

LISTE DES ABREVIATIONS

AMH :	Hormone Antimüllérienne
CPN :	Consultation Périnatale
CSPMS :	Centre de Santé Phillipe Maguilén Senghor
EDS :	Enquête Démographique et Santé
FCS :	Fausse Couche Spontanée
GATPA :	Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement
GEU :	Grossesse Extra Utérine
HRP :	Hématome Rétro Placentaire
HTA :	Hypertension Artérielle
HTAG :	Hypertension Artérielle Gravidique
ICP :	Infirmier Chef de Poste
IEC :	Information Education Communication
MAP :	Menace d'Accouchement Prématuro
MFIU :	Mort Fœtale In Utéro
MGF :	Mutilation Génitale Féminine
MSF :	Mutilation Sexuelle Féminine
MST :	Maladie Sexuellement Transmissible
OGE :	Organes Génitaux Externes
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
RCIU :	Retard de Croissance Intra Utérin
RPM :	Rupture Prématuroe des Membranes
SFA :	Souffrance Fœtale Aigue
UNESCO :	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la culture
VIH :	Virus de l'Immunodéficiencio Humaine



SOMMAIRE

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Organes génitaux externes au stade indifférencié	6
Figure 2 : Différentes étapes de la différenciation masculine ou féminine.....	8
Figure 3 : Organes génitaux externes chez une femme en position gynécologique	11
Figure 4 : Corps érectiles chez la femme	13
Figure 5 : Muscles superficiels du périnée en position gynécologique	13
Figure 6 : Lymphatiques du clitoris en coupe sagittale	15
Figure 7 : Vascularisation et innervation de la vulve en position gynécologique	16
Figure 8 : Mutilation génitale féminine de type I.....	19
Figure 9 : Mutilation génitale féminine de type II	19
Figure 10 : Mutilation génitale féminine de type III	20
Figure 11 : Mutilation génitale féminine de type IV	21
Figure 12: Proportion de femmes de 15 à 49 ans ayant subi des MGF en Afrique	36
Figure 13: Multiples chéloïdes vulvaires compliquant une MGF	43
Figure 14: Kyste dermoïde compliquant une MGF	44
Figure 15: Les difficultés à l'accouchement selon l'existence ou non d'infibulation	50
Figure 16: Temps opératoire d'une exérèse tumorale	54
Figure 17: Carte géographique du Sénégal	56
Figure 18: Ancien poste de santé de Ranérou.....	60
Figure 19: Nouveau centre de santé de référence de Ranérou.....	60
Figure 20: Un moyen de transport de la commune de Ranérou.....	60

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 :	Répartition des patientes selon l'âge	66
Graphique 2 :	Répartition des patientes selon la situation matrimoniale	67
Graphique 3 :	Répartition des patientes selon l'ethnie	68
Graphique 4 :	Répartition des patientes selon l'adresse	68
Graphique 5 :	Répartition des patientes selon la profession du mari	69
Graphique 6 :	Répartition des patientes selon la gestité	70
Graphique 7 :	Répartition des patientes selon la parité	70
Graphique 8 :	Répartition des patientes selon les antécédents médicaux.....	71
Graphique 9:	Répartition des patientes selon les antécédents gynéco-obstétricaux.....	72
Graphique 10:	Répartition des patientes selon le type de mutilation	72
Graphique 11:	Répartition des parturientes selon l'issue de la grossesse	74
Graphique 12:	Répartition selon le mode de transport	75
Graphique 13:	Répartition selon le niveau de la présentation au moment de la rupture des membranes pendant le travail	75
Graphique 14:	Répartition selon la durée de travail dans la structure.....	77
Graphique 15:	Répartition selon l'existence de dystocie	77
Graphique 16:	Répartition selon le mode de délivrance.....	78
Graphique 17:	Répartition des déchirures périnéales selon le type de MGF.....	79
Graphique 18:	Répartition selon la durée du séjour hospitalier	81
Graphique 19:	Répartition selon le type d'infection	81
Graphique 20:	Répartition selon le type de mort né.....	83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I :	Prévalence des MSF dans les pays africains où elles sont Pratiquées	37
Tableau II :	Les complications de la grossesse chez une femme mutilée.....	47
Tableau III :	Relation entre la durée du travail et l'existence d'excision.....	84
Tableau IV :	Relation entre la durée du séjour hospitalier et l'existence d'excision.....	84
Tableau V :	Relation entre la présence d'une dystocie et l'existence d'excision.....	85
Tableau VI :	Relation entre la survenue de déchirure périnéale et l'existence d'excision	85
Tableau VII :	Relation entre la survenue de déchirure périnéale et le type d'excision.....	86
Tableau VIII :	Relation entre la pratique de l'épisiotomie et la présence d'une MGF.....	86
Tableau IX :	Relation entre la survenue de complications infectieuses et la présence de MGF	87
Tableau X :	Relation entre la survenue de complications hémorragiques et la présence de MGF	87
Tableau XI :	Relation entre l'existence de douleur pelvienne et la présence de MGF.....	88
Tableau XII :	Relation entre l'existence de douleur pelvienne et le type d'excision.....	88
Tableau XIII :	Relation entre la survenue de décès néonataux et l'existence d'excision	89
Tableau XIV :	Relation entre la survenue de souffrance fœtale aigue et l'existence d'excision	89
Tableau XV :	Relation entre la survenue de complications globales et la présence de MGF	90

INTRODUCTION	1
Première partie : Revue de la littérature	5
1. RAPPELS	6
1.1. RAPPEL EMBRYOLOGIQUE	6
1.2. RAPPEL ANATOMIQUE.....	9
1.2.1. Les structures anatomiques	9
1.2.2. Les structures érectiles	11
1.2.3. La vascularisation et l'innervation.....	14
1.2.3.1. La vascularisation.....	14
1.2.3.2. L'innervation.....	16
1.3. RAPPEL PHYSIOLOGIQUE.....	17
2. MUTILATIONS GENITALES FEMININES	18
2.1. DEFINITION – CLASSIFICATION	18
2.2. HISTORIQUE DE L'EXCISION	22
2.2.1. Terminologie	22
2.2.2. Concepts de la circoncision féminine et masculine	23
2.2.3. Origine et pratique de l'excision	24
2.2.3.1. Origine de l'excision	24
2.2.3.2. Age de l'excisée	25
2.2.3.3. Déroulement de l'intervention	26
2.2.3.3.1. Préparation à l'intervention.....	26
2.2.3.3.2. Instruments utilisés	26
2.2.3.3.3. Les exécutants	27
2.2.3.3.4. Lieu de la pratique	27
2.2.3.3.5. Technique proprement dite.....	28
2.2.4. Raisons de la pratique des mutilations génitales féminines	29
2.2.4.1. Les raisons psycho-sexuelles	29
2.2.4.2. Les raisons socio-culturelles	30
2.2.4.3. Les raisons sanitaires et esthétiques	32
2.2.4.4. Les raisons religieuses	32
2.3. EPIDEMIOLOGIE DE L'EXCISION.....	33
2.3.1. Répartition géographique	33

2.3.2. Prévalence	34
2.3.3. Cas du Sénégal	38
3. COMPLICATIONS DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES SUR LA SANTÉ MATERNELLE ET PERINATALE.....	39
3.1. AU PLAN PSYCHOLOGIQUE	40
3.2. AU PLAN PHYSIQUE.....	41
3.2.1. Complications à court terme	41
3.2.2. Complications à moyen et long terme	43
3.2.2.1. Les problèmes cicatriciels.....	43
3.2.2.2. Les complications hémorragiques	44
3.2.2.3. Les complications urologiques	44
3.2.2.4. Les complications gynécologiques.....	45
3.2.2.5. Les complications obstétricales	46
3.2.2.5.1. Pendant la grossesse.....	46
3.2.2.5.2. Pendant le travail	48
3.2.2.5.3. Au cours de la parturition.....	48
3.2.2.5.4. Pendant le post-partum	51
3.2.2.5.4.1. Chez la mère.....	51
3.2.2.5.4.2. Chez le nouveau-né	51
4. CHIRURGIE REPARATRICE	52
4.1. Chirurgie plastique reconstructrice du clitoris	52
4.2. La désinfibulation	53
4.3. Chirurgie réparatrice d'une tumeur clitoridienne post excision	53
Deuxième partie : Notre travail.....	55
1. CADRE DE L'ETUDE	56
1.1. LA REGION DE MATAM.....	56
1.2. LE DEPARTEMENT DE RANEROU.....	57
1.2.1. La population.....	57
1.2.2. Les infrastructures sanitaires	58
1.2.3. Le personnel	58
2.OBJECTIFS DE L'ETUDE	61
2.1. OBJECTIF GENERAL.....	61
2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	61

3. METHODOLOGIE.....	62
3.1. TYPE D'ETUDE.....	62
3.2. POPULATION D'ETUDE	62
3.3. ECHANTILLONNAGE	62
3.3.1. Unité statistique	62
3.3.2. Critères d'inclusion.....	62
3.3.3. Critères de non inclusion.....	62
3.3.4. Taille de l'échantillonnage	63
3.4. OUTILS ET METHODES DE COLLECTE DE DONNEES	63
3.4.1. Outils de collecte de données	63
3.4.2. Méthodes de collecte des données	64
3.4.3. Paramètres étudiés	65
3.5. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES	65
4. RESULTATS	66
4.1. RESULTATS QUANTITATIFS.....	66
4.1.1. Etude descriptive	66
4.1.1.1. Caractéristiques générales des parturientes	66
4.1.1.1.1. Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques	66
4.1.1.1.2. Caractéristiques cliniques.....	71
4.1.1.2. Evolution de la grossesse.....	73
4.1.1.2.1. Suivi de la grossesse	73
4.1.1.2.2. Issue de la grossesse	74
4.1.1.3. Déroulement de l'accouchement.....	75
4.1.1.4. Complications du post-partum.....	81
4.1.1.5. Devenir du nouveau né	83
4.1.2. Etude analytique	84
4.1.2.1. Relation entre la durée du travail et l'existence d'excision	84
4.1.2.2. Relation entre la durée du séjour hospitalier et l'existence d'excision	84
4.1.2.3. Relation entre la présence d'une dystocie et l'existence d'excision	85
4.1.2.4. Relation entre la présence de déchirure périnéale et l'existence d'excision	85
4.1.2.5. Déchirure périnéale chez les femmes excisées de type I et de type II	86
4.1.2.6. Relation entre la pratique de l'épisiotomie et la présence d'une MGF	86

4.1.2.7. Complications infectieuses chez les femmes excisées et les femmes non excisées	87
4.1.2.8. Relation entre les complications hémorragiques et la présence d'une MGF	87
4.1.2.9. Douleur pelvienne chez les femmes excisées et les femmes non excisées	88
4.1.2.10. Douleur pelvienne chez les femmes excisées de type I et de type II.....	88
4.1.2.11. Décès néonataux chez les femmes excisées et les femmes non excisées.....	89
4.1.2.12. Souffrance fœtale aigue pendant le travail et la présence d'une MGF	89
4.1.2.13. Complications globales rencontrées dans l'étude chez les femmes excisées et les femmes non excisées.....	90
4.2. RESULTATS QUALITATIFS	91
4.2.1. Avantages attribués a l'excision	91
4.2.2. Conséquences négatives de l'excision	92
4.2.3. Risques encourus durant l'excision	93
4.2.4. Pouvoir de décision de l'homme	93
4.2.5. Synthèse	94
5. DISCUSSIONS	95
5.1. LES LIMITES DE L'ETUDE.....	95
5.2. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION.....	95
5.2.1. Aspects sociodémographiques	95
5.2.2. Aspects épidémiologiques et cliniques	97
5.3. EVOLUTION DE LA GROSSESSE	98
5.3.1. Suivi de la grossesse	98
5.3.2. Issue de la grossesse	98
5.4. COMPLICATIONS A L'ACCOUCHEMENT ET AU POST PARTUM	100
5.4.1. A l'accouchement	100
5.4.2. Au post-partum.....	102
5.5. DEVENIR DU NOUVEAU-NE	103
Conclusion	104
Références	109
Annexes	119
ANNEXE I : Typologie des mutilations génitales féminines	
ANNEXE II : fiche d'enquête	
ANNEXE III : guide d'entretien individuel	



INTRODUCTION

La santé de la reproduction constitue un état de bien-être complet, physique, mental et social, en ce qui concerne la fonction et le fonctionnement de l'appareil génital [49]. Cette définition requiert pour l'individu qu'il puisse :

- ✚ mener une vie sexuelle satisfaisante c'est-à-dire saine, agréable et en toute sécurité ;
- ✚ s'informer et accéder à des services de santé de qualité ;
- ✚ être capable d'utiliser la méthode de régulation des naissances de son choix ;
- ✚ décider librement du moment et de la fréquence de sa procréation ;
- ✚ avoir un enfant vivant, sans souffrance fœtale, et morphologiquement normal ;
- ✚ recevoir un soutien et des soins adéquats avant, pendant et après accouchement.

Selon la dernière Enquête Démographique et Santé (EDS V), le taux de décès maternel au Sénégal est estimé à 392 sur 100.000 naissances vivantes [4]. A l'image des régions périphériques du Sénégal, Matam fait partie des zones les plus touchées par cette morbi-mortalité maternelle, pour des raisons multiples. Il s'agit, entre autres, de l'insuffisance de soins obstétricaux d'urgence de base et complets dans les structures de santé, de l'inaccessibilité géographique et/ou financière des populations aux structures de santé, de la sous-utilisation des services de soins de santé maternelle pendant la grossesse et après l'accouchement ; et enfin de la persistance des pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la reproduction et à la santé sexuelle des femmes, y compris les mutilations génitales féminines (MGF).

Les conséquences des mutilations génitales féminines, objet de notre étude, représentent un réel problème de santé sexuelle et de santé de la reproduction.

Elles peuvent être responsables de morbi-mortalité, tant en période gynécologique qu'en période gravidopuerpérale.

Apparues dans la région du Haut Nil à l'époque des pharaons, les mutilations génitales féminines (MGF) se sont répandues en Afrique et au Moyen-Orient. Elles sont actuellement pratiquées principalement dans 28 pays d'Afrique sub-saharienne [52]. Les mutilations génitales féminines (MGF) sont une pratique traditionnelle profondément enracinée dans certaines sociétés [47]. Elles désignent l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes féminins pour des raisons culturelles ou pour d'autres raisons d'ordre non thérapeutique. Elles ont des conséquences graves sur la santé de la reproduction et la santé sexuelle des femmes [43]. Elles sont pratiquées sur des fillettes entre 1 et 5 ans qui n'ont aucun pouvoir de refus et subissent des douleurs atroces et souvent perdent la vie suite à certaines conséquences de cette pratique.

C'est en ce sens que les mutilations génitales féminines constituent, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la pratique traditionnelle la plus dangereuse en matière de santé publique [48].

A travers le monde, les mutilations génitales féminines concernent encore aujourd'hui entre 100 à 140 millions de femmes. On estime à trois millions chaque année le nombre d'enfants à risque de mutilations génitales [52].

Au Sénégal, la pratique de l'excision est assez répandue puisqu'elle concerne 26% des femmes de 15-49 ans. Elle est essentiellement déterminée par l'appartenance ethnique [4].

Dans la région de Matam, la pratique de l'excision dont l'origine est principalement attribuée à la tradition, est ancrée dans les croyances culturelles des populations. La prévalence était estimée à 93% selon l'EDS 2005 [41] et est à 87% selon l'EDS 2011 [4] dans la région de Matam. Le Ferlo de Ranérou, vaste étendue géographique de la région de Matam, est une localité où les populations pratiquent la transhumance. Ainsi, la recherche de pâturage et de points d'eau sont les principales motivations des déplacements cycliques des éleveurs avec leurs épouses et leurs enfants. Dans cette zone, les femmes victimes d'excision, en état de grossesse pratiquent aussi la transhumance, limitant ainsi leur accès aux structures de santé [4, 38].

Dans la perspective de définir les conséquences obstétricales des mutilations génitales féminines, nous avons entrepris cette étude dans la zone du Ferlo de Ranérou, durant la période allant du 01 juin au 31 août 2010. Les objectifs étaient de :

- décrire les caractéristiques sociodémographiques des parturientes dans le District Sanitaire de Ranérou,
- déterminer la proportion de femmes excisées parmi les parturientes,
- déterminer la proportion de femmes excisées ayant présenté des complications obstétricales en cours de grossesse, lors de l'accouchement et dans le post-partum immédiat,
- déterminer la proportion de complications obstétricales en fonction du type d'excision,
- évaluer la perception de l'excision chez les couples vivant dans le département de Ranérou.



PREMIERE PARTIE

REVUE DE LA LITTERATURE

1. RAPPELS

1.1. RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

Le clitoris est souvent considéré chez la femme comme étant le reliquat féminin du pénis. Cependant malgré un développement précoce similaire, le clitoris aura sa propre morphogenèse et n'est en aucun cas un pénis initial. Initialement, tous les embryons présentent, autour de la membrane cloacale, à la suite de la réintégration du mésenchyme extra-embryonnaire, les mêmes formations mésenchymateuses et épithéliales. Au cours du développement du pôle caudal (et non sa régression), le bourgeon génital (ou tubercule), les bourrelets génitaux, et les replis génitaux encadrent et limitent un infundibulum génital qui se situe juste au dessous du sinus uro-génital. L'évolution de ces structures se fait en parallèle avec le cloisonnement du cloaque. C'est ce que l'on appelle « le stade indifférencié » (Figure 1) [36].

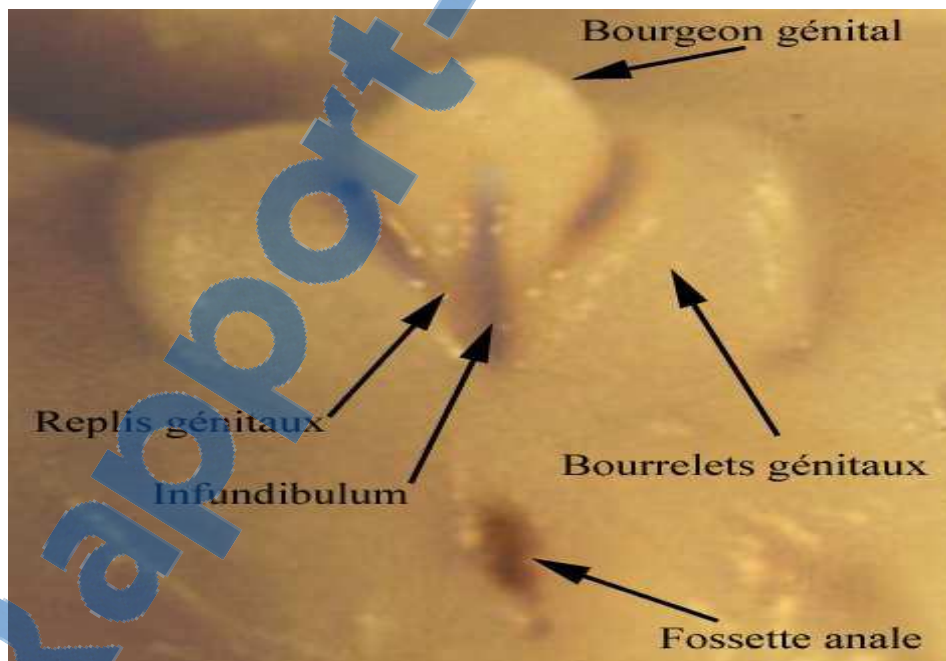


Figure 1 : Organes génitaux externes au stade indifférencié [36]

Dans tous les cas, le tissu spongieux est situé sous les replis génitaux, et non en dedans. C'est entre la huitième et la douzième semaine que l'appareil copulatoire effectue sa différenciation masculine ou féminine (Figure 2) [36].

Dans le sexe masculin, les cellules de Leydig du testicule secrètent des androgènes (qui maintiennent les canaux de Wolff et assurent la croissance du bourgeon génital), et les cellules de Sertoli de l'hormone antimüllérienne ou AMH (qui induit la transformation mésenchymateuse des canaux de Müller et leur classique « disparition »). Les bourrelets génitaux fusionnent et donneront le scrotum, les replis génitaux fourniront le fourreau préputial. Les corps spongieux fusionnent en suivant la migration de l'urètre qui se fait depuis la vessie, ce qui rend compte de leur aspect divergent dans les hypospadias et les états ambigus [36].

Dans le sexe féminin, l'infundibulum reste ouvert et la croissance du pôle caudal de l'embryon permet sa connexion au sinus uro-génital en laissant une trace hyménéale. La croissance des replis se fait vers l'extérieur et donnera les nymphes (ou « petites lèvres ») et le capuchon du clitoris. En l'absence de testostérone, la croissance du bourgeon est faible et il semble se couder en direction de l'infundibulum vulvaire. La figure 2 montre les différentes étapes de la différenciation sexuelle.

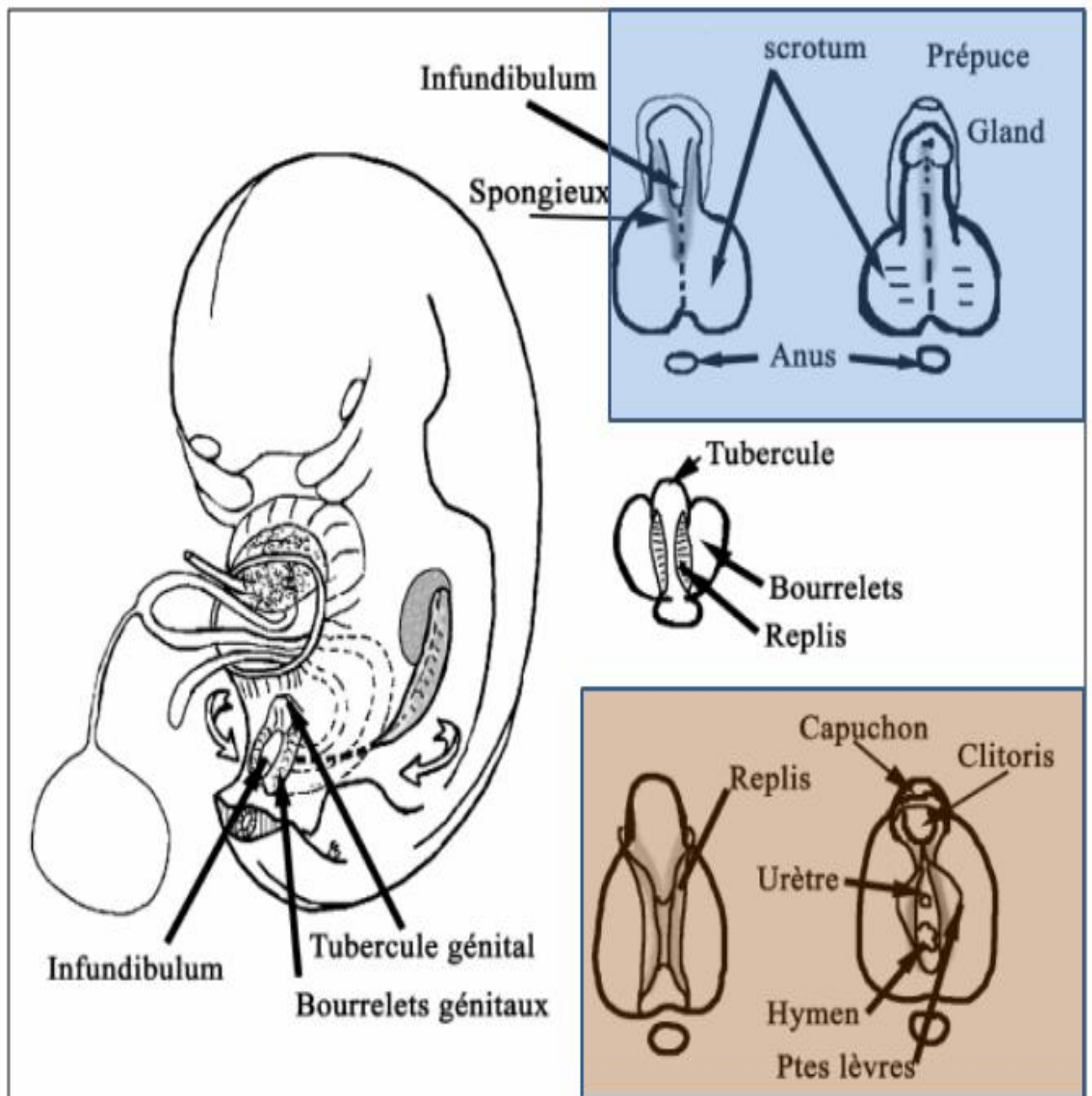


Figure 2: Différentes étapes de la différenciation masculine (en bleu) ou féminine (en marron)
[36]

En résumé, chez le fœtus, le pénis et le clitoris se forment à partir du même bourrelet génital. Au départ, il s'agit exactement des mêmes tissus de sorte que ce qui devient le pénis chez le garçon devient le clitoris chez la fille. La structure de base est donc très semblable ; tant qu'il développe sa double potentialité le fœtus pourrait être de sexe masculin ou féminin. Au début, le fœtus possède tous les traits des 2 sexes. Ainsi, à un certain point de son développement, des hormones et différents facteurs amènent pratiquement l'un des 2 sexes à disparaître. On se retrouve alors avec des organes génitaux externes (OGE) de type masculin ou féminin [24].

1.2. RAPPEL ANATOMIQUE

1.2.1. LES STRUCTURES ANATOMIQUES

L'ensemble des organes génitaux externes de la femme définissent la vulve qui est constituée de plusieurs structures anatomiques (Figure 3) [13] :

- Le mont du pubis (ou mont de Vénus) est une éminence arrondie située au devant de la symphyse pubienne [13].

- Les grandes lèvres sont les replis adipeux de peau placés à la partie externe de la vulve. Elles mesurent en moyenne 8 cm de long et 1,5 cm de large. Les petites lèvres sont les replis muqueux de peau situés en dedans des grandes lèvres. Le rôle des grandes et petites lèvres est de protéger l'orifice vulvaire et les organes génitaux internes [13].

- Le clitoris, dont le terme vient du nom grec «*kleitoris*» signifiant petite surélévation, est un organe érectile et médian présentant une structure anatomique similaire au pénis. Sa partie visible (de 0,5 à 1 cm de diamètre) se situe au sommet des petites lèvres. Il se compose de deux corps caverneux dont la taille varie de 5 à 8 cm

qui se réunissent en un corps cylindrique de 3 cm en moyenne. L'incurvation des corps caverneux forme le genou clitoridien dont seule l'extrémité, le gland clitoridien, est visible. Ce dernier est recouvert partiellement d'un capuchon ou prépuce clitoridien [13]

- Le vestibule est une dépression délimitée par les faces internes des petites lèvres. Il contient l'orifice du vagin et celui de l'urètre [13].

- L'hymen est la membrane qui sépare la vulve du vagin et qui se rompt lors des premiers rapports sexuels. L'hymen est normalement perforé au centre pour permettre le passage du sang menstruel. Mais il est parfois de forme différente : réduit à une collerette, fendu ou criblé de petits orifices [29]. C'est une membrane très souple qui se distend aisément. C'est pourquoi sa valeur comme signe de virginité est relative.

- La vulve est annexée par des glandes vestibulaires qui contribuent à sa lubrification. Les glandes vestibulaires majeures ou glandes de Bartholin sont situées à l'intérieur des grandes lèvres au niveau de la jonction du tiers moyen et inférieur. Les glandes para urétrales ou de Skène se situent de part et d'autre de l'urètre et les glandes vestibulaires mineures à la surface des formations labiales [13].

- Les autres organes génitaux féminins sont internes et composés du vagin, de l'utérus, des trompes de Fallope et des ovaires [13].

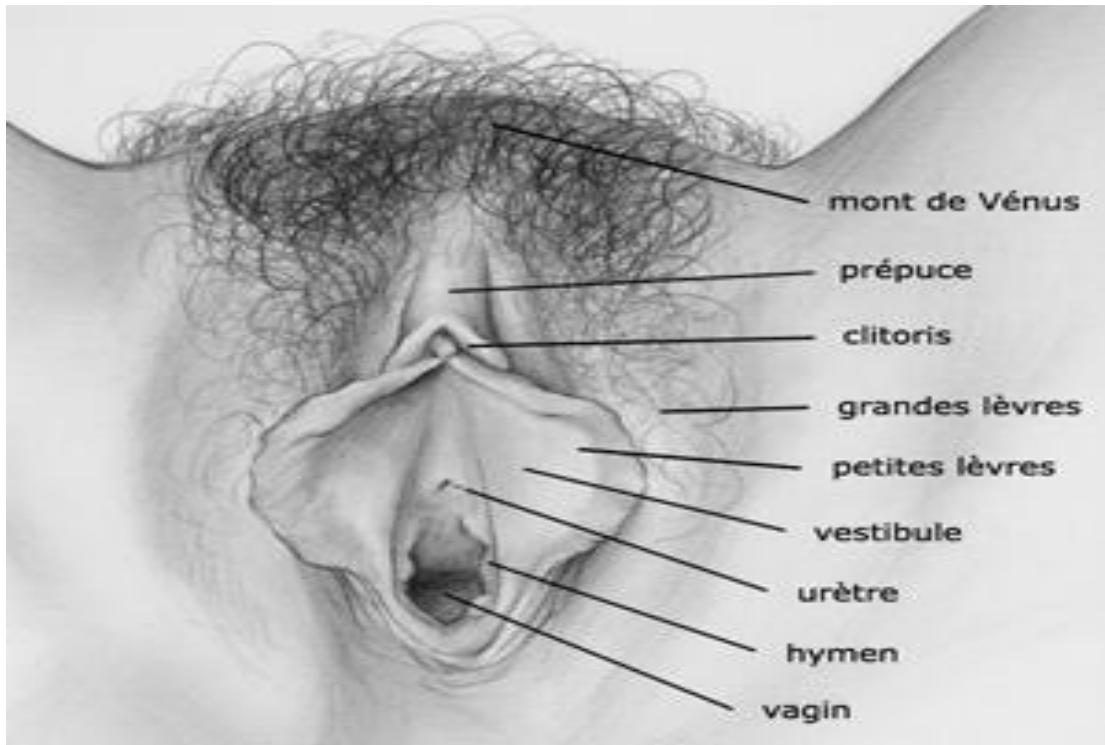


Figure 3: Organes génitaux externes chez une femme en position gynécologique [13]

1.2.2. LES STRUCTURES ERECTILES

Le clitoris se divise en 3 parties : le corps caverneux, le corps du clitoris et le gland. Le clitoris représente avec les bulbes vestibulaires ou corps spongieux, les corps érectiles des organes génitaux externes [36]. Les corps érectiles sont constitués des éléments suivants :

- Le ligament suspenseur du clitoris est annexé à la face centrale du clitoris. Les éléments fibro-élastiques qui le constituent descendent de la ligne blanche (linea alba) et de la symphyse pubienne, et se terminent sur le fascia clitoridien.
- Les muscles périnéaux antérieurs sont des muscles striés puissants. On en distingue trois :

- Le muscle ischio-caverneux
 - Le muscle bulbo-spongieux et
 - le muscle transverse superficiel
- Le muscle ischio-caverneux s'insère sur l'ischion, se dirige en avant et médialement, pour se mélanger aux fibres supérieures du muscle bulbo-spongieux homolatéral. Il recouvre le pilier du clitoris. Lors de sa contraction, il comprime le corps caverneux.
 - Le muscle bulbo-spongieux est un muscle bifide. Il s'insère sur le centre tendineux du périnée, chemine au-dessus des bulbes et se termine par deux faisceaux (supérieur et inférieur) à hauteur du clitoris. Il favorise l'érection du clitoris en comprimant la veine dorsale profonde du clitoris et le bulbe vestibulaire. Il abaisse le clitoris, comprime la glande vestibulaire majeure et rétrécit l'introït vaginal.
 - Le muscle transverse superficiel est inconstant

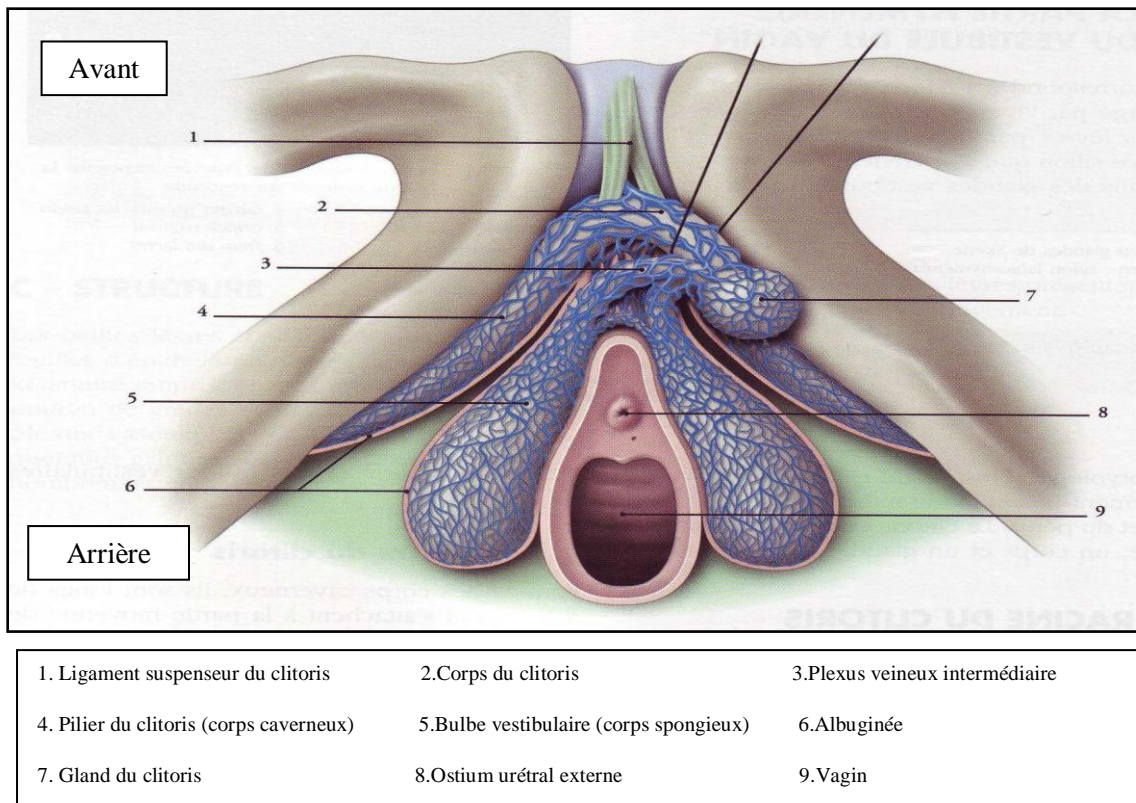


Figure 4 : Corps érectiles chez la femme [36]

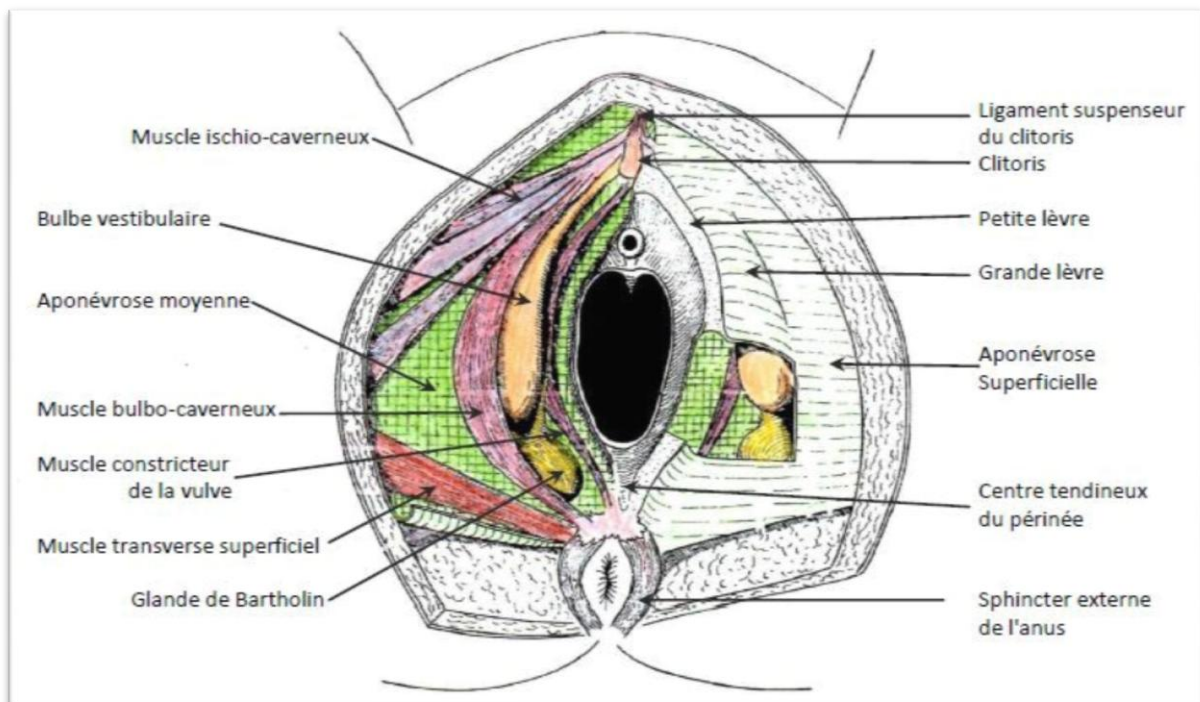


Figure 5 : Muscles superficiels du périnée en position gynécologique [9]

1.2.3. LA VASCULARISATION ET L'INNERVATION

1.2.3.1. LA VASCULARISATION

Plan artériel

La vulve est vascularisée par les artères pudendales externe et interne ainsi que par leurs branches collatérales. La branche inférieure de l'artère pudendale interne donne des rameaux aux muscles transverses du périnée, au sphincter de l'anus et constricteur du vagin puis se termine dans l'épaisseur de la grande lèvre. Le clitoris est vascularisé par l'une des branches de l'artère pudendale interne : c'est l'artère dorsale du clitoris [13, 36].

Plan veineux

Le système veineux est analogue à celui du système artériel (figure 6 et 7). Le réseau veineux est dense, surtout dans les lèvres, où il donne l'apparence d'un tissu caverneux. Le drainage du mont du pubis, du prépuce et de la partie antérieure des lèvres se fait par des veines pudendales externes vers la grande saphène. Le drainage du clitoris, des bulbes vestibulaires et de la partie postérieure des lèvres se fait par des veines pudendales internes [29].

Plan lymphatique

La vulve est recouverte d'un riche réseau lymphatique dont le drainage principal est inguinal (figure 6). Le drainage iliaque interne est accessoire et est rarement concerné dans les envahissements néoplasiques [29]. Le gland et le corps du clitoris se drainent selon deux voies :

- soit par trois ou quatre collecteurs qui traversent la ligne blanche pour rejoindre les lymphonœuds lacunaires ;

- soit par des collecteurs infra-pubiens qui accompagnent la veine dorsale du clitoris pour rejoindre ceux de l'urètre et atteindre les lymphonœuds obturateurs et inter-iliaques.

Les corps caverneux et les bulbes vestibulaires se drainent dans les lymphonœuds iliaques internes par la voie pudendale interne [13, 36].

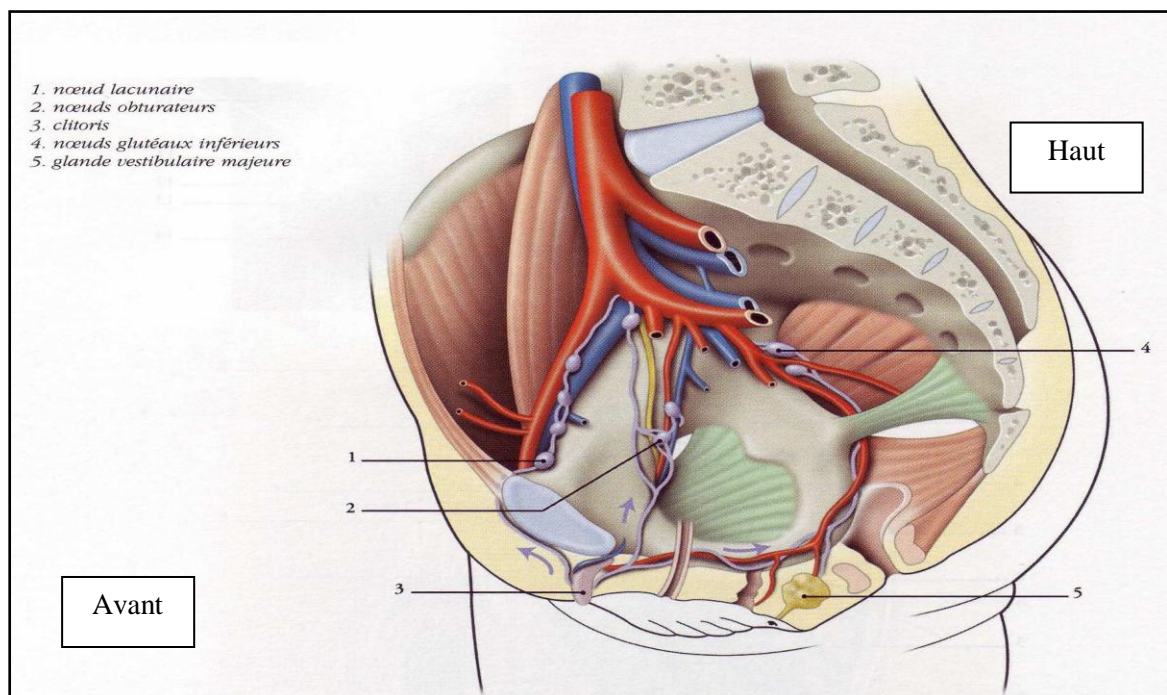


Figure 6 : Lymphatiques du clitoris en coupe sagittale [36]

1.2.3.2. L'INNERVATION

Le plexus pudendal assure l'innervation du périnée. Il est constitué des deuxième, troisième et quatrième racines sacrées. Ce plexus se termine par le nerf pudendal mixte dont les branches terminales innervent les petites et grandes lèvres, le périnée antérieur, les muscles ischio-caverneux et bulbo-caverneux, ainsi que le clitoris [13, 36].

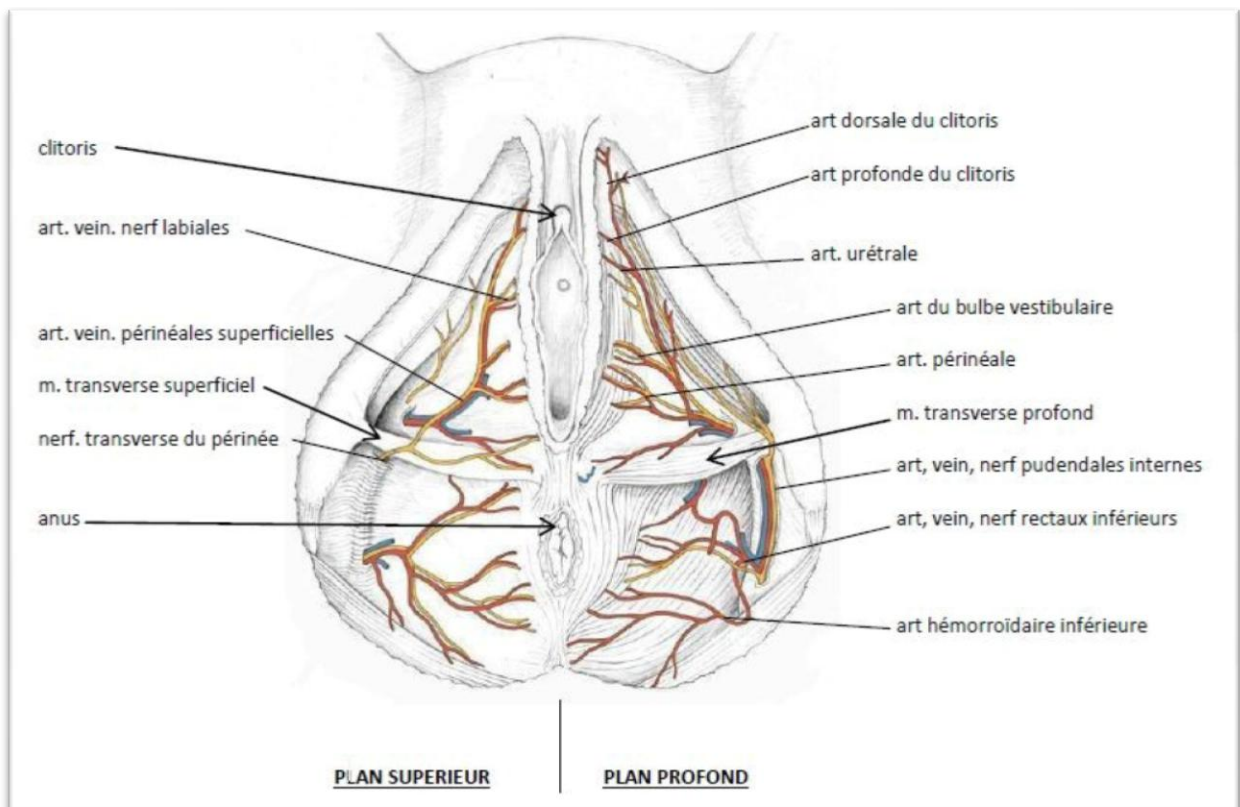


Figure 7 : Vascularisation et innervation de la vulve en position gynécologique [9]

1.3. RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

Le clitoris est l'organe érectile féminin. Lors de l'excitation sexuelle, son volume augmente par afflux sanguin. Il représente une zone érogène majeure, due en partie à la présence de nombreux récepteurs sensoriels appelés corpuscules de Krause-Finger. Le rôle des glandes vestibulaires et para-urétrales est de lubrifier les voies génitales pour faciliter les rapports sexuels [13].

Ce mécanisme est initié par une afférence sensitive suite à une stimulation mécanique du clitoris, ou par la voie psychosomatique à la suite de la stimulation des aires psychiques.

Cette information est véhiculée par le contingent sensitif du nerf dorsal qui par l'intermédiaire du nerf pudendal rejoint les ganglions rachidiens S2, S3 et S4. Ensuite, ces informations sont dirigées vers :

- le cortex somato-sensitif
- les centres médullaires de S2 à S4, point de départ du système parasympathique
- les centres médullaires de T1 à L3, à l'origine des fibres orthosympathiques à destinée pelvienne.

L'activation du système parasympathique augmente le débit de base du flux sanguin dans l'artère clitoridienne, remplissant ainsi les corps caverneux. Mais le système parasympathique est également responsable de la rétention veineuse par fermeture des valves et des coussinets des troncs veineux collecteurs.

Dans le même temps, l'inhibition du système orthosympathique est à l'origine de la myorelaxation des fibres musculaires lisses des corps caverneux.

Au total, l'érection clitoridienne résulte d'une participation vasculaire, végétative et tissulaire. Les stimulations mécaniques se font par des mouvements de va-et-vient aussi bien au moment du coït ou au cours d'une masturbation. Par conséquent, les arcs réflexes sont intermittents, créant une alternance de contraction relaxation des muscles bulbo-spongieux et ischio-caverneux. Cette intermittence est absolument indispensable pour prévenir l'ischémie tissulaire en permettant l'évacuation du sang désoxygéné entre chaque contraction.

L'augmentation de la pression sanguine dans le gland due au système parasympathique ne permet pas à lui seul d'obtenir une érection. De même, une contraction musculaire volontaire des muscles bulbo-spongieux et ischio-caverneux ne permet pas d'obtenir une sensation intense, mais peut aider à initier l'excitation [36].

2. MUTILATIONS GENITALES FEMININES

2.1. DEFINITION – CLASSIFICATION

L'Organisation Mondiale de la Santé définit les mutilations génitales féminines comme : « Toute intervention incluant la lésion ou l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins pour des raisons culturelles, religieuses ou pour toutes autres raisons non thérapeutiques» [47].

En 2007, la typologie de l'Organisation Mondiale de la Santé concernant les mutilations génitales féminines a été modifiée par rapport à celle de 1995 (annexe I), apportant des précisions descriptives aux types I, II, III, IV [47, 17, 52, 10]

1. Clitoris enlevé
2. Petites lèvres
3. Grandes lèvres
4. Orifice vaginal
5. Orifice anal
6. Pubis

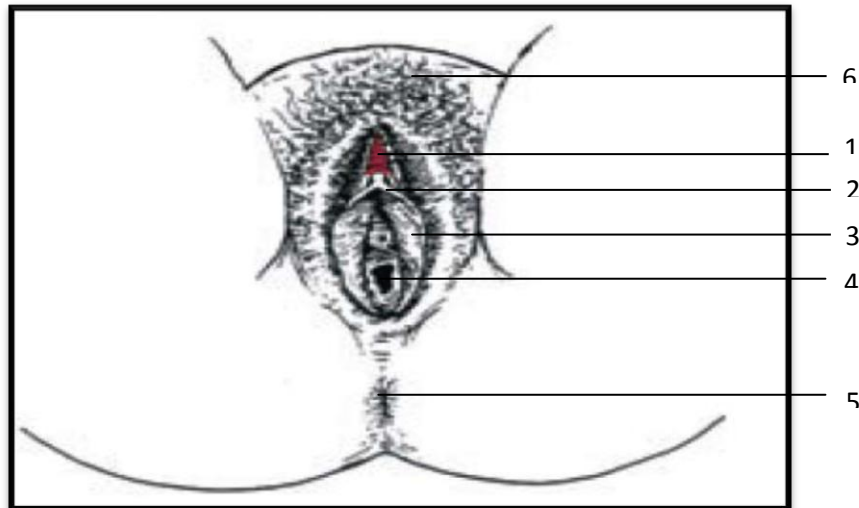


Figure 8 : Mutilation génitale féminine de type I chez une femme en position gynécologique [52]

La clitoridectomie est l'ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce. Lorsque c'est possible, il est important de distinguer les principales formes de mutilation de type I. Les subdivisions sont : type Ia (ablation du prépuce clitoridien uniquement) et le type Ib (ablation du clitoris et du prépuce).

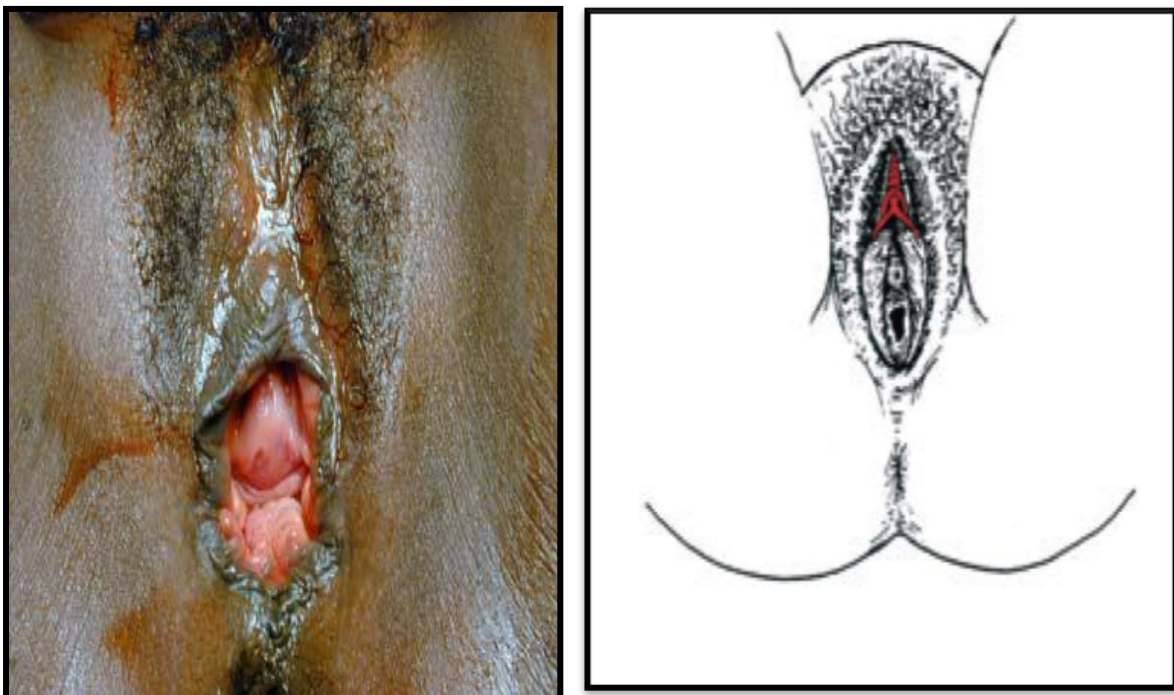


Figure 9 : Mutilation génitale féminine de type II chez une femme en position gynécologique [17]

L'excision consiste en l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres. Les subdivisions ci-après sont proposées : type IIa (ablation des petites lèvres uniquement), type IIb (ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres), type IIc (ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres).

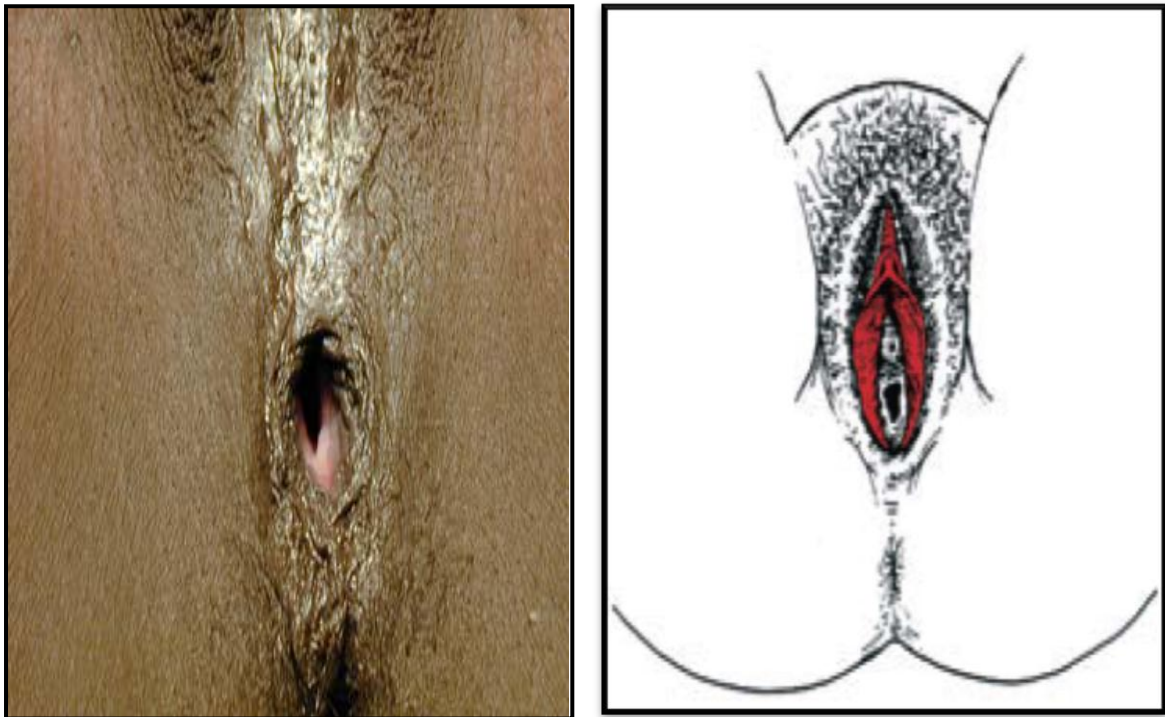


Figure 10 : Mutilation génitale féminine de type III chez une femme en position gynécologique [17]

L'infibulation provoque un rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par ablation et accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris. Le type IIIa est l'ablation et l'accolement des petites lèvres alors que le type IIIb est l'ablation et l'accolement des grandes lèvres.

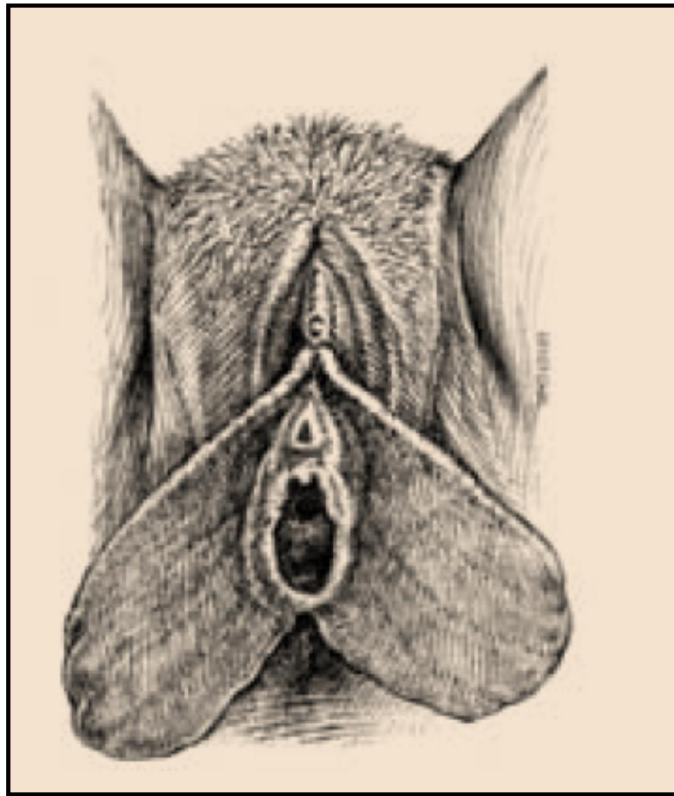


Figure 11 : Mutilation génitale féminine de type IV chez une femme en position gynécologique [10]

Le type IV regroupe toutes les interventions non classées :

- pique, perforation ou incision du clitoris et/ou des petites et grandes lèvres ;
- étirement du clitoris et/ou des lèvres ;
- cautérisation par brûlure du clitoris et du tissu avoisinant ;
- grattage de l'orifice vaginal ou incision du vagin ;
- introduction de substances corrosives ou de plantes dans le vagin pour provoquer des saignements ou pour resserrer ou rétrécir le vagin.

2.2. HISTORIQUE DE L'EXCISION

2.2.1. TERMINOLOGIE

Les mutilations génitales féminines sont des pratiques dénommées sur plusieurs termes selon les langues et les ethnies.

La langue française utilise différents termes pour désigner les mutilations génitales féminines. En règle générale, on parle de circoncision, d'excision et d'infibulation (selon le cas).

La langue arabe utilise le terme « khitan » pour désigner aussi bien la circoncision masculine que féminine. On parle aussi de « taharah » qui signifie purification ; ces mutilations étant supposées purifier ceux qui les subissent [3].

Au Sénégal, plusieurs dénominations sont utilisées selon les ethnies. Chez les Pulaar, le terme « doukhaadé » est utilisé alors que chez les Wolof, on parle de « kharafal » pour la circoncision masculine comme féminine et de « taf » en ce qui concerne l'infibulation.

L'appellation « excision » désignant au sens strict les clitoridectomies, est le terme le plus couramment employé dans la langue française pour parler de mutilations au sens large. Le terme « circoncision féminine » assimile l'excision à la section du prépuce qui recouvre le gland de la verge [30].

Ces termes « circoncision féminine » et « excision » ont été très longtemps utilisés pour désigner les mutilations génitales féminines. Cependant, lors de la conférence régionale du Comité interafricain sur les mutilations génitales à Addis-Abéba en 1990, les délégués ont considéré que ces termes pouvaient prêter à confusion

et ne décrivent pas pleinement la diversité de ces pratiques. Le terme de « Mutilations Génitales Féminines » (MGF) a donc été adopté, désignant les pratiques rituelles, traditionnelles, qui consistent à enlever de façon partielle ou majeure certaines parties des organes génitaux externes féminins [52].

Afin de bien marquer le retentissement de ces mutilations sur la sexualité féminine et de bien mettre en évidence la cible et l'enjeu de ces mutilations, en juin 2004, le terme « génital » a été remplacé par celui de « sexuel » sous l'égide de l'Académie Nationale de Médecine Française [30, 52].

2.2.2. CONCEPTS DE LA CIRCONCISION FEMININE ET MASCULINE

La circoncision provoque un débat public passionné un peu partout dans le monde. Plusieurs organisations nationales, non gouvernementales et internationales s'y intéressent. Les milieux féministes réclament son abolition chez la femme alors que certains milieux religieux en particulier musulmans essaieraient, le plus souvent, de justifier la circoncision seulement sous la forme dite « sunna », jugée conforme à la tradition du prophète Muhammad (PSL) [3, 40].

La distinction qui est faite entre la circoncision masculine et la circoncision féminine se justifierait pour des raisons médicales et culturelles. D'après certains auteurs [30, 39, 40, 44], il n'y a pas de similitude sur la circoncision selon le sexe. Si chez les garçons, un concept prophylactique est avancé dans presque toutes les sociétés, chez les filles le but principal est d'atténuer sinon de réprimer, le désir sexuel.

Lors du séminaire de l'Organisation des Nations Unies (ONU) à Ouagadougou en 1986, il est ressorti que les justifications de la circoncision féminine tirées de la

cosmogonie et de la religion « doivent être assimilées à de la superstition et dénoncées comme telle » [44] puisque ni la bible ni le coran n'indiquent que les femmes doivent être excisées. L'ONU a recommandé de faire en sorte de dissocier, dans l'esprit des personnes, la circoncision masculine qui a une fonction hygiénique, de l'excision qui est une atteinte grave à l'intégrité physique de la femme [44, 45].

2.2.3. ORIGINE ET PRATIQUE DE L'EXCISION

2.2.3.1. ORIGINE DE L'EXCISION

Il apparaît difficile de dater avec précision l'époque où les premières mutilations génitales féminines sont apparues [13]. Mais cette tradition séculaire semble exister depuis plusieurs siècles avant Jésus-Christ [52].

Les premières traces écrites d'excision remontent au deuxième siècle, sous le règne de Ptolémée, en Egypte. Les manuscrits retrouvés décrivent la technique d'ablation des petites et grandes lèvres pour des motifs d'hygiène et d'esthétique. Des momies de l'antiquité égyptienne ont également été découvertes infibulées, d'où le terme de circoncision pharaonique [13].

La clitoridectomie n'est pas un phénomène purement africain. Elle faisait partie intégrante de la médecine européenne entre le 18^{ème} et le 19^{ème} siècle. En Angleterre, en 1865, le Docteur Isaac Baker Brown (1812-1873), Directeur de la Medical Society of London, était convaincu que l'origine de toutes maladies nerveuses prenait sa source dans la masturbation. Afin d'enrayer cette pratique, il décida d'enlever aux fillettes et aux femmes le clitoris et dans certains cas les petites lèvres [17].

De plus, au 19^{ème} siècle, les mutilations génitales féminines étaient prescrites aux Etats-Unis et au Royaume-Uni dans le traitement de l'épilepsie, de l'hystérie, de la mélancolie (dépression), de l'homosexualité féminine, et de la masturbation excessive [26].

Selon Bayoudh et coll. [12], l'infibulation était faite par les Arabes de l'Antiquité pour protéger les femmes berbères non accompagnées.

Au regard de ces théories, nous pouvons admettre que les fondements et les origines des Mutilations Génitales Féminines (MGF) restent tout à fait imprécis. Quant aux raisons avancées pour justifier la persistance de cette pratique à travers le monde, elles sont multiples, variables d'une communauté à une autre, très souvent d'une famille à une autre.

2.2.3.2. AGE DE L'EXCISEE

Les mutilations génitales féminines sont pratiquées à des âges très variables, selon le groupe ethnique ou selon la localisation géographique. Dans certains groupes, la mutilation est pratiquée chez les nouveau-nés, dès la première semaine de vie, mais le plus souvent, elle est pratiquée entre 4 et 10 ans. Parfois, cela peut aussi être effectué à l'adolescence, voire chez la jeune femme adulte juste avant le mariage ou au décours de la première grossesse [52]. Ailleurs, pour les personnes résidant en Occident, originaires de pays où l'on pratique les mutilations, il semble que les mutilations soient pratiquées de plus en plus tard. Ceci est probablement fait, pour échapper à la surveillance réalisée par les services de protection maternelle et infantile jusqu'à l'âge de (six) 06 ans. Traditionnellement, elles sont réalisées dans le cadre

d'un rituel initiatique d'apprentissage des mœurs sexuelles et du rôle de la femme dans la société [30].

2.2.3.3. DEROULEMENT DE L'INTERVENTION [6, 22, 25, 43]

Il est difficile d'établir une technique commune à toutes les mutilations génitales féminines, car elle varie en fonction du lieu et de la région où elles sont pratiquées. La technique peut varier allant de la forme décrite à des formes plus modernes se rapprochant des conditions d'une intervention chirurgicale.

2.2.3.3.1. Préparation à l'intervention

La fille qui doit subir la mutilation est en général conseillée par sa tante ou une vieille femme qui lui explique les prétendus bienfaits de l'opération selon la coutume. Elle est prévenue de la douleur qu'elle sentira au cours de l'opération. Elle lui explique que son courage est très souhaitable et devrait honorer la famille. C'est après cet entretien, que la fille subit l'intervention dont elle ignore complètement les conséquences.

2.2.3.3.2. Instruments utilisés

Les mutilations génitales féminines sont faites à l'aide d'instruments divers allant du plus rudimentaire et primitif au plus moderne; ce sont :

- ✓ les lames tiges de mil ;
- ✓ les petites haches ;
- ✓ les couteaux ;
- ✓ les tessons de bouteilles ;
- ✓ les lames de rasoirs ;

✓ les bistouris.

2.2.3.3.3. Les exécutants

Les pratiquants des mutilations génitales féminines sont en général des femmes adultes qui sont de statuts divers selon les régions, nous pouvons retenir :

- les exciseuses ayant hérité leur fonction de leur mère ou de leur tante [3] ;
- des agents de santé : cette médicalisation de la pratique reflète l'influence des campagnes de prévention qui soulignent les risques sanitaires associés aux mutilations génitales féminines. Toutefois, cette médicalisation est clairement condamnée par l'Organisation Mondiale de la Santé et a été récemment dénoncée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins Français, par l'Académie Nationale de Médecine Française ainsi que la Fédération Internationale de Gynécologie-Obstétrique. « La mission du médecin est de promouvoir et de préserver la santé de l'être humain. » (Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale en 1964) [47].

Par ailleurs, ces exécutants n'ont aucune notion d'anatomie, ni de connaissances chirurgicales, ignorant ainsi les conséquences médicales de leurs actes.

2.2.3.3.4. Lieu de la pratique [3]

Les mutilations génitales féminines sont pratiquées dans plusieurs lieux selon les régions et les circonstances. Elles peuvent être effectuées chez l'exciseuse, sous un arbre de la place publique, dans une formation sanitaire, au domicile des parents de la fille.

Aujourd'hui avec la campagne d'éradication, elles sont faites dans la plus grande clandestinité.

2.2.3.3.5. Technique proprement dite

La fille est habituellement excisée, sans anesthésie, en décubitus dorsal, les cuisses maintenues écartées par des aides, ou par une personne sous la jeune fille en lui crochétant les chevilles avec les pieds. Pour immobiliser une fille de sept ans, il faut l'intervention de cinq personnes pour tenir la tête, les deux mains et les deux jambes. Quand il s'agit d'une petite fille, une personne peut lui maintenir à la fois le corps et les cuisses, l'immobilisant en position assise. L'exciseuse saisit la partie à exciser (petite lèvre, clitoris, grandes lèvres) et coupe avec un instrument tranchant ; ceci sans anesthésie et dans des conditions d'asepsie douteuse. Les cris de douleurs de la fille consentante ou non, sont couverts par des « You-you » ou tout simplement par des roulements de tam-tam [37, 39].

Pour favoriser la cicatrisation, l'exciseuse applique sur la plaie des compositions à base d'herbe, de boue, de cendre, de bouse de vache. Ces dernières sont aussi destinées à arrêter l'hémorragie [10, 30, 52].

En cas d'infibulation, pour obtenir la coalescence des grandes lèvres si celles-ci n'ont pas été cousues, les jambes de l'enfant sont ficelées de façon à empêcher tout mouvement. La miction et la défécation se font ainsi sur place pendant la durée de l'immobilisation, soit trois à quatre semaines [30].

2.2.4. RAISONS DE LA PRATIQUE DES MUTILATIONS GENITALES

FEMININES (MGF)

Les défenseurs des mutilations génitales féminines affirment que la pratique se justifie dans le cadre de l'apprentissage de la vie en société ou parce qu'elle a une signification religieuse. Elle freine les désirs sexuels des femmes ou apporte des avantages d'ordre esthétique. Elle a une valeur purificatrice et est utile sur le plan de l'hygiène. Les raisons évoquées pour justifier les mutilations génitales féminines peuvent être regroupées en quatre grands groupes :

- les raisons psychosexuelles
- les raisons socioculturelles
- les raisons sanitaires et esthétiques
- les raisons religieuses

2.2.4.1. LES RAISONS PSYCHO-SEXUELLES

Elles seraient de plusieurs ordres parmi lesquelles:

- la réduction ou l'élimination des tissus sensibles des organes génitaux externes pour atténuer le désir sexuel de la femme [26, 50]. Elle sauvegarderait la chasteté et la virginité avant le mariage [30, 10, 26] et réduirait la vulnérabilité théorique de la femme face à la tentation ; car une femme non excisée serait incontrôlable et potentiellement infidèle [1, 33] ;
- l'accroissement du plaisir sexuel masculin [1]. En effet, la pénétration dans le vagin débarrassé de ces obstacles, tels que le clitoris et les nymphes, permettrait

le maintien de l'érection, l'éjaculation et la rétention du sperme à l'intérieur des voies vaginales du fait de l'étroitesse vaginale [10] ;

- l'agressivité du clitoris et la menace qu'il représenterait pour l'homme : « les hommes se sentent menacés par ce qui aurait une apparence phallique chez la femme, c'est pourquoi ils désireraient que le clitoris soit enlevé » [26]. Cette idée explique peut être l'une des craintes des Peulhs qui, selon une enquête effectuée à Gogounou (Bénin), pensent que le clitoris est un organe dangereux qui pourrait être si long qu'il risquerait d'obstruer l'entrée du vagin et donc affecter la pénétration [26].

2.2.4.2. LES RAISONS SOCIO-CULTURELLES

Les divers mythes créés autour des mutilations génitales féminines relient cette pratique à des interprétations du monde qui ont prévalu dans la société ancienne. Dans certaines cultures, l'excision est considérée comme un rite de passage ou une initiation marquant le passage de la jeune fille à la femme adulte. Elle serait une condition indispensable pour prendre part à la vie sociale. Aussi pour certains migrants, la perpétuation des coutumes serait essentielle car elle représenterait une marque identitaire.

- Chez les bambaras du Mali, ce passage est désigné par des expressions telles que, « prendre le pagne », « s'asseoir sur le fer », « devenir femme » [16, 50].
- Chez les Mossis au Burkina Faso, beaucoup estiment qu'une femme non excisée se retrouve dans l'impossibilité d'avoir des enfants, le clitoris étant considéré comme un organe dangereux et tuerait l'enfant à la naissance s'il le

touche. En plus ils considèrent le clitoris comme pouvant être source d'impuissance des hommes [37, 50].

- Le mythe de la gémellité : les premiers êtres étaient des jumeaux (une femme et un homme) portant chacun en eux le double féminin et masculin. Ce mythe rejoint la théorie de la bisexualité originelle selon que les individus sont conçus bisexués mais perdent à la naissance l'un des deux sexes dont ils gardent un vestige anatomique. Le clitoris est une petite verge et la suppression de ce vestige masculin permettrait l'affirmation de l'identité sexuelle de la femme [52].
- L'excision favoriserait la position de la femme au sein de son foyer et même la naissance des fils si précieux dans les traditions. Selon H. Kouyaté, la pression familiale joue un rôle important : les belles-mères issues d'ethnies qui pratiquent l'excision n'acceptent pas une belle fille non excisée au sein de la famille. Elles la jugent impure et refusent qu'elle prépare le repas [26].
- C'est l'honneur de la famille qui est mise en jeu, car une fille non excisée ne trouverait pas de mari [1].
- Le poids de la société, du clan contribue largement à la perpétuation de ces pratiques à travers l'éducation traditionnelle transmise de mère en fille. A cet effet, il est inconcevable pour une mère de « proposer » sa fille en mariage alors qu'elle n'est pas excisée.

Ainsi l'excision apparaît comme une garantie d'honorabilité, d'intégration, voire de soumission sociale.

2.2.4.3. LES RAISONS SANITAIRES ET ESTHETIQUES

Dans certaines sociétés, le clitoris serait considéré comme un organe laid et sale. Cette notion de pureté est appliquée à la circoncision comme à l'excision [10]. De plus, le clitoris est supposé renfermer des vers nuisibles, malpropres et devrait subir une toilette pour rendre présentable la vulve. Aussi, il existe une croyance selon laquelle le clitoris à la puberté grandirait et pendrait entre les jambes, tel un pénis. L'excision aurait donc pour but de rendre la femme plus belle [17].

2.2.4.4. LES RAISONS RELIGIEUSES

On peut même parler d'alibi religieux bien que les mutilations génitales féminines soient antérieures à l'islam et que la majorité des musulmans ne les pratiquent pas. Elles ont acquis une dimension religieuse au point que la religion est souvent évoquée à titre de justification dans les pays où des musulmans observent cette coutume [30].

Chez les Pulaar (ethnie toucouleur et peulh habitant en majorité dans le nord du Sénégal), la fille non excisée est considérée comme souillée car le clitoris est siège de cette impureté. Pour que la fille puisse accomplir ses devoirs religieux, il faut qu'elle soit excisée [34].

En réalité, les mutilations génitales féminines sont pratiquées par des musulmans, des chrétiens (catholiques, protestants, coptes), des animistes, des juifs et des non croyants dans toutes sortes de communauté. Cependant, aucun texte religieux ne les préconise.

2.3. EPIDEMIOLOGIE DE L'EXCISION

2.3.1. REPARTITION GEOGRAPHIQUE

Les mutilations génitales féminines ont été probablement pratiquées dans le monde entier à un moment historique pour des raisons liées à la sexualité féminine. Aujourd'hui, il est difficile d'établir avec précision la géographie des mutilations génitales féminines. En Afrique, elles sont fréquentes de l'Ethiopie au Sénégal, en passant par l'Egypte jusqu'en Tanzanie. Les pays les plus indexés sont : l'Egypte, le Burkina Faso, le Mali, le Soudan, le Djibouti, la Somalie, l'Erythrée, la Guinée Conakry, la Sierra Léone. D'une façon générale, l'aire de la pratique des mutilations génitales féminines en Afrique se situe entre le tropique du cancer et l'équateur. Quant à l'infibulation, elle est surtout limitée à certains pays tels que l'Egypte, le Soudan, l'Ethiopie, le Djibouti, l'Erythrée, la Somalie [31, 46]. Par ailleurs, il faudra noter l'absence totale de mutilations génitales féminines dans les pays de l'Afrique du Nord à savoir : le Maroc, l'Algérie, la Tunisie et la Libye.

En dehors de l'Afrique, les mutilations génitales féminines seraient retrouvées dans certaines parties du Moyen-Orient, parmi les Aborigènes d'Australie, et dans certaines parties de l'Océanie et du bassin de l'Amazonie. Elles sont aussi pratiquées dans quelques pays d'Asie notamment l'Indonésie, le Yémen, la Malaisie, et l'Oman. La forte immigration, en provenance des régions où l'on pratique les mutilations génitales féminines, a facilité leur introduction en Europe, en Australie et en Amérique du Nord. Cependant, vu les multiples décisions prises à l'encontre des mutilations génitales féminines dans ces pays, la tendance est à la disparition [46].

Les différents pays où les mutilations génitales sont pratiquées sont,

- **en Afrique :** Bénin, Burkina, République Centrafricaine, Togo, Guinée, Djibouti, Egypte, Erythrée, Ethiopie, Gambie, Côte-d'Ivoire, Kenya, Niger, Mali, Mauritanie, République Démocratique du Congo, Sénégal.
- **en Asie :** Indonésie, Malaisie, Philippines, Pakistan, Sri Lanka, Inde, musulmans de la Thaïlande.
- **au Moyen Orient :** Musulmans de l'Irak, la Jordanie, l'Oman, le Yémen, une partie de l'Arabie Saoudite, la Syrie et les Emirats Arabes- Unis.
- **en Amérique Centrale et du Sud :** Brésil, Mexico et Pérou.

2.3.2. PREVALENCE

L'Organisation Mondiale de la Santé estime à plus de 130 millions le nombre de filles et de femmes mutilées dans le monde, et chaque année, trois millions de filles sont susceptibles de subir le même sort [30]. Malgré cette ampleur, aucune enquête complète sur la prévalence à l'échelle mondiale n'a été encore réalisée. Actuellement, les mutilations génitales sont surtout répandues dans 28 pays africains où le taux de prévalence varie entre 5 et 98% [55]. Les pays qui enregistrent les prévalences les plus élevées sont l'Egypte (95,8%), le Soudan (90%), la Somalie (97,9%), le Mali (91,6%), le Djibouti (93,1%), le Burkina Faso (72,5%), l'Erythrée (88,7%), la Sierra Leone (94%), la Guinée Conakry (95,6%). Cependant, il faudra noter que cette prévalence varie au sein d'un même pays en fonction des ethnies, du niveau d'instruction, du milieu (urbain ou rural), de la religion [42, 46, 51, 54].

Parmi les pays les plus concernés, le Soudan, l'Erythrée et la Somalie pratiquent les formes les plus sévères de l'infibulation où 80 à 90% des mutilations génitales féminines sont des infibulations [31, 46]. Ce type d'excision est également connu au

niveau du Mali et du Nigeria. Dans beaucoup d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest, dont le Sénégal, se pratiquent surtout des formes d'excision avec ablation du clitoris et parfois des petites lèvres (type I et II) [32]. La figure 12 et le tableau I montrent respectivement la répartition et la prévalence des mutilations génitales selon les pays en Afrique.

Tableau I : Prévalence des MSF dans les pays africains où elles sont pratiquées [30]

Pays	Année d'étude	Prévalence estimée MSF chez les filles et femmes âgées de 15 à 49 ans (%)
Yémen	1997	22.6
Soudan, Nord **	2000	90.0
Bénin	2001	16.8
Mali	2001	91.6
Mauritanie	2001	71.3
Erythrée	2002	88.7
Kenya	2003	32.2
Nigeria	2003	19.0
Cameroun	2004	1.4
République Unie de Tanzanie	2004	14.6
Tchad	2004	44.9
Burkina Faso	2005	72.5
Côte d'Ivoire	2005	41.7
Egypte	2005	95.8
Ethiopie	2005	74.3
Gambie	2005	78.3
Ghana	2005	3.8
Guinée	2005	95.6
Guinée-Bissau	2005	44.5
République Centrafricaine	2005	25.7
Sénégal	2005	28.2
Sierra Leone	2005	94.0
Somalie	2005	97.9
Togo	2005	5.8
Djibouti	2006	93.1
Niger	2006	2.2
Ouganda	2006	0.6
Libéria*	2007	45.0

* Les estimations découlent de diverses études menées au niveau local et au niveau sous-national.

** L'étude concernait seulement 80% de la population totale.

2.3.3. CAS DU SENEGAL

Selon l'Enquête Démographique et de Santé 2011 (EDS V), 26% des femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi des mutilations génitales féminines au Sénégal [4]. Bien que moins de 30% des femmes sénégalaises aient été excisées, plus de 30% d'entre elles sont familières à cette pratique. On retrouve de grandes différences de prévalence selon les lieux de résidence, les régions et le niveau d'éducation. Cependant, une variation significative de ce taux de prévalence est retrouvée selon l'appartenance géographique ou ethnique.

Les mutilations génitales féminines sont des pratiques répandues dans certaines régions du Sénégal. Il s'agit des régions de Matam avec une prévalence de 87%, de Kédougou (92%), de Sédhiou (86%), de Tambacounda (85%) et de Saint-Louis (40%). Des chiffres bas sont retrouvés dans les régions de Diourbel et de Louga avec respectivement 1% et 4% de prévalence. D'importantes différences existent également entre les centres urbains et les zones rurales : 29% des femmes vivant dans les zones rurales ont été excisées contre 23% vivant dans les centres urbains. A Dakar, la capitale du Sénégal, 20% des femmes ont subi une mutilation génitale féminine [4].

Concernant l'appartenance ethnique, les mutilations génitales féminines sont plus fréquentes chez les Mandingues (82%) et les Pulaar (55%) et plus rares chez les femmes d'origine wolof (1%) et sérère (2%) [4].

Selon la religion pratiquée par les populations, l'étude révèle que 27% des femmes excisées étaient musulmanes, 7% chrétiennes et 19% animistes ou appartenant à un groupe religieux non spécifié [4].

Chez les femmes de moins de 19 ans, la probabilité d'avoir été excisée est inférieure à celle des femmes de 30 ans et plus. Selon l'UNICEF, l'excision concerne 34% des femmes non instruites, contre 25% de femmes ayant atteint le niveau d'étude primaire et 19% de femmes qui ont atteint le niveau d'étude secondaire [41].

3. COMPLICATIONS DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES SUR LA SANTE MATERNELLE ET PERINATALE

La mortalité maternelle est un indicateur particulièrement révélateur de la condition féminine, de l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins. La fécondité précoce, les grossesses rapprochées, le manque de soins prénatals et l'absence d'assistance à l'accouchement sont autant de facteurs qui font courir aux femmes et aux nouveau-nés des risques élevés de décès lors de l'accouchement [41, 2, 21, 4]. Les conséquences psychologiques et physiques de ces pratiques sont très étendues, affectant la santé mentale, sexuelle, reproductive, physique et le bien-être des femmes.

L'incidence exacte de la mortalité et de la morbidité associée aux mutilations génitales féminines est difficile à évaluer et peu d'études en font part. Seulement 15 à 20% des complications liées à ces mutilations seraient connues du milieu médical [52]. En effet, dans de nombreux cas, les exciseuses tentent de prendre en charge elles-mêmes les complications, parfois de façon désastreuse. De plus, l'éloignement des hôpitaux, la peur de la répression et l'ignorance, sont autant de raisons qui favorisent le non recours aux structures sanitaires. Seules les complications les plus graves telles que les hémorragies sont ainsi adressées au milieu médical.

D'une manière générale, la fréquence et la nature des complications immédiates et chroniques dépendent de plusieurs facteurs. Il s'agit de l'hygiène locale, de l'habileté et l'expérience de l'exciseuse, de la résistance de la victime (si l'enfant se débat avec force, le risque de complications augmente) et surtout du type de mutilation. Les risques et les complications associées aux interventions de type I, II, III sont semblables avec plus de dégâts dans le type III [52].

3.1. AU PLAN PSYCHOLOGIQUE

Ces complications sont rarement relatées dans la littérature. Il est important de souligner que, bien souvent, les femmes concernées n'identifient pas les symptômes qu'elles présentent comme une conséquence de la mutilation subie. Cet acte est considéré dans ce contexte comme un passage obligatoire et normal dans la vie d'une femme. Celles-ci évoquent donc très peu le traumatisme engendré. C'est souvent pour elles un événement lointain. Aussi toutes les femmes de leur entourage ont le même type de problème. Parfois même, elles attribuent cela à un maléfice ou à la sorcellerie. Les manifestations psychologiques les plus fréquentes étaient le stress, la dépression, les cauchemars [17].

Au Sénégal, une étude menée en 2005 par Behrendt et coll. [14] sur les stress post traumatiques chez les femmes mutilées rapportait parmi les signes de souffrance, 30,4% de syndrome post-traumatique associé à des troubles de la mémoire, 48% d'autres syndromes psychiatriques avec dans la plupart des cas un trouble du comportement. Selon une étude de l'OMS en 2008 [47], l'anxiété, la névrose, le sentiment d'insécurité et le manque de confiance en autrui sont souvent rapportés, mais peu d'études en font part.

3.2. AU PLAN PHYSIQUE

3.2.1. Complications à court terme

- **La douleur** : Les mutilations génitales féminines sont rarement réalisées sous anesthésie. La région clitoridienne ainsi que les petites lèvres sont extrêmement innervées [52]. La section des terminaisons nerveuses et des tissus sensibles des organes génitaux entraîne une douleur très intense. La période de cicatrisation est aussi douloureuse. L'infibulation représente une intervention plus importante qui dure plus longtemps (15 à 20 minutes), et de ce fait l'intensité et la durée de la douleur sont plus importantes [47].

- **L'hémorragie** : le clitoris est un organe très vascularisé. Son ablation entraîne la section de l'artère clitoridienne à l'origine d'une hémorragie qui peut être cataclysmique et entraîner une anémie sévère voire un choc hémorragique. Une hémorragie secondaire est possible à la fin de la première semaine, à la suite d'une infection provoquant le décollement du caillot qui bouche l'artère clitoridienne [52].

- **Les complications infectieuses** : elles sont favorisées par l'absence d'asepsie, les pansements traditionnels et par l'immobilisation prolongée au cours de laquelle la fillette baigne dans ses urines et ses selles. Ces infections peuvent être locales (abcès, phlegmons, adénite suppurée), régionales (endométrite, salpingite, pelvipéritonite) ou générales (gangrène gazeuse, septicémie, tétanos) [30].

- **Les accidents d'exposition au sang** : L'utilisation du même instrument sans asepsie ni stérilisation est susceptible d'accroître le risque de transmission du VIH et de l'hépatite B et C [19]. Plusieurs études épidémiologiques insistent sur le rôle des mutilations génitales féminines dans la propagation du SIDA en Afrique [19].

- **Les lésions traumatiques :** elles sont causées par des mouvements de défense, entraînant des gestes maladroits de l'exciseuse et donc des lésions des organes adjacents (vagin, urètre, périnée postérieur, voire du rectum). En plus de ces lésions, peuvent apparaître dans les mutilations surtout de type III des fistules uréthro-vaginales et/ou recto-vaginales. Ces mouvements peuvent également aboutir à des fractures (fémur, clavicule, humérus) du fait de la pression exercée sur les membres de la fillette pour l'immobiliser [17].

- **Les complications urinaires :** le passage de l'urine sur la cicatrice étant très douloureux, une rétention urinaire réflexe par appréhension peut survenir. Celle-ci peut également être due à l'œdème, à l'inflammation, à l'hématome, ou à l'obstacle mécanique constitué par la membrane cicatricielle en cas d'infibulation [30, 17]. L'incontinence urinaire est fréquente chez les femmes ayant subi une infibulation. Elle est probablement due à la fois aux difficultés éprouvées pour vider la vessie et à la stagnation de l'urine sous le capuchon formé par les tissus cicatriciels [47].

- **Le choc :** il peut être causé par la douleur et/ou par l'hémorragie. Ce choc pouvant être neurogène (douleur clitoridienne), hémorragique (rupture artère clitoridienne) ou septique lors d'une surinfection post mutilation [47].

- **Le décès :** aucune étude n'a été jusqu'ici entreprise afin de déterminer la mortalité attribuable aux mutilations sexuelles féminines (MSF). Le décès de l'enfant mutilé peut être la conséquence des différentes complications énoncées ci-dessus [52].

3.2.2. Complications à moyen et long terme

3.2.2.1. Les problèmes cicatriciels

Lorsque la plaie ne cicatrise pas correctement, elle laisse apparaître des chéloïdes vulvaires, des kystes dermoïdes, des abcès récidivants ou des névromes [17].

- **Chéloïdes vulvaires** : Ce sont des bourrelets cicatriciels, d'aspect très inesthétique. Il est difficile de s'en débarrasser, car leur ablation est suivie en général d'une nouvelle prolifération [10].



Figure 13 : Multiples chéloïdes vulvaires compliquant une MGF [52]

- **Kystes dermoïdes** : ces kystes résultent de l'inclusion dans la cicatrice de tissus cutanés, de glandes sébacées sécrétrices, et de follicules pileux. La taille du kyste peut aller de celle d'un petit pois à celle d'un pamplemousse. Ils peuvent s'infecter et devenir extrêmement douloureux [52]



Figure 14 : Kyste dermoïde compliquant une MGF [17]

- **Névrome cicatriciel** : l'emprisonnement du nerf dorsal clitoridien dans la cicatrice peut provoquer la formation d'un névrome. La vulve devient alors très sensible aux contacts lors de la toilette ou lors des rapports sexuels ; interdisant ainsi tout attouchement local voire la position assise jambes croisées [10].

- **Pseudo infibulation** : en cas de mutilation de type II, on peut observer la formation d'adhérences vulvaires lors de la cicatrisation créant ainsi une pseudo-infibulation. Plus l'âge de la fillette est bas au moment de l'opération, plus la pseudo-infibulation est fréquente [10].

3.2.2.2. Les complications hémorragiques : elles résultent des pertes sanguines liées aux mutilations génitales féminines et à leurs complications [17].

3.2.2.3. Les complications urologiques : plusieurs troubles urinaires sont décrits. Il s'agit de la dysurie, la rétention urinaire chronique par obstruction du méat urinaire lors d'une infibulation, des infections par contamination rétrograde ou par contamination intrinsèque, l'incontinence par lésion du sphincter ou la fistule uréthro-vaginale. Ces lésions peuvent aboutir à une insuffisance rénale [10].

3.2.2.4. Les complications gynécologiques

- **Les infections génitales et l'infertilité :** les infections génitales basses sont fréquentes. Il s'agit des vulvo-vaginites et cervicites à répétition, pouvant se compliquer d'endométrites, de salpingites. Les douleurs abdominales, les leucorrhées pathologiques et les ulcérations génitales sont plus fréquentes chez les femmes mutilées. Ces infections sont à l'origine d'infertilité dont les conséquences sociales pour la femme africaine sont désastreuses. L'association entre la sévérité de la mutilation et l'infertilité primaire a d'ailleurs été récemment démontrée [52]. En effet, Almroth et al., dans une étude sur 99 femmes soudanaises présentant une infertilité primaire, montrent que le risque d'infertilité est corrélé à l'étendue de la mutilation [7].

- **Les algies pelviennes chroniques :** elles sont la conséquence d'un névrome cicatriciel ou d'une absence de cicatrisation [10]. Les infections pelviennes chroniques peuvent être à l'origine de douleurs dorsales et pelviennes chroniques [47].

- **Les problèmes menstruels :** en cas d'infibulation et lors de l'apparition des règles, peut se développer derrière la cicatrice un hémocolpos qui va venir distendre le vagin voire les trompes. Ceci provoque de violentes douleurs, des infections, une endométriose pouvant être source de stérilité. L'étroite ouverture de la vulve peut se révéler insuffisante pour l'évacuation du sang menstruel, ce qui risque de provoquer une dysménorrhée, une oligoménorrhée [20, 23].

- Les troubles de la sexualité : les complications rencontrées sont les dyspareunies, l'apareunie, la diminution de la libido, la sécheresse vaginale, le vaginisme, l'anorgasmie, la diminution ou l'absence de plaisir, la peur de rapport sexuel [10, 1, 28].

3.2.2.5. Les complications obstétricales :

Les résultats d'une étude menée par l'Organisation Mondiale de la Santé dans plusieurs pays, à laquelle plus de 28.000 femmes ont participé, confirment que les femmes qui ont subi des mutilations sexuelles courent un risque sensiblement plus élevé de complications au cours de la parturition [48]. Une plus grande fréquence des cas de césarienne et d'hémorragie post-partum a été constatée chez les femmes ayant subi des mutilations sexuelles de types I, II, III par comparaison à celles qui n'en ont pas subi. La sévérité des complications est proportionnelle au type de mutilation et elles sont d'autant plus graves quand la femme se trouve dans un pays disposant de moyens restreints de prise en charge obstétricale [48].

3.2.2.5.1. Pendant la grossesse :

La grossesse s'accompagne d'une augmentation de la vascularisation vulvaire qui majore le risque hémorragique. Ceci incite à déconseiller tout geste chirurgical vulvaire non indispensable. Le post-partum serait le moment idéal pour envisager l'ablation d'un kyste dermoïde vulvaire devenu gênant ou traiter une cicatrice chéloïde [17].

La sensibilité aux infections locales est également plus grande pendant la grossesse.

Les mutilations de type II et III augmentent le risque d'infections urogénitales pendant la grossesse. Par conséquent, le risque de fausses couches spontanées tardives, de menace d'accouchement prématuré et de rupture prématurée des membranes augmente [17] (tableau II).

Tableau II : Les complications de la grossesse chez une femme mutilée [10]

Etiologies	Complications obstétricales		Risques foetaux
	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre et 3 ^e trimestre	
Infections génitales hautes	GEU et FCS précoce	FCS tardive ou MAP	MFIU
MST	Aggravation maladie		Contamination fœto-maternelle
Infections urinaires et vulvo-vaginites chroniques	FCS précoce	RPM entraînant FCS tardive ou MAP infection ovulaire	Prématurité SFA, MFIU
Insuffisance rénale chronique		HTAG (pré-éclampsie, HRP,...)	RCIU, prématurité induite, MFIU
Conditions socio-éco défavorables Etat psycho : stress, anxiété,....		MAP	Prématurité

MAP : menace d'accouchement prématuré

GEU: grossesse extra utérine

FCS : fausse couche spontanée

MST : maladie sexuellement transmissible

SFA : souffrance fœtale aigue

RPM : rupture prématurée des membranes

HTAG : hypertension artérielle gravidique

MFIU : mort fœtale intra utérine

RCIU : retard de croissance intra utérin

HRP : hématome rétro placentaire

Etat psycho : état psychologique

3.2.2.5.2. Pendant le travail

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

- Touchers vaginaux difficiles voire impossibles du fait de la douleur et de l'angoisse.

En effet, les mutilations de type III entraînent une impossibilité de surveillance des modifications du col par les touchers vaginaux du fait du rétrécissement de l'orifice vaginal ajouté à la douleur de la cicatrice. La pose d'un spéculum et le sondage évacuateur ou à demeure peuvent s'avérer difficiles voire impossibles [17].

- Etat psychologique maternel marqué par une angoisse générée par la crainte d'une douleur semblable à celle vécue lors du jour de la mutilation [10].

3.2.2.5.3. Au cours de la parturition :

Globalement, les mutilations génitales féminines de type I, modifient peu la morphologie vulvaire. Dans la plupart des cas, les femmes qui ont subi des mutilations de type I ne présentent pas de complications à l'accouchement, sauf si une mauvaise cicatrisation a rendu le périnée moins souple. L'Organisation Mondiale de la Santé ne recommande pas la pratique d'une épisiotomie systématique lors d'un accouchement par voie basse chez une femme ayant subi une clitoridectomie [35].

Les mutilations génitales féminines de types II et III augmentent les complications au moment de l'accouchement. Ceci est dû principalement à la cicatrisation lors de la mutilation, et à la présence ou non d'infection gynécologique au cours de la grossesse, celles-ci pouvant fragiliser les tissus [5].

Dans les types I et II, les lésions sont donc essentiellement des déchirures spontanées du périnée antérieur ou postérieur au moment du dégagement pouvant aboutir à des déchirures périnéales complètes et compliquées avec lésion du rectum, malgré de larges épisiotomies [17] .

De même, la rétention prolongée du fœtus dans la filière génitale pourrait engendrer des fistules recto-vaginales et vésico-vaginales dans les mutilations de types II et III [10].

Il existe cependant des cas où une disproportion fœto-pelvienne s'associe aux lésions scléreuses de la vulve et impose de faire une césarienne. En l'absence d'intervention, l'enfant est exposé à un risque de mort in utero, d'hypoxie fœtale et donc, d'éventuelles séquelles psychomotrices [17].

Par conséquent, une épisiotomie préventive permet de diminuer le risque de déchirure du périnée postérieur [18]. La rigidité de l'orifice vulvaire entraîne un accouchement dystocique avec difficulté au dégagement du fœtus.

En cas de mutilation du type III, l'accouchement ne peut se dérouler sans désinfibulation (ou périnéotomie antérieure).

L'Organisation Mondiale de la Santé recommande de pratiquer la désinfibulation au cours du deuxième trimestre ou en début de travail sous anesthésie locale ou avant la grossesse si la femme est reçue tôt. Cela va d'une part, améliorer le suivi du déroulement du travail et d'autre part faciliter l'expulsion fœtale. La désinfibulation se fait par section verticale médiane. Tout en protégeant le méat urinaire avec le doigt ou une sonde, on sectionne le pont fibreux de l'orifice vaginal jusqu'à l'apparition des vestiges clitoridiens. Puis, on suture les berges de part et d'autre [13].

La figure 15 montre les difficultés du dégagement de la tête fœtale avec risque de déchirure et d'hémorragie chez une femme infibulée (partie B).

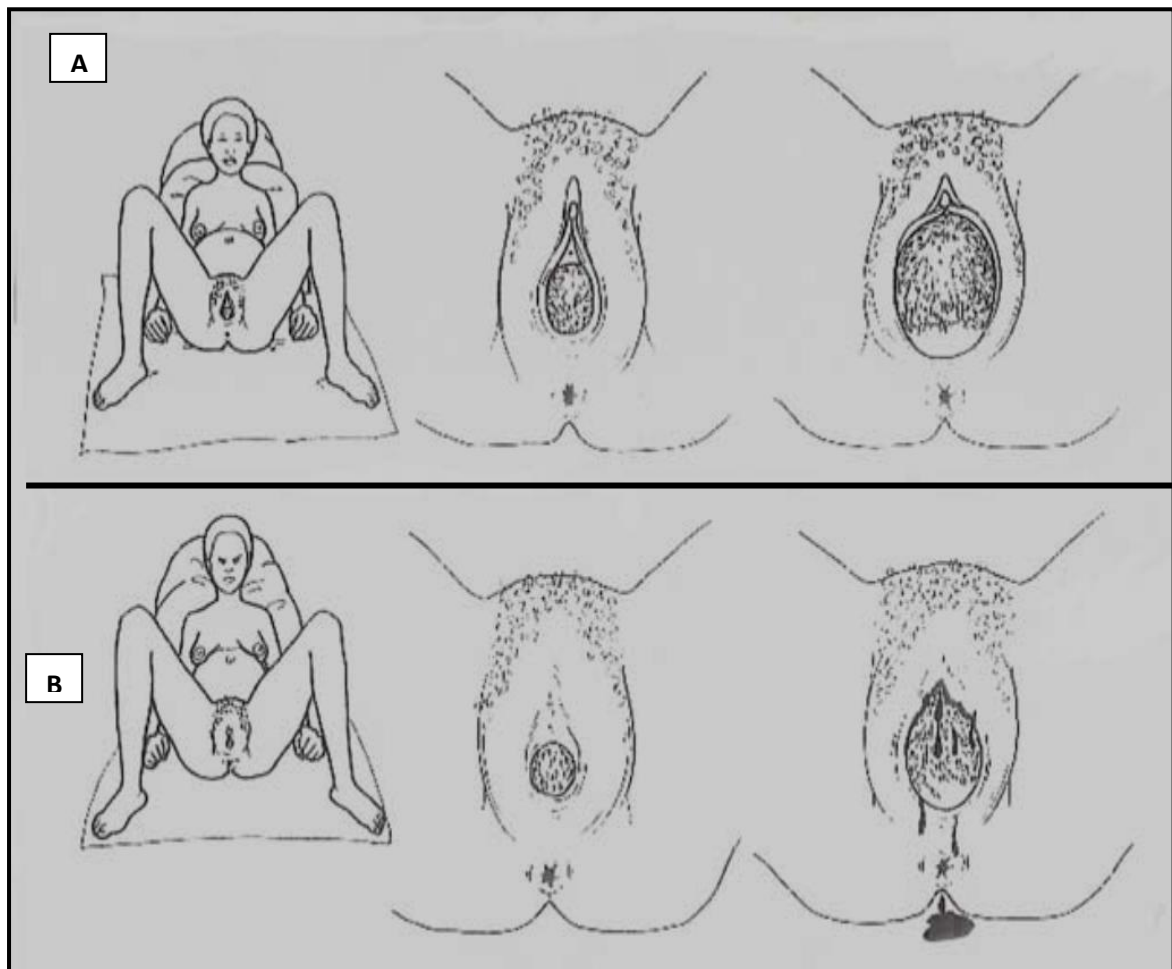


Figure 15 : Les difficultés à l'accouchement selon l'existence ou non d'infibulation : femme infibulée (B) en comparaison avec une femme non infibulée (A) [17]

3.2.2.5.4. Pendant le post-partum

3.2.2.5.4.1. Chez la mère

En post-partum immédiat, la complication principale est celle de l'hémorragie. Elle serait liée aux déchirures périnéales surtout chez les primipares, et particulièrement au niveau du périnée antérieur.

En suites de couches, les complications sont d'ordre infectieux car les tissus fibreux ralentissent la cicatrisation [13]. Les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales sont observées vers le 10^{ème} ou 12^{ème} jour des suites de couches, révélées par des pertes involontaires d'urine ou de matières fécales, favorisant les infections urinaires et vaginales déjà fréquentes [17]. En plus, la découverte d'une nouvelle anatomie après la désinfibulation et la peur de la réinfibulation dans le type III pourraient accentuer une dépression ou une psychose du post-partum ou baby blues [10].

3.2.2.5.4.2. Chez le nouveau-né

Bon nombre de risques peuvent être observés chez le nouveau-né en rapport avec les mutilations génitales féminines. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé [48], les mutilations génitales des mères ont des conséquences négatives sur les nouveau-nés. Il peut s'agir de souffrance fœtale aigue en rapport avec la lenteur expulsive due aux mutilations génitales féminines. Les souffrances fœtales sont à l'origine d'un taux de létalité périnatale plus élevé chez les nouveau-nés de femmes mutilées. Cette surmortalité va crescendo avec le degré de mutilation. Elle serait supérieure à 15% dans les mutilations de type I, 32% pour celles de type II et à 55% pour celles de type III [48].

4. CHIRURGIE REPARATRICE

4.1. CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE DU CLITORIS

Depuis plusieurs années, la chirurgie de réfection du clitoris a été mise au point. Cette chirurgie réparatrice est pratiquée depuis plusieurs années (environ 25 ans). Elle a été initiée dans un premier temps en Afrique par le Dr P. Foldes, Urologue français. Aujourd'hui, en région parisienne, cette chirurgie est pratiquée par les équipes du Pr Bj. Paniel au CHU de Créteil, du Dr P. Foldes à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, du Pr Jl. Benifla à l'hôpital Rothschild et du Dr P. Faucher au CHU Bichat à Paris [27]. Selon P. Foldes [27], les principales raisons qui poussent les patientes à solliciter ce type de chirurgie sont :

- la recherche de l'identité féminine dans 100% des cas,
- la revendication sexuelle dans 94% des cas,
- et la douleur dans 50% des cas.

Cette chirurgie dure en moyenne 30 minutes et nécessite une hospitalisation de 24 heures. Il s'agit d'une chirurgie plastique reconstructrice de l'organe lui-même, sans transposition d'autres tissus. La résection de la cicatrice permet de retrouver en profondeur le moignon clitoridien qui est libéré après section du ligament suspenseur du clitoris. L'extrémité du moignon est ensuite dégagée du tissu cicatriciel par résection des couches scléreuses, mettant à nu le tissu sain. Le néo gland est alors fixé en position anatomique. Les complications sont mineures et les résultats semblent très satisfaisants avec une diminution de la douleur, une amélioration de la sexualité dans 75% des cas et une restauration du massif clitoridien dans 87% des cas [27].

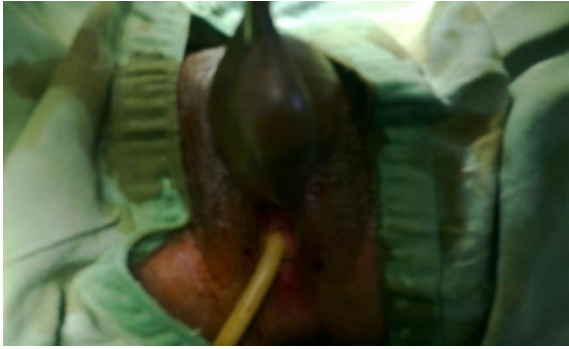
4.2. LA DESINFIBULATION :

Il s'agit d'une réouverture des lèvres précédemment suturées lors de l'excision. Elle pourrait être associée à une reconstitution de la partie antérieure des nymphes. Elle est pratiquée en période anténatale chez les patientes ayant subi une infibulation, de manière prophylactique comme le préconisent Collinet et al [15].

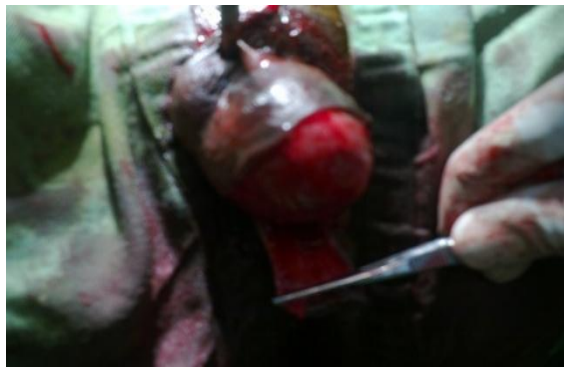
4.3. CHIRURGIE REPARATRICE D'UNE TUMEUR CLITORIDIENNE POST EXCISION

Il s'agit d'un kyste clitoridien dans les suites d'une excision pratiquée à bas âge, chez une patiente de 24 ans, célibataire, nulligeste, vierge ; admise en consultation au Centre de Santé Phillipe Maghilén Senghor (CSPMS) pour une masse rénitente indolore de siège clitoridien très gênante selon la patiente. Les différents temps de cette réparation, pratiquée par l'équipe de la Clinique Gynécologique et Obstétricale de l'UCAD en collaboration avec le personnel du Centre de Santé, sont résumés en exemple dans les images de la figure 16.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse a objectivé une cavité kystique uniloculaire, à contenu pâteux brunâtre, à paroi fine, sans signe de malignité ; concluant en un kyste épidermique.



- Tumeur clitoridienne post excision intéressant le clitoris et les petites lèvres



- Incision en « w » renversé (quartier d'orange) en prévision de la plastie clitoridienne suivante
- Pièce opératoire après dissection et exérèse complète sans effraction de la paroi



- Suites immédiatement après plasties Clitoridiennes et labiales
- Suites opératoires tardives (après cicatrisation)

Figure 16 : Temps opératoire d'une exérèse tumorale avec plastie clitoridienne et labiale

Source iconographie : Dr Magatte Mbaye, Gynécologue au CSPMS de Dakar, Sénégal



DEUXIEME PARTIE

NOTRE TRAVAIL

1. CADRE DE L'ETUDE

1.1. LA REGION DE MATAM

La région est située au Nord du Sénégal à 700 km de la région de Dakar. Elle est limitée :

- au Nord par la région de Saint-Louis et la République Islamique de Mauritanie,
- au Sud par la région de Tambacounda et la région de Kaolack,
- à l'Est par le fleuve Sénégal qui la sépare de la République Islamique de Mauritanie
- et à l'Ouest par la région de Louga.

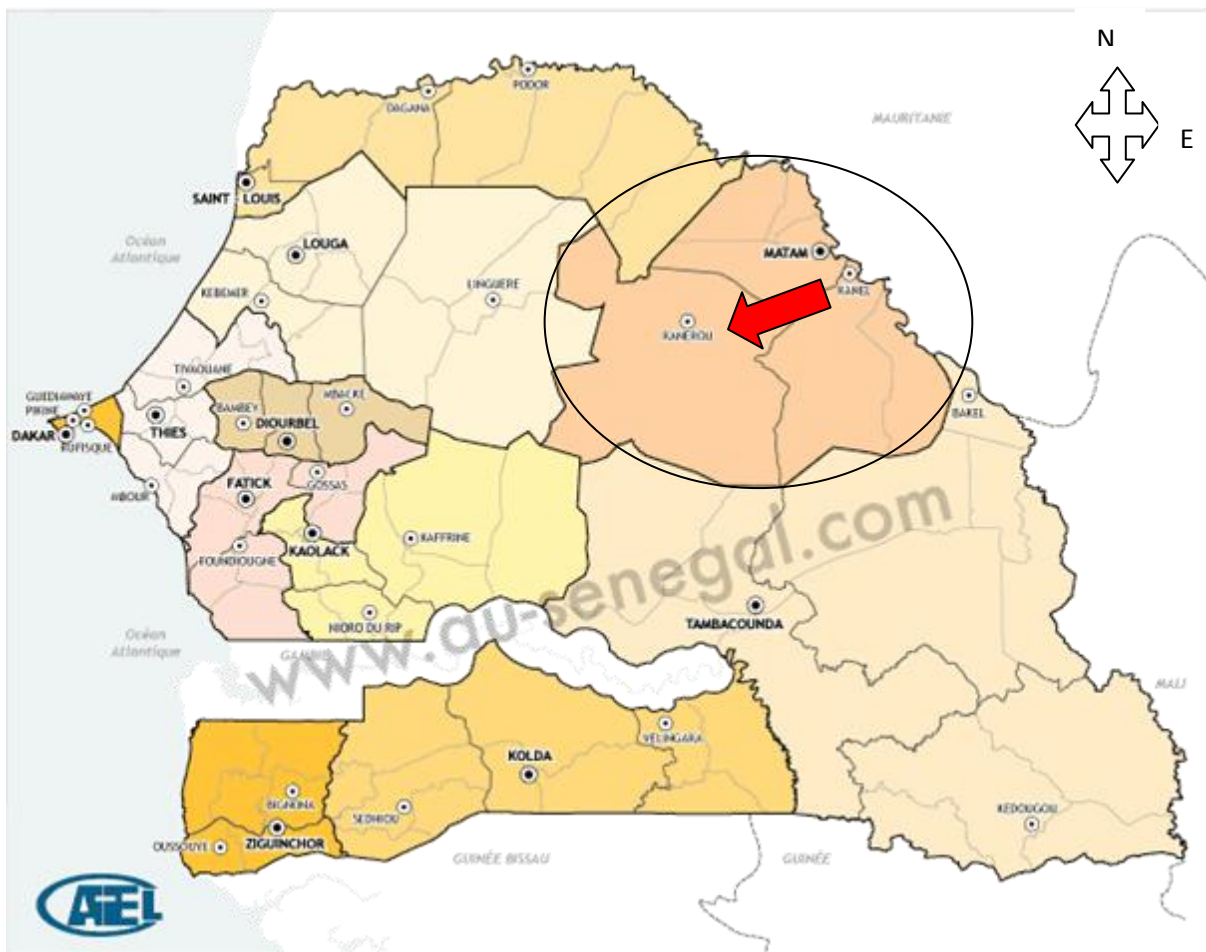


Figure 17 : Carte géographique du Sénégal

La région couvre une superficie de 29.615,5 km² soit 1/7 du territoire national et devient ainsi la deuxième région la plus vaste du pays après celle de Tambacounda. Avec une superficie de 15.100 km², Ranérou-Ferlo est de loin le département le plus vaste de la région de Matam. Il est suivi de Kanel et de Matam qui ont respectivement une superficie de 8.786 km² et 5.728 km².

1.2. LE DEPARTEMENT DE RANEROU

1.2.1. LA POPULATION

Le département de Ranérou-Ferlo a une population estimée à 42.943 habitants avec 3.733 concessions et 5.272 ménages. La population est composée de 21.380 hommes et 21.563 femmes [38].

Dans Ranérou-Ferlo, la zone d'enquête couvre les villages du département de Ranérou-Ferlo, et la commune de Ranérou. La commune de Ranérou a une population de 1.317 habitants avec 113 concessions et 167 ménages dont 648 hommes et 669 femmes [38]. La population de femmes en âge de reproduction (FAR) est estimée à 12.898. Les villages sont : Oudallaye, Vélingara-Ferlo, Petiele, Thionokh, Louguéré Thiolly, Younouféré, Loumbol, Mbame, Mbem Mbem et Salalatou.

Le district sanitaire de Ranérou couvre l'aire géographique du département de Ranérou. Le système de santé est de type pyramidal. Les cases de santé se trouvent à la base et sont implantées au niveau des villages, puis les postes de santé, et les centres de santé situés au sommet constituent les références.

1.2.2. LES INFRASTRUCTURES SANITAIRES

Dans le district sanitaire de Ranérou, il existe les infrastructures suivantes :

- 1 centre de santé construit récemment, fonctionnel depuis septembre 2010 ; ce qui constitue un atout majeur et considérable dans la carte sanitaire de Ranérou-Ferlo. La maternité du centre offre, entre autres, des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets. L'achèvement des travaux routiers sur l'axe Linguère-Ranérou-Matam va faciliter la jonction entre le centre de santé et l'Hôpital Régional de Ourossogui. L'Hôpital de Ourossogui constitue la structure de référence ultime et est distant de 80 km du centre de santé de Ranérou.
- 10 postes de santé dont 9 sont fonctionnels offrant tous des SONUB : Oudallaye , Vélingara-Ferlo, Thionokh, Louguéré Thiolly, Younouféré, Loumbol, Mbame, Mbem Mbem, Salalatou et Petiele qui est non fonctionnel.
- 8 cases de santé où les accouchements sont assurés par des matrones

1.2.3. LE PERSONNEL

Comme personnels, le district dispose de :

- 1 médecin spécialiste en Santé Publique assurant le rôle de médecin chef de district
- 1 médecin généraliste compétent aux soins obstétricaux d'urgence (SOU) assurant le rôle de médecin chef adjoint de district
- 1 pharmacien
- 2 sages-femmes d'état

- 13 infirmiers
- 35 ASC
- 5 agents de nettoyage, 3 gardiens, 4 chauffeurs

Le médecin-chef, le médecin-chef adjoint, les sages-femmes d'état et certains infirmiers travaillent dans le centre de santé. Les autres infirmiers et agents de santé sont répartis dans les postes de santé et les cases de santé.

Les figures 18, 19 représentent respectivement l'ancien poste de santé de Ranérou-Ferlo et le nouveau centre de santé de Ranérou-Ferlo. Les moyens hippiques sont généralement les moyens de transport de la commune de Ranérou comme l'illustre la figure 20.



Figure 18 : Ancien poste de santé de Ranérou



Figure 19 : Nouveau centre de santé de référence de Ranérou



Figure 20 : Un moyen de transport de la commune de Ranérou

2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1. OBJECTIF GENERAL

L'objectif général de l'étude est d'évaluer les conséquences obstétricales de la pratique de l'excision pendant la grossesse, pendant l'accouchement et dans le post-partum immédiat dans le département de Ranérou-Ferlo à Matam.

2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Les objectifs spécifiques de cette étude sont de :

- décrire les caractéristiques sociodémographiques des parturientes dans le District Sanitaire de Ranérou,
- déterminer la proportion de femmes excisées parmi les parturientes,
- déterminer la proportion de femmes excisées ayant présenté des complications obstétricales en cours de grossesse, lors de l'accouchement et dans le post-partum immédiat,
- déterminer la proportion de complications obstétricales en fonction du type d'excision,
- évaluer la perception de l'excision chez les couples vivant dans le département de Ranérou.

3. METHODOLOGIE

3.1. TYPE D'ETUDE

Nous avons mené une étude transversale, descriptive et analytique dans le département de Ranérou-Ferlo, situé dans la région de Matam.

3.2. POPULATION D'ETUDE

Il s'agit de toutes les femmes venues accoucher dans le centre de santé de Ranérou et dans les postes de santé environnants à savoir Vélingara-Ferlo, Thionokh, Louguéré Thiolly, Younouféré, Oudallaye, Loumbol, Mbam, Mbem Mbem, Salalatou. La collecte des données s'est déroulée du 01 juin 2010 au 31 août 2010.

3.3. ECHANTILLONNAGE

3.3.1. Unité statistique

Les femmes venues accoucher

3.3.2. Critères d'inclusion

Toutes les femmes venues accoucher dans les structures sanitaires de Ranérou durant la période de l'étude étaient incluses dans le recueil des données. Les femmes qui avaient accouché à domicile et qui étaient acheminées dans les structures sanitaires de Ranérou durant cette même période, étaient également incluses dans l'étude.

3.3.3. Critères de non inclusion

Toute femme enceinte qui n'avait pas bénéficié d'une prise en charge dans une structure de santé de Ranérou. Les femmes qui sont venues pour une autre pathologie et celles qui ne sont pas enceintes sont exclues de l'étude.

3.3.4. Taille de l'échantillonnage

La taille de l'échantillon est calculée selon la formule suivante :

$$N = \frac{z^2 \times p \times q}{i^2} = \frac{1,96^2 \times 0,93 \times 0,07}{0,05^2} = 100$$

n= taille de l'échantillon

z= 1,96 : écart réduit pour un risque d'erreur =**5%**

p= prévalence attendue de l'excision (**93% selon EDS IV**)

q= 1- p : prévalence attendue de l'absence d'excision

i= précision souhaitée (**5%** de précision)

La taille calculée de notre échantillon était de 100

Alors, la taille de notre échantillon d'étude devrait être > 100. A cet effet, nous avons pu recruter 166 patientes dans notre étude.

3.4. OUTILS ET METHODES DE COLLECTE DE DONNEES

D'abord, un protocole d'étude a été élaboré. Cela avait permis de confectionner des questionnaires pour la collecte des données.

3.4.1. Outils de collecte de données

- Pour le volet quantitatif :

Un questionnaire a été élaboré. Une semaine avant le démarrage de l'enquête, le questionnaire a été pré testé chez 10 femmes par le médecin responsable de l'enquête.

Les registres de salle d'accouchement, de décès, d'évacuation et de suivi du post-partum, ont été exploités.

- Pour le volet qualitatif :

Un guide d'entretien a été élaboré pour l'enquête qualitative. Cet entretien a été mené dans les structures de santé et dans la communauté au sein des ménages.

3.4.2. Méthodes de collecte des données

Nous avons choisi une méthodologie de recherche mixte incluant une méthode quantitative et une méthode qualitative

Pour la méthode quantitative : de Juin à Août 2010, un questionnaire (annexe II) a été appliqué à toutes les femmes venues accoucher dans les structures de santé de Ranérou. Les registres de salle d'accouchement, de décès, d'évacuation et de suivi du post-partum ont été également bien exploités.

La collecte des données quantitatives s'est déroulée sur une période de trois mois allant de juin 2010 à août 2010. Durant cette période, 166 femmes sont venues accoucher dans le District Sanitaire de Ranérou. Parmi elles, 44 ont accouché au Centre et 122 ont accouché dans les différents Postes de Santé.

Pour la méthode qualitative : nous avons réalisé des interviews chez ces femmes venues en consultation et chez les prestataires de soins. C'est ainsi qu'un guide d'entretien individuel (annexe III) a été conçu et administré à 50 femmes venues en consultation gynéco-obstétricale dans le District Sanitaire de Ranérou. Ce guide d'entretien a été réalisé pour évaluer la perception que ces femmes ont de l'excision. Ainsi, les 29 interviews ont été faites dans le centre et les 21 ont été réalisés dans les différents postes.

Certains entretiens et interviews avaient été réalisés à domicile, chez certaines parturientes dans la période du post-partum.

3.4.3. PARAMETRES ETUDIES

Pour l'enquête quantitative, les paramètres étudiés étaient les suivants :

- les caractéristiques générales des patientes à savoir les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques épidémiologiques et cliniques
- l'évolution de la grossesse à savoir, le suivi de la grossesse et l'issue de la grossesse
- le déroulement de l'accouchement
- les complications du post-partum
- le devenir du nouveau-né

Pour l'enquête qualitative, nous avons étudié :

- les perceptions des patientes sur l'existence éventuelle d'avantages sur les mutilations génitales féminines
- les connaissances des conséquences de l'excision
- le pouvoir de décision de l'homme pour exciser leur fille

3.5. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES

La saisie et l'analyse des données ont été faites grâce au logiciel Epi info version 6.0

4. RESULTATS

4.1. RESULTATS QUANTITATIFS

4.1.1. ETUDE DESCRIPTIVE

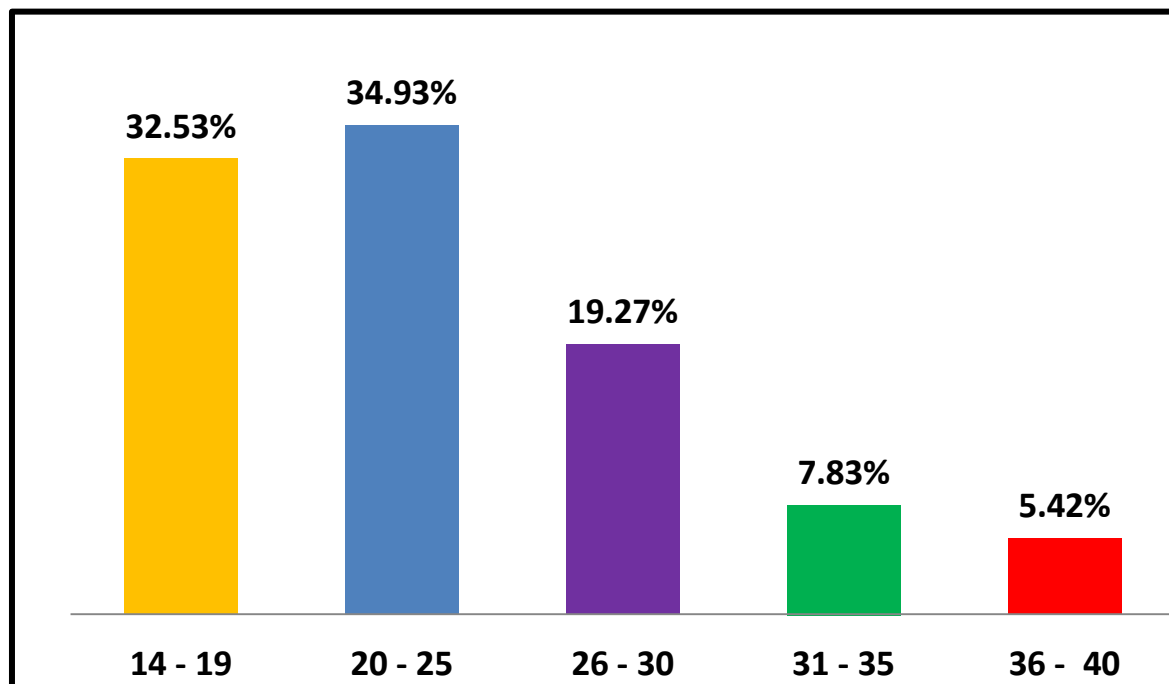
4.1.1.1. Caractéristiques générales des parturientes

4.1.1.1.1. Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques

Durant la période d'étude, 166 parturientes sont venues accoucher dans les structures de santé de Ranérou. Parmi elles, les 119 étaient des femmes excisées. Ce qui donne une fréquence de 71,7% de femmes excisées par rapport aux parturientes.

- **Répartition selon l'âge**

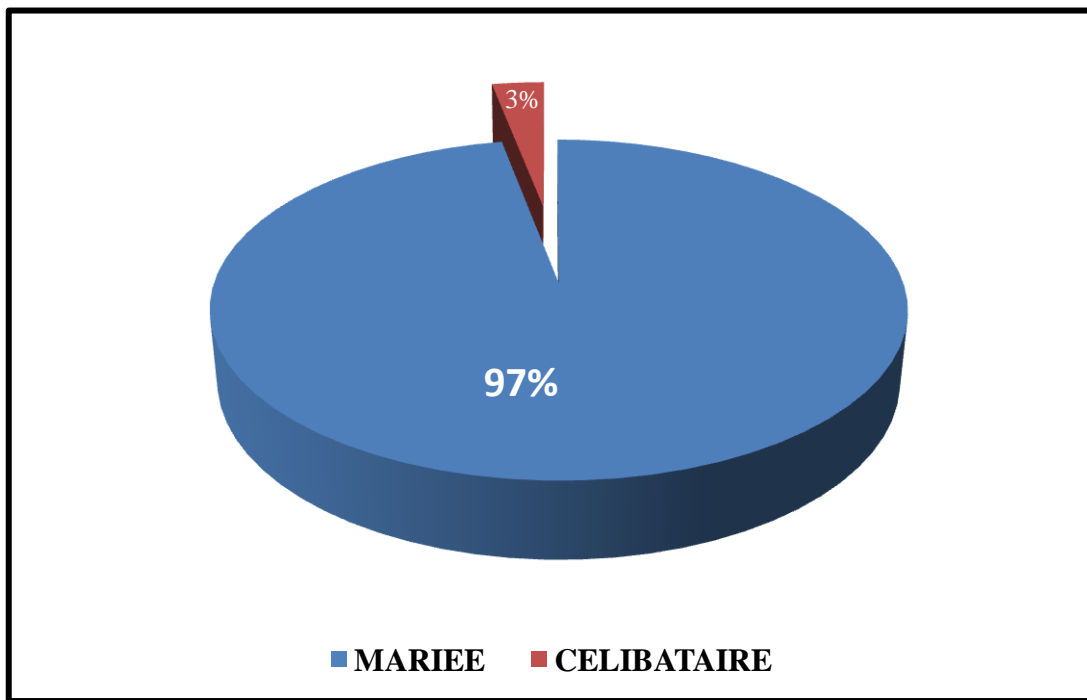
L'âge moyen de nos patientes était de 23 ans avec des extrêmes de 14 et de 40 ans. Les tranches d'âge allant de 20 à 25 ans représentaient 34,9%, celles entre 14 ans à 19 ans (32,5%) (Graphique 1).



Graphique 1 : Répartition des patientes selon l'âge

- **Répartition des parturientes selon la situation matrimoniale**

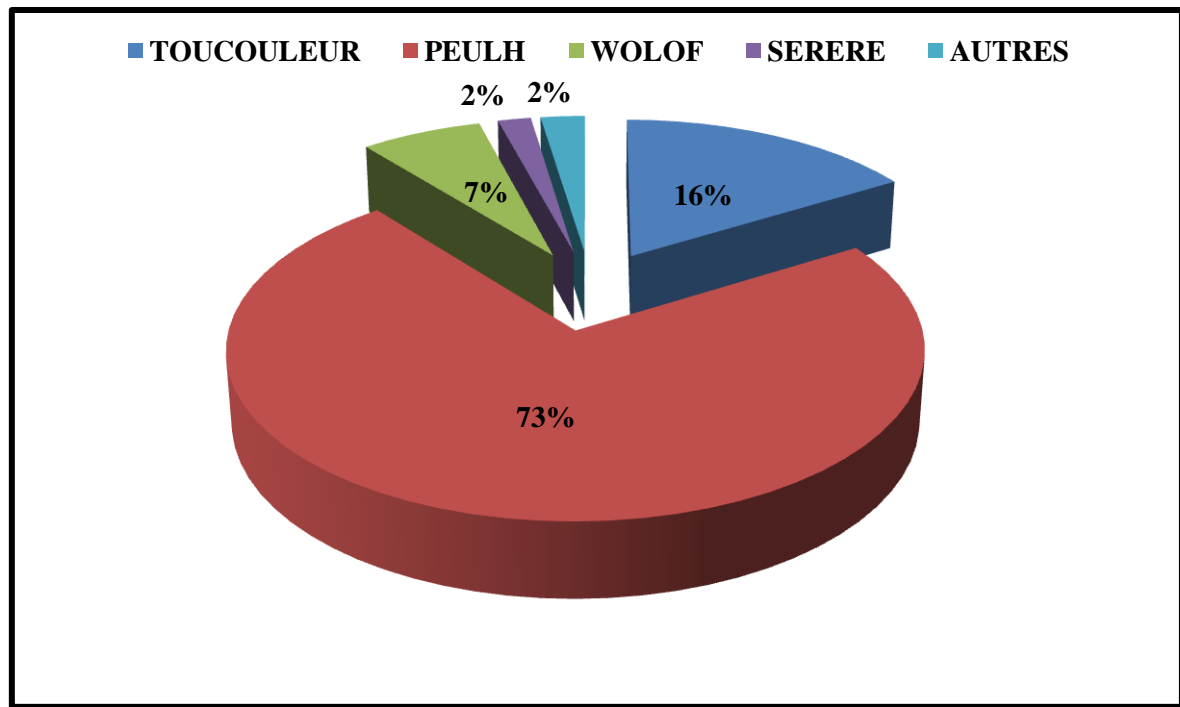
Selon la situation matrimoniale, 161 patientes étaient mariées soit 97% des cas, comme illustré sur le graphique 2.



Graphique 2 : Répartition des patientes selon la situation matrimoniale

- **Répartition des parturientes selon l'ethnie**

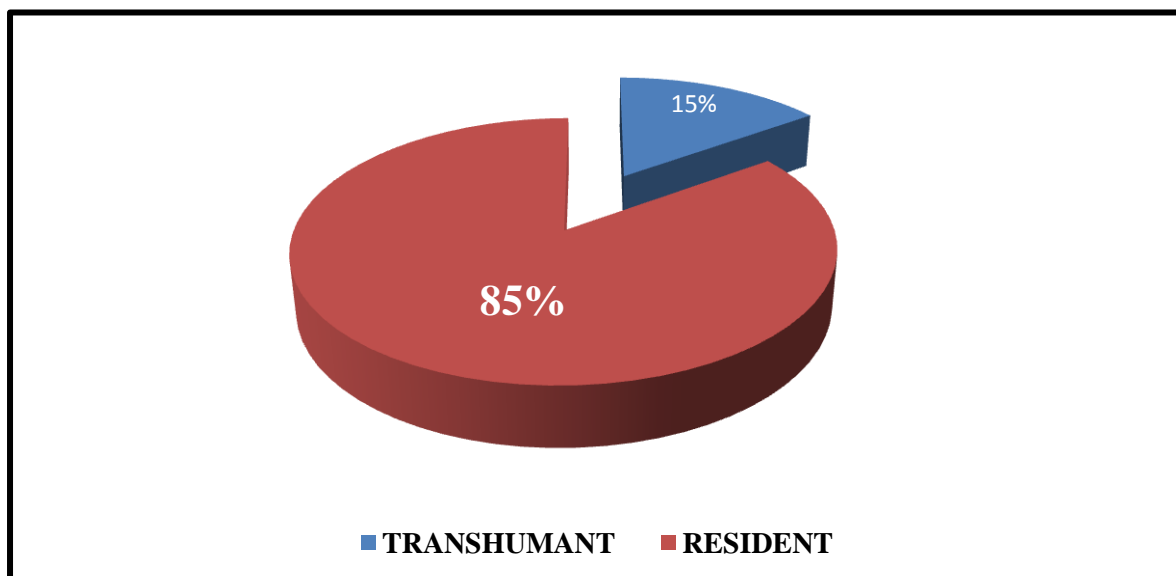
L'ethnie Peulh prédominait avec 121 parturientes soit 73%, suivie de l'ethnie Toucouleur (16%), des Wolofs (7%) et des Sérères (2%) (Graphique 3).



Graphique 3 : Répartition des patientes selon l'ethnie

- **Répartition des parturientes selon l'adresse**

Selon la répartition géographique, 85% des parturientes résidaient à Ranérou. Le reste était des transhumants (15%), tel que illustré sur le graphique 4.

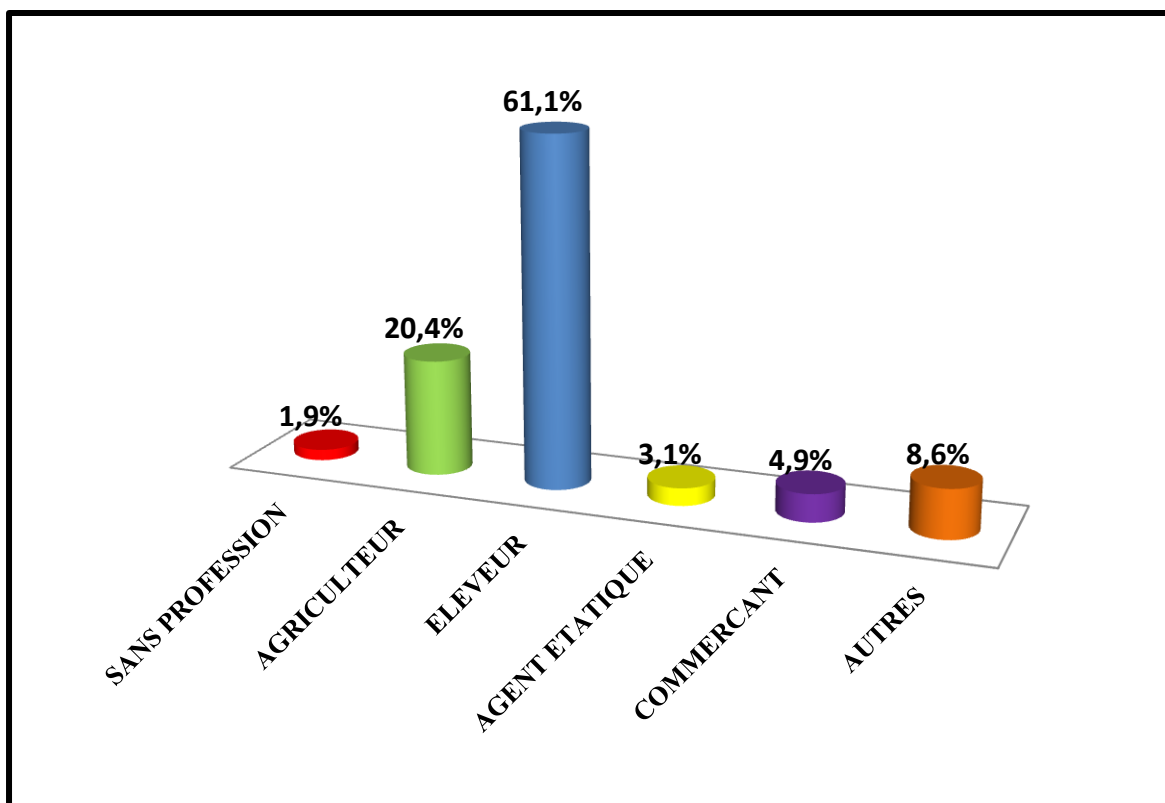


Graphique 4 : Répartition des patientes selon l'adresse

- **Conditions de vie socio économique**

- **Répartition des patientes selon la profession du mari**

L'évaluation de la profession des maris de nos patientes avait révélé 61,1% d'éleveurs (99 cas) et 20,4% d'agriculteurs (33 cas). Par contre, 1,9% des cas n'avaient pas de profession (Graphique5).



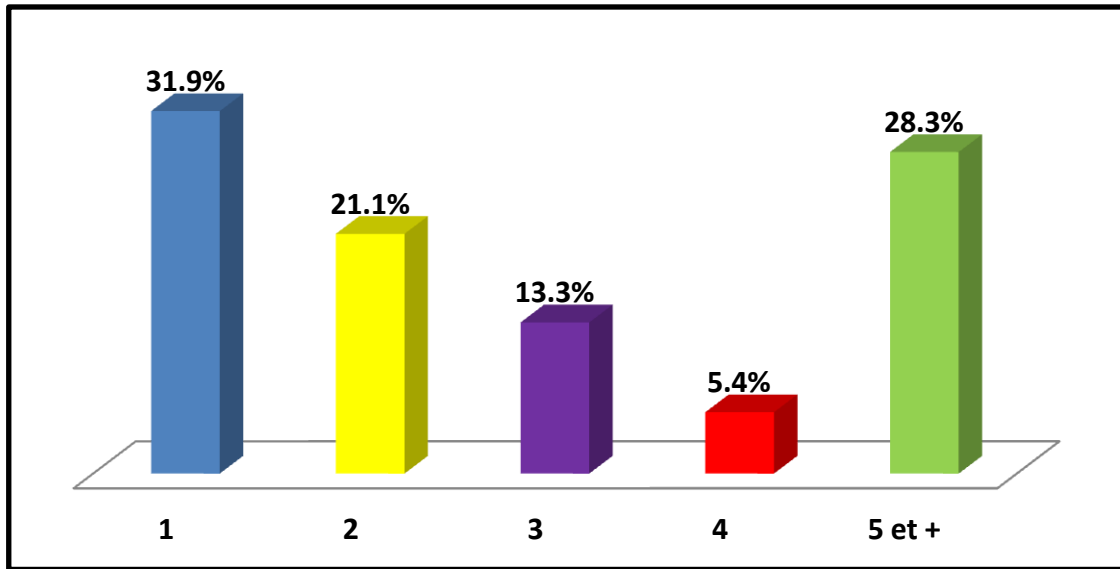
Graphique 5 : Répartition des patientes selon la profession du mari

- **Répartition des patientes selon leur profession**

La majorité des patientes de notre étude était ménagère (93,4% des cas). Le reste des patientes était élèveuse (1,2%), commerçante (1,2%) et agricultrice (0,6%).

- **Répartition des patientes selon la gestité**

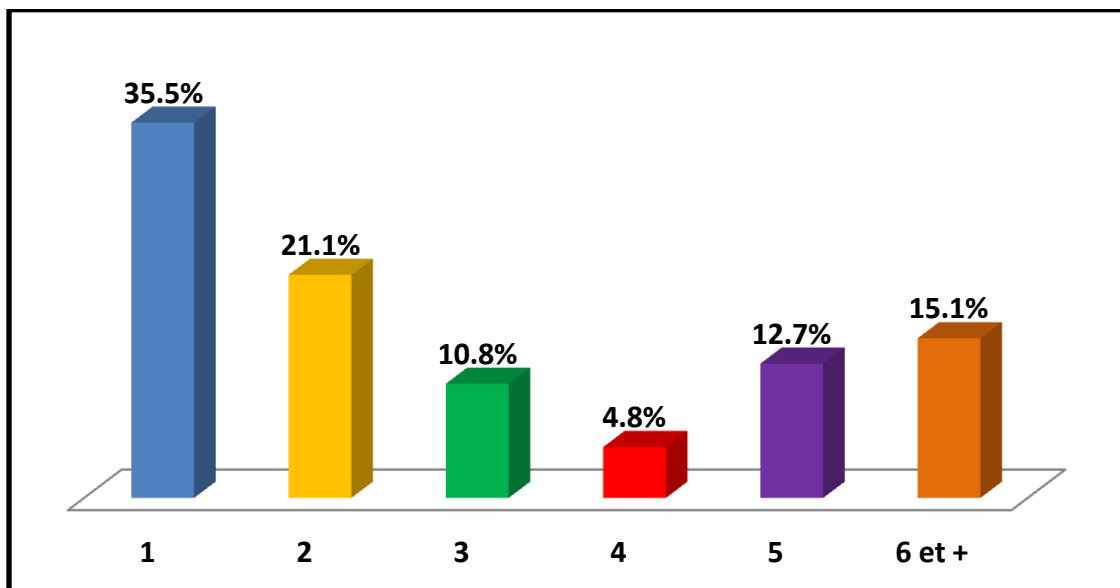
Les primigestes représentaient 31,9% des cas (53 patientes). Elles étaient suivies des parturientes ayant plus de 4 gestes (28,3%) (Graphique 6).



Graphique 6 : Répartition des patientes selon la gestité

- **Répartition des patientes selon la parité**

Les primipares prédominaient avec 35,5% des cas (Graphique 7).

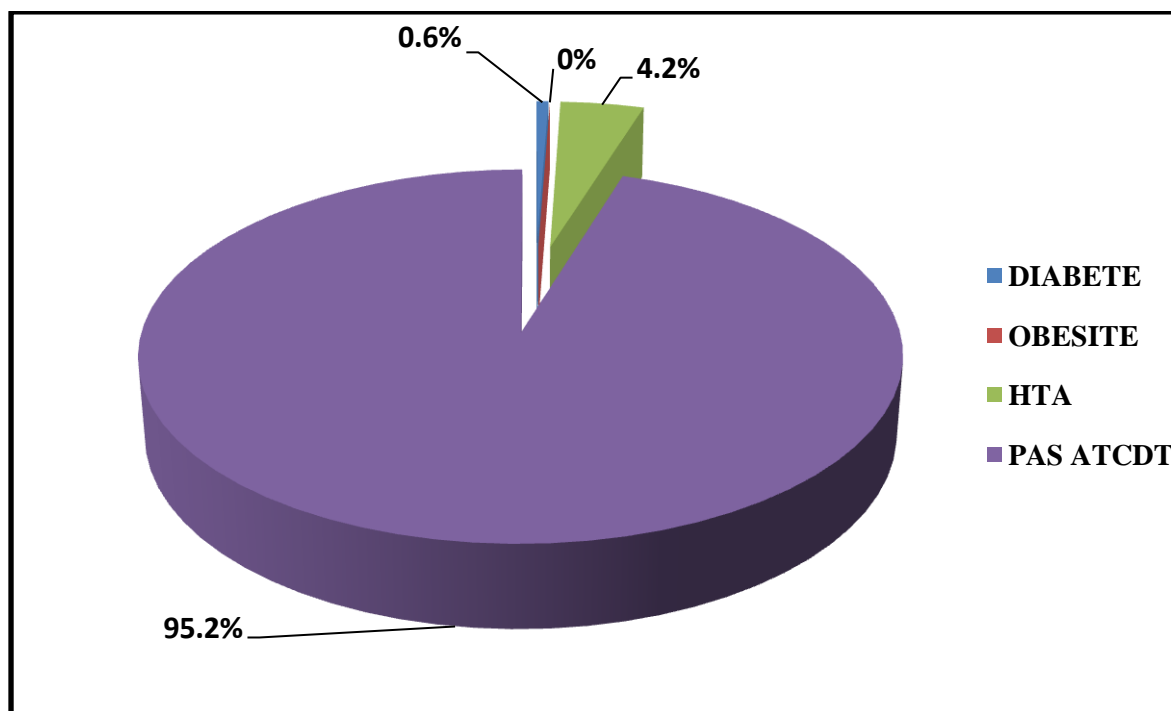


Graphique 7 : Répartition des patientes selon la parité

4.1.1.1.2. Caractéristiques cliniques

- **Répartition des patientes selon les antécédents médicaux**

Plus de 95% des patientes ne présentaient pas d'antécédent médical pathologique. Les pathologies antérieures relevées étaient dominées par l'HTA dans 4,2% des cas (Graphique 8).

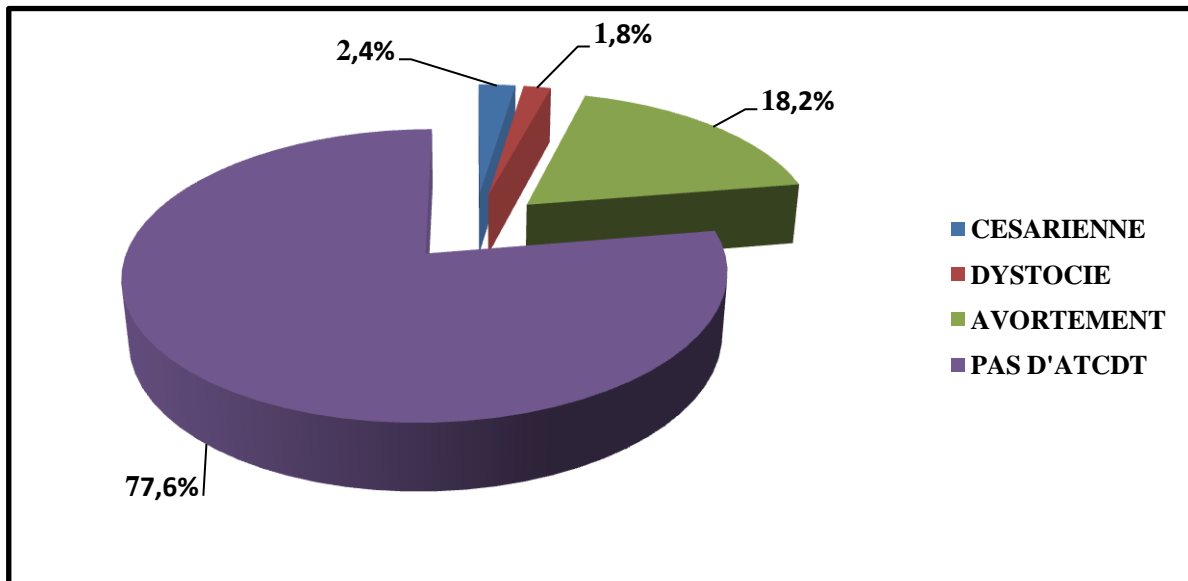


Graphique 8 : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

- **Répartition des patientes selon les antécédents gynéco-obstétricaux**

Une excision était pratiquée chez 119 patientes, représentant un pourcentage de 71,7% de l'ensemble des parturientes.

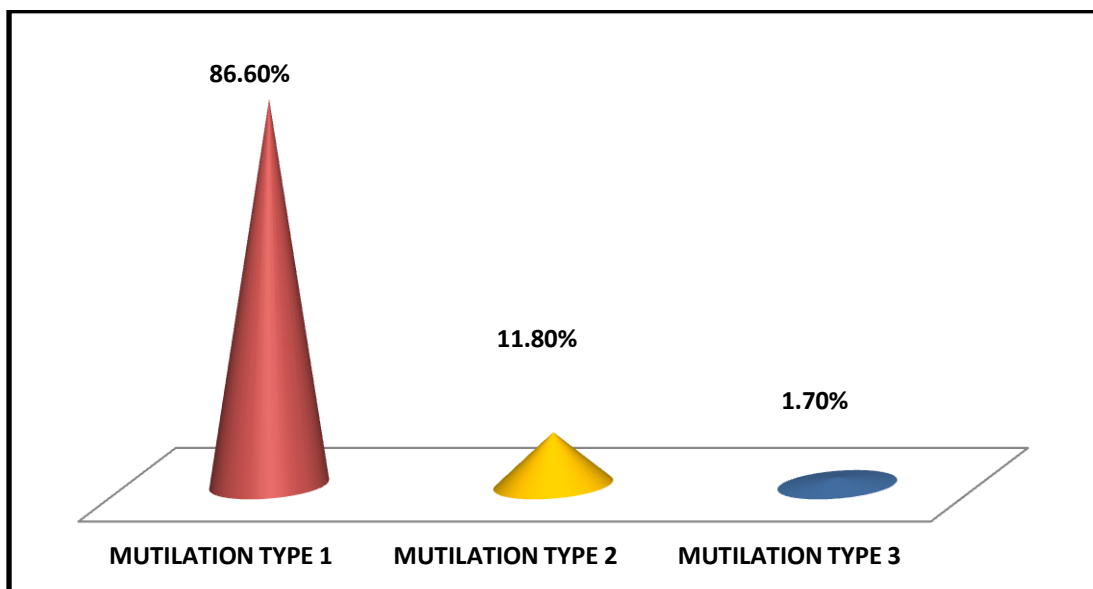
Aucun antécédent obstétrical n'était observé chez 77,6% des patientes, 2,4% avaient eu une césarienne antérieure ; 1,8% avait eu une dystocie à l'accouchement. Les autres antécédents pathologiques relevés dans la population d'étude sont précisés sur le graphique 9.



Graphique 9 : Répartition des patientes selon les antécédents gynéco-obstétricaux

- **Répartition des patientes selon le type d'excision**

La répartition des patientes selon le type d'excision avait révélé une prédominance du type I dans 103 cas soient 86,6% des patientes (Graphique 10).



Graphique 10 : Répartition des patientes selon le type de mutilation

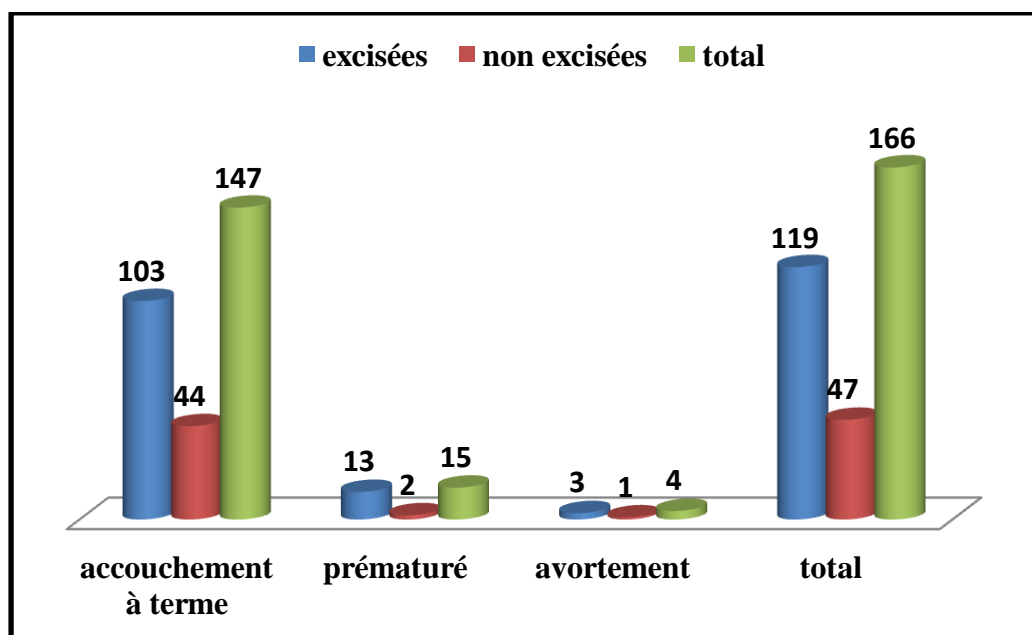
4.1.1.2. Evolution de la grossesse

4.1.1.2.1. Suivi de la grossesse

- Les 165 parturientes portaient une grossesse unique soit 97,4% de l'ensemble des parturientes; seule une parturiente était porteuse d'une grossesse gémellaire (0,6%).
- La majorité des parturientes possédaient un carnet de suivi de grossesse (80,1%). Les 54 patientes avaient effectué 3 CPN représentant un pourcentage de 32,5% de l'ensemble des parturientes; suivi de celles qui avaient effectué 2 CPN (23,5%). Le pourcentage de celles qui avaient effectué 4 CPN n'était pas négligeable soit 19,9%. Seules 7 parturientes avaient effectué une seule CPN soit 4,2%. Les parturientes n'ayant effectué aucune consultation prénatale représentaient 19,9%. Seules 8,4% des parturientes avaient effectué une échographie obstétricale.
- Le suivi de la grossesse n'avait révélé aucune pathologie maternelle dans 85,6% des cas. Par contre, une anémie était retrouvée chez 10,8 %, une HTA dans 3% et un diabète sucré dans 0,6%.

4.1.1.2.2. Issue de la grossesse

- Les parturientes qui avaient accouché à terme représentaient 88,6% (147 cas) et 62% d'entre elles soient 103 patientes présentaient une MGF. Par contre, parmi les 15 patientes (9% des cas) qui avaient fait un accouchement prématuré, 13 patientes présentaient une MGF ; 4 patientes avaient fait un avortement spontané (Graphique 11).

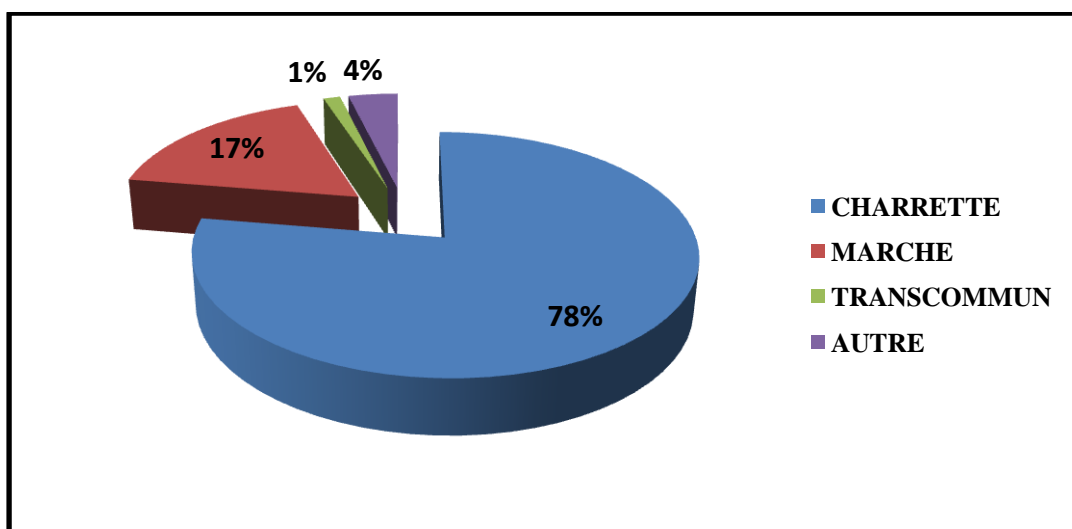


Graphique 11 : Répartition des parturientes selon l'issue de la grossesse

- Un bassin normal était retrouvé chez 162 patientes soient 97,6% des cas; 2,4% avait un bassin limite.
- L'inspection vulvaire avait montré une mutilation génitale chez 119 patientes. Parmi elles, 4 patientes avaient présenté une cicatrice chéloïdienne dans les suites de sa mutilation génitale.

4.1.1.3. Déroulement de l'accouchement

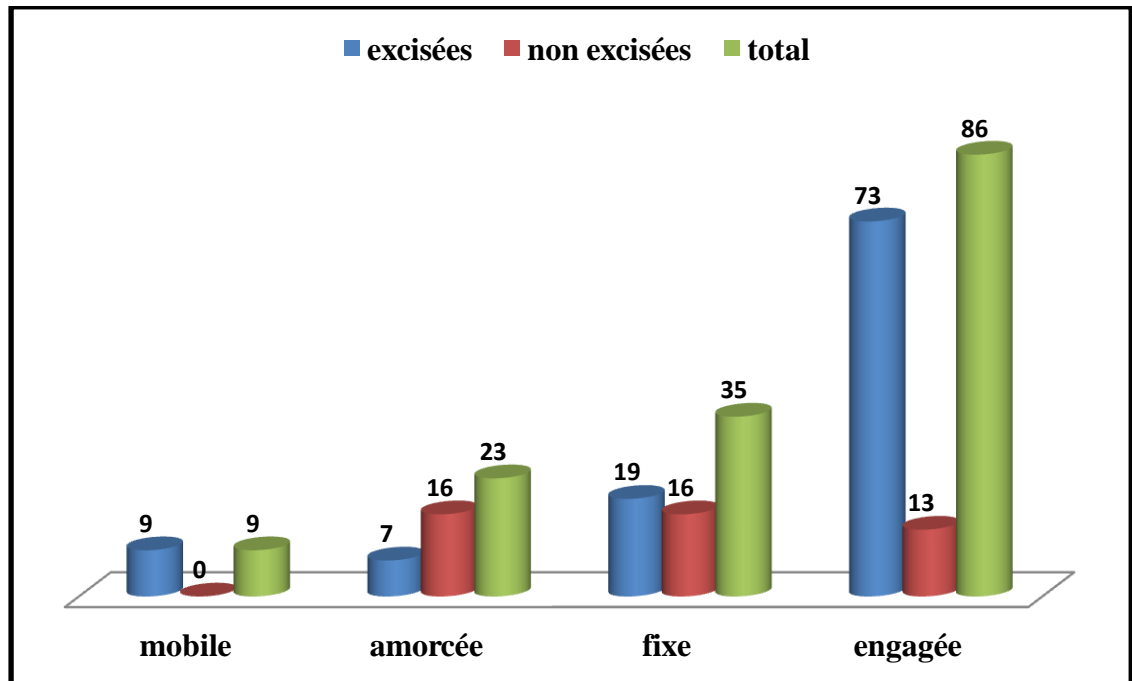
- La majorité des parturientes avaient accouché dans une structure de santé (87,3%) ; 12,7% des parturientes qui avaient accouché à domicile, étaient reçues pour une rétention placentaire. Ces dernières étaient toutes des femmes excisées.
- A l'admission 98% des parturientes étaient venues d'elles-mêmes. La charrette était utilisée comme moyen de transport dans 78% des cas ; et 17% des parturientes avaient accédé aux structures de santé par la marche (Graphique 12).



Graphique 12 : Répartition selon le mode de transport

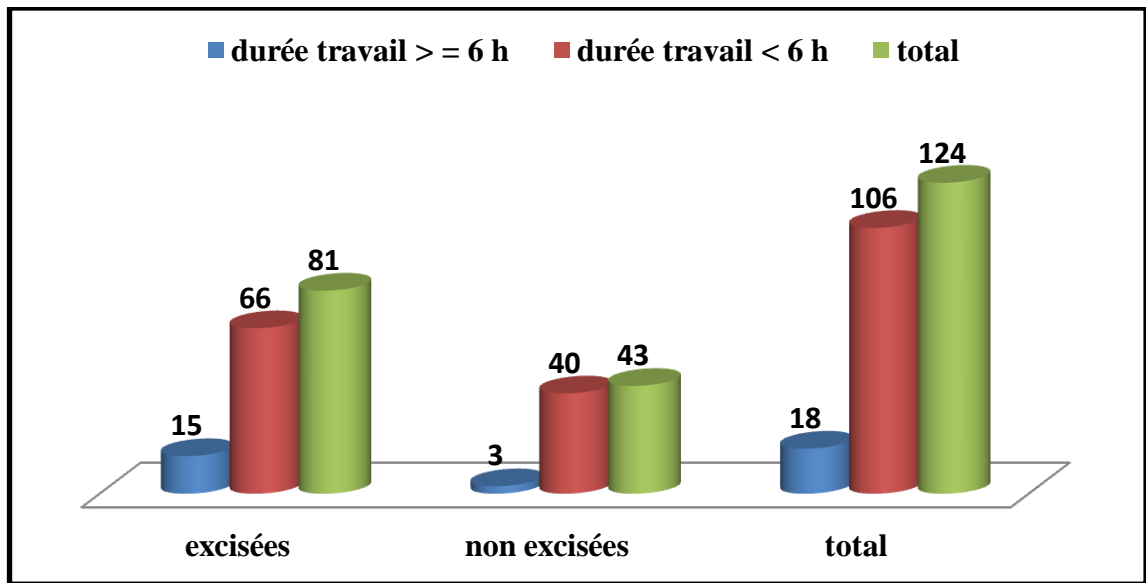
- A l'admission, 95,7% des patientes étaient en travail. Les membranes étaient spontanément rompues dans 97,6% des cas dont 54,6% de ruptures tempestives et 45,3% de ruptures précoces. Une rupture artificielle des membranes était effectuée dans les structures de santé dans 35,2% des cas.

- Sur les 86 parturientes dont la présentation était engagée au moment de la rupture des membranes, les 73 patientes soit un pourcentage de 84,8% étaient des femmes excisées (Graphique 13).



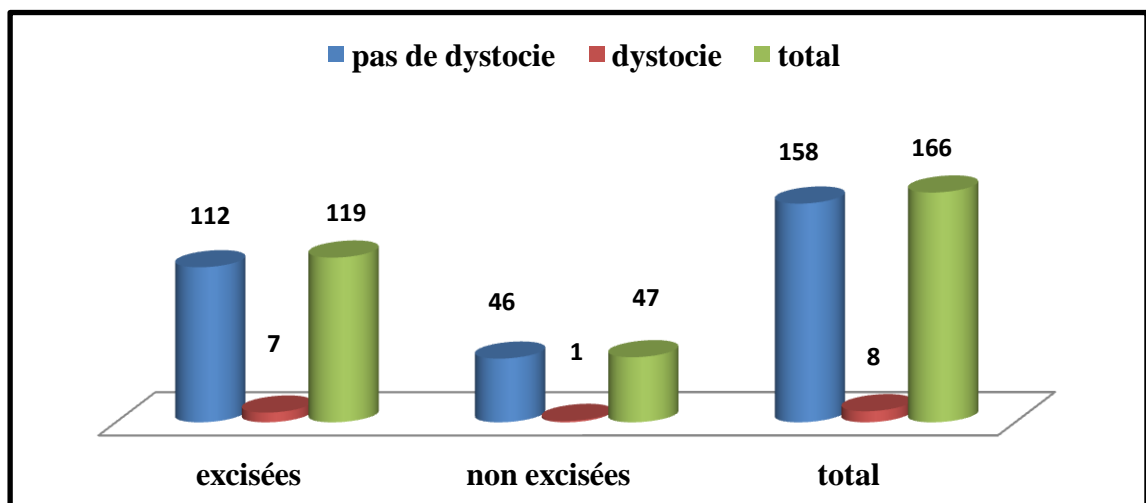
Graphique 13 : Répartition selon le niveau de la présentation au moment de la rupture des membranes pendant le travail

- Une durée du travail au cours de l'accouchement inférieure à 06 heures était considérée comme normale. Une durée de travail supérieure ou égale à 06 heures était considérée comme un travail long. Parmi les 124 parturientes chez qui une appréciation de la durée du travail était possible, 106 (66 femmes excisées et 40 femmes non excisées) avaient une durée de travail inférieure à 06h et 18 (15 femmes excisées et 3 femmes non excisées) soit 14,5% avaient une durée de travail supérieure ou égale à 06h (Graphique 14).



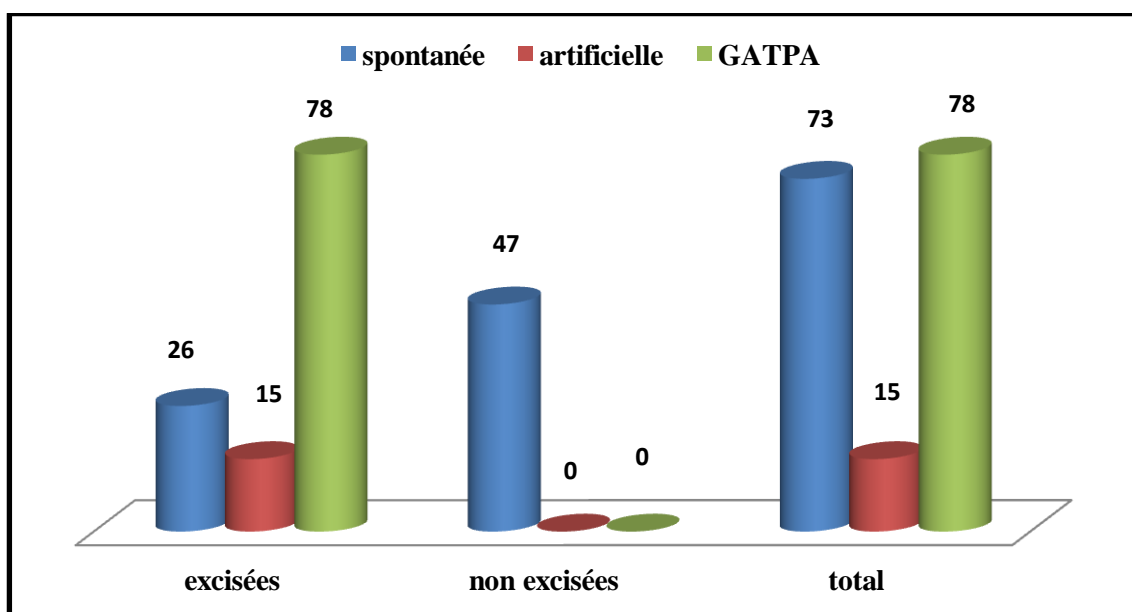
Graphique 14 : Répartition selon la durée de travail dans la structure

- Une dystocie était observée chez 8 patientes parmi lesquelles, 7 présentaient une MGF (1,13%) (Graphique 15). Il s'agissait d'une dystocie fœtale (6 cas), d'une dystocie dynamique (1 cas) et d'une dystocie osseuse par bassin limite (1cas).



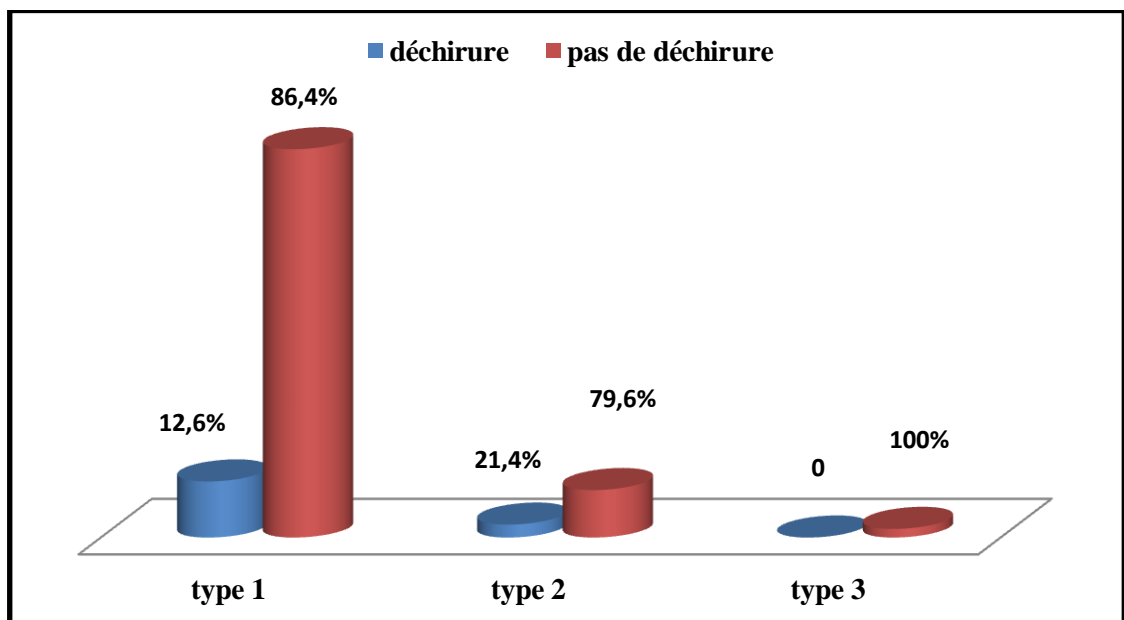
Graphique 15 : Répartition selon l'existence de dystocie

- A l'admission, 10 parturientes présentaient une absence des bruits du cœur du fœtus pendant le travail. Il s'agissait de mort in utéro. Parmi ces patientes, 9 présentaient une MGF soit 5,42%.
- La souffrance fœtale aigue pendant le travail était observée chez 8 parturientes. Parmi elles, 6 patientes présentaient une MGF.
- L'ensemble des accouchements était fait par voie basse, sans utilisation de manœuvres obstétricales (ventouse, forceps). Aucune césarienne n'avait été notée.
- Toutes les patientes qui avaient bénéficié d'une gestion active de la troisième phase du travail (GATPA) étaient des femmes excisées. Elles représentaient 65,54% (78 cas). Les 15 parturientes qui avaient bénéficié d'une délivrance artificielle étaient des femmes excisées (Graphique 16).



Graphique16: Répartition selon le mode de délivrance

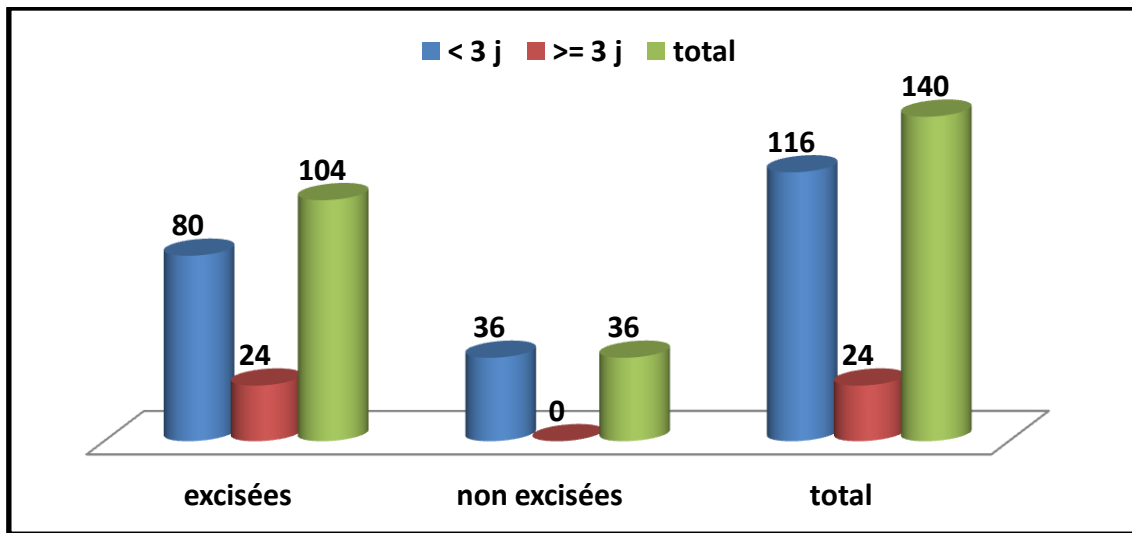
- Sur un effectif de 166 parturientes, les déchirures périnéales étaient retrouvées chez 18 patientes (10,84%) dont 16 femmes excisées. Il s'agissait d'une déchirure superficielle chez 16 patientes dont 14 femmes excisées et 2 non excisées. Une déchirure complète était retrouvée chez 2 patientes excisées. La majorité des déchirures étaient observées dans les MGF de type 2 (Graphique 17).



Graphique 17 : Répartition des déchirures périnéales selon le type de MGF

- Une épisiotomie était effectuée chez 13 patientes représentant 7,9% de l'ensemble des parturientes. Parmi ces patientes, 11 présentaient une MGF de type I et un présentait une mutilation de type II. L'autre cas d'épisiotomie était effectué chez une parturiente non excisée.

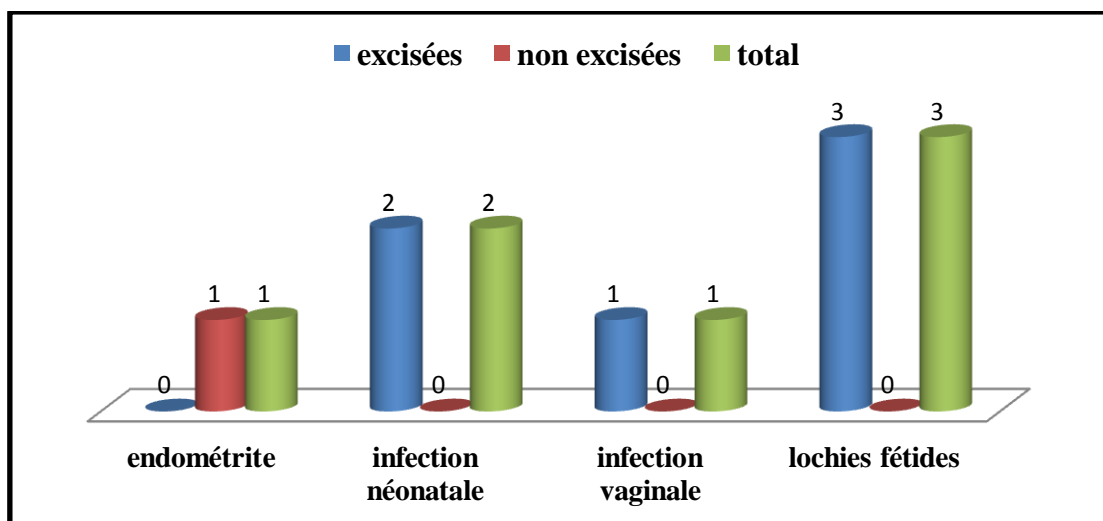
- Les parturientes qui avaient été référées pour complications obstétricales représentaient 4 cas, parmi lesquelles nous avons déploré un décès maternel. Il s'agissait d'une hémorragie per partum avec SFA pendant le travail, rencontrée chez une femme non excisée. Chez les 3 autres parturientes référées, il s'agissait de crise d'éclampsie observée chez une femme non excisée. La rétention placentaire et l'hématome rétro placentaire avaient été respectivement observés chez 2 femmes présentant une MGF de type I.
- La durée moyenne du séjour hospitalier était de 2 jours. Une durée du séjour hospitalier supérieure ou égale à 3 jours était considérée comme allongée. Sur 140 parturientes, la durée du séjour hospitalier a été calculée. Les 24 parturientes soit un pourcentage de 17,1% qui avaient une durée de séjour allongée étaient des femmes excisées. (Graphique 18).
- Cet allongement du séjour hospitalier était en rapport avec une HPP (4 cas), un HRP (1 cas), une dystocie fœtale (2 cas), une dystocie osseuse (1 cas), une douleur pelvienne (3 cas), une infection génitale à type de lochies fétides (1 cas), une durée du travail allongée (1 cas), une souffrance fœtale aigue (1 cas), une rétention placentaire (1 cas) et une épisiotomie (1 cas). Aucune complication n'avait été retrouvée chez les autres cas d'allongement du séjour hospitalier.



Graphique 18 : Répartition selon la durée du séjour hospitalier

4.1.1.4. Complications du post-partum

- Sur les 5 parturientes qui avaient présenté une infection génitale, les 4 présentaient une MGF (2,4%). Il s'agissait de lochies fétides (3 cas), d'une infection vaginale (1 cas), et d'une endométrite (1 cas) (Graphique 19).
- Pour 2 parturientes excisées, leurs nouveau-nés présentaient une infection néonatale.



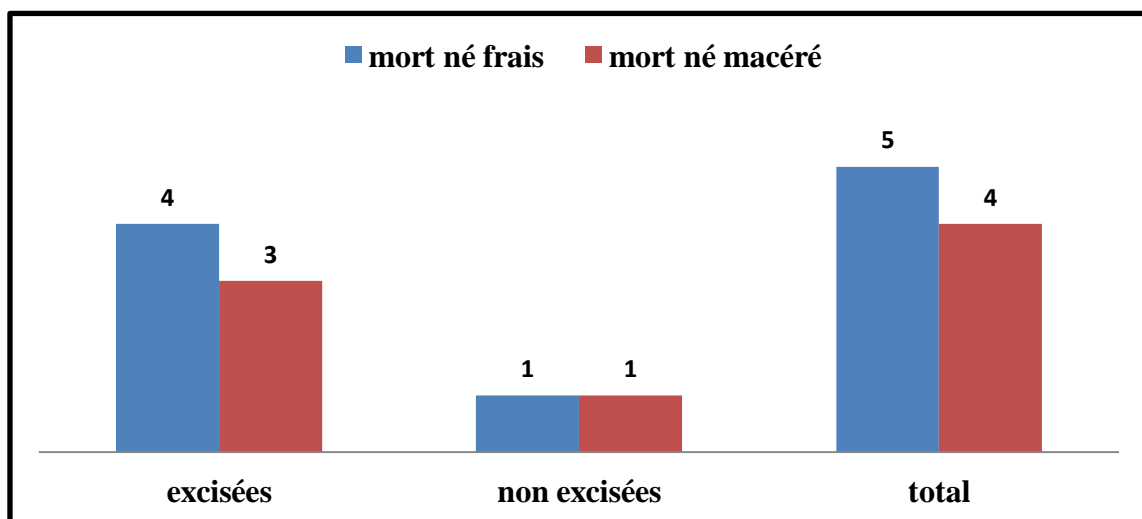
Graphique 19 : Répartition selon le type d'infection

- Sur 10 hémorragies du post-partum (HPP) soient 6% de l'ensemble des parturientes; 9 avaient été notées chez les parturientes excisées. Ces hémorragies étaient en rapport avec soit une dystocie fœtale, un hématome rétro placentaire, une déchirure complète, une déchirure superficielle ou une rétention placentaire.
- La douleur était notée chez 23 parturientes, 22 étaient des femmes excisées (13,2%). Il s'agissait d'une douleur pelvienne. En plus des douleurs pelviennes, des douleurs mammaires ont été notées chez 2 patientes excisées.
- D'autres complications avaient été retrouvées. Il s'agissait d'une rétention placentaire (6 cas), d'une malformation de la tête du nouveau-né (1 cas) et d'une éclampsie (1 cas). La rétention placentaire et la malformation de la tête du nouveau-né étaient rencontrées chez des femmes présentant une mutilation génitale féminine (MGF).

4.1.1.5. Devenir du nouveau né

Les décès néonataux étaient au nombre de 18, dont 14 notés chez les femmes excisées. Les 10 cas de décès étaient survenus chez des parturientes reçues avec absence de bruits du cœur du fœtus pendant le travail. Les autres causes de décès étaient en rapport avec un hématome rétro placentaire (HRP) , un siège complet, une souffrance fœtale aigue pendant le travail, et une hémorragie per partum.

Les morts nés macérés (4 cas) avaient été rencontrés chez des parturientes arrivées avec absence des bruits du cœur du fœtus pendant le travail. Parmi ces cas, il y avait un enroulement du cordon, et une patiente qui présentait une endométrite. Les autres causes de mort né macéré n'avaient pas été explorées. Les morts nés frais (5 cas) avaient été rencontrés chez des patientes qui avaient présenté soit un siège complet, un HRP, une souffrance fœtale aigue pendant le travail ou une hémorragie per partum (Graphique 20).



Graphique 20 : Répartition selon le type de mort né

4.1.2. ETUDE ANALYTIQUE

4.1.2.1. Relation entre la durée du travail et l'existence d'excision

Tableau III : Relation entre la durée du travail et l'existence d'excision

	Durée du travail			
	> = 6h	< 6h	Total	
Excisées	15	66	81	P = 0,082
Non excisées	3	40	43	
Total	18	106	124	

Nous n'avons pas retrouvé de lien significatif entre l'allongement du travail et la présence de mutilation génitale féminine (P = 0,082).

4.1.2.2. Relation entre la durée du séjour hospitalier et l'existence d'excision

Tableau IV : Relation entre la durée du séjour hospitalier et l'existence d'excision

	Durée du séjour hospitalier			
	< 3j	> = 3j	Total	
Excisées	80	24	104	Khi 2 P = 0,0015
Non excisées	36	0	36	
Total	116	24	140	

Les femmes excisées avaient plus de risque d'avoir une durée du séjour hospitalier plus longue que celles non excisées (p = 0,0015).

4.1.2.3. Relation entre la présence d'une dystocie et l'existence d'excision

Tableau V : Relation entre la présence d'une dystocie et l'existence d'excision

	Dystocie		Total	
	OUI	NON		
Excisées	7	112	119	
Non excisées	1	46	47	P = 0,28
Total	8	158	166	

Nous n'avons pas retrouvé de lien significatif entre l'existence de dystocie et la présence de mutilation génitale féminine (P = 0,28).

4.1.2.4. Relation entre la présence de déchirure et l'existence d'excision

Tableau VI : Relation entre la survenue de déchirure et l'existence d'excision

	Déchirure périnéale		Total	
	OUI	NON		
Excisées	16	103	119	
Non excisées	2	45	47	P = 0,08
Total	18	148	166	

Nous n'avons pas retrouvé de lien significatif entre la présence d'une MGF et la survenue d'une déchirure périnéale pendant l'accouchement (p=0,08).

4.1.2.5. Déchirure chez les femmes excisées de type I et de type II

Tableau VII : Relation entre la survenue de déchirure et le type d'excision

	Déchirure chez les excisées			
	OUI	NON	Total	
Type I	13	90	103	P fisher = 0,29
Type II	3	11	14	
Total	16	101	117	

Nous n'avons pas retrouvé de lien significatif entre le type de MGF et la survenue d'une déchirure périnéale pendant l'accouchement ($p=0,29$).

4.1.2.6. Relation entre la pratique de l'épisiotomie et la présence d'une MGF

Tableau VIII : Relation entre la pratique de l'épisiotomie et la présence d'une MGF

	Episiotomie			
	OUI	NON	Total	
Excisées	12	107	119	P fisher = 0,07
Non excisées	1	46	47	
Total	13	153	166	

Nous n'avons pas noté de lien significatif entre la pratique d'épisiotomie et la présence d'une MGF ($p=0,07$).

4.1.2.7. Complications infectieuses chez les femmes excisées et les femmes non excisées

Tableau IX : Relation entre la survenue de complications infectieuses et la présence de MGF

	Infection		Total	
	OUI	NON		
Excisées	6	113	119	
Non excisées	1	46	47	P fisher = 0,36
Total	7	159	166	

Nous n'avions pas noté de lien significatif entre la survenue d'infection et la présence de MGF ($p=0,36$).

4.1.2.8. Relation entre les complications hémorragiques et la présence d'une MGF

Tableau X : Relation entre la survenue de complications hémorragiques et la présence de MGF

	Hémorragie		Total	
	OUI	NON		
Excisées	9	110	119	
Non excisées	1	46	47	P fisher = 0,16
Total	10	156	166	

Nous n'avions pas retrouvé de lien significatif entre la survenue de complications hémorragiques et la présence de MGF ($p=0,16$).

4.1.2.9. Douleur pelvienne chez les femmes excisées et les femmes non excisées

Tableau XI : Relation entre l'existence de douleur pelvienne et la présence de MGF

	Douleur pelvienne		Total	
	OUI	NON		
Excisées	22	97	119	Khi 2 P = 0,0059
Non excisées	1	46	47	
Total	23	143	166	

Les femmes excisées avaient 9 fois plus de risque d'avoir des douleurs pelviennes du post partum que celles non excisées ($p=0,0059$). $RR= 8,69$ ($1,21 < RR < 62,64$)

4.1.2.10. Douleur pelvienne chez les femmes excisées de type I et de type II

Tableau XII : Relation entre l'existence de douleur et le type d'excision

	Douleur		Total	
	OUI	NON		
Type I	16	87	103	Khi 2 P = 0,0024
Type II	6	8	14	
Total	22	95	117	

Les femmes excisées de type II avaient 3 fois plus de risque d'avoir des douleurs pelviennes du post partum que les femmes excisées type I ($p=0,0024$). $RR=2,76$ ($1,30 < RR < 5,86$)

4.1.2.11. Décès néonataux chez les femmes excisées et les femmes non excisées

Tableau XIII : Relation entre la survenue de décès néonataux et l'existence d'excision

	Décès néonataux			
	OUI	NON	Total	
Excisées	14	105	119	
Non excisées	4	43	47	P = 0,54
Total	18	148	166	

Nous n'avons pas noté de lien significatif entre la survenue de décès néonataux et l'existence d'excision (p=0,54).

4.1.2.12. Souffrance fœtale aigue pendant le travail et la présence d'une MGF

Tableau XIV : Relation entre la survenue de souffrance fœtale aigue et l'existence d'excision

	Souffrance fœtale			
	OUI	NON	Total	
Excisées	6	113	119	
Non excisées	2	45	47	P fisher = 0,59
Total	8	158	166	

Nous n'avons pas noté de lien significatif entre la survenue de souffrance fœtale aigue pendant le travail et l'existence d'excision (p=0,59).

4.1.2.13. Complications globales rencontrées dans l'étude chez les femmes excisées et les femmes non excisées

Tableau XV : Relation entre la survenue de complications globales et la présence de MGF

	Complications globales			
	OUI	NON	Total	
Excisées	102	17	119	Khi 2 P = 0,000
Non excisées	15	32	47	
Total	117	49	166	

Une analyse regroupant l'ensemble des complications retrouvées dans notre étude, montre un lien statistiquement significatif entre l'existence de mutilation génitale féminine et la survenue de ces complications ($p = 0,000$). $RR = 2,69$ ($1,76 < RR < 4,10$)

Les complications globales prises en compte étaient l'existence : de dystocie, de déchirure périnéale, de décès maternel, d'infection, d'hémorragie, de douleur pelvienne, de fistule obstétricale, d'autres complications du post-partum (rétention placentaire, crise d'éclampsie, hématome rétro placentaire), de décès néonatal, de souffrance fœtale aigue et de chéloïde. Les taux d'épisiotomie étaient également prises en compte.

4.2. RESULTATS QUALITATIFS

4.2.1. AVANTAGES ATTRIBUES A L'EXCISION

L'adhésion collective à la tradition qui recommande la pratique de l'excision et l'attribution de l'excision à l'Islam sont les principales motivations qui expliquent certaines réponses positives à la question : Feriez-vous exciser votre fille ? Pour d'autres, elles perçoivent l'excision comme un moyen de diminuer le désir sexuel de la femme : « *C'est bon, pour que la fille puisse se retenir (le désir sexuel) et ne pas être toujours tentée par l'homme (satisfaire le désir par un rapport sexuel)* ». En tant que coutume admise par la religion, certaines femmes ont peur pour leur fille. Elles craignent le rejet de leur fille par la société, si cette dernière n'était pas excisée : « *Sans l'excision, elle (la fille) ne sera pas tolérée dans notre société* ». Le poids des coutumes sur les consciences suscitait la crainte d'une marginalisation de la fille non excisée qui court le risque « *d'être maudite* ».

Parmi les femmes admises en consultation obstétrique, très peu avaient cité des avantages attribués à la pratique de l'excision. C'est ainsi que la diminution de la longueur du clitoris était perçue comme un avantage. Pour d'autres, l'avantage était plutôt attribué à la maîtrise, par la femme, de son désir sexuel : « *L'excision permet à la fille de se contrôler face à la tentation d'un rapport sexuel* » (femme, village Lougré Thiolly). La diminution du désir sexuel était aussi un avantage attribué à l'excision : « *Elle (la femme) a moins d'envie d'avoir des rapports sexuels* » (femme, village Lougré Thiolly). Les liens tissés entre l'excision et la religion avait fait du refus de l'excision comme un motif d'auto-exclusion d'un culte religieux comme la prière : « *Chez nous, sans l'excision, tu ne pourras pas prier* » (femme, village Thionokh). A

Oudalaye, village dirigé par un chef religieux, une femme avait établi un lien entre l'excision et la reproduction ou la fécondité : « *Elle (l'excision) permet à la femme de se reproduire* » (femme, village Oudalaye).

4.2.2. CONSEQUENCES NEGATIVES DE L'EXCISION

L'excision est une pratique culturelle commune aux populations de Ranérou qui appartiennent, en majorité, au groupe ethnique Al Pulaar. Cette pratique est perçue comme relevant, parfois de la tradition, parfois d'une recommandation de l'Islam. L'excision est faite chez les fillettes à bas-âge, parfois moins de 04 ans. Ayant subi l'excision à très bas âge, les femmes qui venaient accoucher et qui étaient interrogées, avaient oublié les effets immédiats tels que la douleur atroce, la perte abondante de sang, le traitement de la plaie avec des décoctions de plantes, l'exposition à une infection urinaire, etc. A la question avez-vous regretté d'avoir été excisée ? La majorité des femmes estimaient n'avoir vécu aucune conséquence de l'excision qui suscitait un regret quelconque. Elles avaient oublié les effets immédiats de l'excision subie. Seules 3/36 des femmes interrogées avaient émises des conséquences telles que : « *Les chéloïdes, le saignement pendant l'accouchement et le mauvais effet pour les filles* » (Femmes interrogées, Ranérou). Pour d'autres femmes (3/36 femmes), qui regrettaient d'avoir été excisées, les raisons étaient : « *La douleur provoquée par la pratique de l'excision, les risques encourus et les incertitudes pour la guérison* ».

La perception des femmes venues en consultation obstétrique avait été évaluée.

Les inconvénients de l'excision étaient aussi peu connus. Toutefois, plus d'une dizaine de femmes avaient cité les conséquences physiques telles que : « *Les douleurs atroces,*

le saignement abondant, les infections, le tétanos, les chéloïdes, les cicatrices. Deux femmes avaient souligné la perte de sensibilité et de plaisir au cours des rapports sexuels : *« Il y a la perte de sensibilité d'être femme et les conséquences telles que le saignement et les douleurs que j'ai subi »* (femme, village Thionokh). Aussi, les effets négatifs sur l'acte sexuel étaient ressentis : *« Tu perds le plaisir pendant les rapports sexuels »* (femme, village Thionokh).

4.2.3. RISQUES ENCOURUS DURANT L'EXCISION

Toutefois, plus d'une dizaine de femmes interrogées soutenaient qu'elles ne feraient pas exciser leur fille pour les raisons suivantes : *« Les docteurs disent que ce n'est pas bon, car la fille aura un problème quand elle va accoucher ou encore ce n'est pas sûr, elle (l'excision) comporte beaucoup de dangers »* (Femmes interrogées, Ranérou). Plus d'une dizaine de femmes avaient évoqué la pénalisation de l'excision par la loi comme un risque encouru. Les campagnes de sensibilisation qui avaient porté sur les conséquences néfastes de l'excision avaient amené certaines femmes à admettre les effets négatifs et selon une femme interrogée : *« Je sais que je ne suis pas une femme complète. Il y a quelque chose qui me manque »*. Dans le même ordre d'idées, une femme interrogée regrettait d'avoir été excisée, car elle ne voulait pas que *« ce qui lui est arrivée, arrive à sa fille »*.

4.2.4. POUVOIR DE DECISION DE L'HOMME

En milieu Al Pulaar, les rapports de genre sont inégalitaires. C'est l'homme, chef de ménage, qui monopolise le pouvoir de décision. La femme, épouse, doit obéir aux *« ordres »* du conjoint. Le refus d'exciser sa fille dépendait en partie du consentement

du conjoint. C'est pourquoi, les femmes étaient unanimes à admettre que le fait de ne pas vouloir exciser leur fille dépendait de leur mari « *chef de ménage, on doit obéir à ses ordres* » (femme, village Mbem-mbem). Ce pouvoir de l'homme conjoint était renforcé par l'adhésion collective à la pratique de l'excision : « *Parce qu'on m'a excisée et toutes les femmes de notre village sont excisées, c'est une coutume* » (femme, village Younouféré). A cet effet, s'il était établi que le conjoint monopolise le pouvoir de refuser ou d'accepter l'excision de sa fille, l'épouse pouvait utiliser des stratagèmes et faire exciser sa fille à l'insu de son conjoint.

4.2.5. SYNTHESE

Les résultats des interviews avaient montré que beaucoup de femmes avaient appris l'existence des conséquences néfastes de l'excision par le biais des activités de sensibilisation menées dans leur village par les relais communautaires polyvalents formés en Information, Education et Communication (IEC) et dans les structures de santé par les prestataires de soins (médecins, sages-femmes, infirmiers, matrones ou agents de santé communautaire). Cependant, la grande majorité des femmes interrogées déclaraient ignorer les conséquences négatives de l'excision. Par rapport au refus de faire exciser leur fille, les femmes déclaraient n'avoir pratiquement aucun pouvoir de refus contre une coutume acceptée par toute la communauté et attribuée à la religion. Toutefois, si leur conjoint refusait d'exciser leur fille, l'épouse se soumettait à la décision de l'homme, chef de ménage.

5. DISCUSSIONS

5.1. LES LIMITES DE L'ETUDE

- Faible population témoin faite de femmes non excisées et partageant le même environnement. La quasi-totalité des femmes de la zone d'étude ont subi une mutilation génitale féminine (MGF).
- Le recrutement ne concerne que les femmes admises au niveau des structures hospitalières. Le risque encouru par celles qui n'ont pas fréquenté les structures de santé durant la période d'étude n'est pas connu.
- L'enquête n'était menée que dans des zones où existait une structure hospitalière accessible aux populations. A cet effet, le problème d'inaccessibilité géographique aux structures de santé n'était pas pris en compte.

5.2. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION

5.2.1. ASPECTS SOCIODEMOGRAPHIQUES

Dans notre étude, l'âge moyen de nos patientes était de 23 ans. La tranche d'âge majoritaire était de 20 à 25 ans. Aussi l'âge moyen du mariage était de 16 ans. Cette majorité des jeunes mariées s'explique par le fait du mariage précoce, qui est une spécificité de la région d'étude (Matam). A cet effet, notre étude était essentiellement constituée de mariées (97%). Ainsi, l'analyse des données sur la situation matrimoniale de la population d'étude avait mis en exergue la prédominance des mariées à toutes les tranches d'âge. Cette situation est imputable au poids de la religion. L'absence des veuves et des divorcés, pourrait s'expliquer par le fait que la famille cherche aussitôt à remarier la femme. Du point de vue ethnique, la population

Peulh est majoritaire dans la région de Matam. Ce qui explique leur prédominance (72,9%) dans notre population d'étude.

Les transhumants ont toujours un besoin manifeste d'espaces, pour paître leur bétail. Ils procèdent à des migrations circulaires en quête de pâturage et d'eau pour leur bétail. A cet effet, ils n'hésitent pas à se déplacer avec leurs femmes enceintes. Ceci pourrait expliquer le pourcentage non négligeable des transhumants (15%).

Il est à noter que l'essentiel de notre échantillon était constitué de femmes dont les maris sont des éleveurs (61,1%). En effet l'activité principale du Peulh à Ranérou est d'élever le bétail. Ils sont propriétaires de troupeaux de bovins et de petits ruminants. Les Peulhs représentent la majorité ethnique pratiquant l'une des formes d'élevage extensif les plus anciennes, qui est la transhumance. Les maris agriculteurs représentaient également une part non négligeable (20,4%). Aussi, la terre est hostile à la culture du manioc, de feuilles « Moum », mais surtout de mil. Ce dernier constitue une des composantes principales de l'alimentation des habitants de Ranérou.

Notre étude était composée en majorité de femmes ménagères (93,4%). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les femmes à Ranérou sont surtout dévolues aux tâches ménagères et s'occupent des enfants.

La majorité des parturientes de notre étude étaient des primigestes (31,9%) et des primipares (35,5%). Ceci pourrait être à l'image de l'ensemble des parturientes de notre étude, qui sont essentiellement constituées de jeunes adolescentes et de jeunes adultes à leur première grossesse.

5.2.2. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES

Au cours de cette étude, nous avons noté une forte prévalence des mutilations génitales féminines au niveau du département de Ranérou ; 71,7% des parturientes étaient des femmes excisées. Ce taux est largement au dessus de la moyenne nationale qui est de 26%. Ce résultat est superposable aux résultats de l'EDS V (2011) au Sénégal [4] où la prévalence de l'excision dans la région de Matam est estimée à 87% (avec une prévalence ethnique de 55% chez les Al Pulaar). La pratique de l'excision est ancrée dans les croyances culturelles des populations. L'origine de cette pratique est attribuée, soit à la tradition, soit à la religion. Cette pratique est une spécificité chez les Peulhs ; ainsi leur forte représentativité peut se comprendre aisément. Le type d'excision plus souvent rencontré dans notre étude était le type I (103 patientes) suivi du type II (14 patientes). Ce qui répond aux estimations actuelles de l'Organisation Mondiale de la Santé [47]. Cette dernière estime que près de 90% des cas de mutilations génitales féminines sont des cas de type I et de type II. Dans le même ordre, le type IV connaît les mêmes pourcentages. Ainsi le type III représente environ 10%. Cependant, ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que le clitoris qui est enlevé dans le type I, est un organe considéré comme impropre. Une femme non privée de son clitoris ne peut accomplir les recommandations religieuses, selon les populations interrogées.

5.3. EVOLUTION DE LA GROSSESSE

5.3.1. SUIVI DE LA GROSSESSE

Comme dans l'EDS V (2011), les femmes du milieu urbain se rendent plus fréquemment à des visites prénatales au cours de leur grossesse que les femmes du milieu rural (99% contre 90%).

Aussi du point de vue régional, on observe des disparités importantes. Matam fait partie des régions où les femmes (83%) ne consultent pas souvent un professionnel de la santé au cours de leur grossesse. En outre, 12% n'avaient pas effectué de consultation prénatale (CPN). En effet, dans notre étude, la majorité des parturientes avait effectué au moins une CPN et représentait 80,1% des cas. Cependant le pourcentage des femmes n'ayant effectué aucune CPN n'était pas négligeable (19,9%). On pourrait en conclure l'ignorance des complications de la grossesse chez ces femmes. L'anémie (10,8%) était la pathologie maternelle essentiellement rencontrée chez nos parturientes. Cette situation est imputable au retard qu'accusent les gestantes à solliciter une consultation. A cet effet, le supplément en fer prescrit au cours des CPN est tardivement reçu.

5.3.2. ISSUE DE LA GROSSESSE

La majorité des grossesses chez ces parturientes était arrivée à terme et 80,1% des parturientes possédaient un carnet de suivi de grossesse. Ces parturientes avaient au moins effectué une CPN. Ce qui pourrait favoriser le dépistage des facteurs de risque afin de prévenir certaines complications obstétricales.

Cependant, le pourcentage des accouchements à domicile n'est pas négligeable (12,7%). Dans notre étude, la matrone du Poste de Santé de Mbam nous avait révélé que les femmes préféraient accoucher à domicile « position accroupie ». Dans le même ordre d'idée, l'étude du troisième recensement de la population et de l'habitat au Sénégal de 2002 (RGPH 2002) affirme que certaines femmes préfèrent accoucher à domicile ou se faire assister à domicile par une matrone [38] ; ceci pour des raisons d'ordre culturel ou personnel. Cette étude du RGPH 2002 a aussi recueilli les propos d'une femme habitant à Ranérou : «certaines femmes ont honte d'aller au Centre de Santé pour accoucher. Ainsi, elles préfèrent accoucher à domicile et font appel à une matrone pour être assistée ».

L'ensemble des parturientes avait accouché par voie basse, sans notion de manœuvres obstétricales (ventouse, forceps). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans notre étude, toutes les dystocies rencontrées n'étaient pas spécifiques aux mutilations sexuelles féminines. Aussi, l'Infirmier Chef de Poste (ICP) de Salalatou nous avait révélé que dans les Postes, le personnel était sensibilisé afin d'éviter tout traumatisme chez les parturientes. Ce qui pourrait diminuer l'affluence des populations vers ces Postes. Par ailleurs, dans notre étude 4 parturientes avaient été référées pour complications obstétricales. Seul un cas d'hématome rétro placentaire (HRP) avait été noté chez une patiente excisée. Elle avait été référée du Centre de Santé de Ranérou au Centre Hospitalier Régional de Ourossogui. Cependant, pour les 2 autres cas référés, il s'agissait d'une éclampsie et d'une hémorragie per partum chez deux femmes non excisées, respectivement référées du Poste de Santé de Vélingara au Centre de Santé de Linguère et à l'hôpital de Touba. La quatrième patiente qui présentait une MGF de

type I était référée devant une rétention placentaire. Elle avait été référée du Centre de Santé de Ranérou au Centre Hospitalier Régional de Ourossogui. Ainsi, les patientes référées n'avaient pas eu besoin d'une manœuvre obstétricale pour leur prise en charge.

Dans l'étude de BERARDI, menée en région parisienne sur 71 patientes excisées (type II), les parturientes étaient sélectionnées en consultation et comparées à un groupe témoin de 581 femmes appariées en termes de parité et d'antécédents. Il n'était pas observé de différence significative en ce qui concerne les extractions instrumentales et les taux de césarienne [15].

5.4. COMPLICATIONS A L'ACCOUCHEMENT ET AU POST-PARTUM

5.4.1. A L'ACCOUCHEMENT

Nous n'avons pas noté de lien significatif entre l'existence d'une mutilation génitale féminine et le risque de présenter une dystocie, une souffrance fœtale, une mort fœtale, une déchirure périnéale, une épisiotomie ou un décès maternel. L'absence de lien pourrait être attribuée à la prédominance des MGF de type I. Les MGF de type II et III étaient très peu observées dans notre série (13,5%). En effet, dans l'étude de l'Organisation Mondiale de la Santé [48], les risques relatifs les plus élevés étaient observés avec les mutilations génitales de type II et III. Egalement, AGOUNKE [5] affirme, que ce sont les mutilations génitales féminines de types II et III qui augmentent les complications au moment de l'accouchement. Ceci est dû principalement à la cicatrisation lors de la mutilation, et à la présence ou non d'infection gynécologique en cours de grossesse, celles-ci pouvant fragiliser les tissus.

Aussi le faible pourcentage d'épisiotomie (7,9%), pourrait s'expliquer par la sous utilisation de cette pratique par les ICP. Selon les propos recueillis chez l'ICP de Salalatou : « Ici on fait tout pour ne pas faire d'épisiotomie. Sinon les patientes ne vont plus venir au Poste ». Dans le même ordre d'idée, dans nos entretiens, plus d'une dizaine de femmes avaient cité les cicatrices comme un des inconvénients de l'excision. Ceci pourrait expliquer le refus de la pratique de l'épisiotomie.

Egalement, les mutilations génitales de type I, modifient peu la morphologie vulvaire. Dans la plupart des cas, les femmes qui ont subi des mutilations de type I ne présentent pas de complications à l'accouchement, sauf si une mauvaise cicatrisation a rendu le périnée moins souple. L'Organisation Mondiale de la Santé ne recommande pas la pratique d'une épisiotomie systématique lors d'un accouchement par voie basse chez une femme ayant subi une clitoridectomie [35]. BOUQUIN rapporte qu'une épisiotomie préventive permet de diminuer le risque de déchirure du périnée postérieur dans les type I et II [18].

Les femmes excisées avaient plus de risques d'avoir une durée du séjour hospitalier plus longue que les femmes non excisées dans notre étude ($p=0,0015$). De même dans l'étude de l'Organisation Mondiale de la Santé [48], l'hospitalisation des femmes présentant une MGF de type I était prolongée, par comparaison avec les femmes sans mutilation ($p=0,001$). Donc les femmes ayant subi une mutilation avaient une possibilité plus élevée de prolongation du séjour hospitalier.

Cependant, nous n'avions pas retrouvé de facteurs morbides ou de complications, qui puissent expliquer cette prolongation du séjour hospitalier des femmes excisées par

rapport à celles non excisées. Egalement, le lien entre la prolongation du séjour hospitalier chez les femmes excisées par rapport aux femmes non excisées n'a pas été retrouvé dans la littérature [48, 18].

5.4.2. AU POST-PARTUM

Il n'y a pas eu de différences significatives dans la survenue d'infections ou de fistules obstétricales selon que la femme avait subi ou non une mutilation. Ces manifestations n'étaient pas observées chez nos patientes après un recul maximum de 03 mois. Aussi les infections ne sont généralement rapportées que lorsque les femmes sollicitent un traitement hospitalier [52].

En post-partum immédiat, la complication principale est celle de l'hémorragie. Elle serait liée aux déchirures périnéales, et particulièrement au niveau du périnée antérieur [13]. Dans l'étude de l'Organisation Mondiale de la Santé [48], il ya eu un lien significatif dans la survenue d'hémorragie du post-partum supérieur à 500ml pour les mutilations de type III par comparaison avec les femmes sans mutilation ($p= 0,048$). Dans notre étude, du fait du faible effectif des mutilations du type III, il n'y a pas eu de lien significatif dans la survenue d'hémorragie selon que la femme était excisée ou non. Selon l'OMS [48], les femmes ayant subi une mutilation de type III avaient une probabilité significativement plus élevée d'avoir une hémorragie du post-partum d'au moins 500ml ou plus que celles qui n'avaient pas eu de mutilation.

La douleur est courante chez ces femmes mutilées, au niveau d'une partie anatomique déjà très sensible. La douleur périnéale chronique représente une conséquence à long terme chez les femmes excisées. Dans notre étude, la majorité des parturientes qui

présentaient des douleurs pelviennes du post-partum, étaient des femmes excisées. Ainsi, les femmes ayant subi une mutilation, avaient une probabilité significativement plus élevée de se plaindre de douleurs du post-partum que celles qui n'avaient pas eu de mutilation. Le risque relatif était de 8,29 (1,15-59,9) et P value=0,0059.

Cependant, les algies pelviennes chroniques sont la conséquence d'un névrome cicatriciel ou d'une absence de cicatrisation [10].

5.5. DEVENIR DU NOUVEAU-NE

Dans notre étude, il n'y a pas eu de lien significatif entre l'existence de décès néonataux et la présence de mutilation génitale féminine, contrairement aux résultats de l'étude de l'Organisation Mondiale de la Santé où l'un des faits nouveaux et marquants était la conséquence négative des mutilations génitales féminines sur les nouveau-nés. Les taux de décès périnataux étaient plus élevés chez les femmes qui avaient subi une mutilation sexuelle. L'OMS [48] estime que les mutilations génitales féminines entraînent une surmortalité périnatale de un ou deux décès pour 100 accouchements.



CONCLUSION

Les Mutilations Génitales Féminines (MGF) sont une pratique traditionnelle profondément enracinée et désignant l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes féminins pour des raisons culturelles ou pour d'autres raisons d'ordre non thérapeutique. Elles ont des conséquences graves sur la santé de la reproduction et la santé sexuelle des femmes. Elle demeure une expérience traumatisante, et derrière chaque fille excisée, il y a une femme qui devra vivre avec cette mutilation dont elle a été l'innocente victime.

Le but de notre travail était d'évaluer les conséquences obstétricales de la pratique de l'excision pendant la grossesse, l'accouchement et dans le post-partum immédiat. Ainsi, nous avons mené une étude transversale, descriptive et analytique durant la période allant du 01 juin au 31 août 2010 dans la région de Matam, dans le département de Ranérou-Ferlo. Nous avons colligé un total de 166 parturientes, parmi lesquelles 119 étaient des femmes excisées ; donnant une fréquence de 71,7%.

L'âge moyen de nos patientes était de 23 ans, avec des extrêmes de 14 et de 40 ans. L'ethnie Peulh prédominait avec 72,9%. Les transhumants représentaient 15% des parturientes.

Nous avons rencontré trois types de mutilations génitales féminines :

- Le type I ou clitoridectomie : ablation totale ou partielle du clitoris et/ou du prépuce.
- Le type II ou excision : ablation totale ou partielle du clitoris et des petites lèvres.
- Le type III ou infibulation : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par ablation et accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres.

Le type I était la mutilation génitale féminine la plus rencontrée avec une fréquence de 86,6%, suivi du type II (11,8%) et du type III (1,7%).

La cicatrice chéloïdienne avait été notée dès l'admission chez quatre parturientes.

S'agissant de l'issue de la grossesse, de l'ensemble des patientes, 147 avaient accouché par voie basse (88,6%), 15 avaient fait un accouchement prématuré (9%) et 4 avaient fait un avortement spontané (2,4%). Parmi les femmes qui avaient accouché à terme, 62% étaient des femmes excisées. Les parturientes qui avaient accouché dans les structures de santé représentaient 87,3% et 12,7% avaient accouché à domicile.

Au total, 8 cas de dystocie avaient été notés ; 6 cas de dystocie fœtale, 1 cas de dystocie dynamique et 1 cas de dystocie osseuse par bassin limite. Parmi ces 8 cas de dystocie, 7 étaient observées chez des parturientes excisées.

Chez 124 patientes chez qui la durée du travail avait été notée, 14,5% avaient une durée du travail supérieure ou égale à 6h.

Une épisiotomie avait été faite dans 7,9% de l'ensemble des parturientes, chez les femmes ayant accouché dans les structures de santé.

Les déchirures périnéales étaient retrouvées chez 18 patientes (10,84%), dont 16 femmes excisées. Parmi les femmes présentant une MGF de type I, 12,6% avaient une déchirure du périnée et 21,4% chez celles ayant une mutilation de type II.

Les hémorragies du post-partum étaient retrouvées chez 10 patientes (6%), dont 9 d'entre elles présentaient une mutilation génitale féminine.

Les douleurs pelviennes du post-partum étaient plus rencontrées chez les parturientes excisées. Les femmes excisées de type II avaient trois fois plus de risque d'avoir des douleurs pelviennes du post-partum que les femmes excisées de type I.

Un cas de décès maternel avait été noté, il s'agissait d'une femme non excisée qui avait présenté une hémorragie per partum avec souffrance fœtale aigue.

Au total 8 cas de souffrance fœtale étaient notés dont 6 chez des parturientes excisées. Les décès périnataux étaient au nombre de 18 dont 14 notés chez les femmes excisées. Parmi ces décès périnataux, 4 cas de morts nés macérés, 5 cas de mort nés frais et 9 cas de décès néonataux avaient été notés. Certaines causes de décès néonataux étaient en rapport avec un enroulement du cordon, un siège complet, une souffrance fœtale aigue, un hématome rétro placentaire et une hémorragie per partum.

La durée du séjour hospitalier était plus longue chez les parturientes excisées. Certaines complications du post-partum (hémorragie du post-partum, douleur pelvienne, infections génitales, rétention placentaire) ont été constatées chez ces femmes.

Nous n'avions pas noté de lien significatif entre la durée du travail, l'existence de dystocie, la survenue de déchirure périnéale, la survenue d'hémorragie du post-partum, et la survenue de décès néonataux en cas de mutilation génitale féminine. L'absence de lien entre la survenue de ces complications obstétricales et la présence de mutilation génitale féminine serait peut être due à la prédominance des mutilations génitales féminines de type I dans notre étude. Une étude multicentrique de l'OMS [48] a mis en

évidence que les risques relatifs les plus élevés étaient observés avec les mutilations génitales féminines de type II et de type III.

Un lien statistiquement significatif avait été cependant noté entre la présence de mutilation génitale féminine et la survenue de douleur pelvienne ($p=0,0059$), de même qu'avec l'allongement du séjour hospitalier ($p=0,0015$).

Par ailleurs, une analyse regroupant l'ensemble des complications retrouvées dans notre étude, montre un lien statistiquement significatif entre l'existence de mutilation génitale féminine et la survenue de ces complications ($p=0,000$).

Les données de la littérature ont montré que les femmes qui ont subi des mutilations génitales féminines ont une probabilité nettement plus élevée de présenter des complications obstétricales (hémorragie du post-partum, hospitalisation prolongée, décès néonataux). Les taux de césarienne et d'épisiotomie sont également plus élevés chez les femmes ayant eu une mutilation génitale féminine. Le risque de complications obstétricales augmente avec le type de la mutilation [48, 5].

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

- Continuer à informer et à éduquer les populations sur les conséquences de l'excision et particulièrement sur les conséquences pendant l'accouchement. La sensibilisation dans le cadre de la prévention et la lutte contre la pratique de l'excision, doit porter sur les conséquences immédiates, à court et à long terme, sur les conséquences sur la santé maternelle et néonatale et le devenir obstétrical de la femme excisée

- Sensibiliser les populations sur les risques des accouchements à domicile qui peuvent être de conséquences graves en cas de mutilation génitale féminine
- Associer les hommes, chefs de famille, dans les activités de sensibilisation car ils constituent une cible incontournable, en tant que dépositaires du pouvoir de décision dans le ménage
- Susciter la synergie des différents acteurs (autorités ministérielles, communautaires, et des organisations non gouvernementales) qui luttent contre l'excision et qui font la promotion des droits humains
- Informer les femmes excisées sur l'opportunité de la chirurgie réparatrice
- Suite aux études de prévalence déjà menées au Sénégal sur les mutilations génitales féminines, les recherches futures pourraient y associer les conséquences obstétricales pour évaluer de façon exhaustive les conséquences de la pratique de l'excision sur la morbi-mortalité maternelle et périnatale.



REFERENCES

1. Abdoud P, Quereux C, Mansour G, Allag F, Zanardi.

Mutilations génitales rituelles féminines. La parole aux femmes / Gynécol Obstét Ferti 2001 ; 29 : 824 – 8

2. Abrouk et al.

Rapport du programme national de lutte contre la morbidité maternelle et périnatale : Bilan d'activité, Algérie, 2003

www.santé.dz/Dossiers/direction-prévention/mmmp.pdf--1k [Date de consultation le 17 Février 2012]

3. Abu – Sahlieh S.

Circoncision masculine et féminine

Entre la religion et le droit Med Law 1994 ; 13 : 575 – 622

4. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)

Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal (EDS V) 2010-2011. www.ansd.sn [Date de consultation le 04 Mars 2013]

5. Agounke, Jansen M, Vigikin K.

Prévalence et facteurs socio-économiques de l'excision au Togo Rapport provisoire, unité de recherche démographique (URD), Lomé, Juin 1996.

6. Akotinga M, Nikiema M, Lakoande J, Testa J, Kone

Mutilations génitales féminines dans la ville de Ouagadougou : Epidémiologie, évolution . Méd d'Afr Noire 1998 ; 45 : 8 – 9

7. Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N, Obeid A.

Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan : a case-control study. Lancet 2005 ; 366 : 385-91

8. Anatomie de la région vulvaire de la femme

www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf [Date de consultation le 17 Février 2012]

9. Anatomie du périnée féminin

Umvf.univ-nantes.fr/campus maïeutique/UE-obstétrique/.../cours pdf

[Date de consultation le 17 Février 2012]

10. Assises Nationales du Sénégal Final

36ièmes Assises Nationales des Sages femmes, 19^{ième} session, Mai 2008

www.cerc-congres.com/20080521_AssisesSF/CR_Marseille_2008.pdf

[Date de consultation le 30 Juin 2011]

11. Badji A.

Pratique de l'excision en Basse Casamance : cas d'étude chez les Diola des Blouf 2003-2004 : 5-25

12. Bayoudh F, Barrak S, Ben – Fredj N, Allani R, Handi.

Etude d'une coutume en Somalie : la circoncision des filles Méd – trop ; 1995, 5, : 238-42

13. Behle AM.

Mutilations sexuelles féminines : qu'en savent les sages femmes ?(Enquête auprès de 179 professionnels de Seine-Maritime). Thèse Med.2009 [en ligne] [www.gynsf.org/MSF/memoire ann melodybeble.pdf](http://www.gynsf.org/MSF/memoire_ann_melodybeble.pdf) [Date de consultation le 30 Juin 2011]

14. Behrendt A, Moritz S.

Post Traumatic Stress Disorder and memory problems after female genital mutilation Am J Psychiatry 2005 ; 162 : 1000-1002

15. Berardi JC et al.

Conséquences obstétricales de l'excision : étude chez 71 femmes africaines excisées. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1985 ; 14 : 743-746

16. Bladinet.com

Au Mali : 9 femmes sur 10 souffrent de mutilations génitales féminines

http://www.Bladinet/Forum/60957-mali_neuf_femmes-dix-souffrent-mutilations/

[Date de consultation : 17 Février 2012]

17. Boujahma D.

Mutilations sexuelles féminines : état des lieux et prise en charge. Thèse

Med.2007[en ligne].www.gynf.org/MSF/memoiredouniaboujahma.pdf

[Date de consultation le 30 Juin 2011]

18. Bouquin R, Gillette – Faye I.

Conférence sur les mutilations génitales organisée par « Gynécologie sans frontière ». Nantes, 15 Juin 2006. [www.reseau-chu.org/les](http://www.reseau-chu.org/les_articles/article/conference-sur-les-mutilations-genitales/)

[articles/article/conference-sur-les-mutilations-genitales/](http://www.reseau-chu.org/les_articles/article/conference-sur-les-mutilations-genitales/). [Date de consultation le 17 Février 2012]

19. Carballo M.

AIDS and female circumcision Inter African committee on traditional Practices news letter, 1988, 5 : 8 – 9

20. Cook R.

Damage to physical health from pharaonic circumcision of females

Presentation to seminar on traditional practices affecting the health of women and children in Africa. World Health Organization, Dakar, Senegal, 6 – 10 February, 1984, 7p

21. Cours de Santé Publique

Mortalité et morbidité infantiles www.medix.free.fr/sim/mortalité-morbidité.php [Date de consultation le 17 Février 2012]

22. Diallo A.

Mutilation génitale féminine au Mali : revue de la littérature et des actions menées. National fellow, Mali, 1997, 43p. www.popcouncil.org [Date de consultation le 30 Juin 2011]

23. Dirie MA, Lindmark G.

The risk of medical complication after female circumcision
East Afr Med J 1992 ; 69 : 479-82

24. Dominici M, Moszynski V, Firmin S.

le clitoris, ce cher inconnu : documentaire
ARTE France- Cats & Dogs Films- Sylicone- 2003. www.clitoris-film.com
[Date de consultation le 26 Juin 2011]

25. FNUAP

Consultation technique sur la mutilation génitale des femmes (ou des fillettes). Addis-Abeba, Ethiopie, 27 – 29 Mars 1996. Rapport du FNUAP

26. Fofana – Herzberger P.

Les mutilations génitales féminines: historique, préjugés sociaux-culturels, littérature africaine Juillet 2000, 450p.
www.arts.uwa.edu.au/AFLIT/MGF1.html. [Date de consultation le 17 Février 2012]

27. Foldes P.

Reconstruction médico chirurgicale
Les mutilations sexuelles féminines organisé par gynécologie sans frontières, Université Catholique de Lille, in colloque regional, 11 Décembre 2006

28. Grima S.

La sage femme et les mutilations génitales féminines. Mémoire 2004, 94 p

29. Groupe ELVA

Association pour les femmes atteintes de maladies vulvo-vaginales/Anatomie de la vulve/

<http://www.groupeelva.org/HTLM/anato.html> [Date de consultation : 17 Février 2012]

30. Horoks M.

Mutilations sexuelles féminines : vécu des femmes mutilées et prise en charge médicale. Thèse Med.2009[en ligne]

www.cmge-upmc.org/article.php3?id_article=130 [Date de consultation le 30 Juin 2011]

31. Hosken F.

Female genital mutilation in the world today : a global review

Intern. J. Health 1981 ; 11 : 415 – 30

32. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction

2002, 31, 1 : 70-79 www.em-consulte.com/article/114375 [Date de consultation le 17 Février 2012]

33. Karungari K.

La mutilation des femmes : un problème de santé publique

Population Reports, Série J, Numéro 41

34. Konte A.

Les mutilations génitales féminines : la pratique de l'excision au Mali.

Mémoire, 2007 www.gfmer.ch/Excision.Mali.Assa-Konté-2007 [Date de consultation le 31 Juin 2011]

35. La Pointe C.

Mutilations sexuelles: le complot du silence

Questions féministes n°8, Mai 1980, pp 43 – 67

36. Mansour Hugues M.

Excision et histoire. Thèse Med. Mai 2007

www.medecine.univ-paris5.fr/IMG/pdf/Mansour.pdf [Date de consultation le 30 Juin 2011]

37. Me Kenzien M.C.

Excision au Burkina Faso : description et analyse, issue du séminaire national sur les pratiques affectant la santé des jeunes

Rapport du séminaire, Ouagadougou Septembre 1999

38. Ministère de l'économie et des finances

Résultats définitifs du troisième recensement de la population et de l'habitat au Sénégal de 2002. Rapport National de Présentation Juin 2008

39. Monrozier M.

Les mutilations génitales féminines : douleur et sexualité. Sexologies 1995 ; 4 : 195p

40. Musulmane.com

Et l'excision ?

<http://www.musulmane.com/module.php?name=News&file=article&sid=4> [date de consultation : 14 Février 2012]

41. Ndiaye S, Ayad M.

Enquête démographique et santé au Sénégal (EDS IV 2005). Rapport Final Avril 2006. www.sante.gouv.sn

42. Nitiema P. A.

Les mutilations génitales féminines dans la ville de Ouagadougou : épidémiologie, Université de Ouagadougou, évolution 1993 : 85p

43. OMS

les mutilations sexuelles féminines

Aide mémoire, avril 1997, n°153

44. OMS

Une coutume préjudiciable à la santé, l'excision féminine chronique OMS
1986 ; 40 : 33 – 38

45. OMS

Female genital mutilation : a joint who/UNICEF/UNFPA/Statement OMS,
Geneva 1996

46. OMS

Female genital mutilation: prevalence and distribution OMS, Genève 1996

47. OMS

Eliminer les mutilations sexuelles féminines Déclarations inter institutions
OMS, Genève 2008

48. OMS

Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective
concertée dans six pays africains. OMS, Genève 2006 : 3-7

49. OMS - Bureau Régional de l'Afrique

Santé de la reproduction AFR/ INF/ 99 ; 1 ; OMS 1999

50. Pare R.

Connaissance, attitudes et pratiques en matière de mutilations génitales
féminines Résultats d'études en milieu rural de Sanamutangu Thèse Méd ;
1998, Faculté de Médecine de Ouagadougou

51. Penelopes . ORG

Mutilations génitales : études comparatives sur 16 pays africains.
Montpellier, Printemps 2006 : 214-235 www.revue.quasimodo.org

52. Poulain AC.

Mutilations sexuelles féminines : pratiques professionnelles dans les maternités de Seine-Saint-Denis. Thèse Med.2007[enligne]
doxa.scd.univ-paris12.fr/thèses/th0487183.pdf [Date de consultation le 30 juin 2011]

53. TOSTAN

Déclaration d'abandon des mutilations génitales féminines dans Dialocoto Tamba Sénégal 2003-2004 : p4

54. UNHCR – CAMEROUN

Note d'orientation sur les demandes d'asile relatives aux MGF, Mai 2009
www.unhcr.org [Date de consultation le 14 Février 2012]

55. UNICEF

Afrique: des chiffres sur l'excision
Estimation (nombres et pourcentages) de femmes victimes de l'excision
<http://www.unicef.org/french/pon96/womfgm.htm> [Date de consultation le 17 Février 2012]

56. Yoder S, Khan S.

Numbers of Women Circumcised in Africa: The Production of a Total.
March 2008, 39. www.measuredhs.com/publication-wp39-working-papers.cfm [Date de consultation le 20 Février 2012]



ANNEXES

ANNEXE I : Typologie des mutilations génitales féminines

Typologie modifiée de l'OMS, 2007	Typologie de l'OMS, 1995
<p>Type I: ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce(clitoridectomie).</p> <p>Lorsqu'il est important de distinguer entre les principales formes de la mutilation de type I, les subdivisions ci après sont proposées : type Ia, ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement ; Type Ib, ablation du clitoris et du prépuce</p>	<p>Type I : Excision du prépuce, avec ou sans excision de la totalité ou d'une partie du clitoris.</p>
<p>Type II : 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 entre les principales formes qui ont été constatées, les subdivisions ci après sont proposées : type IIa, ablation des petites lèvres uniquement ; type IIb, ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres ; type IIc, ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres.</p> <p>Notons également qu'en français le terme «excision » est fréquemment utilisé comme un terme général recouvrant tous les types de mutilations sexuelles féminines.</p>	<p>Type II : Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres.</p>
<p>Type III : Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris(infibulation)</p> <p>Lorsqu'il est important de distinguer entre différentes formes d'infibulation, les subdivisions ci après sont proposées : type IIIa, ablation et accolement des petites lèvres ; type IIIb, ablation et accolement des grandes lèvres.</p>	<p>Type III : Excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale(infibulation).</p>
<p>Type IV : Non classées : toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.</p>	<p>Type IV : 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(« angurya ») ou l'incision du vagin(« gishiri ») ; 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>

ANNEXE II : fiche d'enquête

STRUCTURE SANTE

Centre :

Poste :

ETAT CIVIL:

Prénom(s) : Nom : N°dossier : Situation
matrimoniale :

Age :

-mariée :

-âge mariage :

-divorcée ☐

-veuve : ☐

célibataire ☐

Activité professionnelle :

-femme : Ménagère ☐ Agricultrice ☐ Eleveuse ☐ Commerçante ☐ Autres ☐

-mari : Sans profession ☐ Agent étatique ☐ Agriculteur ☐ Eleveur ☐ Commerçant ☐

Autres ☐

Adresse : -transhumant : ☐ -Geste : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
plus ☐

-résidant ☐ -Part : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
plus ☐

-Nombre d'enfant vivant.....

Ethnie : toucouleur ☐ Peulh ☐ sérère ☐ wolof ☐
autre.....

ANTECEDENTS:

Médicaux : Diabète : oui ☐ non ☐ HTA : oui ☐ non ☐

Obésité : oui ☐ non ☐ Autres :

Gynécologiques:

Excisée : oui ☐ non ☐ -âge de l'excision :

-type : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

-Avez-vous regretté d'avoir été excisée : oui ☐ non ☐

Pourquoi :

-feriez vous l'excision à vos enfants : oui ☐ non ☐

Pourquoi :

Autres antécédents :

Obstétricaux : Césarienne : non ☐ oui ☐ nombre : Dystocie : oui ☐ non ☐
type dystocie : fœtale ☐ osseuse ☐ dynamique ☐

Avortement : non ☐ oui ☐ nombre : Autres

Manœuvre obstétricale : ventouse ☐ forceps ☐

Autre.....

EVOLUTION DE LA GROSSESSE:

Constantes : Fièvre ☐ HTA ☐ IMC **poids**..... **taille**.....

Type grossesse : Unique ☐ gémellaire ☐ trimellaire ou plus ☐

Suivi de la grossesse :

-Age gestationnel:

Existence carnet de santé oui ☐ non ☐

-C.P.N. (nombre) :

-Echographie (nbre) : Anomalies échographiques : oui ☐ non ☐ Types :

-Pathologies maternelles : non ☐ Oui ☐ H.T.A ☐ Diabète ☐ Myomes ☐ Anémie ☐ Autres

ovulaires : non ☐ Oui ☐ type :

Issue de la grossesse :

-Accouchement à terme ☐

-Prématuré ☐

-ROM ☐

-Avortement ☐

Travail : oui ☐ non ☐

Rupture des membranes non ☐ oui ☐

☐ Artificielle

☐ Spontanée : Précocité ☐ Tempestive ☐

☐ Prématurée (Délai de rupture).....

Niveau présentation moment rupture : Mobile ☐

Amorcée ☐

Fixée ☐

Engagée ☐

Bassin : Normale ☐

Limite ☐

Chirurgicale ☐

Examen vulve : Chéloïde ☐

kyste ☐

Autre Anomalie vulvaire ☐

DEROULEMENT TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT :

Mode d'arrivée : -Evacuée par ambulance : non ☐ oui ☐ de quelle structure :

-Venue d'elle-même : non ☐

oui ☐

mode de transport : -marche ☐

Autres : ..

-Accouchement à domicile : oui ☐

non ☐

-charrette ☐

Durée du travail dans la structure :
commun ☐

-transport en

Dystocie non ☐ oui ☐ Type : fœtale ☐ osseuse ☐ dynamique ☐

BDCF : normaux ☐ Souffrance fœtale aigue ☐ Absents ☐

Mode accouchement :

Voie haute : ☐

Voie basse : ☐

Naturelle : ☐

Ventouse : ☐

Forceps : ☐

Autres :

Délivrance :

Spontanée ☐

Artificielle : ☐

GATPA : ☐

Déchirure : non ☐

oui ☐ superficielle ☐

complète ☐

compliquée ☐

Episiotomie : oui ☐ non ☐

Pronostic maternel : vivante ☐

référée ☐

à quelle structure :

décédée ☐

Durée séjour hospitalisation :

COMPLICATIONS POST PARTUM :

-**Infections** : oui ☐ non ☐ Type :
-**Hémorragies** : oui ☐ non ☐ Type :
-**Douleurs** : pelviennes ☐ mammaires ☐ Autres.....
-**Fistules obstétricales** : oui ☐ non ☐
-**Autres complications**.....

NOUVEAU NE :

Pronostic nouveau né : vivant ☐ référé ☐ à quelle structure.....
décédé ☐

Mort – né : frais ☐ macéré ☐ mort intrapartum ☐ **/Vivant** ☐ : Apgar :
non fait ☐

Notion de R.E.A. à la naissance : oui ☐ non ☐ fait ☐
score.....

Poids à la naissance.....

ANNEXE III : guide d'entretien

A . Perception des avantages de l'excision

Selon vous, est ce que l'excision a des avantages ?

Si OUI, lesquels ?.....

.....

Si NON, pourquoi ?

.....

.....

B. Connaissances des conséquences de l'excision

Selon vous quelles sont les conséquences que l'excision provoque chez la fille (au moment de l'excision) ?.....

.....

.....

Selon vous est ce que l'excision a des conséquences sur les organes génitaux de la femme ?

.....

.....

.....

C . Pouvoir de décision pour exciser une fille

Avez-vous le pouvoir de refuser l'excision de votre fille ?

Si non pourquoi ?.....

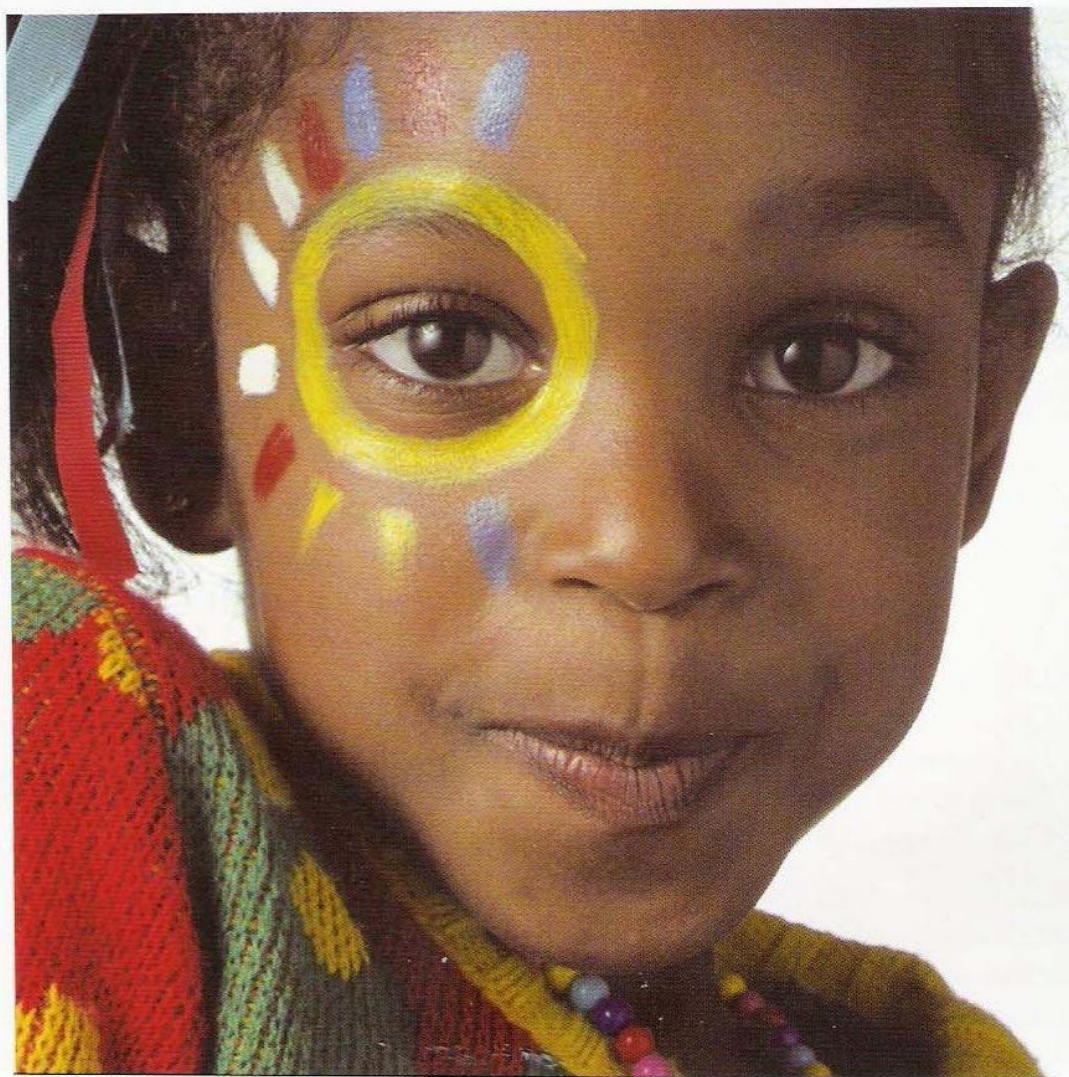
Si votre mari refuse l'excision de votre fille, est ce que vous allez exciser votre fille ?

Si oui , pourquoi ?.....

Si non , pourquoi ?.....

Agir face aux mutilations sexuelles

**Unissons-nous pour l'intégrité
de nos filles**



*Je vous offre cette fleur
Qui comme moi vient d'éclore
Et je prie de tout mon cœur
Que personne ne déchire mon cœur*

*Vous qui avez du pouvoir
Cette tâche là est la vôtre
Interdisez les lames du rasoir
Je veux vivre comme les autres*

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque ! »

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Le Président du jury

Vu :

Le Doyen de.....

Vu et Permis d'imprimer

Pour le Recteur, Président de l'Assemblée d'Université Cheikh Anta Diop de Dakar
et par délégation

Le Doyen

Résumé

Objectif : Les Mutilations Génitales Féminines (MGF) constituent un problème de Santé Publique. L'objectif général de notre étude était d'évaluer les conséquences obstétricales de la pratique de l'excision pendant la grossesse, l'accouchement et dans le post-partum immédiat.

Patientes et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale, descriptive et analytique, du 01 juin au 31 août 2010 dans le département de Ranérou-Ferlo à Matam. L'unité statistique était toute femme venue accoucher dans le Centre de Santé de Ranérou et les Postes de Santé environnants. Nous avons choisi une méthodologie de recherche mixte quantitative et qualitative.

Résultats : Nous avons noté 119 femmes excisées sur un total de 166 parturientes reçues durant la période d'étude, ce qui représente une fréquence de 71,9%. L'âge moyen de nos parturientes était de 23 ans, avec des extrêmes de 14 et 40 ans. L'ethnie Peulh prédominait et représentait 72,9%. Nous avons noté trois types de MGF : le type I était la MGF la plus fréquente avec 86,6%, suivi du type II (11,8%) et du type III (1,7%). En dehors des 4 cas d'avortement, toutes les parturientes avaient accouché par voie basse ; parmi elles 13 cas d'épisiotomie et 18 cas de déchirure périnéale étaient retrouvés. D'autres complications obstétricales telles que la douleur pelvienne, l'hémorragie, la dystocie, et l'infection avaient été également notées. Les décès périnataux étaient au nombre de 18, dont 14 retrouvés chez des fœtus et nouveau-nés de femmes excisées. Nous n'avons pas noté de lien significatif entre l'existence de dystocie, la survenue de déchirure périnéale, d'hémorragie du post-partum, la durée du travail et la survenue de décès néonataux en cas de mutilation génitale féminine. Un lien statistiquement significatif avait été cependant noté entre la présence de mutilation génitale féminine et la survenue de douleur pelvienne ($p=0,0059$), de même qu'avec l'allongement du séjour hospitalier ($p=0,0015$). Par ailleurs, une analyse regroupant l'ensemble des complications retrouvées dans notre étude, montre un lien statistiquement significatif entre l'existence de mutilation génitale féminine et la survenue de ces complications ($p=0,000$).

Conclusion : Les conséquences obstétricales des MGF suscitent un intérêt particulier de continuer la sensibilisation des populations, pour l'abandon de l'excision.

Mots clés : Mutilation Génitale Féminine-Morbi-Mortalité-Maternelle-Périnatale-Ranérou