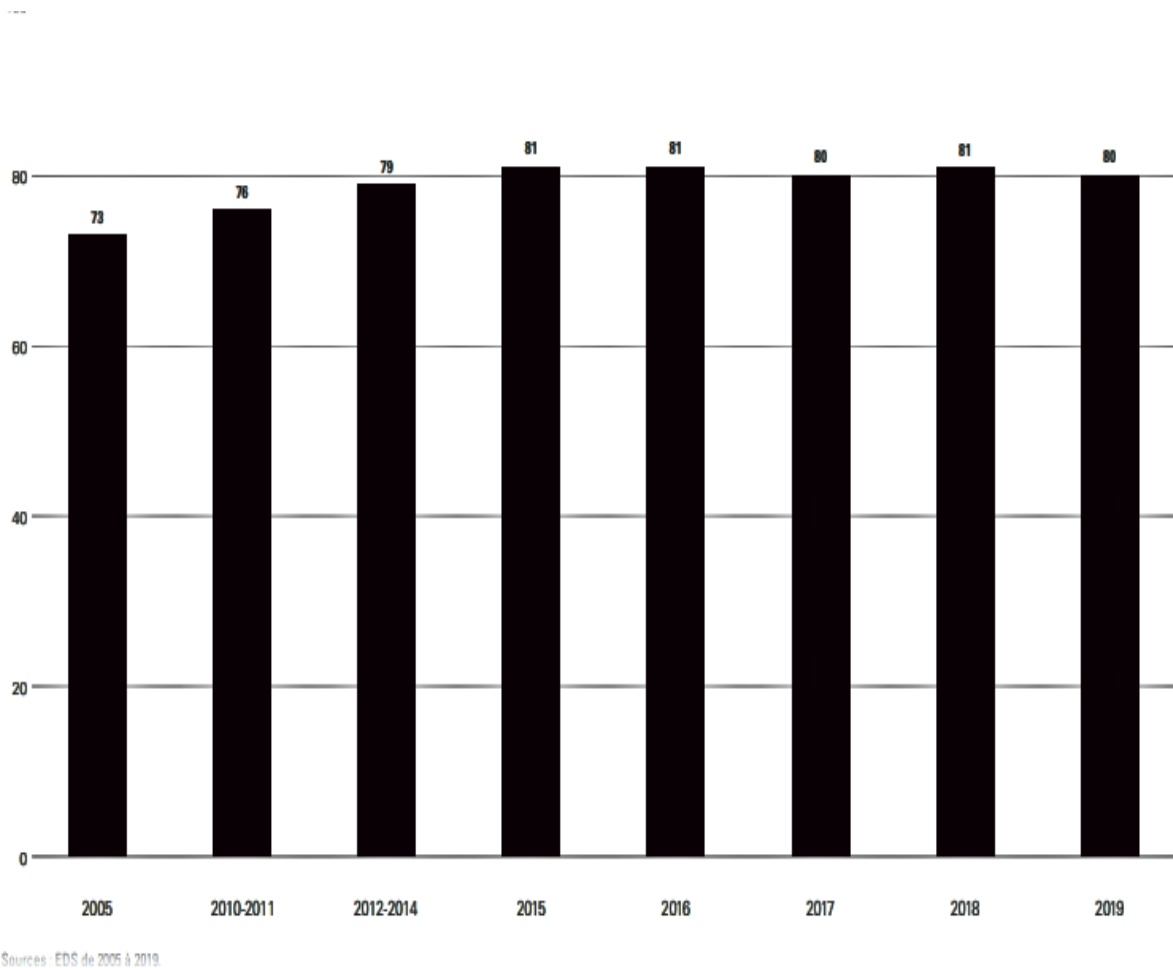


Figure 19: Évolution de l'opinion des femmes et des filles âgées de 15-49 ans sur la pratique des MGF [54]

La pratique est donc liée à un environnement familial particulier, enraciné profondément dans les traditions ancestrales, et imprime à ses conservateurs une identité sociale de laquelle, il semble difficile de se départir.

De nombreuses publications indiquent que l'âge au moment de la mutilation ainsi que son type varie considérablement d'un groupe à l'autre, d'un pays à un autre. Cependant, on peut établir le constat que le type II est la forme la plus répandue en Afrique de l'Ouest comme l'illustre la figure ci-après (Figure 20).

Pays	Type de MGF/E			
	Type I	Type II	Type III	Type IV
Bénin	2	95	2	1
Burkina Faso	n/d	n/d	1	n/d
République centrafricaine	24	61	6	9
Tchad	9	81	8	2
Côte d'Ivoire	7	82	6	5
Djibouti	15	53	30	3
Égypte	n/d	n/d	2	1
Érythrée	52	6	38	4
Éthiopie	n/d	n/d	4	n/d
Gambie	0	86	12	1
Ghana	8	68	17	7
Guinée	2	85	10	2
Guinée-Bissau	0	88	10	2
Kenya	3	79	17	1
Mali	16	71	3	11
Mauritanie	6	80	n/d	14
Niger	0	63	35	2
Nigéria	16	69	6	9
Sénégal	23,6	52,7	13,8	9,9
Sierra Leone	1	70	12	17
Somalie	5	25	63	7
République-Unie de Tanzanie	1	98	2	n/d

Figure 20 : Répartition des types de MGF en fonction des pays (Source EDS 1995-2011) [47]

De même, au Sénégal, selon l'Enquête Démographique et de Santé en 2017, le type II est la forme la plus répandue, en comptabilisant 57,9% des observations. Les types I et III ont une faible proportion avec respectivement 9,5% et 10,3%. Le type IV n'avait pas été rapporté dans les enquêtes [45]. L'âge de la pratique a fortement reculé, se situant à moins de 5 ans chez la majorité des enquêtées (79,6%) [53].

Pour ce qui concerne les pathologies auxquelles exposent la pratique des mutilations, beaucoup d'encre a coulé. Cependant, la part attribuable de la mutilation est difficile à établir étant donné le tabou dont il est couvert et l'absence ou le retard à une prise en charge adéquate.

## **5. Conséquences sanitaires et sociales**

Les conséquences des Mutilations Génitales Féminines sont très étendues, affectant aussi bien la santé mentale, que sexuelle, reproductive et somatique des femmes ainsi que leur bien-être. L'incidence de la morbidité et de la mortalité liées aux MGF sont difficiles à évaluer et peu d'études en ont fait part. Les exciseuses tentent de prendre en charge les complications avec les connaissances qu'elles en ont. De plus, l'éloignement des hôpitaux, la peur de la répression, et surtout l'ignorance sont autant de facteurs qui entravent le recours aux structures sanitaires. Les complications les plus graves telles que les hémorragies sont adressées au milieu médical.

Cependant, la fréquence et la nature des complications dépend de l'expérience de l'exciseuse, de l'hygiène locale personnelle, de la résistance de la victime et surtout du type de mutilation. En effet, il semble que les complications et les risques associés aux opérations sont plus élevées avec le type III [1].

### **5.1. Au plan fiduciaire**

Les preuves de la charge économique des MGF sont rares et la plupart des études se sont concentrées sur les coûts obstétricaux. On estime qu'en 2007, les donateurs bilatéraux, multilatéraux et les fondations privées ont dépensé au moins 23 millions de dollars ou plus pour des activités liées à la prévention des mutilations génitales féminines [55]. Cependant, le rapport coût-efficacité de ces dépenses par cas évité est inconnu. Les estimations produites sur les coûts et les impacts de l'intensification des interventions contre les MGF suggèrent un coût total de 3,3 milliards de dollars US entre 2020 et 2030 dans les pays à forte morbidité, y compris la prévention par l'engagement communautaire, les médias de masse, l'engagement des prestataires de soins de santé, la protection par des efforts législatifs, le traitement des conséquences psychosociales et le renforcement des capacités des prestataires de soins de santé [56].

En comparant les risques sanitaires encourus par des femmes avec et sans MGF sur une période de 30 ans, une méta-analyse prenant en compte 27 pays où la prévalence est importante, a permis de faire certaines estimations. L'étude

démontrait qu'en 2020, le poids économique des MGF était d'environ 1,4 milliard de dollars US par an ; et qu'il pourrait passer à 2,1 milliards d'ici 2047 en raison de l'augmentation des cas liée à la croissance démographique. Dans ces projections, il apparaît que l'abandon partiel des MGF de 50 % ne contribuerait que très peu à freiner l'augmentation de la charge économique. En revanche, l'abandon total des Mutilations Génitales Féminines entraînerait une réduction progressive de la charge économique, qui tomberait à environ 800 millions de dollars par an en 2047 [56]. Dans une étude réalisée dans 6 pays d'Afrique, des chercheurs démontrent qu'une fille de 15 ans présentant une mutilation de type 3 perdrait près d'un quart d'année de vie et imposerait au système médical un coût supplémentaire d'environ 5,82 dollars par intervention au cours de sa vie, le type III apparaissant plus préjudiciable à la santé et plus coûteux. Les autres types de MGF réduiraient également la survie et entraîneraient des pertes monétaires sur la durée de vie de chaque femme, mais dans une moindre mesure. Les pays présentant des taux plus élevés d'accouchement sous assistance médicale encourraient également des coûts médicaux plus élevés en raison des complications associées à ces accouchements. Les 53 millions de femmes africaines vivant dans les six pays étudiés représenteraient un total d'environ 3,7 millions de dollars de frais médicaux supplémentaires pour la prise en charge des complications obstétricales liées aux mutilations, ce qui équivaut à entre 0,1% et 1% du total des dépenses de santé publiques pour les femmes en âge de procréer. La proportion de séries dans lesquelles les mutilations avaient entraîné soit une augmentation des coûts, soit des années de vie perdues, soit les deux, était de 77%, 85% et 93% pour les MGF de type I, II et III respectivement. En effet, si le système de santé devait dépenser de 12 à 240 dollars en fonction des régions par cas de mutilation, la valeur des complications obstétricales évitées compenserait entièrement les coûts de la prévention [56].

## **5.2. Au plan psychologique**

En ce qui concerne les conséquences psychologiques de la pratique, les études sont nombreuses mais ne fournissent pas de résultats robustes. En effet, elles sont essentiellement basées sur des études de cas et ne permettent pas d'évaluer la prévalence des troubles psychologiques chez les femmes mutilées, ni d'associer ces

troubles au fait d'avoir subi une mutilation. D'ailleurs, les femmes concernées n'identifieraient pas ce genre de symptômes comme une conséquence de la mutilation. L'acte en question étant considéré comme une étape obligatoire et normale de la vie. Selon l'OMS, l'anxiété, la névrose, le manque de confiance en autrui et un sentiment d'insécurité sont souvent rapportés [3]. Ces signes sont difficilement attribuables directement à la seule mutilation.

Cependant, à travers une étude pilote menée à Dakar, des chercheurs avaient démontré que les femmes portant des mutilations présentaient significativement beaucoup plus de syndrome de stress post-traumatique et des troubles de mémoire par rapport aux non mutilées [57].

Une enquête similaire menée en France auprès des femmes migrantes montrait aussi une tendance significative au mal-être et à l'anxiété chez plus d'un quart des femmes excisées [58]. Cependant, on peut difficilement considérer ces troubles psychologiques comme la conséquence directe des MGF. Elles s'observent principalement chez des femmes immigrées, déracinées, qui sont confrontées à de nouvelles habitudes sociales et à un nouvel environnement culturel [59].

### **5.3. Au plan physique**

#### **5.3.1. Complications à court terme**

- L'hémorragie : La section de l'artère clitoridienne peut entraîner une hémorragie cataclysmique et engendrer une anémie sévère voir un choc hémorragique. Une hémorragie secondaire est possible lors du décollement du caillot qui bouche alors l'artère à la suite d'une infection ou d'une manipulation quelques jours après l'intervention.
- Une douleur intense : l'opération est rarement réalisée sous anesthésie. La région clitoridienne ainsi que les petites lèvres sont très innervées. Ainsi la section des terminaisons nerveuses et des tissus sensibles des OGE entraîne une douleur très intense. La cicatrisation est toute aussi douloureuse. L'infibulation est plus disséquante et l'intervention dure plus longtemps, de ce fait la douleur est beaucoup plus intense
- Les complications infectieuses : elles sont favorisées par le manque d'asepsie, les pansements traditionnels, et l'immobilisation prolongée dans



certain cas, où la jeune fille baigne dans ses excréments, figée par la douleur de l'infibulation. Elles peuvent être locales (abcès, adénites, phlegmons), régionales (vulvo-vaginites, pelvi-péritonites), ou générales (septicémies, tétanos)

- Les accidents d'exposition au sang : L'utilisation du même instrument sans asepsie ni stérilisation accroît considérablement le risque de transmission du VIH et de l'hépatite B. Plusieurs études insistent sur ce fait mais cette question ne fait pas l'objet de recherche détaillée.
- Les complications traumatiques : elles peuvent être liées aux agitations de la fille, occasionnant par maladresse, des lésions des organes adjacents (vagin, urètre, périnée postérieur voire rectum), pouvant entraîner par la suite des fistules. Des fractures peuvent être occasionnées par l'excès de force utilisée pour immobiliser la jeune fille.
- Le choc qui peut être neurogène (douleur clitoridienne), hémorragique (par rupture de l'artère clitoridienne) ou septique lors d'une surinfection.
- Le décès : Il n'y a à ce jour pas d'étude sur la mortalité attribuable aux mutilations, étant donné les circonstances mystérieuses où elles sont réalisées. Le décès pourrait survenir des complications sus citées.

Ainsi, lors de la mutilation de nombreux incidents pourraient potentiellement engager le pronostic vital ou fonctionnel immédiat [59,60].

### **5.3.2. Complications à long terme**

#### **5.3.2.1. Problèmes cicatriciels**

Lorsque la plaie ne se cicatrice pas correctement, on peut noter la survenue de kystes, d'abcès récidivants, des chéloïdes vulvaires ou de névromes [59,60].

- Les chéloïdes vulvaires sont fréquentes et aboutissent à un aspect de cicatrice hypertrophique et indurée liées à une cicatrisation exagérée. Elles sont inesthétiques et leur traitement est difficile, car leur ablation est généralement suivie d'une prolifération plus importante. Plus rarement, la pratique d'une infibulation avec désinfibulation et ré-infibulation répétées peut aboutir à l'extension de la zone cicatricielle. Celle-ci peut atteindre la région péri-urétrale et former un obstacle supplémentaire à la vidange vésicale.

- Le névrome cicatriciel : l'emprisonnement du nerf dorsal clitoridien dans la cicatrice peut entraîner la formation d'un névrome. La vulve devient alors très sensible aux contacts, lors de la toilette ou des rapports sexuels, interdisant tout attouchement et parfois même le croisement des jambes.
- Pseudo-infibulation : Elle est liée à la formation d'adhérences vulvaires lors de la cicatrisation donnant un aspect de mutilation de type III. Elle est d'autant plus fréquente que l'opération a eu lieu à un jeune âge.
- L'apparition d'un kyste dermoïde sur le trajet de la cicatrice est une complication à long terme très fréquente des MGF. Ils sont dus à l'obstruction, lors de la cicatrisation, de glandes cutanées ou de follicules pileux. Ces kystes sont de taille variable, pouvant atteindre celle d'une orange. Il s'agit d'une pathologie bénigne, mais qui peut être très invalidante, de par la taille, la localisation du kyste ou des douleurs qu'il entraîne. Il peut également s'infecter et entraîner une suppuration locale. La prise en charge des kystes dermoïdes repose sur leur exérèse chirurgicale.

### **5.3.2.2. Complications urologiques**

Les cristaux et calculs urinaires sont liés à la stagnation des urines et leur ablation nécessite la désinfibulation. Plusieurs troubles urinaires sont décrits dans la littérature. L'on peut citer :

- les sténoses de l'urètre,
- les infections urinaires récidivantes par contamination rétrograde,
- les calculs urinaires, dont la formation est due à la stagnation de l'urine dans le vestibule en cas d'infibulation et peuvent entraîner des douleurs intermittentes, même en dehors des mictions.
- l'obstruction du méat ou une méatite liées le plus souvent aux infibulations.

Les symptômes urinaires représenteraient 29% des complications en lien avec les MGF.

Les femmes présentant des infibulations (type III) sont particulièrement sujettes aux infections urinaires chroniques en raison des difficultés à l'écoulement de l'urine. Une antibiothérapie suppressive peut être indiquée pour aider à prévenir les infections urinaires chroniques. En cas d'échec, on procède à la désinfibulation visant à libérer

le tissu cicatriciel de la vulve, à exposer le clitoris et l'introitus et à créer de nouvelles grandes lèvres [60].

### **5.3.2.3. Complications gynécologiques**

- Les infections génitales : les femmes infibulées sont susceptibles d'avoir une infection chronique. L'occlusion du méat urinaire et du vagin expose au risque d'infection, en diminuant l'efficacité des mécanismes naturels de protection. Cela entraîne alors des vulvo-vaginites et cervicites à répétition, qui peuvent se compliquer d'endométrite ou de pelvi-péritonite ou de maladie inflammatoire pelvienne, pouvant entraîner la stérilité [60]. Il a été suggéré que les MGF peuvent conduire à l'infertilité, bien qu'il y ait peu de données fiables pour le confirmer. Une étude a suggéré un lien significatif entre les MGF plus étendues et l'infertilité primaire [61]. Des rapports sexuels difficiles ou douloureux en raison de l'infibulation ont été suggérés comme un mécanisme possible, tout comme une infection pelvienne ascendante au moment de la MGF.
- Les algies pelviennes chroniques : elles peuvent être liées à la présence d'un névrome.
- Les troubles de la sexualité : La littérature rapporte qu'ils consistent en l'appréhension du rapport sexuel liée à la dyspareunie, la baisse de la libido, l'absence de plaisir et l'anorgasmie. Cependant, bien que le retentissement sur la vie sexuelle de ces parturientes soit incontestable, il reste particulièrement difficile à évaluer objectivement. Les dyspareunies sont fréquemment rapportées pour des raisons mécaniques évidentes. Les répercussions de l'infibulation sont majeures, la désinfibulation étant nécessaire à la pénétration vaginale [59]. Elle est généralement réalisée pour la première fois par l'exciseuse lors de la nuit de noces [62]. Les rapports sexuels anaux seraient fréquents. On aurait tendance à croire que le plaisir sexuel serait moindre, voire absent, cependant certaines femmes mutilées enquêtées disent ressentir du plaisir. Cette assertion est renforcée par les résultats d'une étude récente menée au Ghana sur un échantillon de 1836 femmes qui avait conclu à l'absence de différence significative quant au

nombre d'orgasmes ressentis entre les femmes mutilées et celles non mutilées [63].

#### **5.3.2.4. Complications obstétricales**

On associe généralement les mutilations à une augmentation de la morbidité périnatale. Une étude réalisée en 2006 par l'OMS dans plusieurs pays démontre que les femmes qui ont été victimes des mutilations sexuelles courent un risque sensiblement élevé de complications à l'accouchement. La sévérité des complications serait proportionnelle à celle de la mutilation [64].

##### **5.3.2.4.1. Pendant la grossesse**

Durant la grossesse, il existe des changements physiologiques qui rendent les femmes mutilées plus sensibles aux infections. On note une augmentation de l'apport sanguin aux organes génitaux externes et donc la région vulvaire est beaucoup plus vascularisée, ce qui favorise le risque hémorragique. Ainsi, tout geste chirurgical vulvaire non nécessaire est à déconseiller pendant cette période. On préférera attendre le post-partum pour envisager l'ablation d'un kyste dermoïde devenu gênant ou traiter une cicatrice chéloïde. La sensibilité aux infections locales est également plus grande. Et l'augmentation des taux d'hormones dans le sang entraîne une relaxation des muscles lisses, ce qui favorisent le risque d'infections urinaires. Ainsi donc, ces dernières doivent être systématiquement recherchées [60].

##### **5.3.2.4.2. Pendant le travail**

Les porteuses de mutilations peuvent présenter un certain nombre de complications pendant le travail. Le risque de complications s'accroît en fonction du type de MGF. De fait, les femmes infibulées présentent un risque plus important pendant le travail.

- La surveillance est difficile chez les femmes infibulées étant donné le calibre de l'introït, qui rend impossible les touchers vaginaux afin d'évaluer l'avancement du travail. La désinfibulation est alors nécessaire. L'OMS propose de la pratiquer au deuxième trimestre de la grossesse ou en début de travail sous anesthésie locale, ce qui permet d'améliorer la surveillance du travail et l'expulsion du fœtus [3].

- L'angoisse est surenchérie par la crainte d'une douleur semblable à celle vécue lors de la mutilation

#### **5.3.2.4.3. Durant la parturition**

De façon générale, les femmes présentant des MGF de type I ont une vulve peu modifiée et ne présentent pas de complications, sauf si une mauvaise cicatrisation a rendu le périnée moins souple. Par contre les mutilations de type II et III exposent à un risque supplémentaire lors de l'accouchement. En l'absence de désinfibulation, le pont cicatriciel vulvaire est un obstacle mécanique à la progression de la présentation. Elle peut être responsable d'une dystocie des parties molles avec un allongement de la deuxième phase du travail, le périnée et la vulve ayant perdu leur souplesse en raison de la fibrose liée à la cicatrisation.

Lorsque le travail est indûment prolongé, et en l'absence d'un personnel qualifié, la pression constante de la tête du fœtus sur les organes adjacents (vessie et rectum), peut provoquer la nécrose de la paroi vaginale, et conduire à des fistules obstétricales. Les femmes qui en souffrent peuvent présenter une incontinence urinaire et/ou fécale, pouvant entraîner le rejet de la part de leur mari, leur famille et leur communauté [60].

#### **5.3.2.4.4. Durant le post-partum**

- Chez la mère :

Dans le postpartum immédiat, la complication la plus fréquente est l'hémorragie en raison des déchirures périnéales. Par conséquent, une épisiotomie préventive permet de diminuer le risque de déchirures et donc de saignement en post partum. Quel que soit le type, on peut assister à des déchirures spontanées du périnée antérieur ou postérieur au moment du dégagement pouvant invariablement atteindre le canal anal malgré de larges épisiotomies.

Des lésions urétrales peuvent également se produire dans la foulée, entraînant une incontinence urinaire. Les tissus fibreux ralentissent la cicatrisation, ce qui expose à un risque supplémentaire d'infection en suite de couches.

Les fistules vésico-vaginales et ou recto-vaginales se révèlent aux environs du 10<sup>ème</sup> jour du post partum, et favorisent les infections uro-génitales.

Pour les porteuses de type III, l'anatomie nouvelle après désinfibulation peut créer de l'angoisse allant jusqu'à la psychose puerpérale. Les parturientes demandent souvent à être réinfibulées, car l'expression « vulve ouverte » est péjorative dans certaines communautés.

- Chez l'enfant :

Un travail prolongé et obstrué peut également entraîner une souffrance fœtale aigue ou une asphyxie fœtale avec des risques de lésions cérébrales de mort néonatale pouvant occasionner un taux de létalité périnatale élevée. Cette surmortalité est jugée proportionnelle avec le degré de mutilation [64].

# D

## EUXIÈME PARTIE

# **1. Objectif**

## **1.1. Objectif principal**

L'objectif général de l'étude était d'évaluer les complications obstétricales pouvant être liées aux Mutilations Génitales Féminines chez les parturientes dans certaines structures publiques de santé dans la région naturelle de la Casamance, spécifiquement les sites prodiguant au moins des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (Voir annexe 3).

## **1.2. Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques de cette étude étaient les suivantes :

- Identifier le profil socio démographique des parturientes portant des Mutilations Génitales.
- Estimer la prévalence des MGF chez les parturientes reçues dans les structures publiques de santé de la région naturelle de la Casamance.
- Identifier les facteurs expliquant la pratique des Mutilations Génitales Féminines chez les parturientes admises dans les structures publiques de santé de la Casamance.
- Identifier les types de Mutilations rencontrées chez les parturientes admises dans les structures publiques de santé de la Casamance
- Décrire la prise en charge des parturientes dans les structures publiques de santé de la Casamance
- Comparer le pronostic néonatal et maternel de l'accouchement chez les parturientes présentant une Mutilation Génitale Féminine et chez celles qui en sont dépourvues
- Comparer la prévalence de l'infection par le VIH et des hépatites virales entre les parturientes portant les MGF et celles n'ayant pas subi cette pratique
- Identifier les arguments aidant à formuler des recommandations pour la prévention des MGF et la prise en charge de leurs complications.



## 2. Patientes et Méthodes

### 2.1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective non appariée (exposées / non exposées) conduite sur une période de 7 mois, allant de Juin 2019 à Décembre 2019.

### 2.2. Cadre d'étude

La Casamance est une région historique et naturelle partiellement isolée du reste du pays, limitée au Nord par la Gambie, à l'Est par la rivière Kuluntu et par la région de Tambacounda, au Sud par la Guinée Conakry et la Guinée Bissau et à l'ouest par l'océan atlantique sur 86 kilomètres de côte. Elle couvre une superficie de 29.000 km<sup>2</sup> soit 1/7 de la superficie du Sénégal. Le climat y est de type tropical. Elle est composée d'ouest en est de trois (3) régions.

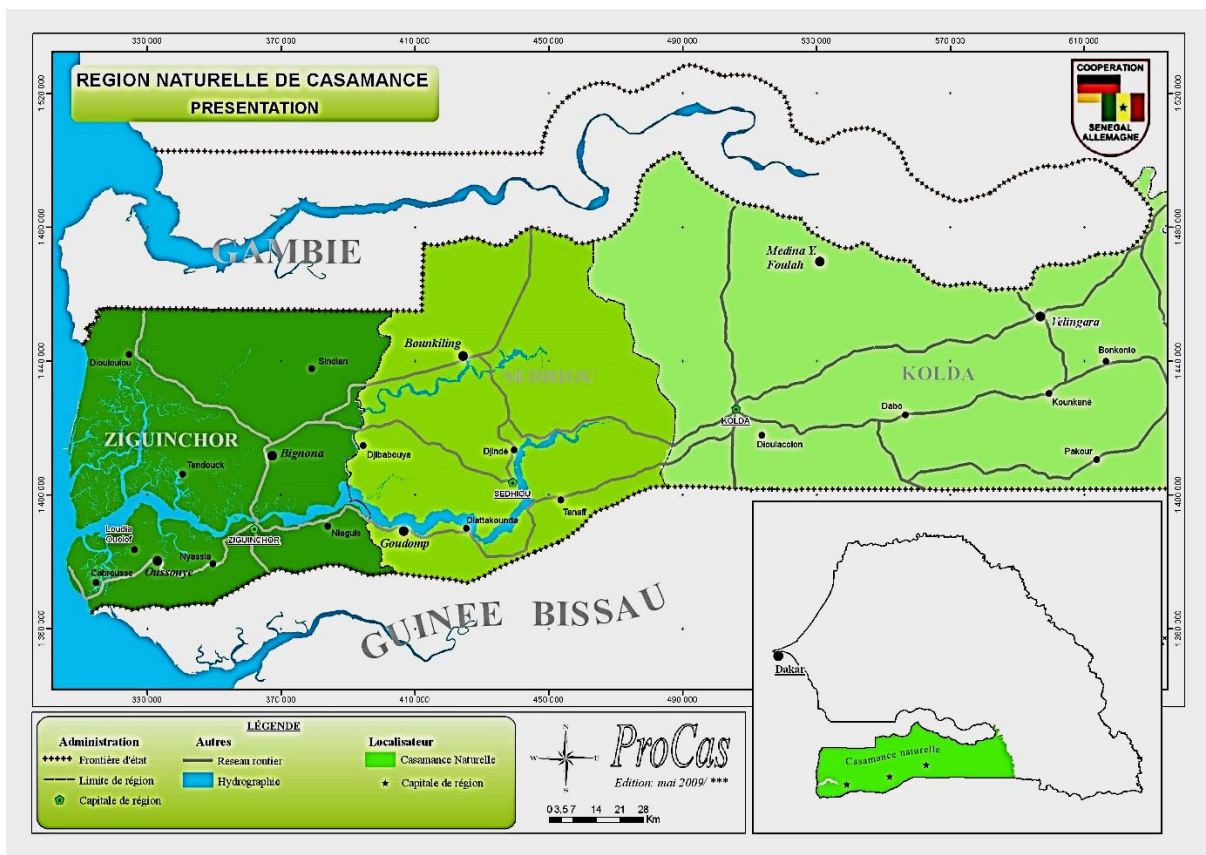


Figure 21: Carte géographique de la Casamance, Sénégal (Source : Noise from Africa) [65]

### **2.2.1. Contexte géographique et administratif**

- Région de Ziguinchor [66]

La région de Ziguinchor (anciennement dénommée Basse-Casamance) est née de la réforme administrative de juillet 1984 qui scindait l'ancienne région de la Casamance en deux entités administratives : la région de Kolda et celle de Ziguinchor. Elle est composée de 3 départements (Bignona, Oussouye et Ziguinchor), de 8 Arrondissements, de 30 Communes et d'environ 502 villages. Sa superficie est de 7339 km<sup>2</sup>, soit 3,73% du territoire national. Ziguinchor est le chef-lieu de région.

- Région de Sédhiou [67]

La région de Sédhiou, quant à elle, a été créée par la loi 2008-14 du 18 mars 2008 portant organisation de l'administration territoriale et locale, par la suite du démembrement de l'ancienne région de Kolda. Elle s'étend sur une superficie de 7.330 km<sup>2</sup>, soit 3,7 % du territoire national. Sur le plan de l'organisation administrative, le décret 2008-747 du 10 juillet 2008 précise le découpage de la région en 03 départements : Bounkiling, Goudomp et Sédhiou. Ce dernier en est le chef-lieu de région. La région compte 8 communes d'arrondissement et 941 villages officiels dont 369 villages dans le département de Bounkiling, 298 dans celui de Goudomp et 274 dans celui de Sédhiou.

- Région de Kolda [68]

La région administrative de Kolda, a acquis sa configuration actuelle, par le fait de la loi 2008-14 du 18 mars 2008 modifiant les articles 1 et 2 de la loi 72-02 du 1er février 1972 portant organisation administrative. Elle occupe une superficie de 13.721 km<sup>2</sup> soit 7% du territoire national. Depuis la réforme administrative, territoriale et locale de 2014, la région de Kolda compte trois départements (Kolda, Médina Yoro Foula et Vélingara), 09 arrondissements, 40 collectivités territoriales et 1589 villages officiels. En termes de superficie, Vélingara est le département le plus vaste couvrant 40% du territoire de la région.

### 2.2.2. Contexte socio-démographique

La Casamance est une région en pleine expansion présentant d'énormes potentialités.

- Région de Ziguinchor

Les projections démographiques officielles, estiment la population de la région de Ziguinchor à 662 179 habitants en 2019 (environ 4% de la population du Sénégal). La part des femmes était alors de 322 209 (pourcentage des femmes dans la population générale) dont 156.116 femmes en âge de procréer, soit une proportion de 47,21%. La pyramide des âges dont la base est élargie démontre que la population y est majoritairement jeune : les 0-19ans constituent 70,85% de la population.

Sur le plan départemental, Bignona concentre une part estimée à 46% de la population totale de la région en 2019. Il est suivi de près par Ziguinchor qui représente 45% de la population totale. Oussouye est ainsi le moins peuplé et ne représente que 9% de la taille totale de la population de la région.

Par ailleurs, il a été relevé que la zone rurale renferme un peu plus de la moitié de la population de la région (51%). La population se caractérise par sa diversité ethnique. L'ethnie Diola constitue 60,7% de la population suivie par les Mandingues (9,3%), les Peulhs (8,8%), les Wolofs (4,8%), les Manjacques (3,7%), les Mancagnes (2,5%), les Balantes (2,5%), les Sérères (2,3%) et les autres ethnies (5,4%) avec de légères variations suivant les départements [66].

- Région de Sédhiou

Entre 1976 et 2019, la population de la région de Sédhiou a plus que doublé, passant de 212 804 à 553 005 habitants avec un taux d'accroissement annuel moyen de 2,2%. La proportion des femmes est de 49,3% soit 272 877. Moins de la moitié, soit 123 826 femmes, sont en âge de procréer avec un Indice Synthétique de Fécondité qui s'établit à 6,3.

Il existe une répartition spatiale quasi homogène de la population : le département de Goudomp concentre 34,5% de la population totale, suivi de près par Sédhiou (33,4%) et Bounkiling (32,1%).

La majeure partie de cette population vit en zone rurale (77% contre 23% en milieu urbain). On note que plus de la moitié (55,8%) de la population urbaine de la région se trouve à Sédhiou contre 22,6% à Goudomp et 21,6% à Bounkiling.

La population de Sédhiou se caractérise aussi par sa jeunesse. En effet, les 0-19 ans représentent 58,2% et l'âge moyen y est de 21 ans. Elle comprend divers groupes ethniques avec une proportion dominante de mandingue, de Balante, avec une minorité de Wolof et de Diola [67].

- Région de Kolda

D'après les projections démographiques de l'Agence Nationale de Statistique et de la Démographie (ANSD), la région de Kolda compterait 796 582 habitants en 2019, soit 4,9% de la population sénégalaise. Les hommes afficheraient une légère supériorité numérique et représenteraient 50,5% de l'effectif total de la population. Parmi les femmes, on dénombre 186 553 femmes en âge de procréer soit une proportion de 47,3% de la population féminine. L'Indice de Fécondité Synthétique était estimé à 5,5 enfants par femme. La pyramide des âges de la région révèle une population jeune. En effet, en 2019, les personnes âgées de moins de 20 ans révolus constituaient 57,3% de la population contre 2,7% pour celles âgées de plus de 65 ans.

En ce qui concerne la répartition spatiale, le département de Kolda concentre 37,2% de la population, celui de Vélingara 42% et Médina Yoro Foula est le moins peuplé avec 20,8% de la population de la région.

Par ailleurs, en 2019, on note que 71,1% de la population de la région vit en zone rurale. Le taux d'urbanisation de la région est ressorti à 28,9%. Il est plus élevé dans le département de Kolda où il est évalué à 38,4% ; il s'est stabilisé à 24,8% dans le département de Vélingara et 4,4% dans celui de Médina Yoro Foula.

Par ailleurs, le niveau d'alphabétisation de la région est de 45,3%, avec une proportion de 34,7% de femmes alphabétisées [68].

### **2.2.3. Contexte économique**

Selon l'ANSD, l'indice d'accès moyen aux cinq principaux services sociaux de base ciblés est estimé à 400/500 en 2009, ce qui correspond à un taux d'accessibilité de 79% de la population rurale sénégalaise à l'éducation, la santé, l'eau, aux routes et

au commerce, sur le plan national. Au niveau régional cependant il existe des disparités [69].

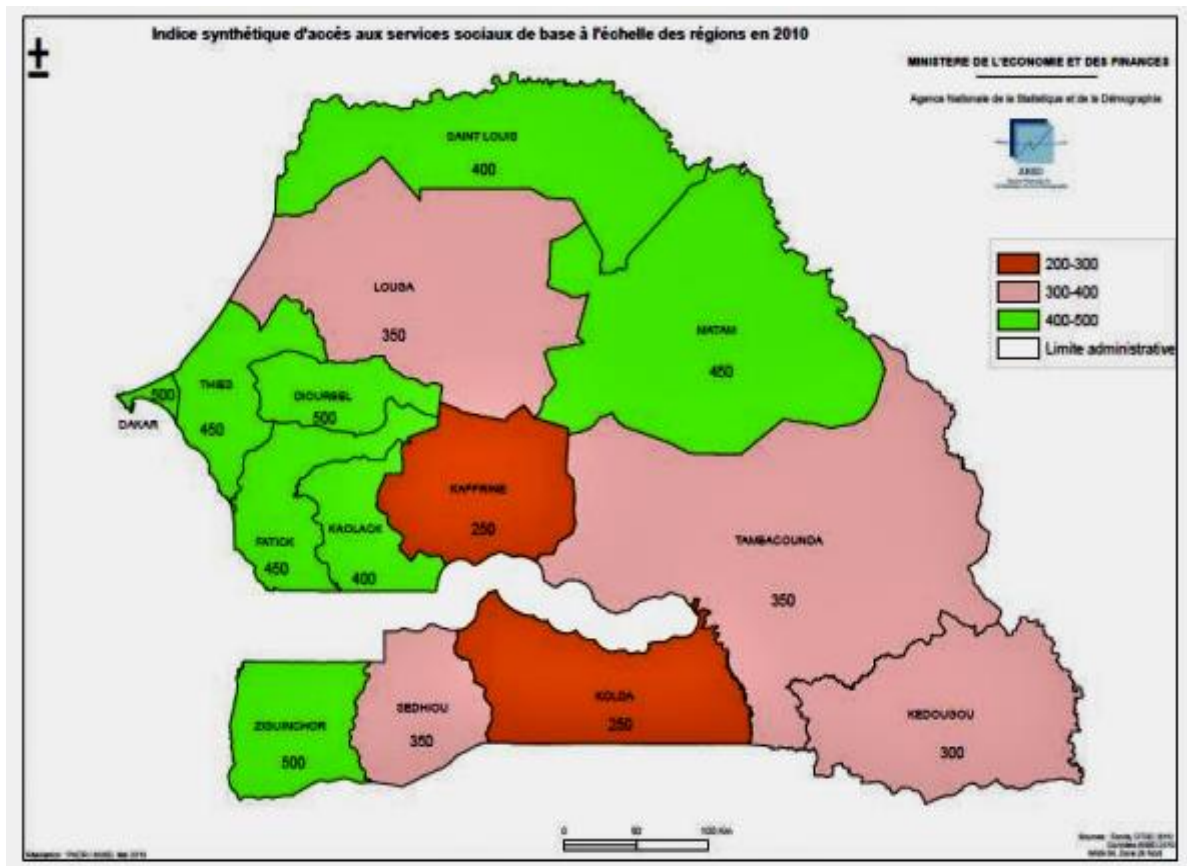


Figure 22 : Niveaux d'accès aux soins sociaux de base sur le territoire du Sénégal (Source ANSD : Enquête villages 2009) [69]

- Région de Ziguinchor

En 2009, Ziguinchor fait partie des régions qui accusent un indice global d'accès aux services sociaux de base de 500/500, autrement dit, jusqu'à 100% de taux de couverture dans les 3 départements.

Dans le domaine de l'éducation, la région fait partie des plus scolarisées au Sénégal. En effet elle présente un taux brut de scolarisation globale de 87%. L'alphabétisation en français est assez répandue (66,9%) notamment dans le département d'Oussouye (62,4%) suivi par ceux de Ziguinchor (61,5%) et de Bignona (55,6%). On note que 57,7% des femmes sont alphabétisées. L'alphabétisation en arabe est, quant à elle, peu répandue. Le taux le plus élevé de 6% est trouvé dans le département de Bignona [66].

Selon le rapport 2018-2019 de l'Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM), Ziguinchor, étant la 6ème région la plus affectée par la pauvreté (51,1%) fait cependant partie des régions les moins touchées par l'insécurité alimentaire qui y a une prévalence de 26,7%. Le niveau d'accès à l'eau est inférieur à la moyenne nationale avec seulement 47,6%.

La région fait cependant partie des zones ayant un taux d'emploi faible avec 42,3%, et un taux de chômage élevé (19,6%) avec une participation à la main d'œuvre de 52,6% sur le marché du travail.

Ziguinchor, quoiqu'étant la 6ème région la plus affectée par la pauvreté (51,1%) fait cependant partie des régions les moins touchées par l'insécurité alimentaire qui y a une prévalence de 26,7% [70].

- Région de Sédhiou

La région de Sédhiou fait partie des régions les moins dotés en services sociaux avec un indice d'accès global aux services sociaux de base de 333/500 soit 66,6% de la population en 2009 [69].

L'économie régionale est pour l'essentiel une économie à vocation agricole. D'après les Statistiques Economiques et Sociales, plus de 4/5 des ménages y pratiquent l'agriculture. Les spéculations dominantes restent le riz, l'arachide et le mil. Arrosé par le fleuve Casamance et ses affluents, Sédhiou est une région où se développent d'importantes activités piscicoles avec la raréfaction de plus en plus accrue de la ressource halieutique [67].

Il y existe une faible mobilité des personnes et des biens et un déficit en moyens de télécommunications.

Sur le plan de l'éducation, le niveau d'alphabétisation est de 38,2% pour l'année 2019 avec seulement 27,6% de femmes alphabétisées.

La pauvreté touche plus la population rurale où, plus de la moitié (53,6%) vit sous le seuil de pauvreté. Le taux de pauvreté monétaire qui est de 65,5% entre dans ce cadre.

En ce qui concerne le niveau d'activité, Sédhiou fait partie des régions qui ont un taux d'emploi important avec une proportion de 54,9%. La participation à la main d'œuvre est stabilisée autour de 63,2%. Le taux de chômage s'élève à 13,2%.

Selon le rapport de l'Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM) 2018-2019, plus de la moitié de la population de la région, vit sous le seuil

de pauvreté avec une proportion de 65,6% et l'insécurité alimentaire touche 56,7% de la population de la région. [67,70].

- **Région de Kolda**

La région de Kolda, jadis nommée région du Fouladou, affiche un indice d'accès global aux services sociaux bas (250/500) soit 50% d'accès [69].

Elle est, par essence, une zone d'élevage agropastoral en raison, d'une part, de son peuplement par la communauté peulh pour laquelle l'élevage est l'activité principale et coutumière et, d'autre part, d'une pluviométrie parmi les plus longues du pays assurant la présence des pâturages pour l'alimentation du bétail pratiquement durant toute l'année. L'élevage occupe ainsi une place de choix dans l'économie de la région et joue un rôle prépondérant dans la sécurité alimentaire en assurant un approvisionnement assez régulier et abondant des produits alimentaires d'origine animale essentiellement riche en protéines.

La pêche y est continentale et artisanale. L'essentiel de la production du secteur de la pêche est utilisé à des fins de consommation locale (92,9% de la production en 2019). La transformation artisanale se résume cependant en salé séché et en poissons fumés.

L'économie de la région de Kolda est aussi dominée par le commerce informel et l'artisanat.

Avec un niveau de pauvreté estimée à 56,6%, plus la moitié de la population de la région est soumise à l'insécurité alimentaire soit un taux de 62,5%.

Le taux de chômage est estimé à 10% en 2019 avec cependant 64,2% de participation de la main d'œuvre sur le marché du travail et un niveau d'emploi estimé à 57,8%. [70]

#### **2.2.4. Contexte sanitaire**

Conformément à la politique nationale de santé, le système de santé est de type pyramidal et comprend de la base au sommet : les cases de santé et maternités rurales, des postes de santé dans les chefs lieu de communauté rurale, les centres de santé dans les chefs lieu de département et certaines communes et les hôpitaux dans les capitales régionales.

- Région de Ziguinchor

En 2019, il a été dénombré dans la région de Ziguinchor 237 infrastructures sanitaires publiques et parapubliques. Elles sont majoritairement composées de postes de santé qui en représentent 51%, suivis des cases de santé qui représentent 41%. La région compte deux hôpitaux de première référence (EPS2) situés dans le département de Ziguinchor et plus précisément dans la commune de Ziguinchor. Les centres de santé sont au nombre de 5 dont 3 se localisent dans le département de Bignona.

Les départements de Ziguinchor et d'Oussouye comptent chacun un Centre de santé.

Au cours de l'année 2019, la région de Ziguinchor faisait état de 81 structures sanitaires privées dont 43% d'officines de pharmacie et 25% de postes de santé connus. Il n'existe pas d'hôpitaux privés dans la région. Sur les 81 structures sanitaires que compte le privé, 58 sont localisées dans le département de Ziguinchor, soit une proportion de 72%. Le département d'Oussouye moins doté en infrastructures sanitaires, compte 8 établissements sanitaires privés.

En 2019, Ziguinchor concentre 7% du personnel de santé en exercice au Sénégal.

Le personnel des structures de santé de la région de Ziguinchor Le nombre de professionnels de santé s'élève à 528 agents en 2019 dont 151 médecins, 149 sage-femmes et 149 infirmiers. Au niveau départemental, la majeure partie du personnel de santé est concentré entre Ziguinchor et Bignona avec des parts respectives de 45% et 21%. Oussouye ne dispose que de 157 agents, soit 13% du total.

En ce qui concerne la santé de la reproduction, sur les 15436 accouchements survenus en 2019, les accouchements à la maternité constituent 96% et 4% à domicile. La grande majorité des accouchements (89,65%) sont assistés par des professionnels de santé qualifié. Les accouchements par césarienne sont au nombre de 1 116 en 2019 et relèvent exclusivement du district de Ziguinchor [66].

- Région de Sédhiou

La région de Sédhiou concentre 2% du personnel de santé au plan national. Ce qui représente 157 personnes dont 15 médecins dont 3 chirurgiens, 71 sage-femmes et 24 infirmiers diplômés d'état.



En ce qui concerne les infrastructures, la région est pourvue d'un Établissement Public de Santé de niveau 2, situé dans la capitale régionale, un centre de santé dans chaque département pour un total de 3. Il existe 62 postes de santé et 106 cases de santé.

Concernant l'accouchement assisté par un personnel qualifié, le taux s'établit à 42% au niveau régional en 2016. Il atteint 57% dans le District Sanitaire de Sédhiou contre 39,9% à Bounkiling et 33% à Goudomp. En 2017, cette statistique n'est pas disponible au niveau des départements. Toutefois, au niveau régional, elle s'est accrue de 3 points du fait du renforcement du personnel surtout des sage-femmes.

De même, les accouchements à domicile deviennent de plus en plus rares (18% en 2017 contre 19% en 2016) tandis que les statistiques montrent que les accouchements se font de plus en plus dans les structures sanitaires (51% en 2018). Pour la césarienne, un taux de 2% avait été enregistré à l'EPS de Sédhiou [67].

- Région de Kolda

La région de Kolda, quant à elle, concentre 3% du personnel de santé au plan national, soit 184 professionnels, dont 15 médecins, 4 chirurgiens, 62 sage-femmes d'état et 56 infirmiers diplômés d'état.

En 2019, la carte sanitaire de la région de Kolda était peuplée d'un hôpital situé dans la capitale régionale, de 4 centres de santé dont 2 situés dans le département de Vélingara, 62 postes de santé complets, 4 postes de santé sans maternité, 248 cases de santé réparties dans les différentes communes ainsi que 15 structures privées de santé réparties dans les 3 districts sanitaires. Cependant, les districts de Kolda et de Vélingara sont les plus dotés de la région en établissements sanitaires dont ils regroupaient respectivement 34,4% et 39,2%.

Par ailleurs, à l'instar des structures de santé, les districts de Vélingara et de Kolda sont les plus dotés en personnel de santé par rapport au district de Médina Yoro Foula. En effet, ce dernier ne comptait en 2019 qu'un seul médecin généraliste, 6 sage-femmes, et 13 infirmiers diplômés d'état.

La carte sanitaire est composée d'un hôpital, de 43 postes de santé complets avec maternité, de 181 cases de santé fonctionnelles, de 02 dispensaires privés, de 10 cabinets privés, de 02 cliniques et d'une maternité privée. Le nombre de personnel

spécialisé est très faible : 1 médecin pour 66.246 habitants, 1 sage-femme pour 1 429 femmes en âge de procréer et 1 gynécologue pour 327 437 femmes [68].

### **2.3. Population d'étude**

Elle est constituée des parturientes se rendant pour accouchement imminent dans les structures sanitaires dédiées à l'étude (Hôpitaux, centres de santé et postes de santé) dans la région de Casamance.

### **2.4. Échantillonnage**

#### **2.4.1. Définition de l'unité statistique**

L'échantillonnage a ciblé les parturientes répondant aux critères de sélection se rendant dans les formations sanitaires présélectionnées pour accouchement, qu'elles y aient été suivies ou non au cours de la grossesse.

#### **2.4.2. Critères de sélection**

##### **2.4.2.1. Critères d'inclusion**

- Parturiente âgée d'au moins 18 ans
- Présentant une intégrité physique et intellectuelle
- Grossesse mono-fœtale en présentation du sommet
- Âge gestationnel d'au moins 37 semaines d'aménorrhée
- Parturientes en phase active du travail

##### **2.4.2.2. Critères de non inclusion**

- État grave : complications telles que les prééclampsies
- Dystocie associée
- Autres causes évidentes et possible d'asphyxie périnatale

## **2.5. Outils et méthode de collecte des données**

La technique d'enquête par questionnaire avait été retenue pour la conduite de ce travail. Le questionnaire avait alors été testé dans le cadre d'un atelier, dans les structures de la commune de Ziguinchor, afin d'identifier les difficultés liées à son administration, sa compréhension par les enquêteurs et les enquêtées ainsi que sa faisabilité. Cette démarche avait alors permis d'avoir une idée sur la durée d'administration du questionnaire, d'y apporter des corrections, et d'apprécier la capacité des enquêteurs -en l'occurrence une grande majorité de sagefemmes- à mener correctement l'activité.

Le questionnaire a été administré aux parturientes ayant signé un formulaire de consentement écrit, lors de leur séjour à la structure sanitaire.

Le questionnaire avait été établi avec les sections suivantes (voir annexe 1) :

- Les caractéristiques socio-démographiques
- La présence ou non d'une Mutilation Génitale
- Les conditions d'admission
- Le déroulement et le suivi de la grossesse
- Les examens complémentaires
- L'examen obstétrical et de déroulement du travail
- Les circonstances de l'accouchement
- Les soins dispensés à la mère et à l'enfant

Les parturientes se présentant dans les différents sites d'étude et ayant signé un formulaire de consentement éclairé, ont été interrogées par le personnel qualifié à l'aide d'un questionnaire préétabli. Ce dernier permettait d'obtenir des renseignements personnels, de connaître leurs antécédents médicaux et obstétricaux, de relever les détails de l'examen clinique et obstétrical, de suivre la marche du travail jusqu'à l'accouchement ainsi que le devenir de la mère et de l'enfant. L'examen physique incluait systématiquement la recherche d'une quelconque mutilation, et si elle était présente, d'en déterminer le type. Les femmes et leurs nouveau-nés ont bénéficié par la suite d'un suivi minimal jusqu'à la sortie des mères de la structure.

Sur chaque site d'étude, un responsable était nommé afin de s'assurer d'un remplissage correct des fiches. Elles devaient ensuite être acheminées périodiquement à l'UFR Santé où les superviseurs (au nombre de 3) se chargeaient de vérifier qu'elles étaient dûment remplies afin de procéder à la saisie des données.

## **2.6. Variables de l'étude**

Chaque section du questionnaire correspond à une variable de l'étude ; les variables suivantes ont été retenues :

- Caractéristiques socio-démographiques : il s'agit de l'âge, l'origine géographique, l'ethnie, la religion, le statut matrimonial, l'âge au mariage, le niveau d'instruction, l'occupation de la parturiente et de son conjoint
- Données sur la mutilation : l'existence ou non d'une mutilation, le type, l'âge de survenue, les raisons évoquées, les circonstances, la fonction de l'exciseuse
- Suivi de la grossesse : la structure sanitaire où la grossesse a été suivie, le personnel de santé ayant suivi la grossesse, le nombre de CPN effectuées, la réalisation d'un bilan de routine, la prise des mesures prophylactiques (MILDA, TPI, VAT, PTME), les pathologies observées pendant la grossesse, la réalisation d'examens complémentaires (Sérologie TORSCH, échographie du 3ème trimestre, la réalisation d'une Scannopelvimétrie)
- Examen à l'admission : les antécédents obstétricaux, les conditions d'admission, les données de l'examen général et obstétrical
- Marche du travail : la réalisation ou non du partogramme, le rythme du BDCF, la courbe de dilatation cervicale, le rythme des contractions, la rupture de la poche des eaux, l'aspect du liquide amniotique, la descente et le modelage de la tête, l'état maternel au cours du travail, le mode d'accouchement, la notion de défibulation, les thérapeutiques utilisées, la notion d'évacuation ou non
- Circonstances de l'accouchement : le poids du nouveau-né, le score d'APGAR, la notion de réanimation ou d'asphyxie périnatale, la notion d'évacuation du nouveau-né, la notion de traumatisme obstétrical, d'infection néonatale ou de décès périnatal

- Soins dispensés à la mère : contraception, fer acide folique, dépistage VIH, VHB, consultation spécialisée et pec
- Soins dispensés à l'enfant : prévention de la transmission mère-enfant, la sérovaccination VHB, la notion d'une consultation ou d'une prise en charge pédiatrique.

## **2.7. Déroulement de l'enquête**

### **2.7.1. Phase préparatoire**

L'étude a été pilotée par un groupe constitué des membres du corps enseignant de l'UFR Santé de l'université Assane Seck de Ziguinchor, dont le coordonnateur est un professeur agrégé en santé publique.

Dans un premier temps, au niveau de chaque district un superviseur interne était choisi pour ramasser les fiches, s'assurer qu'elles sont dûment remplies, et se charger de leur acheminement aux locaux de l'UFR Santé.

Des superviseurs externes au nombre de 3, choisis parmi les étudiants de l'UFR, étaient chargés de vérifier que les critères de sélection étaient respectés ainsi que de la saisie des données ainsi recueillies.

Un atelier avait ensuite été organisées rassemblant une poignée de sage-femmes provenant des 9 départements d'étude afin de tester leur compréhension du questionnaire et l'applicabilité sur le terrain.

### **2.7.2. Phase d'enquête**

Une journée de test avait été organisée dans les maternités de la commune de Ziguinchor afin de mettre tous les enquêteurs sur la même longueur d'onde.

L'enquête a alors été menée sous la conduite de l'équipe de projet, qui s'assurait du bon déroulement.

## **2.8. Saisie et analyse des données**

Toutes les données recueillies grâce aux fiches signalétiques, ont été saisies dans le logiciel Epi info 6, qui avait permis l'élaboration d'un masque de saisie pour l'outil de collecte. La saisie des données a été faite avec le logiciel EPI INFO Version 7 et l'analyse avec SPSS version 21. Cette dernière comprenait deux parties : l'analyse descriptive et l'analyse analytique.

### **– Analyse descriptive**

Dans l'analyse descriptive, les variables qualitatives ont été décrites en effectifs, pourcentages et les variables quantitatives en moyenne avec l'écart type, les extrêmes et la médiane.

### **– Analyse analytique univariée**

Elle consistait à une comparaison de la proportion des mutilations et des autres variables. Le test de Khi2 était utilisé pour la comparaison de proportion. La différence était statistiquement significative lorsque le p value était strictement inférieur à 0,05.

### **– Analyse multivariée**

Pour l'analyse multivariée, nous avons utilisé la méthode de régression logistique binaire. Toutes les variables dont le p value était  $\leq 0,25$  ont été retenus pour modéliser les facteurs déterminants les femmes ayant subies des MGF. Elle a été précédée à une modélisation ascendante. Les OR ajustés avec leur [IC à 95%] ont été déterminés pour chaque variable retenue dans le modèle final. La qualité de l'ajustement du modèle a été recherchée avec le test d'Hosmer et Lemeshow pour vérifier son adéquation.

## **2.9. Considérations éthiques et réglementaires**

L'enquête a été autorisée par le comité national d'éthique après étude du protocole. La participation à cette étude était libre et volontaire, et nécessitait la signature d'un consentement écrit (voir annexe 2). Aucune tentative d'incitation financière ou non-financière n'a été utilisée pour encourager la participation des personnes à enquêter. L'anonymat et la confidentialité étaient respectés.

### 3. Résultats

#### 3.1. Description de l'échantillon

##### 3.1.1. Évolution de la fréquentation

Au total, 794 parturientes ont été enrôlées durant l'année 2019. Les mois de septembre (21,8% ; n=169) et octobre (18,01% ; n=143) enregistraient le plus de cas. La figure 23 illustre les résultats.

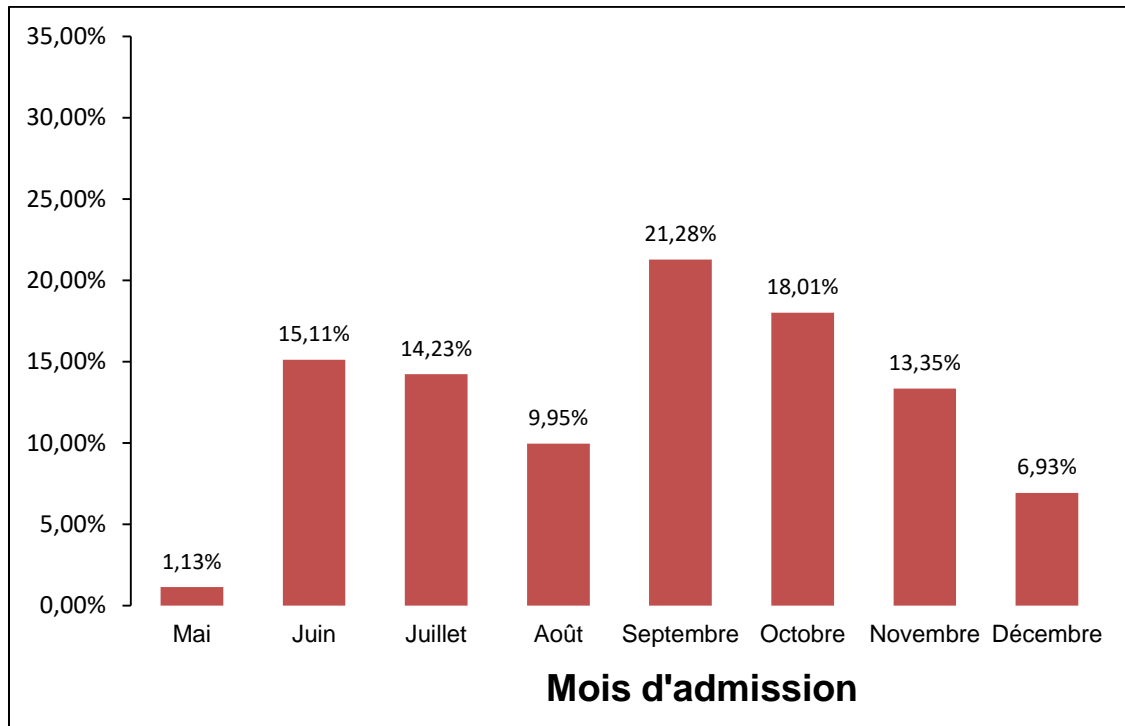


Figure 23 : Répartition des parturientes selon leur mois d'admission (n=794)

#### 3.1.2. Les caractéristiques socio-démographiques

##### 3.1.2.1. Âge

L'âge moyen des femmes était de  $25,94 \pm 6,11$  ans avec des extrêmes de 18 et 47 ans. Le mode et la médiane étaient respectivement de 19 et 25 ans. Plus de la moitié des parturientes soit 54,28% (n=431) étaient âgées de 18 à 25 ans. (Figure 24)

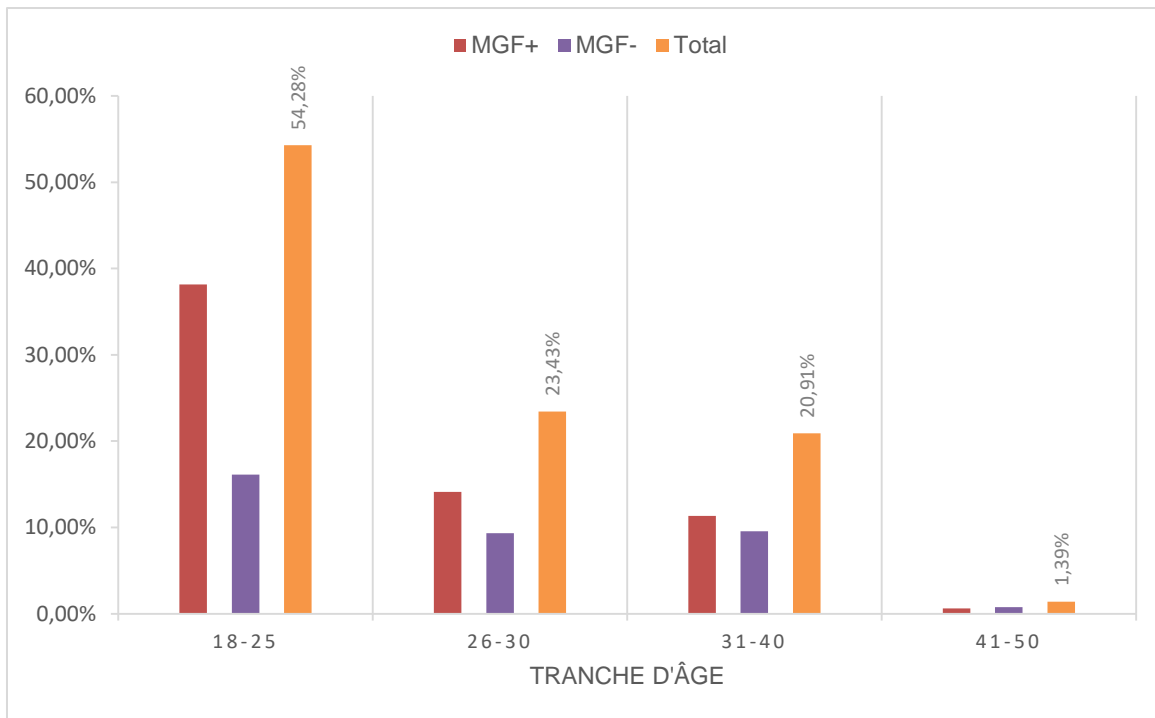


Figure 24: Répartition des parturientes en fonction de la tranche d'âge et de la mutilation (n= 794)

### 3.1.2.2. Région d'origine

Plus de la moitié des parturientes soit 58,56%(n=465) provenaient de la région médicale de Ziguinchor ; les régions de Sédhiou et Kolda enregistraient respectivement 20,65%(n=164) et 20,78%(n=165). (Figure 25).

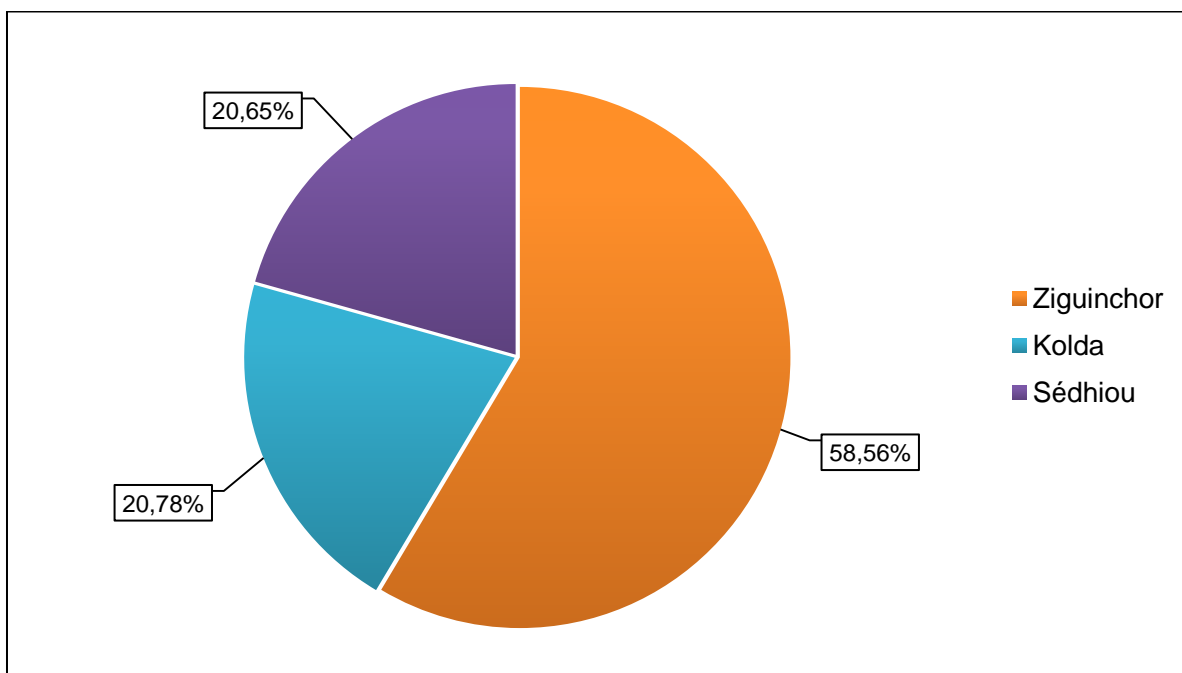


Figure 25 : Répartition des parturientes selon la région médicale (N=794).



### 3.1.2.3. Zone de résidence

Les parturientes provenaient essentiellement de zone rurale (60,58% ; n=481) ; 39,42% (n=313) habitaient en zone urbaine. La figure 26 illustre les résultats.

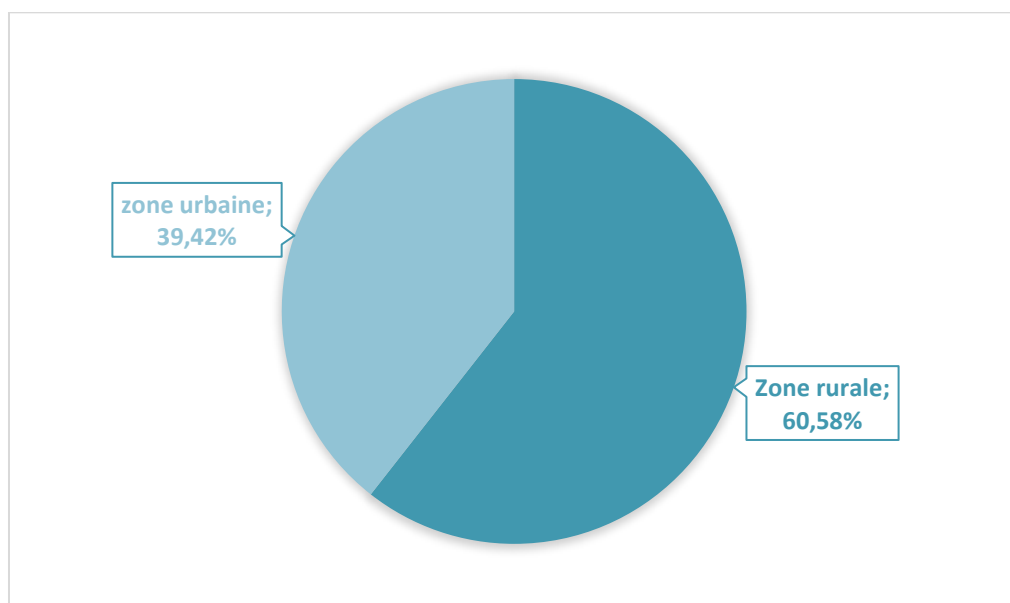


Figure 26: Répartition des parturientes selon la zone de résidence (N=794)

### 3.1.2.4. Statut matrimonial

Presque la quasi-totalité des parturientes soit 87,91% (n=698) étaient mariées ; les célibataires représentaient 11,21%(n=89) de l'échantillon. La figure 27 illustre les résultats.

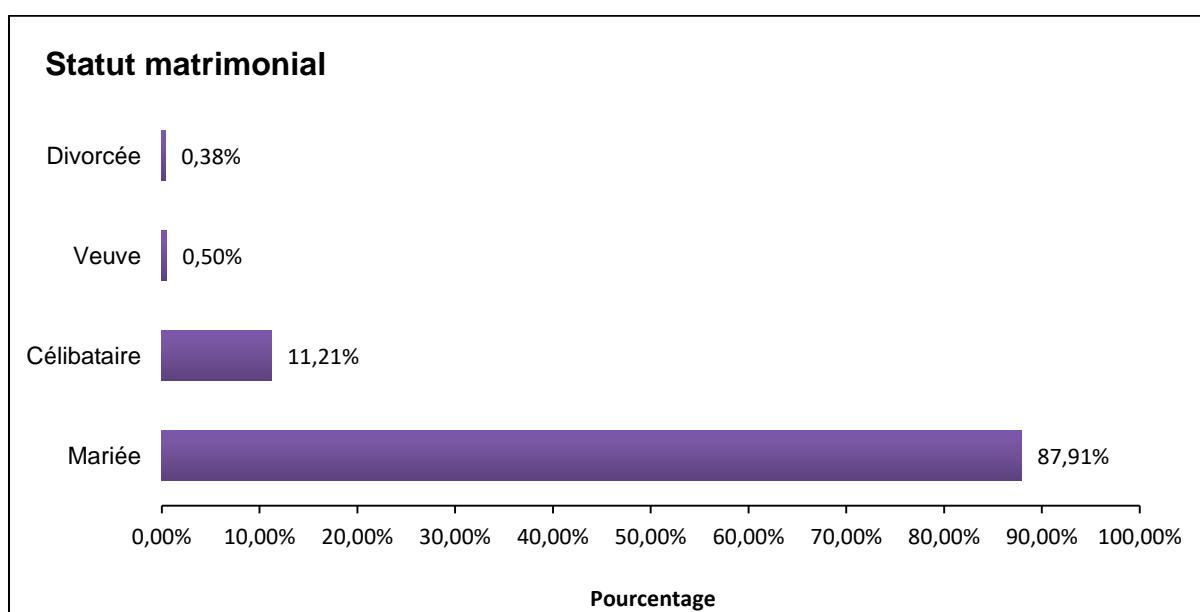


Figure 27 : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial (N=794)

L'âge au moment du mariage était renseigné chez 488 parturientes dont la moyenne était de 19,20±4,42 ans et des extrêmes de 10 et 37 ans. Le mode et la médiane étaient de 18 ans. La majorité des parturientes avait été mariée entre 18 et 25 ans (49,59%) et 40,98% des parturientes (n=200) avaient été mariées avant l'âge de 18 ans. Il n'y avait pas de lien significatif entre la présence de MGF et l'âge au mariage. (Tableau I).

Tableau I: Tableau croisant l'âge au mariage et les MGF (n=488)

Tranche d'âge	MGF						Pvalue
	OUI		NON		Total		
	N	%	N	%	N	%	
≤17 ans	170	85%	30	15%	200	40,98%	0,456
18 - 25 ans	148	61,16%	94	38,84%	242	49,59%	
26 - 30 ans	11	31,43%	24	68,57%	35	7,17%	
≥ 30 ans	5	45,45%	6	54,55%	11	2,25%	

### 3.1.2.5. Ethnie

L'ethnie était renseignée chez 777 parturientes. Les Poular (32,95% ; n=256), les Diola (26,25% ; n=204) et les Mandingues (21,24% ; n=165) étaient les groupes majoritaires. Plus de la moitié des parturientes appartenant à ces ethnies présentaient des Mutilations Génitales. L'association était statistiquement significative (p<0,001). Les résultats sont présentés dans le Tableau II.

Tableau II: Répartition des ethnies en fonction des MGF (n=777)

Ethnie	MGF		Contrôle		Total		Pvalue
	N=504	%	N=273	%	N	%	
<b>Poular</b>	227	88,7%	29	11,3%	256	32,95	0,000*
<b>Diola</b>	103	50,5%	101	49,5%	204	26,25	
<b>Mandingue</b>	131	79,4%	34	20,6%	165	21,24	
<b>Wolof</b>	5	13,9%	31	86,1%	36	4,63	
<b>Balante</b>	21	75,0%	7	25,0%	28	3,60	
<b>Manjaque</b>	4	14,3%	24	85,7%	28	3,60	
<b>Sérère</b>	1	4,8%	20	95,2%	21	2,70	
<b>Mancagne</b>	0	0,0%	19	100,0%	19	2,45	
<b>Soninké</b>	8	66,7%	4	33,3%	12	1,54	
<b>Bainouk</b>	3	42,9%	4	57,1%	7	0,90	
<b>Bassari</b>	1	100,0%	0	0,0%	1	0,13	

### 3.1.2.6. Religion

La majorité des parturientes (83,75% ; n=665) étaient de religion musulmane ; 14,48% (n=107) étaient chrétiennes et 1,76% (n=14) étaient animistes. La majorité des parturientes de foi musulmane (75,14%) présentaient des mutilations. La liaison était statistiquement significative (pvalue <0,001). Les résultats sont présentés dans le Tableau III.

Tableau III : Répartition des parturientes en fonction de la religion (n=794)

Religion	MGF						Pvalue
	OUI		NON		Total		
	N= 510	%	N= 284	%	N=794	%	
<b>Animiste</b>	1	7,14%	13	92,86%	14	1,76%	0,0000038
<b>Chrétienne</b>	8	6,96%	107	93,04%	115	14,48%	
<b>Musulmane</b>	501	75,34%	164	24,66%	665	83,75%	

### 3.1.2.7. Niveau d'instruction

Plus de la moitié des parturientes (68,26% ; n=542) étaient scolarisées et essentiellement de niveau primaire (22,92% ; n=182) et collège (21,79% ; n=173). Les analphabètes représentaient 31,74%(n=252) de l'échantillon. La Figure 28 illustre les résultats.

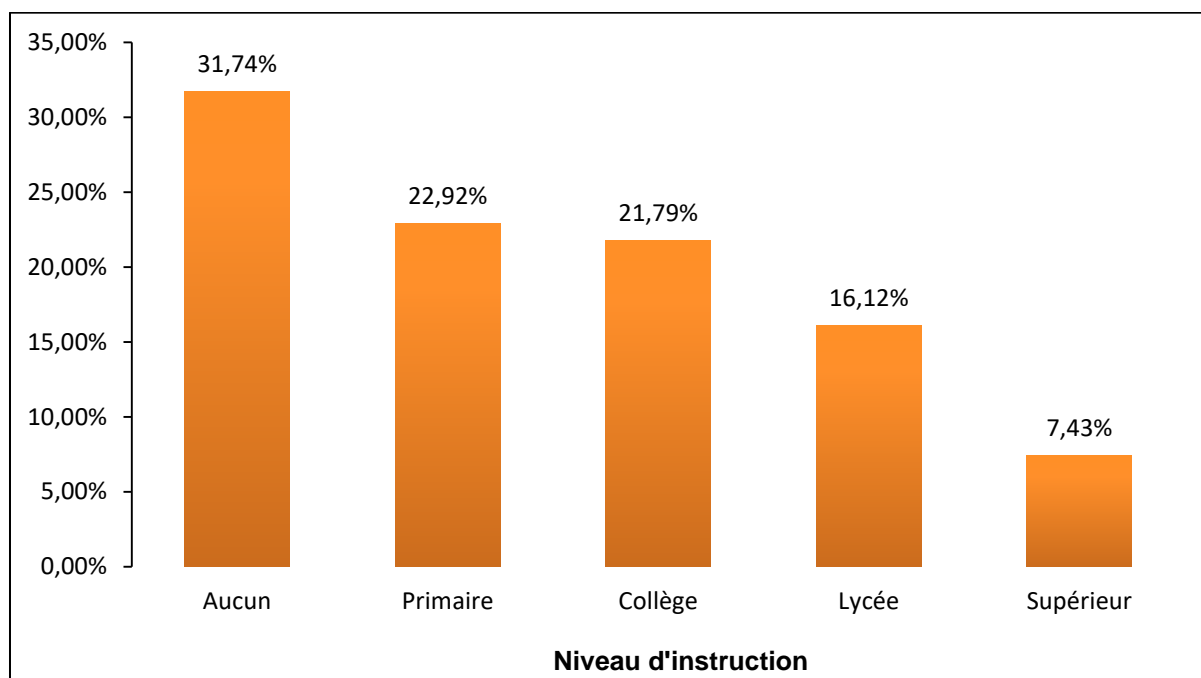


Figure 28 : Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction (N=794)

Les Mutilations génitales étaient statistiquement corrélées au niveau d’instruction des parturientes (p value <0,001). Les résultats sont illustrés dans le Tableau IV.

Tableau IV : MGF selon le niveau d’instruction (n=794)

Niveau d’instruction	MGF				Total	P value
	Oui		Non			
	N	%	N	%		
<b>Analphabète</b>	196	77,8	56	22,2	252	<0,001
<b>Primaire</b>	111	61,0	71	39,0	182	
<b>Collège</b>	103	59,5	70	40,5	173	
<b>Lycée</b>	71	55,5	57	44,5	128	
<b>Supérieure</b>	29	49,2	30	50,8	59	

### 3.1.2.8. Gestité / Parité

La gestité moyenne était de 3±2 avec des extrêmes de 0 et 11 gestes. Le mode et la médiane étaient respectivement de 1 et 2 gestes.

La parité moyenne était de 3±2 avec des extrêmes de 0 et 11 pares. Le mode et la médiane étaient respectivement de 1 et 2 pares.

Le nombre moyen d’enfant né vivant était de 2±1 avec des extrêmes de 0 et 9 enfants. Le mode et la médiane étaient respectivement de 0 et 1 enfant vivant.

Le tableau V montre que 41,18% (n=327) des parturientes avaient entre 2-3 grossesses ; 39,55% (n=314) avaient accouché entre 2-3 fois et 42,95% (n=341) avaient 1-2 enfants.

Tableau V : Répartition des parturientes en fonction de leur gestité et parité (n=794)

Antécédents Gynéco obstétricaux		Fréquence (n)	Pourcentage (%)
<b>Gestité</b>	1 geste	213	26,83
	2-3 gestes	327	41,18
	≥4 gestes	254	31,99
<b>Parité</b>	0 pare	36	4,53
	1 pare	229	28,84
	2-3 pares	314	39,55
	≥4 pares	215	27,08
<b>Nombre d'enfants nés vivants</b>	0 enfant	221	27,83
	1-2 enfants	341	42,95
	3-4 enfants	167	21,03
	≥5 enfants	65	8,19

La moyenne de la gestité était similaire suivant la présence de Mutilation Génitale (3±2 gestes) avec un p value de 0,766.

La moyenne de la parité était similaire suivant la présence de Mutilation Génitale (3±2 pares) avec un p value de 0,576. Les Mutilations Génitales étaient statistiquement corrélées avec la parité (p value=0,026). Les résultats sont illustrés dans le Tableau VI.

Tableau VI : MGF en fonction de la gestité et de la parité (n=794)

Données obstétricales	MGF				Total	P value
	Oui		Non			
	N	%	N	%		
<b>Gestité</b>						0,089
≤1	140	65,7	73	34,3	213	
2 – 3	196	59,9	131	40,1	327	
≥4	174	68,5	80	31,5	254	
<b>Parité</b>						0,026
≤1	178	67,2	87	32,8	265	
2 - 3	184	58,6	130	41,4	314	
≥4	148	68,8	67	31,2	215	
<b>Nombre d'enfants</b>						0,049
0	147	66,5	74	33,5	221	
1-2	203	59,5	138	40,5	341	
≥3	160	69,0	72	31,0	232	

### 3.1.2.9. Profession de la parturiente

Sept parturientes sur dix (72,42% ; n=575) étaient des femmes au foyer ; 9,07%(n=72) exerçaient des activités du secteur informel ; 7,43% (n=59) étaient des élèves-étudiantes. La figure suivante illustre les résultats (Figure 29).

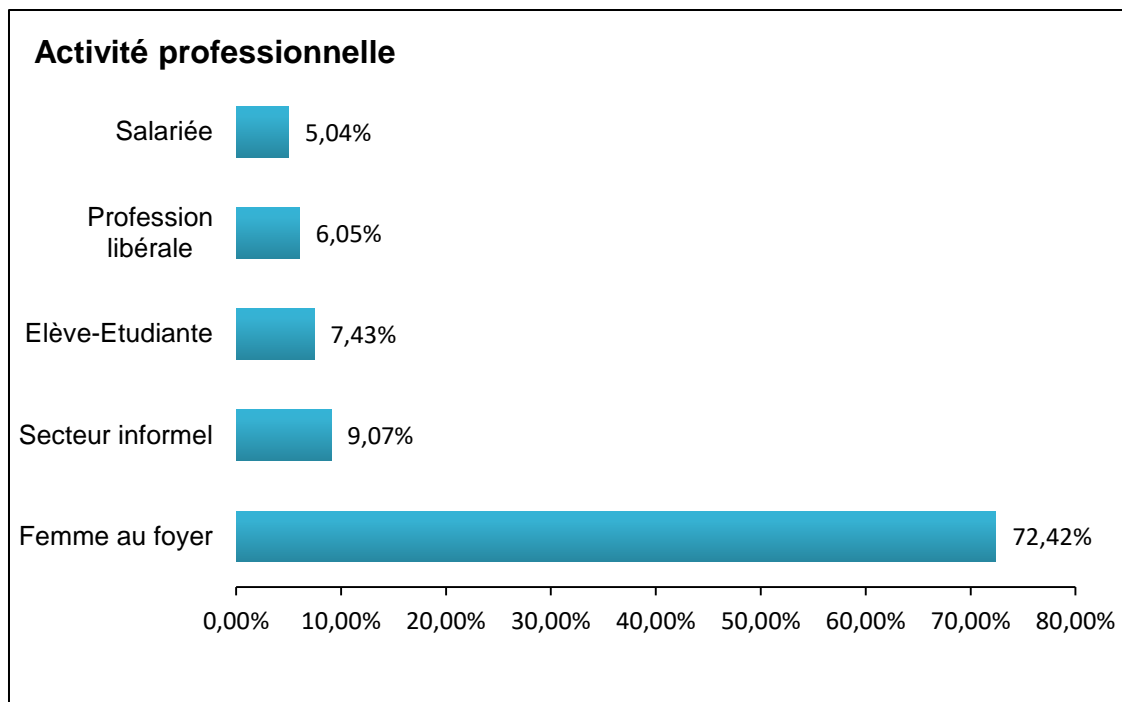


Figure 29: Répartition des parturientes en fonction de la profession (n=794)

Les mutilations étaient statistiquement corrélées à la profession des parturientes (p value <0,001). Les résultats sont présentés dans le Tableau VII.

Tableau VII: MGF en fonction de la profession (n=794)

Profession	MGF				Total (%)	P value
	Oui		Non			
	N	%	N	%		
<b>Aucune/Ménagère</b>	401	69,7	174	30,3	575 (72,41%)	<0,001
<b>Élève-Étudiante</b>	32	54,2	27	45,8	59 (7,43%)	
<b>Profession libérale</b>	23	47,9	25	52,1	48 (6,05%)	
<b>Salariée</b>	18	45,0	22	55,0	40 (5,04%)	
<b>Secteur informel</b>	36	50,0	36	50,0	72 (9,07%)	



### 3.1.2.10. Profession du conjoint

La profession du conjoint était renseignée chez 759 parturientes ; 40,18% (n=305) exerçaient des activités professionnelles libérales. La figure ci-après illustre les résultats (Figure 30).

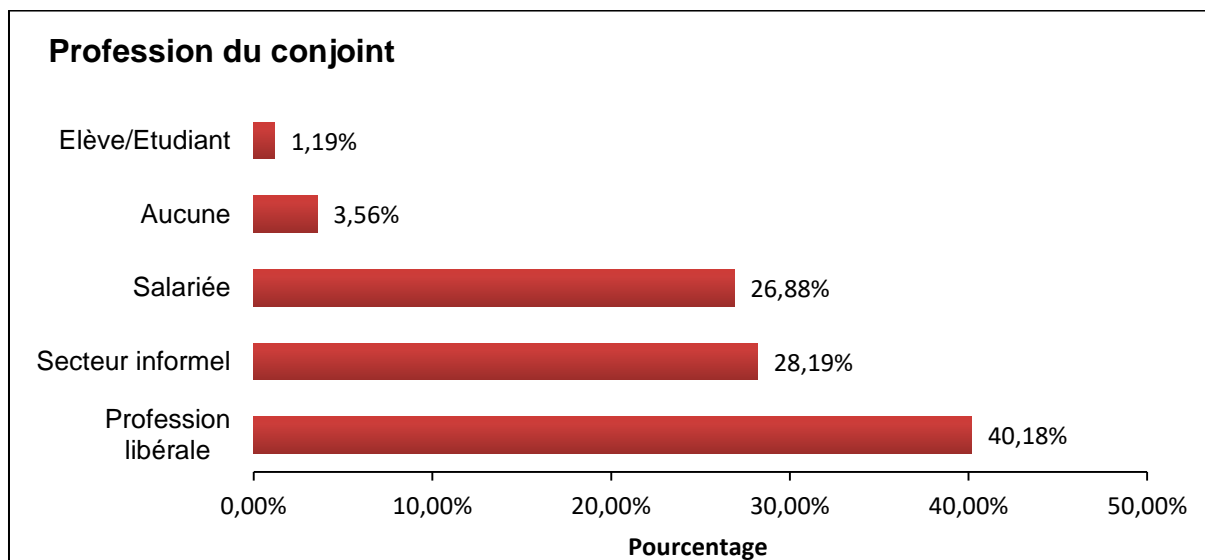


Figure 30 : Répartition en fonction de la profession du conjoint (n=759)

## 3.2. MGF et facteurs associés

### 3.2.1. Fréquence

Plus de la moitié des parturientes soit 64,23% (n=510), avaient subi des mutilations génitales comme illustré sur la Figure 31.

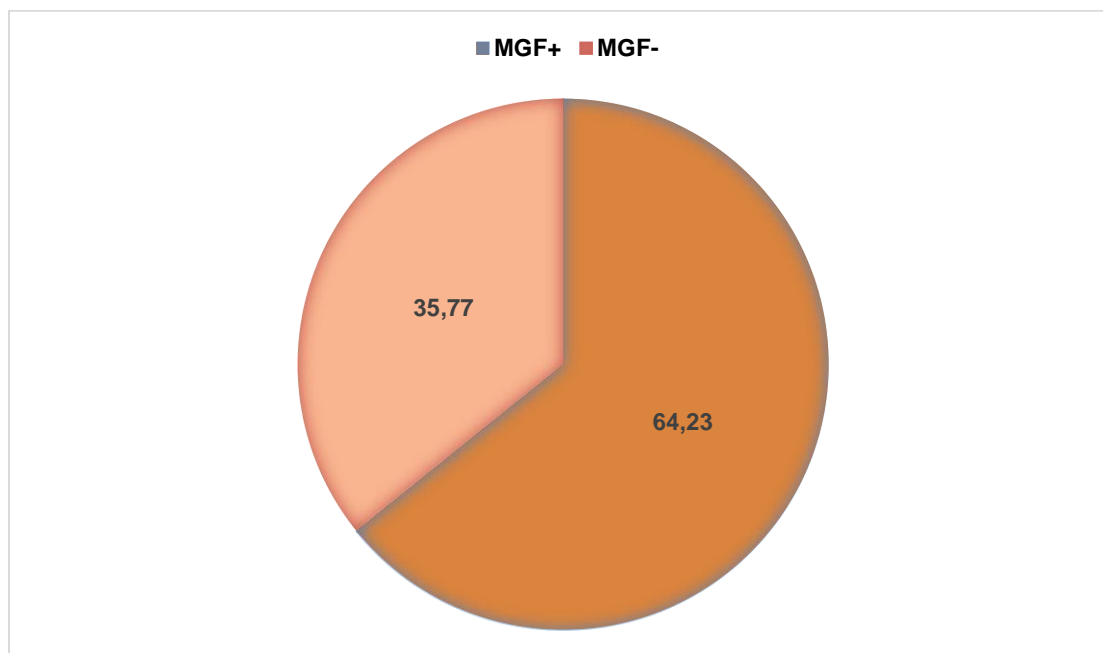


Figure 31 : Répartition des parturientes selon la présence d'une mutilation génitale (n=794)

### 3.2.2. MGF et caractéristiques socio-démographiques

Le tableau ci-dessous montre que la présence de mutilation génitale était statistiquement liée à l'âge, le statut matrimonial, la zone de résidence et la profession. Le Tableau VIII en fait l'illustration.

Tableau VIII : MGF suivant quelques caractéristiques démographiques

Caractéristiques démographiques		MGF				Total	P value
		Oui		Non			
		N	%	N	%		
<b>Tranche d'âge</b>	<25 ans	261	70,4	110	29,6	371	0,001*
	≥25 ans	249	58,9	174	41,1	423	
<b>Nombre d'enfants</b>	0	147	66,5	74	33,5	221	0,404
	≥1	363	63,4	210	36,6	573	
<b>Matrimonialité</b>	Mariée	468	67,0	230	33,0	698	<0,001*
	Non mariée	42	43,8	54	56,3	96	
<b>Lieu résidence</b>	Rurale	267	73,0	99	27,0	366	<0,001*
	Urbaine	243	56,8	185	43,2	428	
<b>Femme au foyer</b>	Oui	401	69,7	174	30,3	575	<0,001*
	Non	109	49,8	110	50,2	219	

### 3.2.3. Type de MGF

Les Mutilations Génitales Féminines étaient de type II chez 50% (n=255) des enquêtées et de type I chez 46,27% (n=236) des enquêtées. La figure ci – après illustre les résultats (Figure 32).

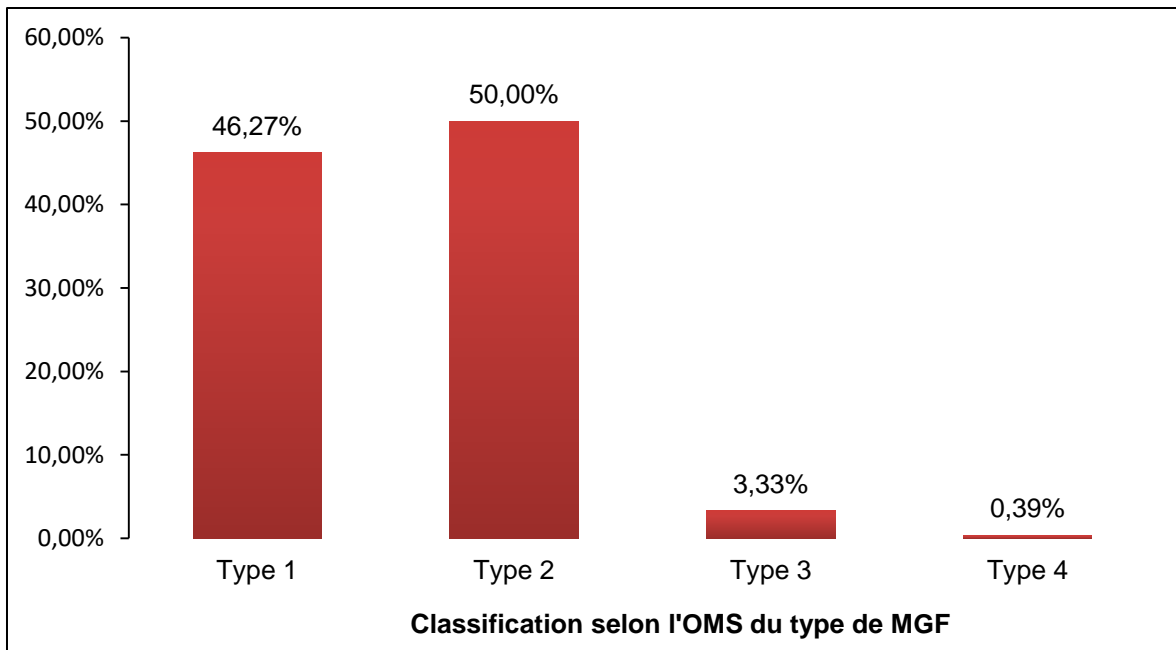


Figure 32 : Répartition des parturientes selon la classification du type de MGF selon l'OMS (N=510)

### 3.2.4. Dimensions de l'orifice vulvaire

La dimension de l'orifice vulvaire était renseignée chez 505 parturientes dont la moyenne était de  $2,3 \pm 0,6$  cm et des extrêmes de 1 et 5 cm. Le mode et la médiane étaient de 2 cm. La dimension de l'orifice vulvaire était majoritairement jugée normale. Seuls 4,75% (n=24) présentait un rétrécissement. La figure 33 illustre les résultats.

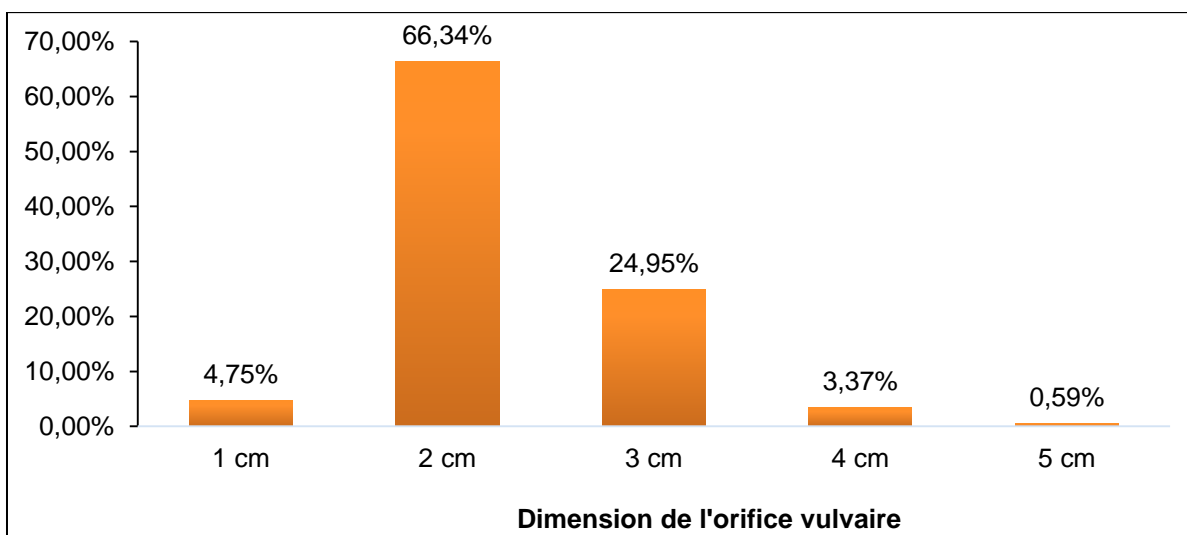


Figure 33 : Répartition des parturientes selon la dimension de l'orifice vulvaire (N=505)

### 3.2.5. Autres lésions du périnée

Au total, 25 patientes (4,90%) présentaient des lésions périnéales non liées aux MGF. La périnéorraphie 68%(n=17) était la principale lésion. (Figure 34)

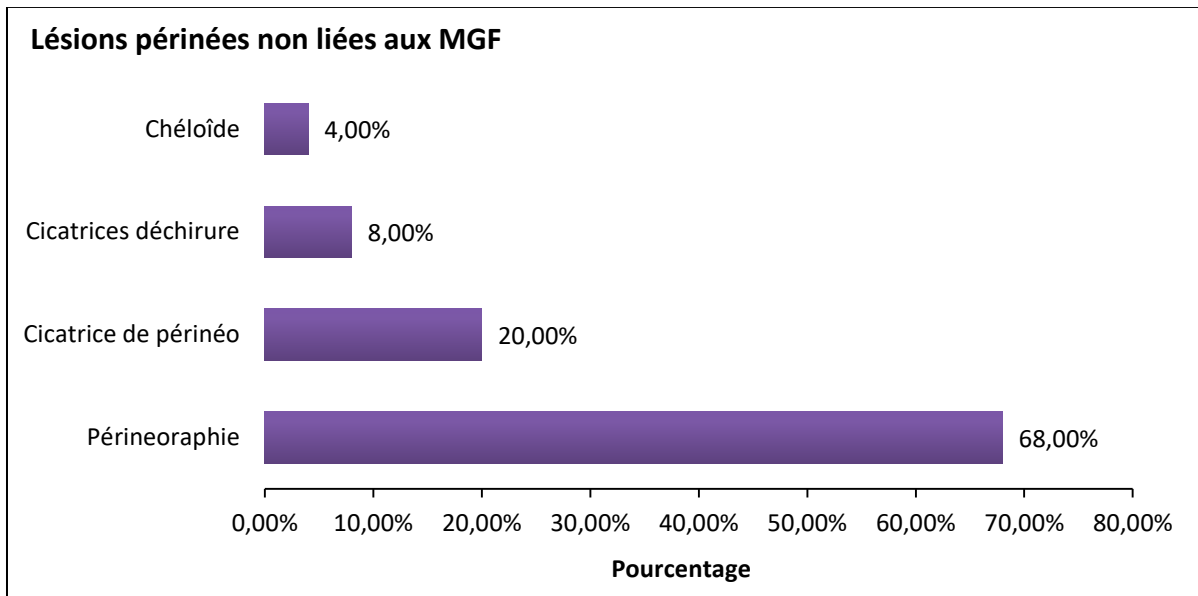


Figure 34 : Lésions associées du périnée (n=25)

### 3.2.6. Connaissance de la mutilation

Presque la totalité des enquêtées soit 89,02%(n=454) savaient qu'elles portaient une Mutilation Génitale. La figure ci-après l'illustre (Figure 35).

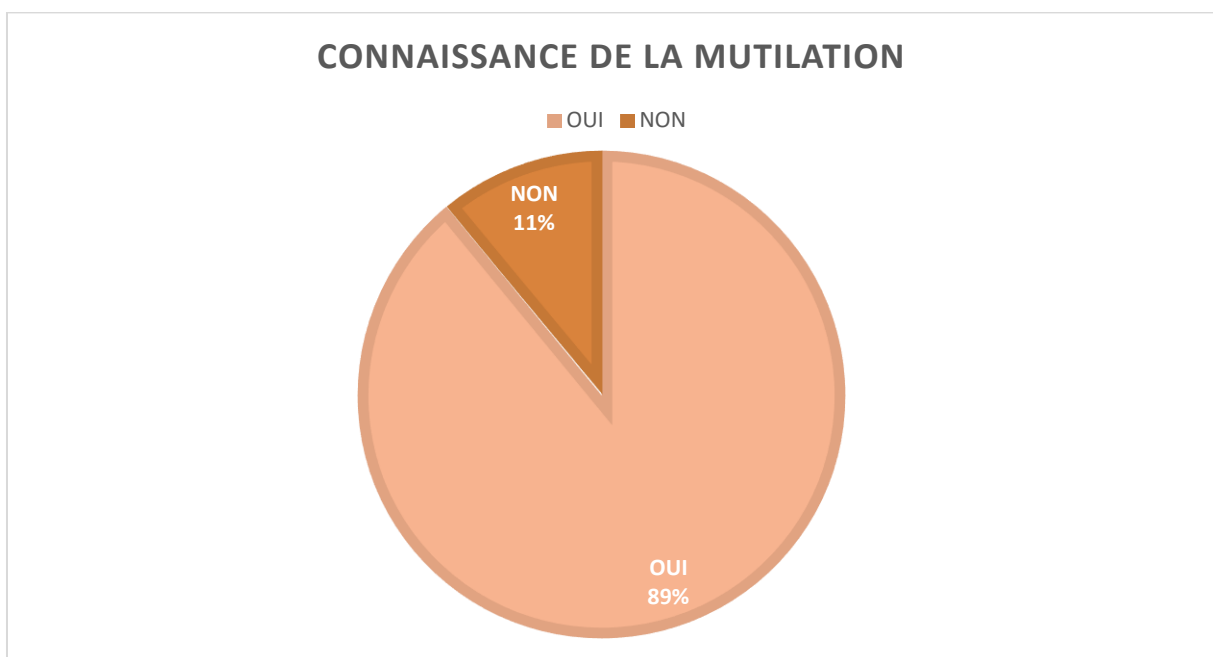


Figure 35 : Connaissance des parturientes de leur mutilation (n=454)

### 3.2.7. Âge au moment de la mutilation

Plus de la moitié des parturientes soit 65,49% (n=334) ignoraient l'âge qu'elles avaient au moment de l'opération ; seules 34,51%(n=176) l'ont rapporté.

L'âge au moment de la mutilation était de  $5,89 \pm 3,2$  ans avec des extrêmes de 1 et 28 ans. Le mode et la médiane étaient de 5 ans. Parmi elles, plus de la moitié, soit 53,41% (n=94) étaient âgées de 5-9 ans au moment des MGF. La figure 36 illustre les résultats.

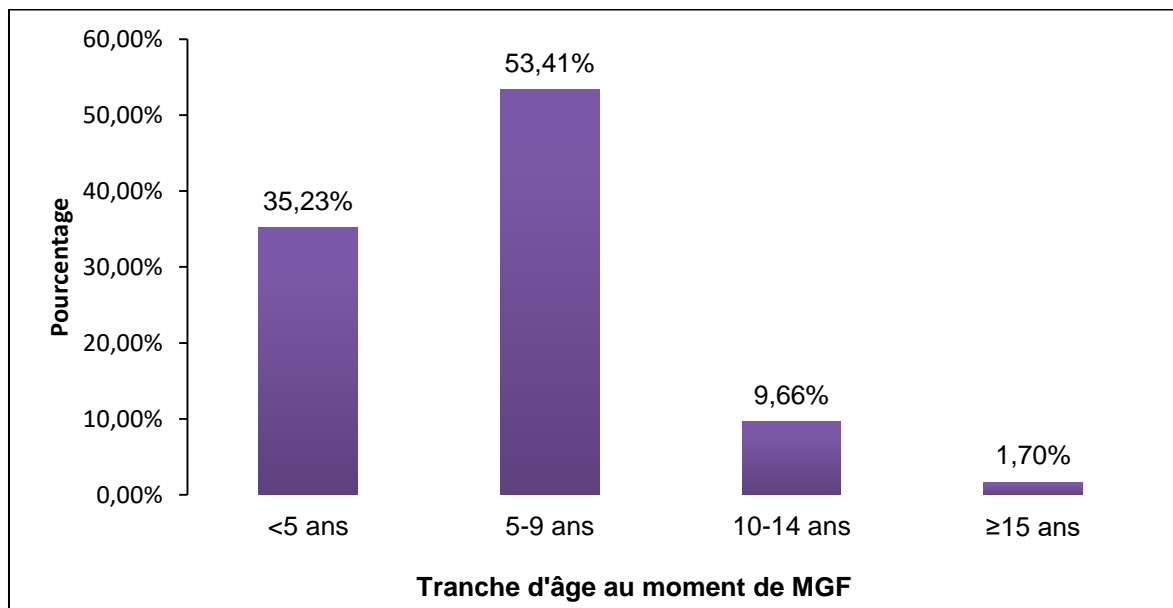


Figure 36 : Âge au moment de la mutilation (n=176)

### 3.2.8. Raisons de la pratique

Les croyances socio culturelles et ethniques (76,47% ; n=390) étaient les principales raisons des pratiques de MGF. La Figure 37 l'illustre.

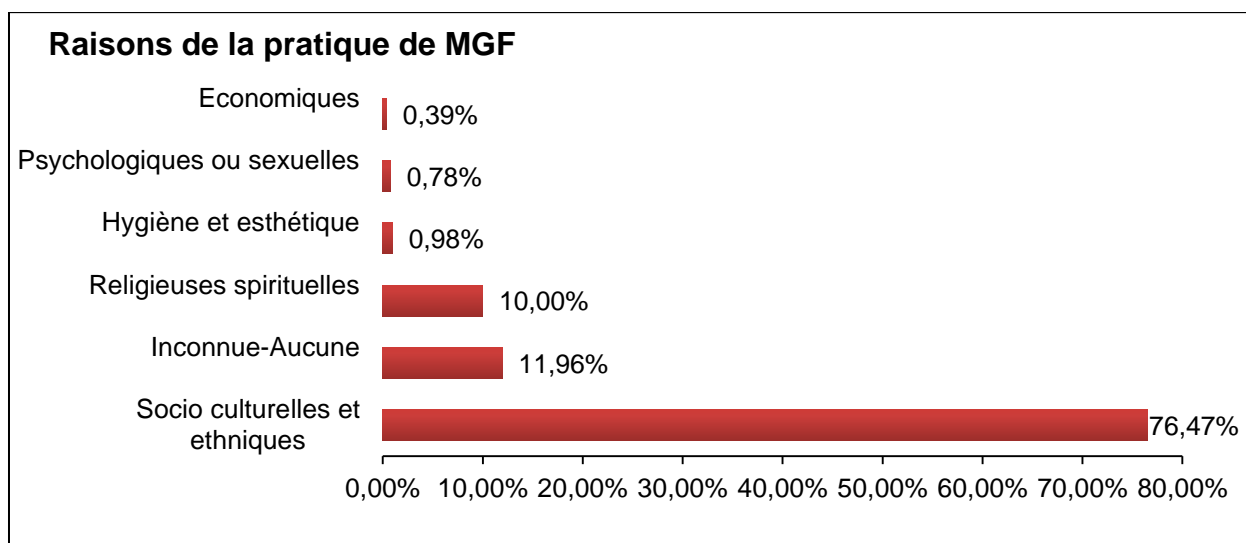


Figure 37 : Raisons évoquées par les parturientes (n=510)

### 3.2.9. Localité de la pratique

Les interventions se déroulaient le plus souvent dans des localités hors de la zone d'étude (17,84%). Par ailleurs, 14,71%(n=75) des MGF étaient à Bignona. Les résultats figurent dans le Tableau IX.

Tableau IX : Répartition des parturientes selon les localités de la pratique des MGF (n=510)

Localités de la pratique de MGF	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Hors zone d'étude	91	17,84
Bignona	75	14,71
Kolda	61	11,96
Ziguinchor	61	11,96
Sédhiou	59	11,57
Vélingara	56	10,98
Inconnue	54	10,59
Goudomp	27	5,29
Boukiling	15	2,94
Medina Yoro Foula	10	1,96
Oussouye	1	0,20
Total	510	100,00

### 3.2.10. Circonstances de la pratique

Les Mutilations Génitales se déroulaient le plus souvent en groupe avec ou sans cérémonie avec respectivement dans 26,47% (n=135) et 28,24% (n=144) des cas. Par ailleurs, 31,18% (n=159) ignoraient les circonstances de leur opération. La figure 38 illustre les résultats.

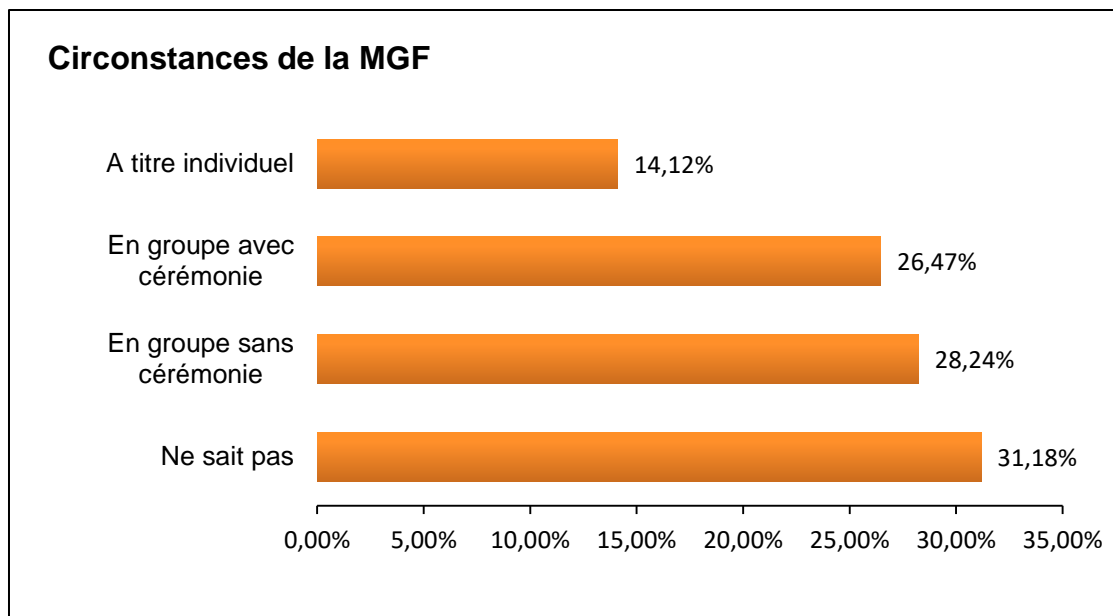


Figure 38 : Répartition des parturientes selon les circonstances de MGF (N=510)

### 3.2.11. Fonction de l'exciseuse

Plus de la moitié des enquêtées (53,73% ; n=274) ne connaissaient pas l'identité l'exciseuse. 42,94% (n=219) la reconnaissaient. Dans 1,96% (n=10) des cas, il s'agissait des matrones et dans 1,37% (n=7) des accoucheuses. La figure 39 l'illustre.

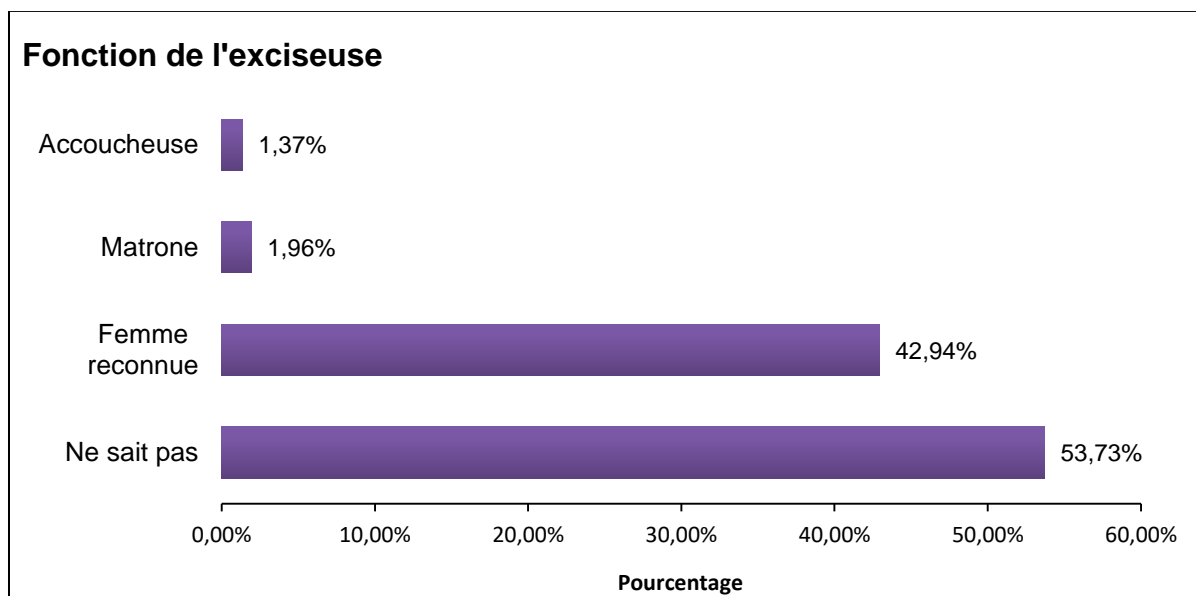


Figure 39 : Répartition des parturientes selon la fonction de l'exciseuse (N=510)

### 3.3. Données sur la grossesse et le suivi

#### 3.3.1. Notion de suivi de la grossesse

Presque la totalité des parturientes soit 99,24% (n=788), étaient suivies durant la grossesse. Les postes de santé 62,44%(n=492) étaient les principales structures de suivi de la grossesse. (Figure 40)

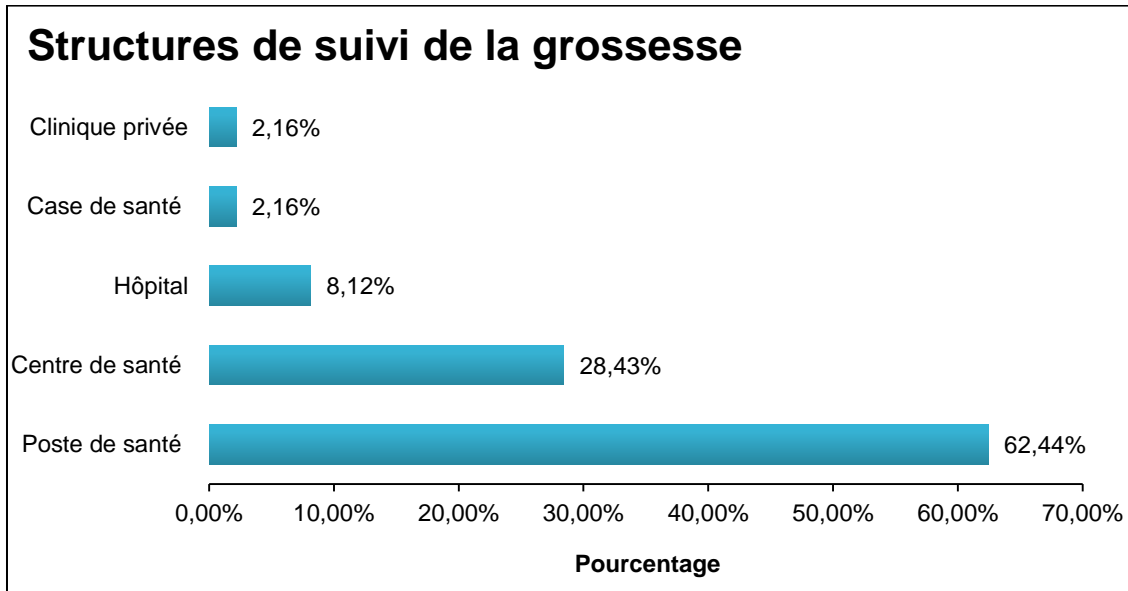


Figure 40 : Répartition des parturientes en fonction des structures de suivi de la grossesse (n=788)

#### 3.3.2. Fonction des prestataires de suivi

Presque la totalité des parturientes (97,84% ; n=771) étaient suivies durant la grossesse par des sage-femmes. La Figure 41 en fait l'illustration.

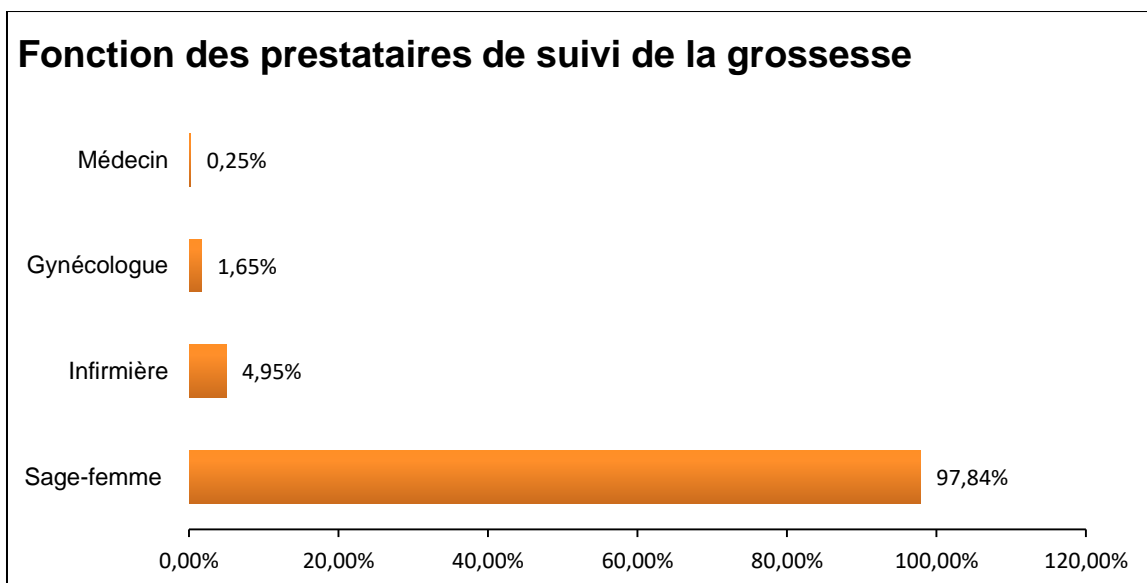


Figure 41 : Répartition des parturientes selon la fonction des prestataires de suivi de la grossesse (N=788)



### 3.3.3. Nombre de Consultations Prénatales effectuées

Le nombre moyen de Consultations Prénatales effectuées était de  $4 \pm 1$  avec des extrêmes de 1 et 6 CPN. Le mode et la médiane était de 4 CPN. Plus de la moitié des parturientes (60,15% ; n=474) avaient effectué au moins 4 CPN. (Figure 42)

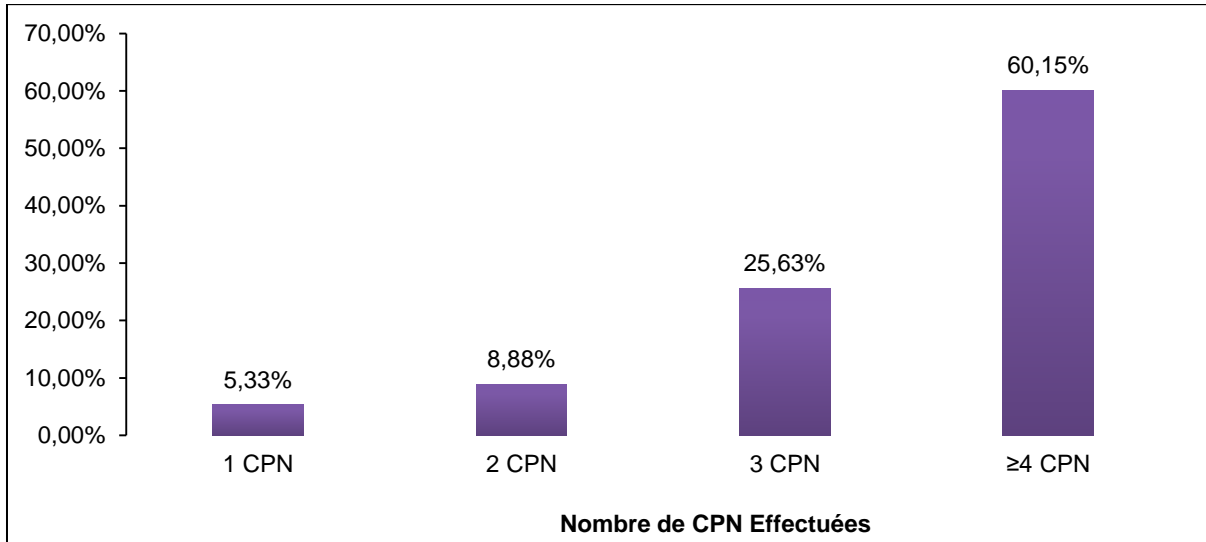


Figure 42 : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN effectuées (N=788)

### 3.3.4. Mesures prophylactiques

Presque la totalité des parturientes avaient bénéficié de mesures prophylactiques au cours de la grossesse, avec un statut complet dans l'ensemble. La figure suivante l'illustration (Figure 43).

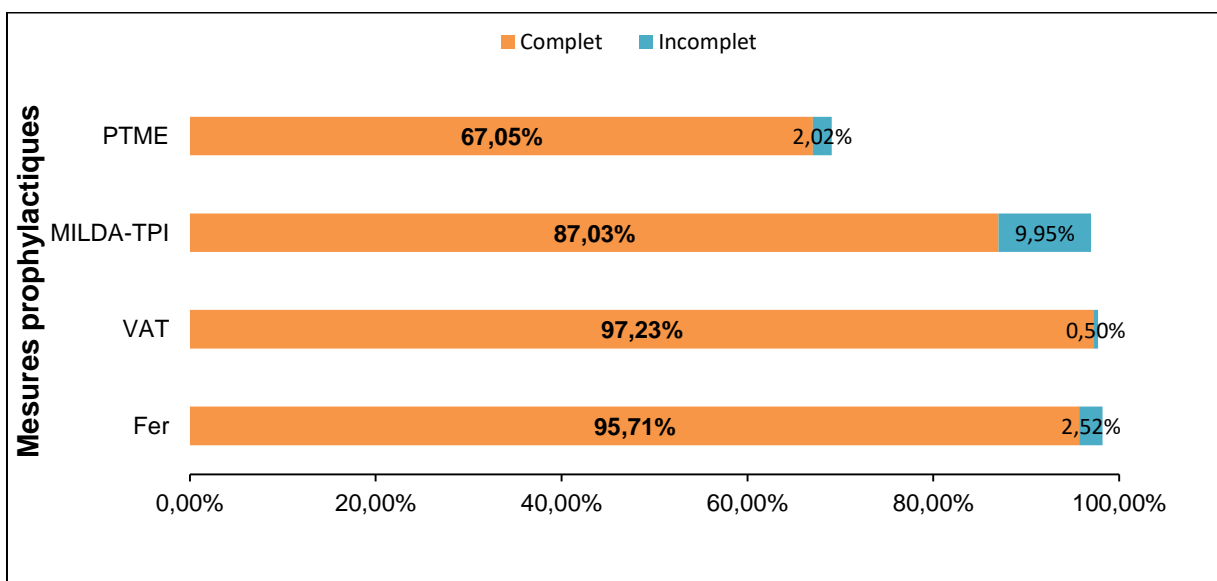


Figure 43 : Répartition des parturientes selon les mesures prophylactiques (N=794)

### 3.3.5. Bilan de routine

Presque la totalité des parturientes soit 90,55%(n=719) avaient réalisé les bilans de routines. Ces bilans étaient incomplets dans 76,91%(n=553) et complets dans 23,09% (n=166) des cas.

### 3.3.6. Pathologies au cours de la grossesse

Au total, 23 parturientes (2,90%) avaient des pathologies au cours de la grossesse. Ces dernières étaient renseignées chez 19 parturientes dont l'anémie 37,5% était la principale pathologie. (Tableau X)

Tableau X : Répartition des parturientes en fonction des pathologies survenues pendant la grossesse (n=19)

Pathologies au cours de la grossesse	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Anémie	6	37,50
Hémorragie	2	12,50
HTA	2	12,50
Asthme	1	6,25
Drépanocytose	1	6,25
Grippe	1	6,25
OMI	1	6,25
Pré éclampsie sévère	1	6,25
TB	1	6,25
Fièvre typhoïde	1	6,25
IST	1	6,25
Épigastralgie	1	6,25

### 3.3.7. MGF et données sur la grossesse

Les MGF étaient statistiquement corrélés aux données sur la grossesse. Le tableau ci-dessous illustre les résultats.

Tableau XI : MGF suivant les données de la grossesse

Paramètres de suivi de la grossesse	MGF						
	Oui		Non		Total (%)	P value	
	N	%	N	%			
<b>Personnel ayant suivi*</b>							
	<b>Infirmier</b>	13	33,3	26	66,7	39 (4,9)	0,354
	<b>Sage-femme</b>	279	36,2	492	63,8	771 (97,1)	
	<b>Médecin</b>	0	0,0	2	100	2 (0,3)	
	<b>Gynécologue</b>	6	35,2	7	53,8%	13 (1,6)	
<b>CPN</b>	<b>&lt;4 CPN</b>	220	43,5	94	33,3	314 (39,8)	0,005*
	<b>≥4CPN</b>	286	56,5	188	66,7	474 (60,2)	
<b>Bilan de routine fait</b>	<b>Non fait</b>	65	12,8	10	3,5	75 (9,5)	0,000*
	<b>Fait</b>	445	87,2	274	96,4	719 (90,5)	
<b>MILDA-TPI</b>	<b>Incomplet</b>	76	14,9	3	1,1	79 (10,0)	0,000*
	<b>Non</b>	20	3,9	4	1,4	24 (3,0)	
	<b>Oui</b>	414	81,2	277	97,5	691 (87,0)	
<b>VAT</b>	<b>Incomplet</b>	4	0,8	0	0,0	4 (0,5)	0,028*
	<b>Non</b>	16	3,1	2	0,7	18 (2,3)	
	<b>Oui</b>	490	96,1	282	99,3	772 (97,2)	
<b>FER</b>	<b>Incomplet</b>	19	3,7	1	0,4	20 (2,5)	0,006*
	<b>Non</b>	12	2,1	3	1,1	15 (1,9)	
	<b>Oui</b>	479	94,1	280	98,6	759 (95,6)	
<b>PTME</b>	<b>Incomplet</b>	10	2,0	6	2,1	16 (2,0)	0,740
	<b>Non</b>	154	30,1	93	32,5	247 (31,1)	
	<b>Oui</b>	346	68,0	185	65,4	531 (66,9)	
<b>Pathologies Pendant Grossesse</b>	<b>Non</b>	491	96,3	280	98,6	771 (97,1)	0,062
	<b>Oui</b>	19	3,7	4	1,4	23 (2,9)	

### 3.4. Données obstétricales

#### 3.4.1. Données de l'examen d'admission

##### 3.4.1.1. Mode d'admission

Presque la totalité des enquêtées soit 92,05%(n=729) étaient venues d'elle-même ; 4,67% (n=37) avaient été évacuées en urgence et 3,28% (n=26) avaient été référées sans urgence. La figure ci-après illustre les résultats (Figure 44).

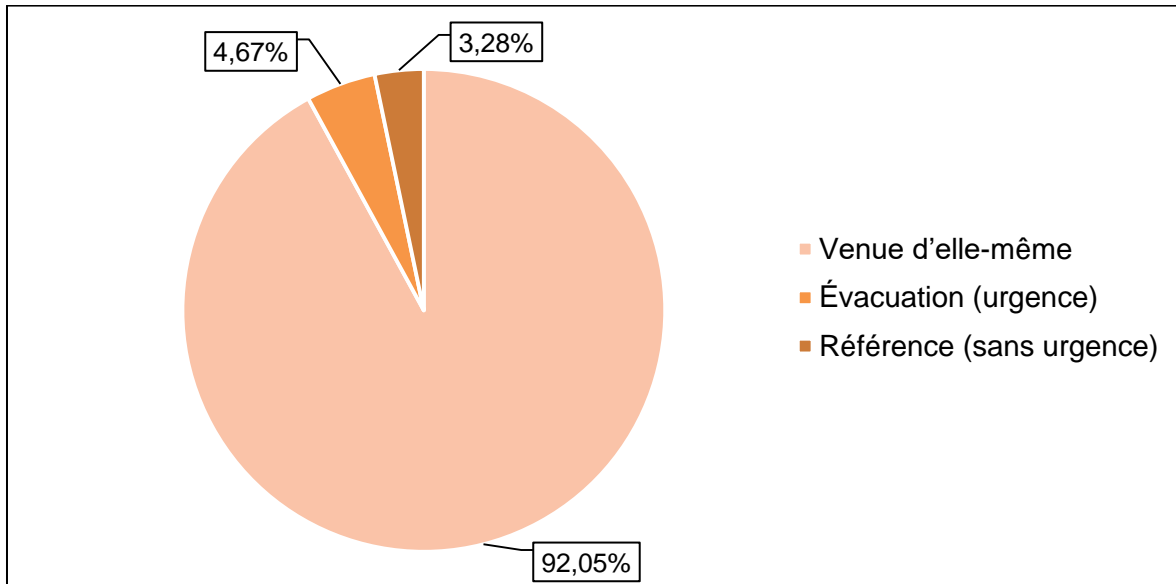


Figure 44 : Répartition des parturientes selon les modes d'admission (N=510)

##### 3.4.1.2. MGF et mode d'admission

Les parturientes présentant des mutilations étaient plus nombreuses parmi les parturientes évacuées en urgence comparées aux autres parturientes. La différence était statistiquement significative avec un p value de 0,012. Le tableau ci-dessous illustre les résultats (Tableau XII).

Tableau XII : MGF en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	MGF					
	Oui		Non		Total	P value
	N	%	N	%		
<b>Évacuation (urgence)</b>	32	6,3	5	1,8	37(4,7)	0,012*
<b>Référence (sans urgence)</b>	18	3,5	8	2,8	26(3,3)	
<b>Venue d'elle-même</b>	460	90,2	271	95,4	731(92,1)	

### 3.4.1.3. Type de structure de référence ou d'évacuation

Les postes de santé (53,33% ; n=32) étaient les principales structures de référence ou d'évacuation ; 45% (n=27) des parturientes référées ou évacuées provenaient de centre de santé sans bloc SONUB et 1,67%(n=1) de centre de santé avec bloc SONUB. La figure ci-après illustre les résultats (Figure 45).

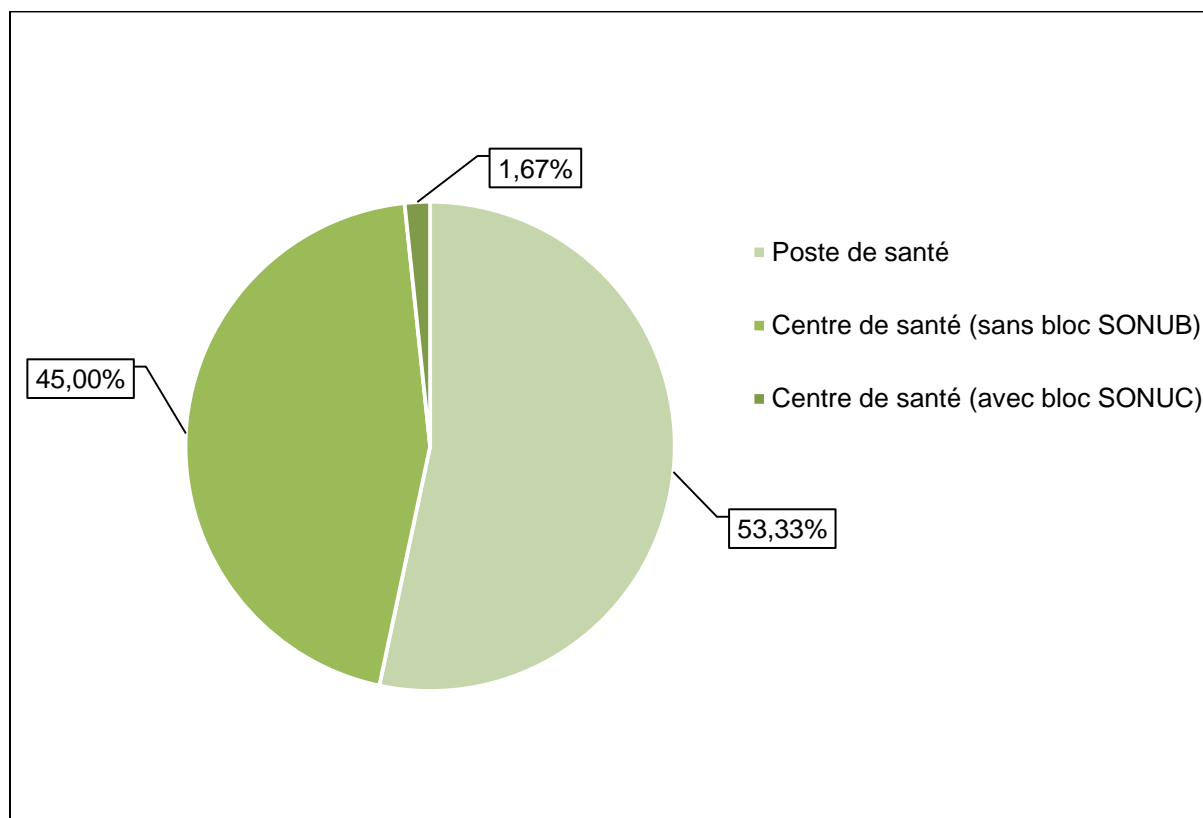


Figure 45 : Répartition des parturientes selon les types de structure de référence et/ou d'évacuation (N=60)

### 3.4.1.4. Motif de référence ou d'évacuation

La Rupture Précoce des Membranes était le principal motif de référence ou évacuation (21,31%). La figure suivante illustre les résultats (Figure 46).

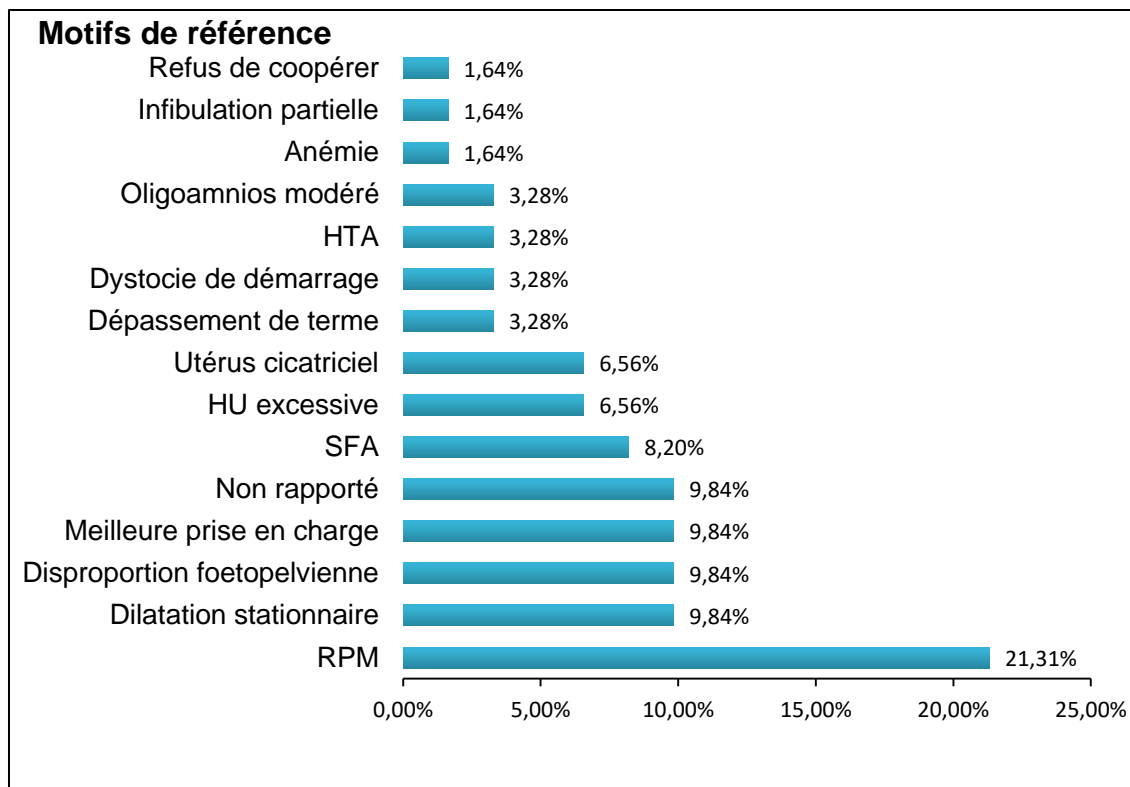


Figure 46 : Répartition des parturientes selon les motifs de référence ou d'évacuation (N=61)

### 3.4.1.5. Accoucheur de la grossesse actuelle

L'accoucheur était renseigné chez 772 parturientes. Presque la totalité des parturientes (99,1% ; n=765) avait été assisté par des sage-femmes. Toutes les parturientes assistées par un médecin ou un gynécologue présentaient des mutilations génitales. L'association n'était cependant pas statistiquement significative. Les résultats figurent dans le tableau XIII.

Tableau XIII : Répartition des parturientes en fonction du personnel ayant pris en charge l'accouchement (n=772)

ACCOUCHEUR	MGF				Total N (%)	Pvalue
	OUI		NON			
	N	%	N	%		
<b>Gynécologue</b>	5	1,0	0	0,0	5 (0,7)	0,259
<b>Infirmier</b>	1	0,2	0	0,0	1 (0,1)	
<b>Médecin</b>	1	0,2	0	0,0	1 (0,1)	
<b>SFE</b>	485	98,6	280	100	765 (99,1)	
<b>TOTAL</b>	492	100	280	100	772 (100)	

### 3.4.1.6. Examen à l'admission

La présence de Mutilation Génitale était statistiquement liée à la notion de pathologie antérieure avec un p value de 0,008. Le tableau ci-dessous illustre les résultats (Tableau XIV).

Tableau XIV : MGF selon les données d'examen à l'admission

Données à l'examen d'admission		MGF				Total	P value	
		Oui		Non				
		N	%	N	%			
<b>Césarienne antérieure</b>	<b>Non</b>	481	64,3	267	35,7	748	0,862	
	<b>Oui</b>	29	63,0	17	37,0			46
<b>Pathologies antérieure</b>	<b>Non</b>	490	63,5	282	36,5	772	0,008*	
	<b>Oui</b>	20	90,9	2	9,1			22
<b>Age grossesse</b>	<b>37-41 SA</b>	484	64,4	267	35,6	751	0,328	
	<b>42 SA+</b>	9	52,9	8	47,1			17
<b>IMC</b>	<b>Normale</b>	244	67,4	118	32,6	362	0,047	
	<b>Anormale</b>	201	60,2	133	39,8			334
<b>HTA</b>	<b>Oui</b>	100	63,7	57	36,3	157	0,837	
	<b>Non</b>	401	64,6	220	35,4			621
<b>Pouls</b>	<b>Normal</b>	408	65,0	220	35,0	628	0,498	
	<b>Anormale</b>	64	61,5	40	38,5			104
<b>En travail</b>	<b>Non</b>	8	80,0	2	20,0	10	0,295	
	<b>Oui</b>	502	64,0	282	36,0			784
<b>Phase</b>	<b>1<sup>ère</sup> Phase</b>	230	66,7	115	33,3	345	0,257	
	<b>2<sup>ème</sup> Phase</b>	195	60,6	127	39,4			322
	<b>Expulsion</b>	71	64,5	39	35,5			110
<b>HU Excessive</b>	<b>Non</b>	508	64,4	281	35,6	789	0,257	
	<b>Oui</b>	2	40,0	3	60,0			5
<b>BDCF</b>	<b>Normale</b>	482	63,8	274	36,2	756	0,761	
	<b>Bradycardie</b>	2	50,0	2	50,0			4
	<b>Tachycardie</b>	3	75,0	1	25,0			4
<b>Présentation sommet</b>	<b>Oui</b>	500	64,1	280	35,9	780	0,135	
	<b>Non</b>	4	100,0	0	0,0			4
<b>Bassin</b>	<b>Normal</b>	504	64,0	284	36,0	788	0,289	
	<b>Anormale</b>	2	100,0	0	0,0			2
<b>Pathologie associée</b>	<b>Non</b>	498	63,9	281	36,1	779	0,198	
	<b>Oui</b>	12	80,0	3	20,0			15

### 3.4.1.7. Examens complémentaires

Les Mutilations Génitales étaient statistiquement liées (pvalue <0,001) avec la notion de dépistage du VIH et du VHB. Les résultats sont illustrés par le tableau ci-après (Tableau XV).

Tableau XV : Examens complémentaires en fonction des MGF

Données des examens complémentaires		MGF					
		Oui		Non		Total	P value
		N	%	N	%		
Échographie du 3 <sup>ème</sup> trimestre	Anomalie annexielle	2	100	0	0	2	0,273
	Non réalisée	241	66,4	122	33,6	363	
	Normale	267	62,2	162	37,8	429	
Scanner radio pelvimétrie	Non réalisée	503	64,2	281	35,8	784	0,702
	Normale	7	70	3	30	10	
Dépistage VIH	Négatif	476	63,1	278	36,9	754	0,016*
	Non réalisée	31	83,8	6	16,2	37	
	Positif	3	100	0	0	3	
Dépistage Syphilis	Négatif	386	58,8	270	41,2	656	0,000*
	Non réalisée	123	90,4	13	9,6	136	
	Positif	1	50	1	50	2	
Dépistage Hépatite B	Négatif	316	56,4	244	43,6	560	0,000*
	Non réalisée	180	84,5	33	15,5	213	
	Positif	14	66,7	7	33,3	21	
Dépistage Rubéole	Négatif	18	54,5	15	45,5	33	0,199
	Non réalisée	492	64,7	268	35,3	760	
	Positif	0	0	1	100	1	
Dépistage Toxoplasmose	Négatif	16	51,6	15	48,4	31	0,297
	Non réalisée	493	64,8	268	35,2	761	
	Positif	1	50	1	50	2	



### 3.4.2. Déroulement du travail

Il y avait une association statistiquement significative entre la présence de Mutilations Génitales et le remplissage du partogramme ainsi que le modelage de la tête. Les résultats figurent dans le Tableau XVI.

Tableau XVI : Marche de l'accouchement en fonction des MGF

Déroulement du travail		MGF					
		Oui		Non		Total	Pvalue
		N	%	N	%		
<b>Partogramme</b>	<b>Correctement</b>	472	63,3	274	36,7	746	0,027*
	<b>A améliorer</b>	22	81,5	5	18,5	27	
	<b>Non</b>	10	90,9	1	9,1	11	
<b>Courbe de dilatation cervicale</b>	<b>Normale</b>	484	63,5	278	36,5	762	0,542
	<b>Anormale</b>	10	71,4	4	28,6	14	
<b>Rythme des BDCF</b>	<b>Normal</b>	492	63,6	281	36,4	773	0,085
	<b>Anormal</b>	9	90,0	1	10,0	10	
<b>Rythme des contractions</b>	<b>Normal</b>	492	63,9	278	36,1	770	0,863
	<b>Anormal</b>	6	66,7	3	33,3	9	
<b>Rupture de la poche des eaux</b>	<b>Précoce</b>	41	61,2	26	38,8	67	0,873
	<b>Prématurée</b>	54	65,9	28	34,1	82	
	<b>Tardive</b>	229	65,6	120	34,4	349	
	<b>Tempestive</b>	172	63,5	99	36,5	271	
<b>Descente de la Tête</b>	<b>Normale</b>	494	64,2	276	35,8	770	0,928
	<b>Anormale</b>	2	66,7	1	33,3	3	
<b>Modelage de la tête</b>	<b>1</b>	303	73,9	107	26,1	410	0,000*
	<b>2</b>	123	55,7	98	44,3	221	
	<b>3</b>	49	53,8	42	46,2	91	
<b>État maternel pendant le travail</b>	<b>Stable</b>	501	64,1	280	35,9	781	0,677
	<b>Instable</b>	1	50,0	1	50,0	2	
<b>Administration d'ocytocine</b>	<b>Non</b>	414	63,2	241	36,8	655	0,191
	<b>Oui</b>	96	69,1	43	30,9	139	

### 3.4.3. Durée du travail

La durée de la 1ère phase était renseignée chez 414 patientes dont la moyenne était de 5±4 heures avec des extrêmes de 0,25 et 23 heures. Le mode et la médiane étaient respectivement de 3 et 4 heures.

La durée de la 2ème phase était renseignée chez 652 patientes dont la moyenne était de 3,2±2,1 heures avec des extrêmes de 0,1 et 23 heures. Le mode et la médiane étaient de 3 heures.

La durée de l'expulsion était renseignée chez 741 patientes dont la moyenne était de 15±12,5 minutes avec des extrêmes de 0 et 58 minutes. Le mode et la médiane étaient respectivement de 5 et 10 minutes.

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre la durée du travail et la présence d'une mutilation aussi bien chez les primipares que chez les multipares (Tableau XVII).

Tableau XVII: Durée du travail en fonction de la présence de mutilation

Durée du travail	MGF				Total	pvalue
	OUI		NON			
	Moyenne	N	Moyenne	N		
<b>Durée 1ère phase</b>						
<b>Primipare</b>	5,4h ±4,4	106	5,3h ±3,2	57	163	0,474
<b>Multipare</b>	4,85h ± 4,3	170	4,5h ± 3,8	81	251	0,563
					414	
<b>Durée 2ème phase</b>						
<b>Primipare</b>	3,6h ±2,3	147	4h ±2,1	78	225	0,127
<b>Multipare</b>	2,9h ±2,2	274	2,9h±1,7	153	427	0,462
					652	
<b>Expulsion</b>						
<b>Primipare</b>	16,03 min±12,9	166	15,9min±13	81	247	0,89
<b>Multipare</b>	14,3 min ±12,6	308	13,4min±11,9	185	493	0,61
					740	

### 3.4.4. Données de l'accouchement

Il n'avait pas de liaison statistiquement significative entre les circonstances de l'accouchement et la présence de la mutilation (Tableau XVIII).

Tableau XVIII: Données de l'accouchement en fonction de la présence de MGF

Accouchement		MGF				Total	Pvalue
		OUI		NON			
		N	%	N	%		
<b>Mode d'accouchement</b>	<b>Normal</b>	493	64	277	36	770	0,456
	<b>Ventouse</b>	11	73,3	4	26,7	15	
<b>Épisiotomie</b>	<b>OUI</b>	123	68,0	58	32	181	0,234
	<b>NON</b>	387	63,1	226	36,9	613	
<b>Désinfibulation</b>	<b>OUI</b>	10	100	0	0,0	0,0	0,017
	<b>NON</b>	482	63,5	277	36,5	759	
<b>GATPA</b>	<b>OUI</b>	492	64,1	275	35,9	767	0,929
	<b>NON</b>	12	63,2	7	36,8	19	
<b>Post-partum immédiat</b>	<b>Stable</b>	494	63,8	280	36,2	774	0,453
	<b>Complications</b>	4	80	1	20	5	

### 3.4.5. Déroulement du post partum

Il n'y avait pas de liaison statistiquement significative entre la présence de mutilation et la survenue de complications en post-partum (Tableau XIX).

Tableau XIX : Déroulement du post partum suivant la MGF

Données post partum		MGF				Total	P value
		Oui		Non			
		N	%	N	%		
<b>Anémie</b>	<b>Non</b>	486	63,9	275	36,1	761	0,298
	<b>Oui</b>	24	72,7	9	27,3	33	
<b>HTA</b>	<b>Non</b>	496	64,1	278	35,9	774	0,586
	<b>Oui</b>	14	70,0	6	30,0	20	
<b>Oligo anurie</b>	<b>Non</b>	509	64,2	284	35,8	793	0,455
	<b>Oui</b>	1	100,0	0	0,0	1	
<b>HPPI</b>	<b>Non</b>	478	63,7	272	36,3	750	0,226
	<b>Oui</b>	32	72,7	12	27,3	44	
<b>Déchirure Périnéale</b>	<b>Oui</b>	61	68,5	28	31,5	89	0,352
	<b>Non</b>	435	63,5	250	36,5	685	
<b>Périnéorraphie</b>	<b>Non</b>	366	63,4	211	36,6	577	0,443
	<b>Oui</b>	144	66,4	73	33,6	217	
<b>Évacuation</b>	<b>Non</b>	505	64,2	282	35,8	787	0,690
	<b>Oui</b>	5	71,4	2	28,6	7	

### 3.4.6. Médicaments utilisés

Il y avait une association entre la présence de mutilation et l'administration d'antibiothérapie (pvalue<0,05). Les données sont présentées dans le tableau suivant (Tableau XX).

Tableau XX : Médicaments utilisés suivant la MGF

Données thérapeutiques		MGF				Total	P value
		Oui		Non			
		N	%	N	%		
<b>Anesthésie LR</b>	Non	485	63,8	275	36,2	760	0,248
	Oui	25	73,5	9	26,5	34	
<b>Antibiotiques</b>	Non	492	63,6	281	36,4	773	0,037*
	Oui	18	85,7	3	14,3	21	
<b>DARU</b>	Non	509	64,3	283	35,7	792	0,674
	Oui	1	50,0	1	50,0	2	

## 3.5. Issue maternelle et néonatale

### 3.5.1. Issue maternelle

Il y avait une association statistiquement significative entre la prise de contraception et la notion de mutilation génitale (p>0,05). Les résultats sont présentés dans le tableau XXI.

Tableau XXI: Évolution maternelle et MGF

Évolution maternelle		MGF					
		Oui		Non		Total	P value
		N	%	N	%		
Issue maternelle	Vivante sans séquelles	489	64,1	274	35,9	763	0,229
	Vivante avec séquelles	4	57,1	3	42,9	7	
	Non revue	5	100,0	0	0,0	5	
Contraception	Non	328	68,3	152	31,7	480	0,003*
	Oui	182	58,0	132	42,0	314	
Fer acide folique	Non	24	63,2	14	36,8	38	0,887
	Oui	486	64,3	270	35,7	756	
Dépistage VIH VHB	Non	462	65,1	248	34,9	710	0,152
	Oui	48	57,1	36	42,9	84	
Consultation spécialisée PEC	Non	504	64,1	282	35,9	786	0,523
	Oui	6	75,0	2	25,0	8	
CPON	Non	453	64,6	248	35,4	701	0,529
	Oui	57	61,3	36	38,7	93	

### 3.5.2. Issue néonatale

#### 3.5.2.1. Paramètres du nouveau-né

Il y avait une association statistiquement significative entre la notion de réanimation chez le nouveau-né et la présence de mutilation chez la mère (pvalue<0,05). Les résultats sont présentés dans le Tableau XXII.

Tableau XXII : Paramètres du nouveau-né suivant la MGF

Données sur le nouveau-né		MGF				Total	P value
		Oui		Non			
		N	%	N	%		
<b>Apgar M1</b>	≤6	38	70,4	16	29,6	54	0,299
	≥7	461	63,3	267	36,7	728	
<b>Apgar M5</b>	≤6	8	80,0	2	20,0	10	0,286
	≥7	493	63,7	281	36,3	774	
<b>Poids de naissance</b>	<2500	43	63,2	25	36,8	68	0,366
	2500-4000	448	64,4	248	35,6	696	
	≥4000	7	46,7	8	53,3	15	
<b>Mort-né</b>	Frais	0	0,0	1	100,0	1	0,180
	Non	510	64,3	283	35,7	793	
<b>Nouveau-né a crié aussitôt</b>	Oui	448	63,2	261	36,8	709	0,228
	Non	52	70,3	22	29,7	74	
<b>Réanimation du nouveau-né</b>	Oui	52	76,5	16	23,5	68	0,023*
	Non	447	62,6	267	37,4	714	
<b>Asphyxie périnatale</b>	Oui	28	70,0	12	30,0	40	0,406
	Non	472	63,5	271	36,5	743	
<b>État néonatal post partum Stable</b>	Oui	491	64,2	274	35,8	765	0,573
	Non	11	57,9	8	42,1	19	
<b>État néonatal évacuation</b>	Oui	14	87,5	2	12,5	16	0,045
	Non	470	63,1	275	36,9	745	
<b>État néonatale Complications</b>	Oui	9	64,3	5	35,7	14	0,973
	Non	484	63,9	274	36,1	758	

### 3.5.2.2. Évolution du nouveau-né

Il y avait une liaison statistiquement significative entre la sérovaccination contre le VHB et la présence de la mutilation chez la mère. Les résultats sont présentés dans le tableau XXIII.

Tableau XXIII : évolution néonatale en fonction de la MGF

Évolution du nouveau-né		MGF				Total	P value
		Oui		Non			
		N	%	N	%		
<b>Issue Enfant</b>	<b>Vivante sans séquelles</b>	483	63,6	276	36,4	759	0,101
	<b>Vivante avec séquelles</b>	4	100,0	0	0,0	4	
	<b>Non revue</b>	6	100,0	0	0,0	6	
	<b>Décédée</b>	4	80,0	1	20,0	5	
<b>PEV</b>	<b>Non</b>	64	69,6	28	30,4	92	0,256
	<b>Oui</b>	446	63,5	256	36,5	702	
<b>Prévention VIH-PTME</b>	<b>Non</b>	464	64,2	259	35,8	723	0,918
	<b>Oui</b>	46	64,8	25	35,2	71	
<b>Séro-vaccination VHB</b>	<b>Non</b>	281	68,0	132	32,0	413	0,020
	<b>Oui</b>	229	60,1	152	39,9	381	
<b>Consultation pédiatrique PEC</b>	<b>Non</b>	486	63,6	278	36,4	764	0,066
	<b>Oui</b>	24	80,0	6	20,0	30	
<b>CPON</b>	<b>Non</b>	460	64,5	253	35,5	713	0,620
	<b>Oui</b>	50	61,7	31	38,3	81	



### 3.6. Analyse multivariée

Au terme de l'étude multivariée, les facteurs associés à la présence de mutilation génitale trouvés étaient : l'âge, le statut matrimonial, la zone de résidence, la profession, le modelage de la tête, la notion de réalisation des bilans de routine, de prise d'antibiotique et de contraception. La figure ci-dessous illustre les résultats.

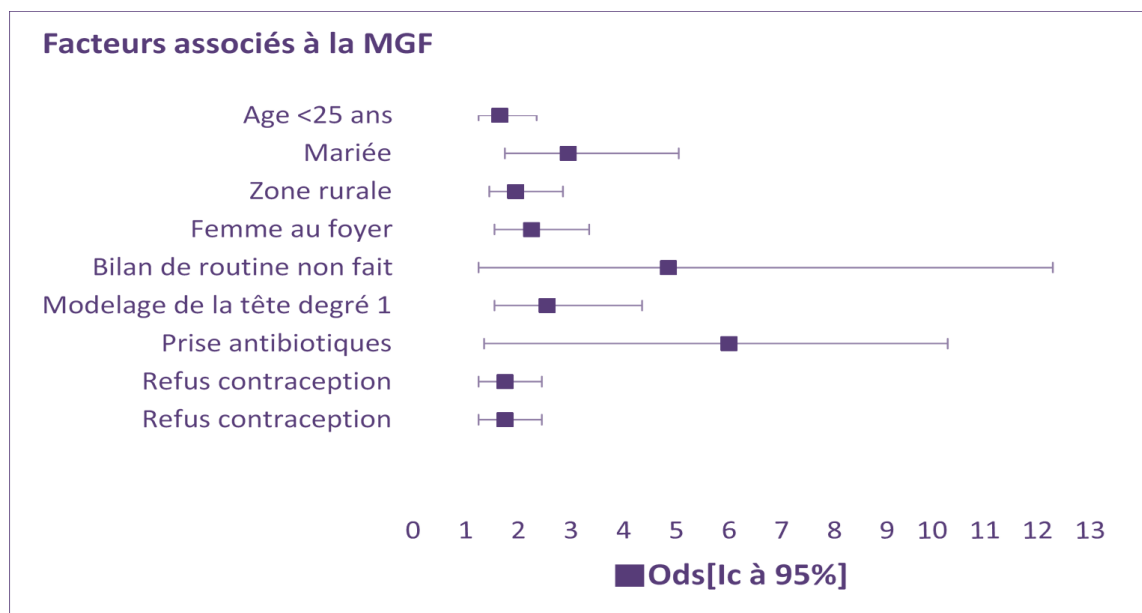


Figure 47 : Principaux facteurs associés à la présence de MGF chez les parturientes

Le tableau ci-dessous représente les Odds Ratio (OR) significatifs associés à la présence de Mutilations Génitales Féminines chez les parturientes.

Tableau XXIV : Facteurs associés à la présence de Mutilations Génitales

Facteurs	OR aj [Ic à 95%]	P value
Age <25 ans	1,5 [1,1-2,2]	0,003
Mariée	2,8 [1,6-4,9]	0,001
Zone rurale	1,8 [1,3-2,7]	0,001
Femme au foyer	2,1 [1,4-3,2]	0,001
Bilan de routine non fait	4,7 [1,1-12,0]	0,020
Modelage de la tête degré 1	2,4 [1,4-4,2]	0,001
Prise antibiotiques	5,8 [1,2-10,0]	0,031
Refus contraception	1,6 [1,1-2,3]	0,000

## **4. Discussion**

### **4.1. Limites de l'étude**

Nous avons réalisé une étude multicentrique qui nous a permis de faire le point sur les Mutilations Génitales Féminines en Casamance en dressant un profil épidémiologique des parturientes porteuses de MGF, d'évaluer l'association entre la présence de MGF et le pronostic materno-foetal ainsi que le fonctionnement de la santé de la reproduction, en particulier le suivi de la grossesse dans la région naturelle de la Casamance.

L'étude a souffert toutefois de quelques limites ou insuffisances :

- Dans notre série, le nombre de parturientes mutilées est de loin supérieure à celui des non mutilées contrairement à ce qui était originellement prévu, ce qui peut poser la question d'un biais de sélection,
- Le mauvais remplissage des fiches d'enquête, auquel nous avons tenté de pallier quand il était possible d'aller sur le terrain chercher des éléments de correction ; et quand il n'était pas possible, nous avons exclus les fiches.
- La non complétude de fiches par les enquêteurs qui se plaignaient de la longueur du questionnaire, et qui faisaient parfois fi des critères de non inclusion, conduisant aussi à l'exclusion de certaines fiches.
- La réalisation effective du partogramme était parfois remis en doute, en raison de données manquantes sur certaines fiches.
- Les parturientes ne présentant pas de complications immédiates sont en général libérées dans les 6 heures après l'accouchement ; nous n'avons donc pas pu avoir le recul nécessaire pour tous les accouchements pour attester effectivement de l'existence ou non de séquelles.

### **4.2. Caractéristiques générales**

#### **4.2.1. Aspects socio-démographiques**

- Âge :

Dans notre étude, les parturientes avaient une moyenne d'âge de 25,69 ans (ET=6,11) avec une prédominance de la tranche d'âge des 18 à 25 ans de l'ordre de 54,28 %. Le mode était de 19 ans et la médiane de 25 ans. Kaplan, qui avait réalisé une étude similaire en 2013 dans une région du Sud-Ouest de la Gambie, rapportait

aussi une moyenne d'âge de 25,9 ans [71]. De même, lors d'une étude multicentrique similaire à la nôtre menée par l'OMS concomitamment dans 6 pays d'Afrique dont le Sénégal, une moyenne d'âge de 26,3 ans (ET=6,2) avait été trouvée, cependant, la classe d'âge des 20 à 29 ans était majoritaire (55%) [64].

Nos résultats se recourent avec une entrée en union qui est en moyenne de l'ordre de 18 ans à Sédhiou, de 17ans à Kolda et de 23 ans à Ziguinchor. Ce qui amène les femmes à un âge médian à la première naissance de 18,8 ans à Kolda, de 19,2 ans à Sédhiou et de 21,6 ans à Ziguinchor [53].

Dans notre série, les parturientes portant des mutilations étaient moyennement plus jeunes que celles qui n'en avaient pas, avec une association fortement significative ( $p<0,001$ ). Ainsi, le jeune âge ( $<25$ ans) était associé à 1,5 fois plus de risques d'être mutilée. Cette observation pourrait découler du fait que les mutilations génitales seraient souvent liées au mariage précoce et donc une entrée en union précoce.

À cet effet, nous avons noté qu'une part non négligeable (25%) de notre échantillon avait été mariée avant l'âge de 18 ans. La grande majorité d'entre elles (85% soit 170 femmes) portaient des mutilations. Ce qui nous permet d'affirmer que ces deux faits de société sont fortement liés. Nous ne pouvons l'affirmer formellement étant donné que seulement 61% de notre échantillon avait renseigné l'âge au mariage.

Ces données soulèvent néanmoins la question du mariage précoce dans cette zone, qui peut justifier l'index de fécondité qui y est élevé.

Par ailleurs, nous notons que deux tiers des parturientes mariées étaient des femmes mutilées (67%) avec une forte association ( $p<0,001$ ). Ainsi, les parturientes mariées accusaient 2,8 fois plus le risque de porter des mutilations que celles qui ne l'étaient pas. La pratique rendrait donc la femme éligible au mariage afin d'accomplir sa destinée. Ainsi, plus elle commence tôt sa vie obstétricale, plus elle aurait de chances d'avoir une descendance nombreuse malgré la mortalité infantile élevée [39].

À cet effet, les parturientes enquêtées étaient principalement paucigestes (41%) et paucipares (39,5%) et 43% d'entre elles avaient déjà un ou deux enfants. Ce qui laisse supposer qu'elles commencent tôt leur vie obstétricale. Nous avons noté dans notre série qu'il existe une majorité de femmes mutilées nonobstant la gestité ou la parité. Toutefois, il n'y avait pas de lien statistiquement significatif avec la mutilation ( $p=0,222$ ).

Ces résultats sont comparables à la série de Balachandran dans laquelle, 41,2% des parturientes étaient des paucipares sans lien statistiquement significatif avec la mutilation ( $p=0,98$ ) [72].

Cela pourrait relever d'une union précoce en rapport avec les Mutilations Génitales. Néanmoins, ces chiffres sont concordants au regard des indices de fécondité qui sont élevés dans les trois régions.

- Ethnie :

Du point de vue ethnique, nous avons noté que dans notre série, les ethnies Peulh (32,95%), Diola (26,25%) et Mandingue (21,24%) étaient majoritaires. Cela met en exergue la multiplicité ethnique de la région, favorisant l'échange interculturel et donc la pérennité de la pratique. Nous notons en effet, qu'une grande majorité des parturientes Peulh (88,67%), Diola (50,49%), Mandingue (79,39%), et même Balante (75%) – malgré la faible proportion de ces derniers dans notre échantillon – sont mutilées. De plus il existait une association statistique ( $p<0,001$ ). Les Mancagnes constituent la seule ethnie ne présentant pas de parturientes mutilées.

Ces résultats sont comparables à ceux de la série de Kaplan réalisée en 2013 au sud de la Gambie dans une zone peuplée de diverses ethnies, où il retrouvait une distribution similaire à la nôtre avec une très grande majorité de parturientes mutilées principalement parmi les Diolas (96,1%), les Mandingues (94,3%) et les Peulh (93,1%) [71]. Ces données correspondaient aux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) réalisée en 2018 en Gambie qui faisait état des mêmes proportions parmi les populations d'ethnie Mandingue, Peulh et Diola [73]. Ceci démontre le peu de changement voire une stagnation de la pratique dans cette zone. De la même manière, en Guinée Bissau, 9 femmes sur 10 appartenant aux ethnies Peulh (94%) et Mandingues (90%) présentent des mutilations [74]. En République de Guinée également, la quasi-totalité des femmes d'ethnie Peulh (98,9%) et Mandingue (97,1%) sont mutilées [75]. Ces données corroborent nos résultats et soulignent le fait que les ethnies pratiquant le plus les mutilations se retrouvent dans les pays frontaliers de la région. La libre circulation des personnes ainsi que les contrats matrimoniaux favorisent un brassage ethnique et culturel qui encourage la durabilité de la pratique, une véritable convention sociale faisant partie intégrante de l'identité de ces communautés.

- Religion

Du point de vue de la religion, nous avons dans notre série, une grande majorité de musulmanes (85%) par rapport aux chrétiennes et aux animistes qui sont minoritaires à l'image de la distribution des confessions de foi dans le pays. Une grande majorité des parturientes musulmanes (75%) étaient mutilées par rapport à une faible proportion de chrétiennes (7%) et d'animistes (7%). En effet, le pays est composé d'une grande majorité de personnes de foi musulmane. Cela reste vrai en Casamance, même si on note une légère hausse des autres religions. C'est en raison de cette majorité que certains invoquent la religion pour justifier la pratique. Cependant, malgré la forte liaison statistique relevée ( $p < 0,001$ ), parmi les parturientes interrogées, seulement 10 % de nos parturientes affirment que la pratique est de prescription divine, les autres avouent volontiers qu'elle relève de croyances socio-culturelles et ethniques.

À contrario de notre série, celle de Hakim qui avait été conduite dans des hôpitaux universitaires d'Addis Abeba faisait montre d'une majorité (84,7%) de parturientes de foi chrétienne [76]. De même, au Nord du Ghana, dans l'étude de Cheikh Mbacké, les parturientes mutilées de foi musulmane constituaient une minorité (4,7%) alors que les adeptes de la religion traditionnelle pratiquaient beaucoup plus les MGF (60,2%), suivis par les chrétiens (34,5%) [77].

Il ressort de cela que la pratique a des racines culturelles liées intimement à l'organisation sociétale avant l'installation des religions révélées qui ont entraîné le changement de certaines pratiques rituelles en Afrique. D'ailleurs, en Casamance, la pratique jouit d'un statut particulier, car pour beaucoup, elle constitue une revendication politique et exprime l'identité culturelle de cette région [38].

- Niveau d'instruction

Pour ce qui concerne le niveau d'instruction, seulement un tiers des femmes recrutées étaient analphabètes (31,74%). Cela pourrait tenir du fait que la région de Ziguinchor fait partie des régions les plus scolarisées au Sénégal, et qu'elle a concentré 58,6% de nos parturientes. Une grande majorité des femmes analphabètes présentent des mutilations. De plus, il existe un lien statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ) entre le niveau d'instruction et la présence de la mutilation. Nous constatons cependant que, quel que soit le niveau d'instruction, les femmes mutilées sont supérieures en nombre, malgré une décroissance nette des

proportions du niveau primaire au niveau supérieur. Cette régression nous semble liée à l'abandon des études en raison de la vie obstétricale.

Nos résultats diffèrent grandement de ceux de Souleymane Sagara, qui avait réalisé une étude similaire à la nôtre dans le pays Dogon au Mali. Il avait trouvé que 61,4% des femmes excisées étaient non scolarisées [78]. Toutefois, dans les pays limitrophes, spécialement en Guinée, presque toutes les filles sont mutilées qu'elles soient analphabètes (97,8%) ou instruites (95,6%) [75].

De même, dans la série de Muchene et al, qui n'avait travaillé qu'avec des femmes mutilées en 2018 dans un hôpital de sous comté au Kenya (communauté Masai), plus de la moitié de l'échantillon n'avait pas été scolarisée (56,25%) [79].

Par contre, dans l'étude de Minsart et al, réalisée dans une maternité urbaine de Djibouti, la proportion des parturientes analphabètes était minime dans les deux bras, cependant celle des mutilées était plus importante parmi les femmes scolarisées, sans association statistique cependant ( $p=0,53$ ) [80]. De même, en 2018, Gebremichael et al, dans son étude conduite dans un hôpital de l'extrême Ouest de l'Éthiopie, avait trouvé une répartition quasi égale de mutilées que de non mutilées dans son échantillon quel que soit le niveau d'instruction sans liaison statistique avérée ( $p=0,704$ ) [81].

Ainsi, il existe une grande variabilité de la liaison statistique entre l'instruction et la mutilation génitale féminine, même s'il est généralement admis que l'absence d'instruction expose à la mutilation. La forte liaison statistique ici retrouvée pourrait s'expliquer par le fait que les femmes sont de plus en plus scolarisées, quel que soit leur milieu d'origine.

Bien que ces différences pourraient tenir du fait que certaines études aient été conduites en milieu rural, et d'autres en milieu urbain, -ce qui peut faire varier les taux de scolarisation - au regard de ces variations, on peut affirmer que la convention sociale semble primer sur l'éducation. Toutefois, il serait intéressant de conduire à l'avenir une étude socio-anthropologique afin de déterminer la position des parturientes instruites sur les Mutilations Génitales Féminines.

- Catégorie socio-professionnelle

Sur le plan professionnel, la grande majorité des parturientes de notre échantillon étaient des femmes au foyer (72%). Parmi ces femmes sans emploi, plus des deux tiers (70%) étaient des femmes mutilées. Il existait une association statistique avec la

présence de la mutilation ( $p < 0,001$ ). Elle s'est traduite par un risque d'être mutilée, 2,1 fois supérieur pour les femmes sans emploi, par rapport à celles qui ont un emploi. Nous constatons cependant que parmi les femmes qui ont un emploi, il y avait quasiment autant de mutilées que de non mutilées. Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes mettent leur dévoué à élever leur enfant quitte à mettre en péril leur épanouissement sur le plan professionnel. Ce phénomène est d'autant plus fréquent que la majorité de notre échantillon provenait de zone rurale. Notre proportion est comparable celle de Hakim à Addis Abeba qui présentait une série avec 63,6% de femmes au foyer [76].

De même, Nonterah et ses collaborateurs, dans leur série, en zone rurale au Nord du Ghana, remarquent que plus de la moitié des femmes sont sans emploi, qu'elles soient mutilées ou non (62% et 53%), cependant il existait une forte association statistique avec le fait d'être mutilée ( $p < 0,001$ ) [82]. Dans la même lancée, Gebremichael a fait un constat similaire dans sa série où il y avait quasiment autant de femmes mutilées que non mutilées quel que soit la profession (ménagère, élève, salariée, employée privée, informel) sans lien statistiquement significatif ( $p = 0,788$ ) [81].

Nous notons tout de même que la proportion des femmes mutilées est légèrement supérieure à celles non mutilées dans ces différents échantillons. Ceci est lié à la prévalence des mutilations, qui est relativement élevée dans ces différents pays. L'émancipation de la femme en marche ces dernières années, a touché toutes les communautés qui sont donc actuellement en transition, d'où la variabilité du lien statistique.

- Zone de résidence

Selon le dernier bilan statistique de l'UNICEF à propos du Sénégal, au regard du lieu de résidence, il n'y a pas de différence marquée quant à la fréquence des mutilations en zone urbaine et rurale [47]. En effet, si l'on se base sur la moyenne nationale, la différence entre les prévalences des MGF en milieu rural (28%) et en milieu urbain (21%) est ténue [53]. Cependant, en Casamance où la majorité de la population vit en zone rurale, on note des chiffres beaucoup plus élevés. Ainsi, dans notre étude, la majorité des parturientes provenaient de la zone rurale (60,58%). Et parmi ces dernières, la proportion prédominante (72,1%) était celle des mutilées, avec une liaison statistiquement significative ( $p < 0,001$ ). Cela fait 2,5 fois la moyenne nationale

selon l'EDS continue de 2017 (28,2%). De plus, nous avons constaté que la résidence rurale était associée à un risque 1,8 fois supérieur d'être mutilée par rapport à la résidence urbaine. Cependant, parmi les parturientes qui résident en milieu urbain, plus de la moitié sont mutilées (52%).

Ce résultat est comparable aux conclusions de l'Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples en 2018 en Gambie, qui rapportait que 71,7% des femmes résidant en zone rurale sont mutilées [73]. Ces résultats sont similaires à celles de Gudu et Abdulahi, qui avaient une proportion de 54% d'enquêtées vivant en milieu rural [83]. Nous notons à contrario dans la série de Gebremichael, qu'il y a autant de mutilées que de non mutilées en milieu rural qu'en milieu urbain [81]. Dans notre étude cependant, il existe une forte association statistique entre la résidence rurale et la présence de MGF. Cela explique pourquoi dans les régions de Sédhiou et de Kolda où une grande majorité de la population vit en milieu rural, la grande majorité des parturientes présentent des mutilations.

Même si la moitié des parturientes résidant en milieu urbain présente des mutilations, ces données permettent néanmoins d'affirmer qu'il existe une prédominance de la pratique en milieu rural en Casamance. D'abord, l'opération se réalise habituellement dans les villages en une période donnée ; Ensuite les communautés en zone rurale sont les derniers bastions de préservations des valeurs culturelles, alors qu'il existe dans les villes une grande tendance à l'occidentalisation qui entraîne une perte des us et coutumes. De plus, depuis la pénalisation de la pratique, sa réalisation en milieu rural est plus commode étant donné la surveillance et la sensibilisation qui y sont généralement moindres.

#### **4.2.2. Aspects épidémiologiques**

Dans notre série, nous notons une prédominance de parturientes en provenance de Ziguinchor (58,56%) alors que celles provenant de Sédhiou et de Kolda représentent un cinquième chacun. De fait, la prévalence des Mutilations Génitales Féminines varie en fonction de la région d'origine. Globalement, nous avons relevé une forte prévalence des mutilations dans notre échantillon (64,23%). Cela fait 2,67 fois la moyenne nationale qui est de 24%. Ce résultat est superposable aux résultats de l'EDS continue de 2017, où la prévalence des MGF était de 68,2% à Ziguinchor, de



75,6% à Sédhiou et de 63,6% à Kolda. Ces trois régions font donc partie des régions les plus touchées par la pratique au Sénégal [53]. Dans notre échantillon tout de même, presque la totalité des parturientes de Kolda étaient mutilées (99,4%), et une grande majorité des parturientes de Ziguinchor (51,2%) et de Sédhiou (65,3%) étaient également concernées. Toutefois, la localité où se déroule la pratique montre une intéressante disparité. En effet, n'eut égard aux prévalence relevées ci-dessus, nous avons une proportion cumulée quasi identique de parturientes dont l'intervention avait été réalisée dans les régions de Ziguinchor et de Kolda (27% et 25% respectivement) par rapport à la région de Sédhiou (19,8%). Le département de Bignona se démarquait, accusant à lui tout seul, 15% des fréquences. Une proportion non négligeable des parturientes (18%) avait été mutilée hors de la zone d'étude notamment en Guinée Conakry, en Guinée Bissau ou en Gambie. Cela est certainement lié au métissage culturel auquel est soumis la région : beaucoup de personnes ont de la famille au-delà des frontières dans ces pays où la prévalence de la pratique reste fortement élevée. Cela pourrait aussi être liée à la clandestinité dans laquelle s'est installée la pratique depuis 1999, date à laquelle elle avait été pénalisée. Ainsi cela permet que la pratique se poursuive en toute impunité.

L'opération se déroule le plus souvent en groupe. De fait, dans notre série, plus de la moitié des parturientes rapporte avoir subi la mutilation en groupe ; seule la moitié de ces dernières a eu droit à une cérémonie. En effet, en raison du durcissement de la loi, la réalisation de l'opération se déroule rarement dans le cadre d'une cérémonie en grandes pompes. Ainsi, peu de jeunes filles ont désormais droit à une cérémonie. Trois parturientes sur dix n'ont pas le souvenir des circonstances de l'intervention. Ceci met en valeur une proportion non négligeable de filles mutilées à un âge bien trop jeune pour en conserver le souvenir. Ces résultats sont en concordance avec les données des EDS qui montrent qu'au Sénégal, la majorité des filles se font exciser avant l'âge de 5 ans ; ainsi le jeune âge et le traumatisme causé peuvent engendrer l'oubli chez la jeune fille [47]. De fait, plus de la moitié de nos parturientes (53,73%) ne connaissaient pas l'identité de l'exciseuse. Cela pourrait être lié au jeune âge lors de la pratique, ou au tabou, ou à une peur de la répression. Une proportion importante (42,93%) rapporte cependant que l'acte était réalisé par une exciseuse reconnue de tous. Ce constat est soutenu par les données rapportées par les différentes Enquêtes Démographiques et de Santé, menées dans différents pays sur

le continent. On note néanmoins une tendance importante à la médicalisation de l'intervention qui est menée par certains membres du personnel de santé dans certains pays tels que l'Égypte, le Kenya et le Soudan [47].

Dans notre étude, plus de la moitié des parturientes ignoraient l'âge à laquelle elles avaient été opérées (65,38%). Cela fait montre du fait que l'opération ne se déroule plus dans le cadre d'un rite initiatique comme ce fut le cas autrefois, mais bien à un âge trop précoce pour permettre le souvenir à l'âge adulte, en raison de la législation actuellement en vigueur.

Seul un tiers (35,51%) des parturientes ont été en mesure de donner l'âge auquel elles avaient été mutilées dont 89% avant l'âge de 9 ans. La pratique semble donc se poursuivre de façon routinière, sans lien profond avec un substratum culturel, social ou religieux, et apparaît dorénavant plus comme un signe d'appartenance ayant perdu son but initiatique ou éducationnel. Il peut même y exister des séances de « rattrapage », avec un extrême d'âge à 28 ans. En effet, même certaines femmes ayant échappé à la pratique dans leur jeune âge, pensent bien souvent qu'il leur faudrait passer par cette étape incontournable afin d'avoir une descendance bénie et une vie de famille acceptable [39]. Dans notre échantillon, une femme sur 10 parmi les femmes mutilées n'avait pas connaissance de la mutilation, pensant avoir une anatomie normale. Le sujet est si tabou, et la peur de la répression si grande, qu'elle empêcherait certains parents de communiquer avec leurs enfants sur la pratique.

Les données recueillies lors de notre étude étaient en concordance avec le fait que la pratique est intimement liée à l'appartenance ethnique, en mettant en exergue une liaison statistiquement significative entre la mutilation et l'appartenance aux ethnies Mandingue, Diola et Peulh ( $p < 0,001$ ). En effet, les peuples Mandingues partageant les mêmes origines avec les Bambaras, pratiquaient traditionnellement les MGF en raison du mythe des jumeaux, puis la coutume a été fortement renforcée par l'islamisation. Il semblerait que c'est de la proximité des Mandingues que découle la pratique chez les Diolas [37]. La longue cohabitation entre Mandingue et Peulh d'une part, et la transhumance des Peulhs d'autre part, peut expliquer la pratique chez les Peulhs.

La pratique est profondément enracinée dans les croyances des communautés qui s'y adonnent. Une majorité de nos parturientes soutient qu'elles le font pour des

raisons socio-culturelles et ethniques. Seulement une minorité en affirment cependant une prescription religieuse dans notre étude. Une proportion non négligeable (11,96%) n'avance aucune justification pour la pratique ou affirme ne pas en connaître la raison. Cela met en exergue, le fait que dans certaines communautés, la pratique perd sa valeur. En effet, le secret en est tellement bien gardé qu'il tendrait à disparaître. De fait, si l'objectif éducationnel se perd au fil des générations et que les plus jeunes ne sont pas informés sur les raisons de l'exécution de la pratique, il est assez peu probable que ces derniers s'acharnent à la faire perpétuer et la faire accepter à leur tour par la descendance.

Lors de notre étude, les types de mutilation les plus couramment rencontrés étaient le type II (50%), suivi de près par le type I (46,27%). Le type III constituait une faible proportion, accusant 3,3% des fréquences. De fait, au Sénégal, il ressort au fil des différentes enquêtes, que les opérations sont moins délabrantes. Ainsi, dans une étude collaborative coordonnée par l'OMS en 2006 dans 6 différents pays, on notait pour le Sénégal, une prévalence de 54% de type II, 21% de type I et 1% de type III. On retrouvait des résultats semblables au Burkina Faso [64]. De même, dans sa série, réalisée en Gambie en 2013, Kaplan et al a trouvé une prévalence de 52% de type I et 18% de type II [71]. Hakim, dans sa série recueillie dans un hôpital universitaire en capitale éthiopienne, trouvait des proportions similaires : une prévalence de 11,8% de type I, 68,5% de type II et 2,7% de type III [76]. À l'opposé, dans la série de Gudu et Abdulahi, dans une région située à l'extrême Est de l'Éthiopie, nous notons une forte prédominance de type III (92,4%) et seulement 7,6% de type II [83].

Ainsi, en fonction de l'origine géographique, la forme de mutilation la plus répandue est variable. En Afrique occidentale cependant, les types I et II sont les formes les plus fréquemment rencontrées. Pour évaluer l'impact de la mutilation sur l'état du périnée et la fragilité de la vulve, nous avons relevé les dimensions des orifices vulvaires du vagin. Ainsi, nous avons relevé peu de cas de rétrécissement vulvaire, et relativement peu de lésions périnéales associées (4,9% soit 25 parturientes) dont les cicatrices de périnéorrhaphie constituaient les principales lésions. Cela fait alors une proportion non négligeable de parturientes dont le périnée fragile est sujet aux déchirures, et posant l'indication d'épisiotomie.

### 4.3. Suivi de la grossesse

Au Sénégal, la quasi-totalité des parturientes (97 %), âgées de 15 à 49 ans, reçoivent des soins prénataux auprès de personnel de santé qualifiés selon l'EDS 2017. La répartition des femmes bénéficiant de soins de santé prénatals selon le type de personnel qualifié montre que la plupart des soins prénatals sont administrés par des sage-femmes (86 %). Dans 7 % des cas, ce sont les infirmières qui ont dispensé ces soins et, dans 4 % des cas, ce sont les médecins. Il existe une faible différence entre les milieux ruraux et urbains (95,9% contre 98,9%). Ainsi, en Casamance, la quasi-totalité des parturientes peut bénéficier de soins prénatals administrés par un personnel qualifié à Ziguinchor (98%), à Sédhiou (98,2%) et à Kolda (97,1%) [53] En cohérence avec ces chiffres, presque la totalité des parturientes recrutées dans l'étude affirmaient avoir été suivies pendant la grossesse (99,24%). Les postes de santé étaient les principales structures sanitaires fréquentées (62,44%) à cet effet. Les sage-femmes constituaient presque exclusivement (97,84%) le personnel consulté. Parfois, les parturientes bénéficiaient de consultations de deux types de personnel différents. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes d'enquêtées. Ce qui dénote d'une uniformité de prise en charge indépendamment de la présence ou non d'une mutilation.

Le nombre moyen des CPN étaient de 4 (ET=1) avec des extrêmes variant de 1 à 6 CPN. Les parturientes ayant complété leurs visites prédominaient dans le groupe de celles présentant une mutilation avec une liaison statistiquement significative ( $p=0,005$ ). Cette liaison pourrait être liée à la prévalence de la mutilation dans notre échantillon. Par ailleurs, nous avons constaté qu'il existait en Casamance, une bonne couverture d'accès aux soins prénatals avec un bon contenu de ces soins car presque la totalité des parturientes recrutées, avait bénéficié de mesures prophylactiques. Il existait une forte liaison statistique avec la présence de mutilation génitale pour ce qui concerne la MILDA /TPI, les doses de VAT, et l'administration de fer ( $p<0,05$ ). Toutefois, cette liaison pourrait être liée à la prévalence de la mutilation dans notre échantillon.

En ce qui concerne le bilan de routine, même s'il avait été réalisé chez presque toutes les parturientes (90,55%), il avait été complet seulement chez 23,09% des

parturientes. De plus, le bilan de routine avait 4,7 fois plus de risques de n'être pas réalisé si la parturiente était mutilée. Ce fait est lié à la limitation des moyens financiers, étant donné l'absence de couverture maladie. Les parturientes ne réalisent que les analyses qui leur sont accessibles. Il s'agit également et de façon récurrente, de pénurie de réactif ou de matériel qui rendent impossible la réalisation de certaines analyses surtout dans les centres éloignés des capitales régionales.

Depuis 2012, le Sénégal a adopté le plan d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ainsi, il est conseillé d'en promouvoir le dépistage systématiquement auprès des femmes enceintes. À cet effet, nous avons eu 4,66% d'abstention pour le dépistage du VIH, 3 tests sont revenus positifs et uniquement chez des parturientes mutilées, ce qui occasionnait une forte liaison statistique ( $p=0,016$ ). Les mutilations sont soupçonnées d'être un facteur de risque d'infection à VIH étant donné que le même instrument est utilisé pour toutes les jeunes filles. De plus, l'opération engendrerait la fragilité ultérieure des tissus, alors plus enclins aux lacérations lors des rapports sexuels. Yount et Abraham soutiennent justement que la mutilation entraînerait indirectement une exposition supplémentaire à l'infection à VIH [84]. Cependant, a contrario de cette assertion, Kinuthia a trouvé dans son étude réalisée au Kenya que la mutilation était un facteur protecteur contre le VIH. Ce qui pourrait être lié au fait que ces communautés pratiquantes sont le plus souvent très chastes ; ou bien que le supposé inconfort lors des rapports sexuels, pourrait justifier ce résultat [85].

Le dépistage du VHB avait aussi été effectué, accusant 23,83% d'abstention. 21 tests étaient revenus positifs soit un taux de positivité de 2,64% avec une majorité de parturientes mutilées. Il existait une forte association statistique ( $p<0,005$ ). Étant donné l'absence évidente d'asepsie lors des opérations, la mutilation est portée comme un facteur de risque d'infection au VHB. Le continent africain est tout particulièrement concerné, avec des taux de portage chronique élevés de l'ordre de 15 à 20 % dans la population générale et de 22 à 25 % chez les femmes enceintes [86]. Nos résultats sont différents de ceux de Gasim et ses collaborateurs qui estimait la prévalence de l'hépatite B chez les femmes enceintes à plus de 8% en 2013 en Afrique de l'Ouest [87].

Pour ce qui concerne le dépistage de la syphilis, il y a eu 15,21% d'abstention et 2 tests sont revenus positifs (dont un pour chaque groupe) sans liaison statistiquement significative cependant. De même, pour ce cas de figure, la littérature ne rapporte

aucune association. Emulsharaf et al ne rapportait pas non plus d'association significative entre les mutilations et les Infections Sexuellement Transmissibles, en particulier la syphilis si ce n'est le contexte socio-démographique [88].

Le dépistage de la rubéole avait connu 95,71% d'abstention ; un seul test était revenu positif. De même, le dépistage de la toxoplasmose avait connu 95,84% d'abstention, avec deux tests revenus positifs (dont un pour chaque groupe). Ces analyses permettent de guetter un effet tératogène potentiel si elles s'avéraient positives. Elles n'avaient pas été réalisées d'une façon générale, faute de moyens financiers ou de rupture récurrente de réactif dans les structures de la région.

À l'issue des bilans réalisés, nous avons noté qu'une faible proportion de nos parturientes (2,9% ; n=24) avait présenté des pathologies au cours de la grossesse. La majorité était constituée de parturientes mutilées, cependant la différence observée n'était pas statistiquement significative. L'anémie était la pathologie la plus rapportée (37,5%). Dans notre série, la majorité des parturientes avait eu à bénéficier de la prescription de fer. L'anémie rapportée pourrait être liée à une mauvaise observance, ou à une mauvaise alimentation en raison de nombreux interdits pesant sur les femmes enceintes. Ce chiffre est en tout état de cause beaucoup plus élevé que dans la série de Khoudia Kane qui avait fait une étude similaire à Ranérou (Matam), et avait relevée 10,8% d'anémie [89]. Nos données sont cependant, de loin inférieures à celles retrouvées dans l'étude collaborative de l'OMS qui rapportait une proportion de 10% de pathologies pendant la grossesse dans son échantillon [64]. Toutefois, cette faible proportion pourrait aussi relever du fait qu'une majorité des parturientes (76,91%) avait affiché un bilan incomplètement réalisé.

#### **4.4. Admission**

La quasi-totalité des parturientes de notre série était venue d'elle-même (92,05%), le reste ayant fait l'objet de référence et d'évacuation. Les structures de santé ayant référé ou évacué étaient majoritairement des postes de santé (53,33%) et des centres de santé SONUB sans bloc (45%).

Les enquêtées présentant des mutilations étaient plus nombreuses chez les parturientes évacuées en urgence comparées aux autres parturientes avec une liaison statistiquement significative ( $p=0,012$ ).

La Rupture Prématuration des Membranes (RPM) était le principal motif de référence ou d'évacuation (21,31%) et prédominait chez les parturientes présentant des mutilations. En dépit du fait que les parturientes mutilées étaient majoritaires parmi les référées/évacuées, nous pouvons noter néanmoins que les motifs de référence et/ou d'évacuation recueillis étaient dans notre série intrinsèquement liés à la grossesse et étaient sans lien avec les MGF, en dehors d'une proportion minime (1,64%) d'infibulation partielle rapportée. Une proportion non négligeable des parturientes transférées (9,84%) n'avait pas vu le motif précisé sur leurs fiches de transfert.

L'accouchement était pris en charge majoritairement par des sage-femmes (99,1%). Cependant la faible proportion des parturientes qui avait été prise en charge par un gynécologue était exclusivement composée de parturientes mutilées, sans liaison statistiquement significative cependant ( $p =0,259$ ). Cela pourrait découler du fait de la prédominance de pathologies associées parmi les parturientes présentant une mutilation.

En ce qui concerne la notion de césarienne antérieure, elle avait été rapportée chez 46 parturientes dont 29 étaient porteuses de MGF sans liaison statistiquement significative ( $p=0,862$ ). Analogiquement, dans la série de Minsart en 2014, la proportion de césarienne antérieure était de 21,9% parmi les femmes mutilées contre 11,5% parmi les femmes non mutilées. Comme dans notre étude, cette différence n'était pas statistiquement significative [80]. Cependant, dans l'étude collaborative réalisée par l'OMS, le risque relatif d'avoir eu une césarienne antérieure était de 1,29 si la parturiente présentait une mutilation de type I et de 1,31 si elle portait une mutilation de type II [64]. Ces différences pourraient tenir au fait que plusieurs de ces centres étaient des hôpitaux universitaires où la décision de césarienne est plus souvent prise. Alors que dans notre étude, seulement quatre centres d'étude sur 34 pouvaient pratiquer la césarienne.

Toutes les parturientes enrôlées dans l'étude étaient à terme, pour des raisons méthodologiques. Seulement 2,14% des parturientes avait eu un dépassement de

terme. Dans la série de Nonterah et al, seulement 40% des parturientes avait atteint le terme. [82]

En ce qui concerne les paramètres vitaux, la majorité des patientes présentaient des valeurs qui s'inscrivaient dans la normale pour la Pression Artérielle, la fréquence cardiaque et le pouls.

Quant à l'examen obstétrical d'entrée, une faible proportion de parturientes avait présenté une hauteur utérine excessive ; les anomalies du bruit du cœur fœtal avaient été rapportées chez 1,04% des parturientes ; les parturientes avaient une présentation du sommet. Le bassin avait été rapporté pathologique chez une seule parturiente. 45,72% des parturientes n'avait pas réalisée d'échographie obstétricale du 3<sup>ème</sup> trimestre. Seulement 10 (1,26%) parturientes avaient réalisé une scannopelvimétrie pour un total de 34 nullipares.

#### **4.5. Déroulement du travail**

Les enquêteurs avaient affirmé que le partogramme avait été correctement rempli dans 93,95% des cas. Cet outil permet de faciliter la prise de décision, et d'éviter des erreurs.

Définir une durée physiologique pour le travail est difficile. La durée moyenne de la phase de latence avait été décrite par Friedman comme étant de 9 heures chez la primipare et de 5 heures 30 minutes chez la multipare. La période de dilatation cervicale durerait en moyenne  $5 \pm 3$  heures chez la primipare et  $2$  heures  $30$  minutes  $\pm 1$  heure  $30$  minutes chez la multipare. Ces données qui datent des années 60 et les courbes établies à partir d'un échantillon de 500 femmes font à présent l'objet de critiques méthodologiques [90]. Laughton et al ont comparé la durée du travail entre les années 60 et 2000. Mais surtout ils ont montré un allongement de la durée du travail en 40 ans, aussi bien pour la première phase du travail que pour la deuxième phase dont la durée était presque multipliée par deux [91]. Les auteurs Zhang et al ont montré que les nullipares et les multipares avaient des durées du travail comparables avant 6 cm et que les dernières avaient un travail plus rapide après 6 cm et pendant la deuxième phase du travail [92].



Cependant, dans notre série, la durée de la première phase était de 5,3 heures  $\pm$  4,02 chez les primipares et de 4,7 heures  $\pm$  4,12 chez les multipares. La deuxième phase durait en moyenne 3,7 heures  $\pm$  2,2 chez les primipares et 2,9 heures  $\pm$  2,02 chez les multipares. Ces chiffres sont de loin inférieurs à ceux prévus par la courbe de Friedman et les auteurs sus cités.

Par rapport à la variable d'exposition, la durée de la première phase était en moyenne plus longue de 48 minutes chez les parturientes mutilées (5 heures  $\pm$  4,3) que chez les non mutilées (4,8 heures  $\pm$  3,6). Quant à la deuxième phase, elle était quasiment identique autant chez les mutilées (3,14 heures  $\pm$  2,2) que chez les non mutilées (3,25 heures  $\pm$  1,9). La différence est maigre de 6,6 minutes.

La phase d'expulsion quant à elle, est quasiment identique dans les deux groupes. Il existe une faible différence entre les mutilées (14,87  $\pm$  12,68) et les non mutilées (14,14  $\pm$  12,29).

Nos résultats sont comparables à la série de Balachandran en 2017, qui avait trouvé que la durée de la première phase était en moyenne 12 minutes plus longue (4,75 heures  $\pm$  3,7 contre 4,55  $\pm$  3,95) dans le groupe des mutilées que dans celui des non mutilées. La durée de la deuxième phase était plus longue de 20 minutes chez les parturientes mutilées par rapport au groupe contrôle (29,59  $\pm$  41,88 contre 50,46  $\pm$  65,82) [72]. Comme dans notre étude, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les mutilées et les non mutilées au regard de la longueur du travail. Certains auteurs rapportent un travail prolongé chez les parturientes mutilées. À cet effet, Larsen avait interrogé des parturientes mutilées qui lui rapportait le travail prolongé (23,6%), toutefois ces différences ne s'étaient pas avérées significatives après les ajustements et les comparaisons entre la première grossesse et les suivantes [93]. Cependant, dans la série de Kaplan, la présence de mutilation génitale était fortement liée au travail prolongé ( $p < 0,001$ ) [71].

Milogo Traoré et al, dans son étude réalisée en 2007 à Ouagadougou, avait montré que la durée d'expulsion était supérieure à 30 minutes pour 34,56 % des accouchements de femmes excisées soit neuf fois plus fréquemment que chez les femmes non excisées ( $p = 0,001$ ) [94].

Ainsi, contrairement à ce qui émane de la littérature, nous notons que la durée du travail dans notre étude était similaire chez les parturientes mutilées et non mutilées.

Toutefois, l'évaluation des différents paramètres du partogramme n'avait pas révélé l'existence d'une liaison statistiquement significative avec la présence de mutilation génitale, en dehors du modelage de la tête. En ce qui concerne la courbe de dilatation cervicale, le rythme des bruits du cœur fœtal, la rupture de la poche des eaux et la descente de la tête, une faible proportion de parturientes avait présenté des anomalies sans liaison statistiquement significative cependant.

Le modelage de la tête présentait une forte liaison statistiquement significative avec la présence de mutilation génitale ( $p < 0,001$ ). De plus, le modelage de la tête avait 2,4 fois plus de risques d'être de degré 1 (apposition des os) chez les parturientes mutilées par rapport à celles qui ne le sont pas. La présence de la mutilation génitale favoriserait l'apposition des os du crâne. Nous n'avons cependant pas trouvé d'étude pour soutenir ce constat. Dans notre série, 7 femmes sur 10 avaient un liquide amniotique clair. Le liquide était verdâtre (11,59%), jaunâtre (13,44%), purée de pois dans 1,32% des cas. Une détresse fœtale, un terme avancé sont souvent des facteurs associés à la survenue d'un liquide méconial. En effet, c'est une réaction intestinale à l'hypoxie, qui n'est possible qu'au voisinage du terme. Sa fréquence est variable dans la littérature. Dans une série de 175 000 naissances vivantes, Wiswell et al rapportent un taux de 12 % de liquides amniotiques méconiaux [95] alors que Blackwell, sur une série de 14 888 naissances, décrit la présence du symptôme dans 21,5 % des cas [96]. Dans la série de Bélinga, il avait dans son échantillon 4% de liquide teinté et 2% de liquide méconial [97].

L'état maternel pendant le travail était normal et stable chez la quasi-totalité des parturientes (99,62% ;  $n=781$ ). Une faible proportion des parturientes avait été instables sans lien statistiquement significatif avec la présence de mutilation.

#### **4.6. Accouchement et post-partum**

Dans notre étude, la totalité de nos parturientes avait accouché par voie basse, dont une faible proportion (1,91%) avait été aidée d'une ventouse. Parmi ces dernières, celles présentant des mutilations étaient les plus nombreuses, cependant, la liaison statistique n'était pas significative.

Par contre, dans la série de Wuest et al réalisé dans un hôpital universitaire, il rapportait 18 césariennes sur 122 parturientes mutilées, contre 3 pour 110 parturientes non mutilées, avec une liaison statistiquement significative ( $p=0,0012$ ) [98]. Cette différence pourrait relever des différences entre la méthode utilisée et le cadre d'étude.

L'accouchement était suivi par la GATPA (Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement) chez la majorité des parturientes. L'état maternel était jugé stable dans la majorité des cas, avec une prédominance dans le groupe des mutilées sans différence statistiquement significative.

Dans le post-partum, nous avons relevé quelques complications. Notre série accusait une fréquence de 5,54% ( $n=44$ ) de cas d'Hémorragie du Post Partum Immédiat (HPPI), dont une grande majorité de (72,7%) concernait les parturientes mutilées. Cependant, l'association n'était pas statistiquement significative ( $p=0,226$ ). Ces résultats s'opposent à ceux de Nonterah et al qui avait rapporté 16,8% de cas d'HPPI dans sa série avec une forte association statistique avec la présence de mutilation ( $pvalue <0,001$ ) [82].

Balachandran, dans sa série en 2017 avait à contrario rencontré plus d'hémorragie du post partum parmi les parturientes du groupe contrôle que parmi celles mutilées, sans liaison statistique ( $p=0,33$ ). L'hémorragie était liée à des causes diverses, notamment les déchirures périnéales [72].

Milogo Traoré et al avait trouvé une fréquence des déchirures périnéales de 10,13 % dans le groupe des femmes excisées contre 5,73 % dans le groupe des non excisées ( $p = 0,008$ ). Ces lésions périnéales étaient plus fréquentes chez les primipares et les femmes présentant des mutilations de type II et III [94].

Dans notre étude, par contre, nous avons répertorié une proportion peu importante de déchirures périnéales (11,5%) touchant majoritairement des parturientes mutilées (65%) sans lien statistiquement significatif cependant ( $p=0,226$ ). Dans sa série, Théra et al avait rapporté au Mali 44,3% de déchirures périnéales de gravité différentes parmi les mutilées contre 4,3% parmi les témoins avec une forte liaison statistiquement significative ( $p<0,001$ ) [99]. De même, dans la série de Nonterah et al, on note un risque de déchirures périnéales 2,57 fois supérieur parmi les parturientes par rapport aux non mutilées [82]. Dans la série de Anikwe et al, il y

avait 59,3% de déchirures périnéales parmi les parturientes portant une MGF contre 45,6% dans le groupe contrôle avec une liaison statistiquement significative ( $p < 0,001$ ) [100]. De même Kaplan avait trouvé en 2013 dans sa série, 33,8% de déchirures périnéales parmi les mutilées contre 9,6% chez les non mutilées avec une forte association statistique ( $p < 0,001$ ) [71]. Contrairement à notre étude, il existe dans la littérature, une bonne association statistique récurrente entre la mutilation et les déchirures périnéales. Ceci est lié au fait que la modification de la vulve crée une fibrose périnéale dans cette zone et donc le tissu ainsi fragilisé est plus prompt à se rompre, étant donné la mauvaise ampliation du périnée lors de la parturition. Ainsi, Balachandran rapporte que la faible proportion de sa série relève du fait que son équipe était formée à la prise en charge des parturientes mutilées, ce qui montre qu'ils ont une vigilance accrue dans leur prise en charge afin de minimiser le risque de déchirures [72].

C'est à cette fin que l'épisiotomie est souvent pratiquée. Dans notre étude, une proportion non négligeable des parturientes en a bénéficié (22,8%), dont une majorité de parturientes mutilées (68%) sans lien statistiquement significatif cependant ( $p = 0,234$ ). Nous retrouvons des chiffres similaires dans la littérature.

Dans la série de Kaplan de 2013, il existait une forte association statistique avec la présence de mutilation génitale. De fait, le risque de bénéficier d'une épisiotomie était 9,06 fois supérieur chez les parturientes mutilées par rapport au non mutilées [71].

Dans la série de Anikwe et al, réalisée en 2019, également, on notait une forte liaison statistique ( $p = 0,001$ ) entre la pratique de l'épisiotomie et la présence de mutilation génitale féminine [100].

Dans la série de Yassin et al en 2018 au Soudan, l'auteur rapportait une proportion de 76,5% chez les femmes mutilées contre 30% chez les non mutilées la différence était statistiquement significative ( $p < 0,05$ ) [101]. Ainsi, la littérature fait montre d'un lien important entre la présence de mutilation génitale et l'épisiotomie prophylactique contrairement à notre étude.

Ces parturientes ont bénéficié d'une périnéorrhaphie qui a permis de rétablir la continuité du périnée. Nous notons une majorité de parturientes mutilées, sans liaison statistiquement significative cependant ( $p = 0,443$ ).

Pour ce qui concerne les thérapeutiques utilisables, aucune patiente n'avait nécessité de transfusion, d'anticonvulsivants, de compression bimanuelle ou de chirurgie d'hémostase. Cependant, les antibiotiques ont été 5,8 fois plus prescrites chez les parturientes présentant des mutilations que chez celles n'en portant pas. Il existait une forte relation statistique ( $p < 0,005$ ). Les parturientes portant les mutilations génitales présenteraient donc un risque infectieux plus élevé.

#### **4.7. Pronostic maternel**

Après l'accouchement, nous n'avons pas déploré de parturientes décédées, nous avons constaté que la grande majorité des parturientes n'avaient pas présenté de complications (96%) autant parmi les mutilées que les non mutilées.

Moins de la moitié des parturientes (39,5%) avaient accepté la proposition de contraception. Nous avons constaté que le refus de la contraception était 1,8 fois plus fréquent parmi les parturientes mutilées que celles non mutilées. Cela pourrait être lié au fait que la contraception est mal vue dans ces communautés, étant donné que la maternité est un don de Dieu.

La majorité (95,2%) avait eu une prescription de fer et d'acide folique

Seulement 11,7% des parturientes avaient été revues en CPON. Cela pourrait être lié au fait que les parturientes accouchent dans des structures différentes de celles où elles ont été suivies. Cependant seulement 1% des parturientes avaient bénéficié d'une consultation spécialisée. Seulement 11,71% des parturientes avaient été revue en consultation postnatale.

#### **4.8. Pronostic foetal**

Une petite proportion des nouveaux nés accueillis (9,44%) n'avaient pas crié aussitôt. Cependant seulement 8,67% des nouveaux nés ont nécessité une réanimation néonatale. Ainsi à la première minute, 6,88% des nouveaux nés avaient un APGAR  $< 7$ . A la cinquième minute, seulement 1,28% des nouveaux avaient encore un APGAR en dessous de 7. Par la suite, nous avons déploré une proportion faible de décès (0,63% ;  $n=5$ ). La majorité était née de mère portant des MGF, il n'y

avait pas de liaison statistiquement significative ( $p=0,101$ ). Dans sa série, Kaplan et al rapportait 3,8% de morts nés uniquement chez les parturientes mutilées sans liaison statistiquement significative [71]. Comme dans notre série, le nombre de cas est faible, et ne permet pas d'incriminer directement les mutilations génitales. Dans la série de Nonterah, le risque pour une mère portant une mutilation génitale d'avoir un mort-né était de 1,6 fois celui à celui des mères qui en sont exemptes [82].

Nous avons accueilli 54 nouveaux nés qui avaient un Apgar  $\leq 6$  à la première minute qui ont donc souffert d'asphyxie périnatale. Parmi eux, 10 n'avaient pas répondu à la réanimation (APGAR  $\leq 6$  à la 5ème minute).

Dans la série de Anikwe et al, il n'y avait pas d'état de mort apparente parmi les nouveaux nés de mère mutilées (APGAR $\leq 3$ ) ; une petite proportion de nouveaux nés de mère mutilées (7,7%) avaient eu besoin d'une réanimation (APGAR entre 4 et 7) contre 4,8% dans le groupe contrôle. Il n'y avait cependant pas de liaison statistiquement significative ( $p=0,46$ ) [100]. Dans la série de Wuest et al, 6,56% de nouveaux avait un APGAR $<7$  à la 5ème minute chez les mutilées contre 8,19% chez les non mutilées sans association statistiquement significative [98]. Cependant, dans la série de l'étude collaborative de l'OMS, Le risque de réanimation d'un nouveau-né de mère présentant une mutilation était croissant en fonction du type de mutilation, variant de 1,15 à 1,55 fois supérieur à celui des nouveaux de mères qui n'en portaient pas [64].

Pour ce qui concerne l'évolution du nouveau-né, seulement 10,33% des nouveaux nés avaient été revus en CPON. Cela dénote peut-être du fait que la plupart des parturientes n'accouchent pas à proximité de leur domicile, mais se déplacent vers les structures qui leur inspirent confiance.

Seulement 3,8% des enfants ont fait l'objet d'une consultation pédiatrique dont 80% de nouveaux nés de mère mutilées. Il n'y avait cependant pas de liaison statistiquement significative avec la présence de la mutilation chez la mère. Les indications n'avaient pas été précisées mais étaient sans doute avec les complications relevées à savoir la souffrance fœtale aigue, la détresse respiratoire, l'infection néonatale, l'asphyxie périnatale, l'état de mort apparent et les traumatismes obstétricaux.

# CONCLUSION

Les Mutilations Génitales Féminines regroupent un ensemble d'interventions aboutissant à une lésion ou une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes, réalisées sans indication thérapeutique. La pratique a débuté en Casamance depuis près d'un siècle, bien que ses défenseurs affirment qu'elle existe de façon immémoriale. C'est une convention sociale faisant office de trait identitaire et de ciment communautaire. C'est pourquoi les femmes n'hésitent pas à braver le traumatisme de ce passage obligé. Il constituerait un socle qui les rend invulnérables face aux douleurs et aux difficultés futures de leur vie de femme, d'épouse et de mère. L'objectif de ce travail était de déterminer le risque de conséquences obstétricales des mutilations génitales féminines chez les parturientes en Casamance. Cette région historique abrite trois régions administratives affichant des niveaux de prévalence de mutilations génitales les plus élevées sur le territoire. Nous avons alors mené une étude de cohorte rétrospective sur une période de sept mois allant de Juin à Décembre 2019 dans plusieurs structures sanitaires des régions de Ziguinchor, Sédhiou et Kolda. Nous avons colligé 794 parturientes dont 510 portaient une Mutilation génitale féminine, soit une fréquence globale de 64,23%.

L'âge moyen des parturientes étaient de 25,9 ans avec des extrêmes de 18 et 47 ans. Les parturientes mutilées étaient moyennement plus jeunes que celles qui ne l'étaient pas et le jeune âge (<25ans) était associé avec 1,5 fois plus de risque d'être mutilée. Les parturientes mariées avaient 2,8 fois plus de risque de présenter une mutilation. Les ethnies prédominantes étaient les Peulhs, les Mandingues, et les Diolas. La majorité des parturientes appartenant à ces ethnies présentaient des mutilations. Seulement un tiers de nos parturientes étaient analphabètes et il existait une forte association statistique entre l'instruction et la présence de mutilation génitale. Les parturientes sans emploi présentaient 2,1 fois plus le risque d'être mutilées par rapport à celles qui ne l'étaient pas. De même, une parturiente résidant en milieu rural avait 1,8 fois plus de risque d'être mutilée que la parturiente vivant en milieu urbain. Nous avons rencontré les quatre types de mutilations génitales féminines selon la classification de l'OMS. Le type I était la mutilation la plus

courante avec une fréquence de 50%, suivi de près par le type II qui accusait 46,27%. Le type III constituait 3,3% des fréquences. La pratique se déroulait le plus souvent hors de la zone d'étude, et département de Bignona était la localité accusant le plus de fréquences. L'opération était réalisée plus souvent en groupe, cependant, elle n'est pas toujours encadrée d'une cérémonie. Près de deux tiers des parturientes (65,38%) ignoraient l'âge à laquelle elles avaient eu l'opération. Pour le reste (35,51%), la mutilation avait majoritairement eu lieu avant l'âge de 9 ans (89%). Une femme sur 10 ignorait cependant qu'elle avait été mutilée. La majorité des parturientes affirmaient que la pratique était réalisée pour des raisons socio-culturelles et ethniques.

Presque la totalité des parturientes enquêtées affirmaient avoir été suivies pendant la grossesse (99,24%) avec un nombre moyen de CPN de 4 (ET=1). Les sage-femmes constituaient presque exclusivement le personnel consulté à ce propos. Les postes de santé étaient les principales structures fréquentées à cet effet. On notait une bonne couverture d'accès aux soins prénataux avec un bon contenu de ces soins, la majorité des parturientes ayant bénéficié de soins prophylactiques. Le bilan de routine avait été complet chez seulement 23,09% des parturientes. Il y avait une forte liaison statistique entre la présence de la mutilation d'une part et le dépistage du VIH et du VHB d'autre part. Il n'y en avait pas pour le dépistage de la syphilis, la toxoplasmose et de la rubéole. Une faible proportion des parturientes avait déclaré des pathologies durant la grossesse.

Une faible proportion des parturientes avaient fait l'objet de référence et d'évacuation. Les enquêtées présentant des mutilations génitales étaient plus nombreuses avec une liaison statistiquement significative ( $p=0,012$ ). La rupture prématurée des membranes était le principal motif de référence/évacuation et prédominait chez les parturientes mutilées. La notion de césarienne antérieure était rapportée chez une proportion non négligeable des parturientes sans liaison statistiquement significative avec la présence de mutilation génitale. L'examen général et l'examen obstétrical n'avait pas présenté de différence statistiquement significative dans les deux groupes.

La durée du travail avait été similaire dans les deux groupes. Le modelage de la tête avait 2,4 fois plus de risques d'être optimal chez les parturientes présentant des



mutilations que chez les parturientes qui en étaient exemptes. L'état maternel pendant le travail était stable chez la quasi-totalité des parturientes (99,62%).

La totalité des parturientes avait accouché par voie basse spontanée dont une faible proportion avait été aidée d'une ventouse. Nous avons rencontré 5,54% de cas d'hémorragie du postpartum immédiat, sans liaison statistiquement significative avec la présence de la mutilation. Nous avons répertorié 11,5% de cas de déchirures périnéales principalement chez les parturientes mutilées, sans lien statistiquement significatif avec la présence de mutilation. Certaines parturientes (22,8%) avaient bénéficié d'une épisiotomie dont une majorité de parturientes mutilées, sans lien statistiquement significatif.

Nous n'avons pas déploré de parturientes décédées au cours de l'étude et la grande majorité des parturientes n'avaient pas présenté de séquelles (96%) autant parmi les mutilées que les non mutilés. Nous avons constaté que le refus de la contraception était 1,8 fois plus fréquent parmi les parturientes présentant une mutilation, par rapport à celles qui n'en avaient pas.

Nous avons déploré 0,63% (n=5) de décès périnataux, sans lien statistiquement significatif avec la présence de mutilation génitale chez la mère. Une proportion non négligeable des nouveaux nés avaient souffert d'asphyxie périnatale. 3,8% des nouveaux nés avaient fait l'objet d'une consultation pédiatrique par la suite ; en dépit du fait que la majorité était née d'une mère mutilée, la liaison n'était pas statistiquement significative.

L'absence de lien entre la survenue des complications obstétricales attendues dans notre série, serait peut-être liée à la prédominance des types I et II, qui sont moins souvent liés à la survenue de complications que le type III. En effet, les données de la littérature rapportent que les parturientes portant des mutilations génitales présentent un risque relatif élevé de complications obstétricales telles que le travail prolongé, les déchirures périnéales, les hémorragies du postpartum immédiat, la souffrance fœtale, les décès périnataux. Le taux de césarienne et d'épisiotomie prophylactique présenteraient également une probabilité plus élevée chez les parturientes mutilées par rapport à celles non mutilées.

En tenant compte de toutes ces considérations, nous formulons les recommandations suivantes :

	<b>Court Terme</b>	<b>Moyen Terme</b>	<b>Long Terme</b>
<b>Communautés</b>		Préserver les aspects initiatiques des MGF, tout en excluant leur pratique	Abandonner de façon programmée la pratique des MGF
<b>Associations de la Société Civile</b>	Sensibiliser les leaders communautaires (Imams, Prêtres, Chef de villages et Groupements de femmes) afin qu'ils puissent porter le message de l'abandon aux populations	<p>Mettre en place un dialogue avec les leaders des différentes communautés afin de trouver le moyen le plus adéquat pour sensibiliser la population</p> <p>Éduquer les habitants de la Région à travers l'histoire de leur terre que la pratique y est relativement récente en relevant l'absence de bénéfices du point de vue obstétrical</p> <p>Mettre en place des groupes de paroles pour les filles et femmes portant la mutilation afin de donner aux intéressées la parole sur leur vécu de la pratique</p>	

<b>Personnel soignant</b>	<p>Faire preuve d'empathie supplémentaire afin de ne pas stigmatiser les parturientes mutilées</p> <p>Être attentif à la survenue de complications, particulièrement les déchirures</p> <p>Dépister les pathologies et particulièrement les infections pendant la grossesse et l'accouchement chez les parturientes mutilées</p> <p>Promouvoir l'information et l'éducation sur l'importance de réaliser les sérologies</p>		
<b>MSAS</b>		<p>Promouvoir l'information et l'éducation sur les conséquences à court et à long terme de la mutilation, en particulier de l'accouchement, afin de parvenir à un changement de comportement</p> <p>Renforcer la formation continue des sage-femmes et leur</p>	

		<p>capacitation à prendre en charge les parturientes mutilées, car la présence d'un personnel averti fait toute la différence</p> <p>Mettre en place des stratégies de motivation conséquentes afin d'encourager les sage-femmes à remplir dûment le partogramme, qui est essentiel pour la prise de décision, surtout dans le contexte de ruralité</p>	
<p><b>Chercheurs</b></p>	<p>Mener une étude sur la détermination de la durée et les paramètres standard du travail, représentatifs des parturientes de la région</p>	<p>Mener une étude socio-anthropologique afin de déterminer les intentions des mères instruites par rapport à leur descendance sur les Mutilations Génitales Féminines dans la région</p> <p>Mener une étude sur le risque ou l'avantage perçu par les femmes portant les mutilations</p>	

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] WORLD HEALTH ORGANISATION . STRATEGIE MONDIALE VISANT A EMPECHER LE PERSONNEL DE SANTE DE PRATIQUER DES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES. 2010 [CITÉ 11 MARS 2022] ; (WHO/RHR/10.9). DISPONIBLE SUR : [HTTPS://APPS.WHO.INT/IRIS/HANDLE/10665/70467](https://apps.who.int/iris/handle/10665/70467)
- [2] LATOURÈS A. GRASPING THE STATE IN ACTION IN SUB-SAHARAN AFRICA. POLICY-MAKING AND APPROPRIATION OF THE FEMALE GENITAL MUTILATIONS' CAUSE IN MALI AND KENYA. [INTERNET] [THESES]. INSTITUT D'ETUDES POLITIQUES DE BORDEAUX ; 2008 [CITE 23 OCT 2019]. DISPONIBLE SUR : [HTTPS://TEL.ARCHIVES-OUVERTES.FR/TEL-00350604](https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00350604)
- [3] UNICEF. CHANGER UNE CONVENTION SOCIALE NEFASTE : LA PRATIQUE DE L'EXCISION/ MUTILATION GENITALE FEMININE, INNOCENTI DIGEST NO. 12. 2005 [CITE 23 OCT 2013] DISPONIBLE SUR : [https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm\\_fr.pdf](https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm_fr.pdf)
- [4] TOUBIA N, IZETT S. LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES : APERÇU DU PROBLEME. GENEVE ; 78 P. 13-16 ; 1998 [CITÉ LE 23 OCT 2019] DISPONIBLE SUR : [HTTP://APPS.WHO.INT/IRIS/BITSTREAM/HANDLE/10665/42150/9242561916\\_FRE.PDF?SEQUENCE=1&ISALLOWED=Y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42150/9242561916_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- [5] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES : INTEGRATION DE LA PREVENTION ET DE LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS LIEES AUX MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES DANS LES PROGRAMMES D'ETUDES EN SOINS INFIRMIERS ET EN SOINS OBSTETRICAUX, GUIDE DU FORMATEUR, 2001 [CITE 23 MARS 2022] DISPONIBLE SUR : <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/membres-55/>
- [6] ANDRO A, LESCLINGAND M. « LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES. ÉTAT DES LIEUX ET DES CONNAISSANCES », POPULATION, 2016/2 (VOL. 71), P. 224-311. DOI : 10.3917/POPU.1602.0224. DISPONIBLE SUR : [HTTPS://WWW.CAIRN.INFO/REVUE-POPULATION-2016-2-PAGE-224.HTM](https://www.cairn.info/revue-population-2016-2-page-224.htm)
- [7] CHAPITRE 13 : DEVELOPPEMENT DE L'APPAREIL URO-GENITAL. EMBRYOLOGIE :15. 2014 [CITE 09 MARS 2022]. DISPONIBLE SUR : [HTTP://CAMPUS.CERIMES.FR/HISTOLOGIE-ET-EMBRYOLOGIE-MEDICALES/ENSEIGNEMENT/EMBRYO\\_13/SITE/HTML/COURS.PDF](http://campus.cerimes.fr/histologie-et-embryologie-medicales/enseignement/embryo_13/site/html/cours.pdf)
- [8] MASSON E. EMBRYOLOGIE DE L'APPAREIL GENITAL FEMININ [INTERNET]. EM-CONSULTE. [CITE 09 MARS 2022]. DISPONIBLE SUR : [HTTPS://WWW.EM-CONSULTE.COM/ARTICLE/1827/EMBRYOLOGIE-DE-L-APPAREIL-GENITAL-FEMININ](https://www.em-consulte.com/article/1827/embryologie-de-l-appareil-genital-feminin)
- [9] ROLE DES CHROMOSOMES DANS LA FORMATION DES GONADES [INTERNET]. [CITE 1 AVR 2022]. DISPONIBLE SUR : [HTTP://SVT4VR.E-MONSITE.COM/PAGES/PREMIERE/FEMININ-MASCULIN-REPRODUCTION/DU-CHROMOSOME-AUX-GONADES.HTML](http://svt4vr.e-monsite.com/pages/premiere/feminin-masculin-reproduction/du-chromosome-aux-gonades.html)

- [10] KAMINA P, DEMONDION X, RICHER JP, SCEPI M ET FAURE JP. ANATOMIE CLINIQUE DE L'APPAREIL GENITAL FEMININ. ENCYCL MED CHIR (EDITIONS SCIENTIFIQUES ET MEDICALES ELSEVIER SAS, PARIS, TOUS DROITS RESERVES), GYNECOLOGIE, 10-A-10, 2003, 28 P.
- [11] ANATOMIE2AN-VULVE.PDF [INTERNET]. [CITE 22 NOV 2020]. DISPONIBLE SUR : [HTTP://UNIV.ENCY-EDUCATION.COM/UPLOADS/1/3/1/0/13102001/ANATOMIE2AN-VULVE.PDF](http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/anatomie2an-vulve.pdf)
- [12] ANATOMIE DU PERINEE.PDF [INTERNET]. [CITE 22 NOV 2020]. DISPONIBLE SUR : [HTTP://WWW.FACMEDUNIVORAN.DZ/RESSOURCES/FICHIERS\\_PRODUIITS/FICHER\\_PRODUIIT\\_2194.PDF](http://www.facmedunivoran.dz/ressources/fichiers_produits/fichier_produit_2194.pdf)
- [13] LIMITED A. TRAITE D'ANATOMIE HUMAINE : ANATOMIE DESCRIPTIVE, HISTOLOGIE, DÉVELOPPEMENT. STOCK PHOTO - ALAMY [INTERNET]. [CITE 1 AVR 2022]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.ALAMY.COM/TRAIT-DANATOMIE-HUMAINE-ANATOMIE-DESCRIPTIVE-HISTOLOGIE-DVELOPPEMENT-URGIEN-QUAND-IL-SAGIT-DE-PRATIQUER-LE-CATHTRISME-DE-LURTHRE-SANS-DCOVRIR-LA-FEMME-3-ORIFICE-INFRIEUR-DU-VAGIN-HYMEN-CET-ORIFICE-PAR-LEQUEL-LE-VAGIN-SOUVREDANS-LE-CANAL-VULVAIRE-DIFFRE-BEAUCOUP-QUANT-SON-ASPECT-EXTRIEUR-SUIVANTQUON-LEXAMINE-CHEZ-LA-FEMME-VIERGE-OU-CHEZ-LA-FEMME-DFLORE-CHEZ-CETTE-DEI-NIRE-SURTOUT-APRS-UN-PREMIER-ACCOUCHEMENT-CEST-UN-ORIFICE-OVALAIRE-GRANDAXE-ANTRO-POSTRIEUR-SUR-LE-POURTOUT-DUQUEL-LA-MUQUEUSE-VAGINALE-SE-CONTINUE-DIRECTEMENT-DUNE-PART-AVEC-LA-MUQUEUSE-DU-IMAGE338499569.HTML](https://www.alamy.com/trait-danatomie-humaine-anatomie-descriptive-histologie-dveloppement-urgien-quand-il-sagit-de-pratiquer-le-cathtrisme-de-lurthre-sans-dcouvrir-la-femme-3-orifice-infrieur-du-vagin-hymen-cet-orifice-par-lequel-le-vagin-souvredans-le-canal-vulvaire-diffre-beaucoup-quant-son-aspect-extrieur-suivant-quon-lexamine-chez-la-femme-vierge-ou-chez-la-femme-dflore-chez-cette-dei-nire-surtout-aprs-un-premier-accouchement-cest-un-orifice-ovalaire-grandaxe-antro-postrieur-sur-le-pourtour-duquel-la-muqueuse-vaginale-se-continue-directement-dune-part-avec-la-muqueuse-du-image338499569.html)
- [14] VULVE (DESCRIPTION ANATOMIQUE ANATOMIQUE) الفرج [INTERNET]. [CITE 10 DEC 2020]. DISPONIBLE SUR : [HTTP://WWW.ALY-ABBARA.COM/LIVRE\\_GYN\\_OBS/TERMES/VULVE.HTML](http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/vulve.html)
- [15] CLIT'INFO | ANATOMIE [INTERNET]. CLIT'INFO. [CITE 10 DEC 2020]. DISPONIBLE SUR : CLIT'INFO | ANATOMIE (ODILEFILLIOD.WIXSITE.COM)
- [16] DYSpareunies : VULVODYNIES ET VESTIBULITE [INTERNET]. SEXOLOGUE. [CITE 1 AVR 2022]. DISPONIBLE SUR : [HTTPS://SEXOBLOGUE.FR/COURS-DE-SEXOLOGIE/LES-DYSFONCTIONS-SEXUELLES/DYSFONCTIONS-SEXUELLES-FEMININES/DYSpareunies-VESTIBULITE](https://sexoblogue.fr/cours-de-sexologie/les-dysfonctions-sexuelles/dysfonctions-sexuelles-feminines/dyspareunies-vestibulite)
- [17] LE SYSTEME REPRODUCTEUR FEMELLE - PPT VIDEO ONLINE TELECHARGER [INTERNET]. [CITE 1 AVR 2022]. DISPONIBLE SUR : [HTTPS://SLIDEPLAYER.FR/SLIDE/1600801/](https://slideplayer.fr/slide/1600801/)
- [18] MASSON E. ANATOMIE [INTERNET]. EM-CONSULTE. [CITE 11 MARS 2022]. DISPONIBLE SUR : [HTTPS://WWW.EM-CONSULTE.COM/ARTICLE/294461/ANATOMIE](https://www.em-consulte.com/article/294461/anatomie)
- [19] COUR F, DROUPY S, FAIX A, METHORST C, GIULIANO F. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA SEXUALITE. PROGRES EN UROLOGIE [INTERNET]. JUILLET 2013 [CITE 10 DEC 2022] ;23(9) :547-61. DISPONIBLE SUR : [HTTPS://LINKINGHUB.ELSEVIER.COM/RETRIEVE/PII/S1166708712006719](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1166708712006719)
- [20] HERODOTE. HISTOIRE D'HERODOTE TRADUITE DU GREC AVEC DES REMARQUES... PAR M. LARCHER. 534 P. 227-229 MUSIER ; 1786 [INTERNET] DISPONIBLE SUR :

[https://books.google.sn/books?id=HMeGReiRNkIC&dq=histoire+d%27H%C3%A9rodote+excision+larcher&hl=fr&source=gbs\\_navlinks\\_s](https://books.google.sn/books?id=HMeGReiRNkIC&dq=histoire+d%27H%C3%A9rodote+excision+larcher&hl=fr&source=gbs_navlinks_s)

- [21] KANDJI, S. "L'EXCISION : DE LA CIRCONSTANCE NEGRO-PHARAONIQUE A LA CLITORIDECTOMIE SEMITO-ORIENTALE : DES SOURCES TRADITIONNELLES ISLAMIKUES." PRESENCE AFRICAINE, NO. 160, PRESENCE AFRICAINE EDITIONS, 1999, PP. 42-54, DISPONIBLE SUR : <HTTP://WWW.JSTOR.ORG/STABLE/24352004>.
- [22] KOUBA LJ, MUASHER J. FEMALE CIRCUMCISION IN AFRICA: AN OVERVIEW. AFRICAN STUDIES REVIEW. [INTERNET]. 1985 [CITE 25 NOV 2021] ;28(1) : 95-110. DISPONIBLE SUR : <HTTPS://WWW.JSTOR.ORG/STABLE/524569>
- [23] CHEIKH ANTA DIOP, NATIONS NEGRES ET CULTURE, PARIS : PRESENCE AFRICAINE ; 2000.P.121-123
- [24] PALAU-MARTI MONTSERRAT. MARCEL GRIAULE ET GERMAINE DIETERLEN. LE RENARD PALE, T. I : LE MYTHE COSMOGONIQUE, FASC, 1 : LA CREATION DU MONDE. IN : REVUE DE L'HISTOIRE DES RELIGIONS, TOME 170, N°1, 1966. PP. 78-82. DISPONIBLE SUR : [https://www.persee.fr/doc/rhr\\_0035-1423\\_1966\\_num\\_170\\_1\\_8385](https://www.persee.fr/doc/rhr_0035-1423_1966_num_170_1_8385)
- [25] CISSE Y. LE SACRIFICE CHEZ LES BAMBARA ET LES MALINKE. SYSTEMES DE PENSEES EN AFRIQUE NOIRE [INTERNET]. 30 MAI 1981 [CITE 8 MARS 2022] ; (5) : 23-60. DISPONIBLE SUR : <https://journals.openedition.org/span/494#:~:text=Les%20diff%C3%A9rents%20sacrifices%20effectu%C3%A9s%20par,ou%20de%20pr%C3%A9server%20les%20valeurs>
- [26] FELLOUS M. SOCIALISATION DE L'ENFANT BAMBARA. JOURNAL DES AFRICANISTES [INTERNET]. 1981 [CITE 8 MARS 2022] ; 51(1) : 201-15. DISPONIBLE SUR : [https://www.persee.fr/doc/jafr\\_0399-0346\\_1981\\_num\\_51\\_1\\_2025](https://www.persee.fr/doc/jafr_0399-0346_1981_num_51_1_2025)
- [27] BERKEY JP. CIRCUMCISION CIRCUMSCRIBED: FEMALE EXCISION AND CULTURAL ACCOMMODATION IN THE MEDIEVAL NEAR EAST (EXCERPT). INTERNATIONAL JOURNAL OF MIDDLE EAST STUDIES [INTERNET]. 2008 [CITÉ 11 MARS 2022];40(4): 535-40. DISPONIBLE SUR: <HTTPS://WWW.JSTOR.ORG/STABLE/40206000>
- [28] NO PEACE WITHOUT JUSTICE – GENDER & HUMAN RIGHTS PROGRAM AL-AWWA SM. FEMALE CIRCUMCISION FROM ISLAMIC PERSPECTIVE BY THE SECRETARY GENERAL OF THE WORLD UNION OF THE MUSLIM ULEMAS - DJIBOUTI, 2-3 FEBRUARY 2005 [INTERNET] DISPONIBLE SUR : <HTTP://WWW.NPWJ.ORG/FGM/SUB-REGIONAL-CONFERENCE-FEMALE-GENITAL-MUTILATION-TOWARDS-A-POLITICAL-AND-RELIGIOUS-CONSENSUS-A-6>
- [29] CHRISTINE BELLAS CABANE. FONDEMENTS SOCIAUX DE L'EXCISION DANS LE MALI DU XXIEME SIECLE. REVUE ASYLON(S) [INTERNET]. OCT 2006 [CITE 26 FEVR 2022] ;(1). DISPONIBLE SUR : <http://www.reseau-terra.eu/article485.html>
- [30] D'EPHESE S., MALADIES DE FEMMES, TOME III TRADUIT DU GREC PAR ANDREE BARGUET, PARIS : GALLIMARD, 1985 (1ERE EDITION ENTRE 445 ET 430 AV. J-C), (COLL FOLIO) DISPONIBLE SUR : [https://ia803103.us.archive.org/22/items/BIUSante\\_21157/BIUSante\\_21157.pdf](https://ia803103.us.archive.org/22/items/BIUSante_21157/BIUSante_21157.pdf)

- [31] RAULIN A., ERLICH M. LA FEMME BLESSEE. ESSAI SUR LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES. IN : L'HOMME, 1989, TOME 29 N°110. PP. 152-155. [EN LIGNE] [HTTPS://WWW.PERSEE.FR/DOC/HOM\\_0439-4216\\_1989\\_NUM\\_29\\_110\\_369132](https://www.persee.fr/doc/hom_0439-4216_1989_num_29_110_369132)
- [32] M. ERLICH, LA CHIRURGIE SEXUELLE EN FRANCE : ASPECTS HISTORIQUES, SEXOLOGIES, VOLUME 16, ISSUE 3, 2007, PAGES 180-188 [EN LIGNE] DISPONIBLE SUR : [HTTPS://WWW.ACTHE.FR/UPLOAD/1446289867-LA-CHIRURGIE-SEXUELLE-EN-FRANCE-ASPECTS-HISTORIQUES.PDF](https://www.acthe.fr/upload/1446289867-LA-CHIRURGIE-SEXUELLE-EN-FRANCE-ASPECTS-HISTORIQUES.PDF)
- [33] GARNIER P. HYGIENE DE LA GENERATION : ONANISME, SEUL ET A DEUX, SOUS TOUTES SES FORMES, ET LEURS CONSEQUENCES. 591P, P128-133 ; 1883. EDITIONS GARNIER & FRERES. DISPONIBLE SUR : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9736243n/f142.item.texteImage>
- [34] MARIE LESCLINGAND. POUR UNE APPROCHE GLOBALE DES PRATIQUES DE MODIFICATIONS GENITALES FEMININES. LES CAS DE L'EXCISION ET DE LA LABIOPLASTIE. 2019. FFHAL-02110298V2F
- [35] MOUSTAPHA SALL, LA CASAMANCE VUE SOUS L'ANGLE DE L'ETHNOARCHEOLOGIE ET DE L'HISTOIRE. IN BULLETIN DE L'INSTITUT FONDAMENTAL D'AFRIQUE NOIRE CHEIKH ANTA DIOP, TOME LVII, SERIE B, SCIENCES HUMAINES, N°1-2, 2015.
- [36] BADJI A. LA PRATIQUE DE L'EXCISION EN CASAMANCE. [INTERNET] [THESES]. UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP ;2004 [CITE LE 11 MARS 2022]. DISPONIBLE SUR : [HTTP://BIBNUM.UCAD.SN/VIEWER.PHP?C=MMOIRES&D=MEML%5F2824](http://bibnum.ucad.sn/viewer.php?c=mmoires&d=meml%5F2824)
- [37] DELLENBORG L. A REFLECTION ON THE CULTURAL MEANING OF FEMALE CIRCUMCISION; EXPERIENCES FROM FIELDWORK IN CASAMANCE, SOUTHERN SENEGAL. IN RETHINKING SEXUALITY IN AFRICA P79-94 [INTERNET] DISPONIBLE SUR: [https://books.google.sn/books?id=R\\_TkAmlCAwoC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.sn/books?id=R_TkAmlCAwoC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- [38] TOMÀS J, KAPLAN A, LE CHARLES M-A. FEMALE GENITAL MUTILATION/CUTTING IN BASSE-CASAMANCE (SENEGAL): MULTIPLE VOICES FROM A PLURAL SOUTH. JOURNAL OF THE ANTHROPOLOGICAL SOCIETY OF OXFORD. 2018; 213:157.
- [39] BOYDEN ET AL. - 2012 – HARMFUL TRADITIONAL PRACTICES AND CHILD PROTECTION.PDF [INTERNET]. [CITÉ 22 FÉVR 2022]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.OHCHR.ORG/DOCUMENTS/HRBODIES/CEDAW/HARMFULPRACTICES/JOBOYDEN-ALULAPANKHURST-YISAKTAFERE.PDF](https://www.ohchr.org/documents/hrbodies/cedaw/harmfulpractices/joboyden-alulapankhurst-yisaktafere.pdf)
- [40] BODDY J. WOMB AS OASIS: THE SYMBOLIC CONTEXT OF PHARAONIC CIRCUMCISION IN RURAL NORTHERN SUDAN. AMERICAN ETHNOLOGIST. 1982 ; 9(4) : 682-98.
- [41] CABANE, B. C. (2008). LA COUPURE, L'EXCISION OU LES IDENTITES DOULOUREUSES. PARIS : DISPUTE.



- [34] PALAU-MARTI MONTSERRAT. MARCEL GRIAULE ET GERMAINE DIETERLEN. LE RENARD PALE, T. I : LE MYTHE COSMOGONIQUE, FASC, 1 : LA CREATION DU MONDE. IN : REVUE DE L'HISTOIRE DES RELIGIONS, TOME 170, N°1, 1966. PP. 78-82.
- [42] TRAORE, L. B. (2008). L'EXCISION AU MALI, MYTHES ET REALITES. BAMAKO.
- [43] LAPRADE P; CITE PAR HOVELAQUE, A. LES NEGRES DE L'AFRIQUE SUD-EQUATORIALE: SENEGAMBIE, GUINEE, SOUDAN, HAUT NIL, PARIS, LE GROSNIER ET BABE, 1889, PAGE 33. DISPONIBLE SUR : [https://books.google.co.mz/books?id=9D5b\\_uQNOQQC&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.mz/books?id=9D5b_uQNOQQC&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false)
- [44] VERGIAT A. M., LES RITES SECRETS DES PRIMITIFS DE L'OUBANGUI, PARIS, L'HARMATTAN, 2EME EDITION, 1981, P.85-90 DISPONIBLE SUR : <https://www.perlego.com/book/3135240/les-rites-secrets-des-primitifs-de-loubangui-pdf>
- [45] DOUMIA T., GROUPES D'AGE ET D'EDUCATION CHEZ LES MALINKE DU SUD DU MALI, PARIS, L'HARMATTAN, 2001, P.100 CONSULTE SUR : <https://ereader.perlego.com/1/book/3143167/3>
- [46] UNICEF. FEMALE GENITAL MUTILATION / CUTTING: A GLOBAL CONCERN. NEW YORK: UNICEF, 2016: 1–4.
- [47] FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE, MUTILATIONS GENITALES FEMININES/EXCISION : BILAN STATISTIQUE ET EXAMEN DES DYNAMIQUES DU CHANGEMENT, UNICEF, NEW YORK, 2016
- [48] JOHNSDOTTER S, ESSÉN B. CULTURAL CHANGE AFTER MIGRATION: CIRCUMCISION OF GIRLS IN WESTERN MIGRANT COMMUNITIES. BEST PRACT RES CLIN OBSTET GYNAECOL 2016; 32:15–25.
- [49] BENDING THE CURVE: FGM TRENDS WE AIM TO CHANGE [INTERNET]. [CITÉ 11 DÉC 2020]. DISPONIBLE SUR : /RESOURCES/BENDING-CURVE-FGM-TRENDS-WE-AIM-CHANGE
- [50] IMPACT OF THE COVIF-19 PANDEMIC ON FAMILY PLANNING AND ENDING GENDER-BASED VIOLENCE, FEMALE GENITAL MUTIALTION AND CHILD MARRIAGE [INTERNET]. [CITÉ 11 DÉC 2020]. DISPONIBLE SUR: /RESOURCES/IMPACT-COVID-19-PANDEMIC-FAMILY-PLANNING-AND-ENDING-GENDER-BASED-VIOLENCE-FEMALE-GENITAL
- [51] HERZBERGER-FOFANA P. DU ROLE DES EXCISEUSES OU MATRONES AFRICAINES DANS LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES : LE CAS DU SENEGAL. PRATIQUES PREJUDICIABLES ET DROITS HUMAINS. :80.
- [52] UNFPA-UNICEF SUR, MUTILATIONS GENITALES, AND ACCELERER LE. "SENEGAL." (2013). [INTERNET]. 2020 [CITE LE 11 DEC 2020]. DISPONIBLE SUR : [HTTPS://WWW.UNFPA.ORG/SITES/DEFAULT/FILES/FGMC\\_SENEGAL\\_FINALFR.PDF](HTTPS://WWW.UNFPA.ORG/SITES/DEFAULT/FILES/FGMC_SENEGAL_FINALFR.PDF)
- [53] AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (ANSD) [SENEGAL], ET ICF. 2018. SENEGAL : ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE CONTINUE (EDS-CONTINUE 2017). ROCKVILLE, MARYLAND, USA : ANSD ET ICF.EDS 2017
- [54] FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE, MUTILATIONS GENITALES FEMININES AU SENEGAL : BILAN D'UNE ETUDE STATISTIQUE, UNICEF, NEW YORK, 2022

- [55] BISHAI D, BONNENFANT Y-T, DARWISH M, ADAM T, BATHIJA H, JOHANSEN E, ET AL. ESTIMATING THE OBSTETRIC COSTS OF FEMALE GENITAL MUTILATION IN SIX AFRICAN COUNTRIES. *BULL WORLD HEALTH ORGAN.* AVR 2010;88(4):281-8.
- [56] TORDRUP D, BISHOP C, GREEN N, PETZOLD M, VALLEJO FR, VOGEL JP, ET AL. ECONOMIC BURDEN OF FEMALE GENITAL MUTILATION IN 27 HIGH-PREVALENCE COUNTRIES. *BMJ GLOB HEALTH* [INTERNET]. 7 JANV 2022 [CITÉ 9 FÉVR 2022];7(2):004512. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PMC/ARTICLES/PMC8744099/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8744099/)
- [57] BEHRENDT A, MORITZ S. POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AND MEMORY PROBLEMS AFTER FEMALE GENITAL MUTILATION. *AM J PSYCHIATRY.* MAI 2005;162(5):1000-2.
- [58] ANDRO A, CAMBOIS E, LESCLINGAND M. LONG-TERM CONSEQUENCES OF FEMALE GENITAL MUTILATION IN AN EUROPEAN CONTEXT: SELF PERCEIVED HEALTH OF FGM WOMEN COMPARED TO NON FGM WOMEN. *SOC SCI MED.* AVR 2014; 106:177-84.
- [59] CARCOPINO X, SHOJAI R, BOUBLI L. FEMALE GENITAL MUTILATION: GENERALITIES, COMPLICATIONS AND MANAGEMENT DURING OBSTETRICAL PERIOD. *J GYNECOL OBSTET BIOL REPROD (PARIS).* SEPT 2004;33(5):378-83.
- [60] RUSHWAN H. FEMALE GENITAL MUTILATION (FGM) MANAGEMENT DURING PREGNANCY, CHILDBIRTH AND THE POSTPARTUM PERIOD. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS* [INTERNET]. 2000 [CITÉ 11 MARS 2022];70(1):99-104. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://ONLINELIBRARY.WILEY.COM/DOI/ABS/10.1016/S0020-7292%2800%2900237-X](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292%2800%2900237-X)
- [61] ALMROTH L, ELMUSHARAF S, EL HADI N, OBEID A, EL SHEIKH MAA, ELFADIL SM, ET AL. PRIMARY INFERTILITY AFTER GENITAL MUTILATION IN GIRLHOOD IN SUDAN: A CASE-CONTROL STUDY. *LANCET.* 30 AOÛT 2005 ;366(9483) :385-91.
- [62] COLLINET P, STIEN L, VINATIER D, LEROY JL. MANAGEMENT OF FEMALE GENITAL MUTILATION IN DJIBOUTI : THE PELTIER GENERAL HOSPITAL EXPERIENCE. *ACTA OBSTETRICIA ET GYNECOLOGICA SCANDINAVICA* [INTERNET]. 2002 [CITE 10 FEVR 2022] ;81(11) :1074-7. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://ONLINELIBRARY.WILEY.COM/DOI/ABS/10.1034/J.1600-0412.2002.811113.X](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/J.1600-0412.2002.811113.X)
- [63] OKONOFUA. THE ASSOCIATION BETWEEN FEMALE GENITAL CUTTING AND CORRELATES OF SEXUAL AND GYNAECOLOGICAL MORBIDITY IN EDO STATE, NIGERIA. *BJOG: AN INTERNATIONAL JOURNAL OF OBSTETRICS & GYNAECOLOGY - WILEY ONLINE LIBRARY* [INTERNET]. 2002 [CITÉ 12 MARS 2022]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://OBYN.ONLINELIBRARY.WILEY.COM/DOI/FULL/10.1111/J.1471528.2002.01550.X?CASA\\_TO\\_KEN=Q3WTMLEPCVIAAAA%3A2TFNPNQAMJSG4IOB5SGYEXN6UQXWBPXSPNJZFO7NW\\_8N0MNXJJSTDPALLW8XJMF\\_INW3HLBLBJXPYLVVNW](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/J.1471528.2002.01550.X?casa_to_ken=Q3WTMLEPCVIAAAA%3A2TFNPNQAMJSG4IOB5SGYEXN6UQXWBPXSPNJZFO7NW_8N0MNXJJSTDPALLW8XJMF_INW3HLBLBJXPYLVVNW)
- [64] FEMALE GENITAL CUTTING AND OBSTETRIC OUTCOME: WHO COLLABORATIVE PROSPECTIVE STUDY IN SIX AFRICAN COUNTRIES. *THE LANCET* [INTERNET]. 3 JUIN 2006 [CITE 15 FEVR 2022] ;367(9525) :1835-41. DISPONIBLE

SUR : [HTTPS://WWW.THELANCET.COM/JOURNALS/LANCET/ARTICLE/PIIS0140-6736\(06\)68805-3/FULLTEXT](https://www.thelancet.com/journals/lanct/article/pii/S0140-6736(06)68805-3/fulltext)

- [65] LE SENEGAL EN LUTTE CONTRE SOI-MEME : LE CONFLIT EN CASAMANCE | NOISE FROM AFRICA [INTERNET]. [CITE 1 AVR 2022]. DISPONIBLE SUR : [HTTPS://NOISEFROMAFRICA.WORDPRESS.COM/2013/03/14/LE-SENEGAL-EN-LUTTE-CONTRE-SOI-MEME-LE-CONFLIT-EN-CASAMANCE/](https://noisefromafrica.wordpress.com/2013/03/14/le-senegal-en-lutte-contre-soi-meme-le-conflit-en-casamance/)
- [66] AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (ANDS) [SENEGAL]. SITUATION ECONOMIQUE ET SOCIALE REGIONALE ZIGUINCHOR 2019. DAKAR, SENEGAL. SEPTEMBRE 2021. [CITE 25 FEVR 2022] DISPONIBLE SUR : [HTTPS://SATISFACTION.ANSD.SN/RESSOURCES/SES/SES-ZIGUINCHOR-2019.PDF](https://satisfaction.ansd.sn/ressources/ses/ses-ziguinchor-2019.pdf)
- [67] AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (ANDS) [SENEGAL]. SITUATION ECONOMIQUE ET SOCIALE REGIONALE SEDHIOU 2019. DAKAR, SENEGAL. SEPTEMBRE 2021. [CITE 25 FEVR 2022] DISPONIBLE SUR : [HTTPS://SATISFACTION.ANSD.SN/RESSOURCES/SES/SES-SEDHIOU-2019.PDF](https://satisfaction.ansd.sn/ressources/ses/ses-sedhiou-2019.pdf)
- [68] AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (ANDS) [SENEGAL]. SITUATION ECONOMIQUE ET SOCIALE REGIONALE KOLDA 2019. DAKAR, SENEGAL. SEPTEMBRE 2021. [CITE 25 FEVR 2022] DISPONIBLE SUR : [HTTPS://SATISFACTION.ANSD.SN/RESSOURCES/SES/SES-KOLDA-2019.PDF](https://satisfaction.ansd.sn/ressources/ses/ses-kolda-2019.pdf)
- [69] AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (ANSD) [SENEGAL]. LES DISPARITES GEOGRAPHIQUES DE L'ACCES AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE AU SENEGAL. ENQUETE-VILLAGES 2000 ET 2009. [INTERNET]. SEPTEMBRE 2011. [CITE 25 FEVR 2022] DISPONIBLE SUR : [HTTP://WWW.ANSD.SN/RESSOURCES/RAPPORTS/ENQUETE\\_VILLAGE\\_2000-2009\\_DISPARITES\\_GEOGRAPHIQUES.PDF](http://www.ansd.sn/ressources/rapports/enquete_village_2000-2009_disparites_geographiques.pdf)
- [70] AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (ANSD) [SENEGAL]. ENQUETE HARMONISEE SUR LES CONDITIONS DE VIE DES MENAGES AU SENEGAL. [INTERNET] SEPTEMBRE 2021. [CITE 25 FEVR 2022] DISPONIBLE SUR : [HTTPS://SATISFACTION.ANSD.SN/RESSOURCES/PUBLICATIONS/RAPPORT-FINAL-EHCVM-VF-SENEGAL.PDF](https://satisfaction.ansd.sn/ressources/publications/rapport-final-ehcvm-vf-senegal.pdf)
- [71] KAPLAN A, FORBES M, BONHOURE I, UTZET M, MARTÍN M, MANNEH M, ET AL. FEMALE GENITAL MUTILATION / CUTTING IN THE GAMBIA : LONG-TERM CONSEQUENCES AND COMPLICATIONS DURING DELIVERY AND FOR THE NEWBORN. INT J WOMENS HEALTH. 2013; 5:323-31
- [72] BALACHANDRAN AA, DUVALLA S, SULTAN AH, THAKAR R. ARE OBSTETRIC OUTCOMES AFFECTED BY FEMALE GENITAL MUTILATION? INT UROGYNECOL J. MARS 2018;29(3):339-44.
- [73] THE GAMBIA 2018 MICS SURVEY FINDINGS REPORT\_ENGLISH.PDF [INTERNET]. [CITÉ 5 MARS 2022]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://MICS-SURVEYS-PROD.S3.AMAZONAWS.COM/MICS6/WEST%20AND%20CENTRAL%20AFRICA/GAMBIA/2018/SURVEY%20FINDINGS/THE%20GAMBIA%202018%20MICS%20SURVEY%20FINDINGS%20REPORT\\_ENGLISH.PDF](https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/mics6/west%20and%20central%20africa/gambia/2018/survey%20findings/the%20gambia%202018%20mics%20survey%20findings%20report_english.pdf)

- [74] GUINEA BISSAU 2018-19 MICS STATISTICAL SNAPSHOTS\_PORTUGUESE.PDF [INTERNET]. [CITE 5 MARS 2022]. DISPONIBLE SUR:  
[HTTPS://MICS-SURVEYS-  
 PROD.S3.AMAZONAWS.COM/MICS6/WEST%20AND%20CENTRAL%20AFRICA/GUINEA-BISSAU/2018-2019/SNAPSHOTS/GUINEA%20BISSAU%202018-19%20MICS%20STATISTICAL%20SNAPSHOTS\\_PORTUGUESE.PDF](https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/mics6/west%20and%20central%20africa/guinea-bissau/2018-2019/snapshots/guinea%20bissau%202018-19%20mics%20statistical%20snapshots_portuguese.pdf)
- [75] GUINEA 2016 MICS\_FRENCH.PDF [INTERNET]. [CITE 5 MARS 2022]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://MICS-SURVEYS-  
 PROD.S3.AMAZONAWS.COM/MICS5/WEST%20AND%20CENTRAL%20AFRICA/GUINEA/2016/FINAL/GUINEA%202016%20MICS\\_FRENCH.PDF](https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/mics5/west%20and%20central%20africa/guinea/2016/final/guinea%202016%20mics_french.pdf)
- [76] HAKIM LY. IMPACT OF FEMALE GENITAL MUTILATION ON MATERNAL AND NEONATAL OUTCOMES DURING PARTURITION. EAST AFR MED J. MAI 2001;78(5):255-8.
- [77] MBACKÉ C, ADONGO P, AKEONGO P, BINKA F. PREVALENCE AND CORRELATES OF FEMALE GENITAL MUTILATION IN THE KASSENA-NANKANA DISTRICT OF NORTHERN GHANA. AFRICAN JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH / LA REVUE AFRICAINE DE LA SANTE REPRODUCTIVE [INTERNET]. 1998 [CITE 24 FEVR 2022];2(2):13-24. DISPONIBLE SUR : [HTTPS://WWW.JSTOR.ORG/STABLE/45120125](https://www.jstor.org/stable/45120125)
- [78] SAGARA S. CONSEQUENCES OBSTETRIQUES DE L'EXCISION AU PAYS DOGON A PROPOS DE 240 CAS. [INTERNET] [THESES] UNIVERSITE DE BAMAKO; 2009 [CITE 28 FEVR 2022] DISPONIBLE SUR : [HTTPS://WWW.KENEYA.NET/FMPOS/THESES/2009/MED/PDF/09M489.PDF](https://www.keneya.net/fmpos/theses/2009/med/pdf/09M489.pdf)
- [79] MUCHENE KW, MAGETO IG, CHEPTUM JJ. KNOWLEDGE AND ATTITUDE ON OBSTETRIC EFFECTS OF FEMALE GENITAL MUTILATION AMONG MAASAI WOMEN IN MATERNITY WARD AT LOITOKITOK SUB-COUNTY HOSPITAL, KENYA. OBSTET GYNECOL INT. 2018;2018:8418234.
- [80] MINSART A-F, N'GUYEN T-S, ALI HADJI R, CAILLET M. MATERNAL INFIBULATION AND OBSTETRICAL OUTCOME IN DJIBOUTI. J MATERN FETAL NEONATAL MED. 2015;28(14):1741-6.
- [81] GEBREMICHEAL K, ALEMSEGED F, EWUNETU H, TOLOSSA D, MA'ALIN A, YEWONDWESSEN M, ET AL. SEQUELA OF FEMALE GENITAL MUTILATION ON BIRTH OUTCOMES IN JUJIGA TOWN, ETHIOPIAN SOMALI REGION: A PROSPECTIVE COHORT STUDY. BMC PREGNANCY CHILDBIRTH [INTERNET]. DÉC 2018 [CITÉ 22 FÉVR 2022]; 18(1):305. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://BMCPREGNANCYCHILDBIRTH.BIOMEDCENTRAL.COM/ARTICLES/10.1186/S12884-018-1937-4](https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1937-4)
- [82] NONTERAH EA, KANMIKI EW, AGORINYA IA, SAKEAH E, TAMIMU M, KAGURA J, ET AL. PREVALENCE AND ADVERSE OBSTETRIC OUTCOMES OF FEMALE GENITAL MUTILATION AMONG WOMEN IN RURAL NORTHERN GHANA. EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH [INTERNET]. 1 JUIN 2020 [CITÉ 10 FÉVR 2022];30(3):601-7. DISPONIBLE SUR : [HTTPS://ACADEMIC.OUP.COM/EURPUB/ARTICLE/30/3/601/5602182](https://academic.oup.com/eurpub/article/30/3/601/5602182)

- [83] GUDU W, ABDULAH M. LABOR, DELIVERY AND POST-PARTUM COMPLICATIONS IN NULLIPAROUS WOMEN WITH FEMALE GENITAL MUTILATION ADMITTED TO KARAMARA HOSPITAL. ETHIOP MED J [INTERNET]. 2017 [CITE 10 FEVR 2022];55(1). DISPONIBLE SUR: [HTTPS://EMJEMA.ORG/INDEX.PHP/EMJ/ARTICLE/VIEW/276](https://emjema.org/index.php/emj/article/view/276)
- [84] YOUNT KM, ABRAHAM BK. FEMALE GENITAL CUTTING AND HIV/AIDS AMONG KENYAN WOMEN. STUDIES IN FAMILY PLANNING [INTERNET]. JUIN 2007 [CITÉ 6 MARS 2022];38(2):73-88. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://ONLINELIBRARY.WILEY.COM/DOI/10.1111/J.1728-4465.2007.00119.X](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1728-4465.2007.00119.x)
- [85] KINUTHIA, ROSEMARY G., "THE ASSOCIATION BETWEEN FEMALE GENITAL MUTILATION (FGM) AND THE RISK OF HIV/ AIDS IN KENYAN GIRLS AND WOMEN (15-49 YEARS). [INTERNET] [THÈSES], GEORGIA STATE UNIVERSITY, 2010. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://SCHOLARWORKS.GSU.EDU/IPH\\_THESSES/98](https://scholarworks.gsu.edu/iph_theses/98)
- [86] CISSE CT, MOREAU JC. HEPATITE B ET GROSSESSE. IN FORMATION PERMANENTE DEVELOPPEMENT ET SANTE [INTERNET]. 08 OCTOBRE 2012. [CITE 6 MARS 2022] DISPONIBLE SUR : [HTTPS://DEVSANTE.ORG/ARTICLES/HEPATITE-B-ET-GROSSESSE](https://devsante.org/articles/hepatite-b-et-grossesse)
- [87] GASIM GI, MURAD IA, ADAM I. HEPATITIS B AND C VIRUS INFECTIONS AMONG PREGNANT WOMEN IN ARAB AND AFRICAN COUNTRIES. THE JOURNAL OF INFECTION IN DEVELOPING COUNTRIES [INTERNET]. 15 AOÛT 2013 [CITÉ 3 AVR 2022];7(08):566-78. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://JDC.ORG/INDEX.PHP/JOURNAL/ARTICLE/VIEW/23949291](https://jdc.org/index.php/journal/article/view/23949291)
- [88] ELMUSHARAF S, ELKHIDIR I, HOFFMANN S, ALMROTH L. A CASE-CONTROL STUDY ON THE ASSOCIATION BETWEEN FEMALE GENITAL MUTILATION AND SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN SUDAN. BJOG: INT J O&G [INTERNET]. AVR 2006 [CITE 6 MARS 2022];113(4):469-74. DISPONIBLE SUR : [HTTPS://ONLINELIBRARY.WILEY.COM/DOI/10.1111/J.1471-0528.2006.00896.X](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2006.00896.x)
- [89] KANE K. PRATIQUE DE L'EXCISION ET MORBI-MORTALITE MATERNELLE ET PERINATALE DANS LE DEPARTEMENT DE RANEROU-FERLO A MATAM (SENEGAL). [INTERNET] [THESES] UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP ; 2013 [CITE LE 1 MARS 2022] DISPONIBLE SUR : [HTTP://BIBNUM.UCAD.SN/VIEWER.PHP?C=THM&D=THM%5F48499](http://bibnum.ucad.sn/viewer.php?c=thm&d=thm%5F48499)
- [90] COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANÇAIS. JOURNAL DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION [INTERNET]. SEPT 2005 [CITE 3 MARS 2022];34(5):513. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://LINKINGHUB.ELSEVIER.COM/RETRIEVE/PII/S0368231505828674](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231505828674)
- [91] LAUGHON SK, BRANCH DW, BEAVER J, ZHANG J. CHANGES IN LABOR PATTERNS OVER 50 YEARS. AM J OBSTET GYNECOL. MAI 2012; 206(5): 419.E1-9.
- [92] ZHANG J, LANDY HJ, WARE BRANCH D, BURKMAN R, HABERMAN S, GREGORY KD, ET AL. CONTEMPORARY PATTERNS OF SPONTANEOUS LABOR WITH NORMAL OUTCOMES. OBSTET GYNECOL. DÉC 2010;116(6):1281-7.
- [93] LARSEN U, OKONOFUA F E. FEMALE CIRCUMCISION AND OBSTETRIC COMPLICATIONS. INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS [INTERNET]. 2002 [CITÉ 10 FÉVR 2022];77(3):255-65. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://ONLINELIBRARY.WILEY.COM/DOI/ABS/10.1016/S0020-7292%2802%2900028-0](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292%2802%2900028-0)

- [94] MILLOGO-TRAORE F, KABA STA, THIEBA B, AKOTIONGA M, LANKOANDE J. PRONOSTIC MATERNEL ET FŒTAL AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LA FEMME EXCISEE. JOURNAL DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION [INTERNET]. 1 JUIN 2007 [CITE 6 MARS 2022];36(4):393-8. DISPONIBLE SUR : [HTTPS://WWW.SCIENCEDIRECT.COM/SCIENCE/ARTICLE/PII/S0368231507001263](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231507001263)
- [95] WISWELL TE, TUGGLE JM, TURNER BS. MECONIM ASPIRATION SYNDROME : HAVE WE MADE A DIFFERENCE? PEDIATRICS. MAI 1990; 85(5):715-21.
- [96] BLACKWELL SC, CARRENO CA, HASSAN SS, MOLDENHAUER J, WOLFE HM, BERRY SM, ET AL. MECONIM STAINING AND MECONIUM ASPIRATION SYNDROME. IS THERE SEASONAL VARIATION? FETAL DIAGN THER. AOUT 2001;16(4):208-10.
- [97] BELINGA E, ESSIBEN F, NDOUA CCN, YAYA FA, TOMPEEN I, FOUMANE P. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, ET THERAPEUTIQUES DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT A LA MATERNITE DE L'HOPITAL REGIONAL DE BERTOUA, CAMEROUN. HEALTH SCI DIS [INTERNET]. 2020 [CITE 6 MARS 2022];21(1). DISPONIBLE SUR : [HTTPS://WWW.HSD-FMSB.ORG/INDEX.PHP/HSD/ARTICLE/VIEW/1729](https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1729)
- [98] WUEST S, RAO L, WYSSMUELLER D, MUELLER MD, STADLMAYR W, SURBEK DV, ET AL. EFFECTS OF FEMALE GENITAL MUTILATION ON BIRTH OUTCOMES IN SWITZERLAND. BJOG: AN INTERNATIONAL JOURNAL OF OBSTETRICS & GYNAECOLOGY. 2009;116(9):1204-9.
- [99] THÉRA T, KOUMA A, TOURÉ M, COULIBALY A, SIMA M, ONGOIBA I, ET AL. COMPLICATIONS OBSTETRIQUES DES MUTILATIONS GENITALES EN MILIEU RURAL MALIEN. JOURNAL DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION [INTERNET]. 1 MARS 2015 [CITE 9 FEVR 2022];44(3):276-9. DISPONIBLE SUR : [HTTPS://WWW.SCIENCEDIRECT.COM/SCIENCE/ARTICLE/PII/S0368231513003682](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231513003682)
- [100] ANIKWE CC, EJKEME BN, OBIECHINA NJ, OKOROCHUKWU BC, OBUNA JA, ONU FA, ET AL. FEMALE GENITAL MUTILATION AND OBSTETRIC OUTCOME : A CROSS-SECTIONAL COMPARATIVE STUDY IN A TERTIARY HOSPITAL IN ABAKALIKI SOUTH EAST NIGERIAI. EUR J OBSTET GYNECOL REPROD BIOL X. JANV 2019;1:100005.
- [101] YASSIN K, IDRIS HA, ALI AA. CHARACTERISTICS OF FEMALE SEXUAL DYSFONCTIONS AND OBSTETRIC COMPLICATIONS RELATED TO FEMALE GENITAL MUTILATION, SUDAN. REPROD HEALTH. 8 JANV 2018;15(1):7.

# ANNEXES

Annexe 1: Fiche d'enquête



## COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES (MGF) CHEZ LES PARTURIENTES EN CASAMANCE : ETUDE MULTICENTRIQUE

REGION MEDICALE DE  DISTRICT DE :

STRUCTURE :  N° FICHE  DATE DE L'EXAMEN

**I. ETAT CIVIL**

1. Numéro d'identification  2. Age  3. Gestité  4. Parité

5. Nombre enfants nés vivants  6. Statut matrimonial

Si mariée, préciser âge au mariage

**7. Adresse (localité habituelle > 6 mois)**

Quartier  Commune

Département  8. Ethnie

9. Mention particulière (ex handicap, nanisme)

10. Niveau d'instruction  11. Occupation de la parturiente

Autre Occupation

12. Profession du conjoint  Autre occupation du conjoint

13. Religion adoptée  Autre religion

**II. DONNEES SUR LA MGF**

14. La parturiente est elle mutilée  15. Si oui, Type de MGF (classe OMS)

16. Dimensions orifice vaginal  17. Savait-elle qu'elle est mutilée

18. Autres lésions périnée (non MGF)  Si oui préciser

### III. CIRCONSTANCES DE LA MGF

19. Localité où la MGF a été pratiquée  20. A quel âge la MGF était elle pratiquée

Préciser l'âge MGF

**pour cette pratique**

19. Raisons évoquées

Socio-culturelles et Ethniques  D'hygiène et esthétiques  Psychologiques ou sexuelles

Religieuses et spirituelles  Economiques  Aucune ou inconnue

Autres raisons évoquées

Préciser  22. Fonction de l'exciseuse

Autre Fonction de l'exciseuse

23. Circonstances de la MGF

Autres Circonstances de la MGF



### III. CONDITIONS D'ADMISSION

24. Mode d'admission  
25. Structure ayant évacué/réfééré  
26. Date évacuation  
27. Heure d'évacuation  
28. Motifs de référence  
29. Modalités de transport  
30. Délais d'admission (temps mi pour accéder la structure/évacuation) : Jours/Heures /Minutes

### V. DONNÉES GROSSESSE (cf carnet)

31. La grossesse était-elle suivie ?  
32. Structure (s) où la grossesse est Suivie  
Case de santé    Poste de santé    Centre de santé    Hôpital    Clinique (Privée)  
33. Personnel(s) qui a (ont) suivi la grossesse  
Infirmier(e)    Sage-femme    Médecin    Gynécologue    Autre à préciser  
34. Nombre de CPN    35. Bilan de routine fait Si oui  
36. Y compris VIH/VHB  
37. Mesures prophylactiques : MILDA/TPI  
**38. Pathologies observées pendant grossesse    Si oui Préciser**

### VI. EXAMEN D'ADMISSION

39. Nombre accouchements normaux    40. Nombre d'extractions instrumentale    Forceps/Ventouse  
41. Césarienne antérieure :    Nombre de césarienne  
Indication fœtale    Indication maternelle    Indication mixte    Césarienne de convenance  
42. Pathologie périnatale antérieure  
43. Dernier poids naissance par voie basse (Grammes)  
44. Type de personnel ayant pris en charge accouchement actuel  
44.1. Infirmier(e)    44.2. Sage-femme    44.3. Médecin    44.4. Gynécologue  
45. Terme actuel de la grossesse  
45.1. Imprécis environ en mois    45.2. Précis en    SA et    jours  
46. Date et heure approximatives de début du travail  
47. Examen général  
47.1. Poids en Kg    47.2. TA    47.3. Taille en cm  
47.4. Pouls en min    47.5. Température en oc  
48. État général  
49. En travail    49.1. Si oui, préciser la phase :  
50. Examen obstétrical    50.1. HU    50.2. BDCF    50.3. Présentation sommet  
50. 4. Autre Examen Obstétrical    51. Bassin    Si anormal, préciser :  
52. Pathologie associée    52.2. Autre pathologie associée

### VII. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

53. Échographie du 3ème trimestre  
54. Scanno/radiopelvimétrie  
55. Dépistage VIH    53.1 Préciser anomalies  
58. Dépistage Rubéole    54.1 Préciser anomalies

- 56. Dépistage Syphilis
- 57. Dépistage Hépatite B
- 59. Dépistage Toxoplasmose
- 62. Rythme des BDCF
  - 62.2 Si BDCF anormal préciser
- 64. Rupture de la poche des eaux
  - 64.1 Heure rupture de poche
- 66. Descente de la Tête
  - 66.1 Descente de la tête
- 67. Modelage de la tête
  - 67.1 Modelage : BSS-/BSS+
- 68. État maternel pendant travail
- 69. Administration d'ocytocine
  - 69.1. Si oui Administration d'ocytocine : indication :
- 70. Mode d'accouchement
- 71. Épisiotomie
- 72. Désinfibulation
- 76. Délivrance /GATPA
- 79. Hémorragie du post partum
- 80. Déchirure périnéale
- 81. Périnéorraphie
- 61. Courbe de dilatation cervicale
  - 61.1 Si courbe anormale, préciser :
- 63. Rythme des contractions
  - 63.1 Si rythme anormal, préciser :
- 65. Aspect du liquide amniotique : Clair/teinté jaunâtre/teinté verdâtre/sanglant
  - 68.1 état maternel si instable
- 70.1 Mode d'accouchement : VB/Césarienne/Forceps/Ventouse
  - 71.1. Épisiotomie Si oui indication :
- 73. Durée 1<sup>ère</sup> phase
- 74. Durée 2<sup>ème</sup> phase
- 75. Durée expulsion
- 77. État Maternel post partum immédiat
- 78. Troubles maternels
  - 78.1 État de choc 78.2 Anémie 78.3 HTA 78.4 Oligo-anurie 78.5 Autres

60. Le partogramme est-il réalisé ?

- 82.3 Anesthésie LR 82.4 Antibiotiques
- 82.5 Anticonvulsivant
- 82.8 Compressions 82.9 Chirurgie d'hémostase
- 84. Nouveau-né : pois (grammes) 84. Nouveau-né : sexe
- 84. Vivant APGAR M1 84. Vivant APGAR M5 84. Mort-né
- 86. Asphyxie périnatale

87. Etat néonatal post partum : Stable  87.2. Etat néonatal : Évacuation

87.3. Etat néonatale : Complications

87.4 Si Oui, préciser complication

88. Traumatisme obstétrical NNé  88.1. Traumatisme obstétrical NNé, si oui

89. Infection néonatale  90. Décès périnatal

90.1 Décès périnatal si oui préciser

92. Soins dispensés à la mère

91. Mère  91.1. Si avec séquelles / complications Préciser

92.1. Contraception  92.2. Fer ac folique  92.3. Dépistage (VIH, VHB...)  92.4. Consultation spécialisée et pec

92.5. Autres soins dispensés à la mere

93. Soins dispensés à l'enfant

93. Enfant  93.1. Si avec séquelles / complications Préciser

94.1. PEV  94.2. Prévention VIH PTME  94.3. Sero-vaccination VHB  94.4. Consultation pédiatrique et pec

94.5 Autres soins dispensés à l'enfant

95. Observations particulières pendant le remplissage de ce questionnaire



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**Titre de l'étude : Étude sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) des professeurs(es) et étudiants(es) de l'UFR de Sciences de la Santé (UFR-2S) de l'Université Assane Seck de Ziguinchor en matière de mutilation génitale féminine**

### Lettre de Consentement libre et éclairé

Madame, Mademoiselle /Monsieur,

Vous avez été sélectionné pour participer à notre étude visant à comprendre les connaissances, attitudes et pratiques des étudiants(es) et professeurs(es) en santé en relation à la problématique des MGF.

Veuillez lire (ou vous faire lire) attentivement la lettre d'information qui vous a été remise afin de prendre connaissance des modalités de l'étude.

Il est important que vous preniez connaissance du déroulement de l'étude et de l'enquête CAP qui sera effectué. La lettre d'information est obligatoire pour votre information et nécessaire pour vous permettre de prendre votre décision sur la participation à cette étude de façon libre et éclairée.

Notre équipe reste à votre disposition pour vous donner tout complément d'information que vous jugeriez nécessaire.

**Je soussignée, Madame, Mademoiselle/Monsieur.....**

Certifie avoir pris connaissance de la lettre d'information de l'étude qui sera réalisée par.....  
et avoir reçu des réponses satisfaisantes à mes questions concernant cette étude.

Ma décision de participer à l'étude, matérialisée par ma signature ci-dessous, est volontaire et gratuite.

Le.....

Signature précédée de la mention « lue et approuvée »

*Annexe 3: Liste des structures de santé SONUB*

1. Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor
2. Hôpital de la paix (Ziguinchor)
3. District Sanitaire de Ziguinchor
4. Poste de Santé de Santhiaba (Ziguinchor)
5. Poste de Santé de Néma (Ziguinchor)
6. Poste de Santé de Lindiane (Ziguinchor)
7. Poste de Santé de Kandialang (Ziguinchor)
8. Centre de Santé d'Oussouye (Département d'Oussouye)
9. Poste de Santé de Diembering (Département d'Oussouye)
10. Poste de Santé de Cabrousse (Département d'Oussouye)
11. Poste de Santé d'Elinkine (Département d'Oussouye)
12. Poste de Santé de Mlomp (Département d'Oussouye)
13. Poste de Santé de Loudia Wolof (Département d'Oussouye)
14. Centre de Santé de Bignona (Département de Bignona)
15. Centre de Santé de Thionk Essyl (Département de Bignona)
16. Centre de Santé de Diouloulou (Département de Bignona)
17. PS Tangori Transgambienne (Département de Bignona)
18. PS Badionkoto (Département de Bignona)
19. Hôpital régional de Sédhiou (Département de Sédhiou)
20. Centre de Santé de Sédhiou (Département de Sédhiou)
21. Poste de Santé de Marsassoum (Département de Sédhiou)
22. Poste de Santé d'Oudoucar (Département de Sédhiou)
23. Poste de Santé Diendé (Département de Sédhiou)
24. Centre de Santé Bounkiling (Département de Bounkiling)
25. Poste de Santé de Dembo Diassy (Département de Sédhiou)
26. Centre de Santé de Goudomp (Département de Goudomp)
27. Poste de Santé Samine (Département de Goudomp)
28. Poste de Santé Medina Wandifa (Département de Bounkiling)
29. Hôpital régional de Kolda (Département de Kolda)
30. Centre de Santé de Kolda (Département de Kolda)
31. Centre de Santé DE Vélingara (Département de Vélingara)
32. Poste de Santé de Diaobé (Département de Vélingara)
33. Centre de Santé de Medina Yoro Foula (Département de Médina Yoro Foula)
34. Poste de Santé Fafacourou (Département de Médina Yoro Foula)

# SERMENT D'HIPPOCRATE

“ En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

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

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont 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.

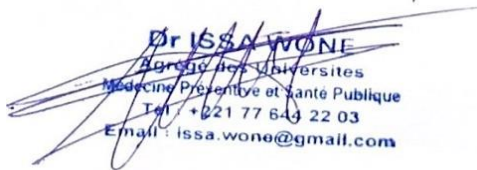
Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

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

## PERMIS D'IMPRIMER

---

Vu :

  
Dr ISSA WONE  
Bureau des Universités  
Médecine Préventive et Santé Publique  
Tel : +221 77 643 22 03  
Email : issa.wone@gmail.com

Le Directeur de Thèse

Le Directeur de l'UFR

**Analyse rétrospective des complications obstétricales liées aux mutilations féminines en  
Casamance (Sénégal) (Thèse Méd : Ziguinchor, 2022, N°47)**

---

**Résumé**

**Objectif :** Les Mutilations Génitales Féminines sont des pratiques qui n'apportent pas d'avantages sur le plan médical. L'objectif général de notre étude était d'évaluer les conséquences de la pratique sur la marche de l'accouchement et du post-partum.

**Patientes et Méthodes :** Nous avons mené une étude de cohorte rétrospective, multicentrique, sur une période de 7 mois s'étendant de Juin 2019 à Décembre 2019. L'unité statistique était une parturiente à terme portant une grossesse mono-fœtale non compliquée sans dystocie identifiée. Nous avons opté pour une méthodologie analytique et comparative afin d'obtenir des résultats d'une fiabilité satisfaisante.

**Résultats :** Nous avons recruté 794 parturientes durant la période d'étude, avec une prévalence de 64,23%. Le profil le plus rencontré était celui d'une parturiente d'environ 25,9 ans, portant une mutilation de type I ou II, mariée, paucigeste et paucipare, ayant 1 à 2 enfants, résidant en zone rurale, musulmane, d'ethnie peulh, mandingue ou diola, instruite mais sans emploi. Parmi les parturientes mutilées, la majorité évoquait des raisons socio-culturelles pour justifier la pérennité de la pratique. L'opération se déroulait le plus souvent en groupe, sans cérémonie, et la majorité ignorait l'âge au moment de l'opération. La quasi-totalité des parturientes avaient bénéficié d'au moins 4 CPN de qualité, réalisées par des sage-femmes. Les parturientes enquêtées présentaient un état hémodynamique stable et avaient toutes accouché par voie basse avec une petite proportion d'aide à la ventouse. Leur accouchement avait été pris en charge par un personnel qualifié. Les antécédents obstétricaux ainsi que les données des examens général et obstétrical étaient comparables dans les deux groupes. La durée du travail avait été similaire dans les 2 groupes sans lien statistiquement significatif. Le modelage de la tête présentait un OR à 2,4 en faveur des parturientes mutilées. Les complications du postpartum à type d'hémorragies et de déchirures avaient été rencontrées majoritairement chez les parturientes mutilées sans liaison statistiquement significative. Les parturientes mutilées présentaient un risque infectieux car elles avaient 5,4 fois plus le risque de se voir prescrire une antibiothérapie. Nous n'avons pas noté de lien statistiquement significatif entre la présence de mutilation chez la mère et la survenue d'asphyxie périnatale, de traumatisme, ou de décès chez le nouveau-né. Par ailleurs, le refus de la contraception était 1,8 fois plus fréquent chez les parturientes mutilées.

**Conclusion :** Les facteurs socio-démographiques liés à la Mutilation Génitale Féminine se dessinent bien au décours de cette étude. Les complications sont à redouter, cependant elles sont palliées lorsque l'accouchement est pris en charge par un personnel qualifié.

---

**Mots-clés :** Mutilation Génitale Féminine, Complications obstétricales, Casamance