

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNEE : 2021

N°254

REPARATION DE MUTILATIONS GENITALES FEMININES RECENTES A PROPOS DE 6 CAS AU CENTRE HOSPITALIER

MEMOIRE

POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ETUDES SPECIALISEES EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

Présenté et soutenu

Le 29/11/2021

Par

Dr AMINATA SECK

Née le 02 mai 1989 à Dakar (Sénégal)

MEMBRES DU JURY

| | | | | |
|-------------------------------|-----|------------------|--------------|----------------------|
| Président : | M. | Philippe Marc | MOREIRA | Professeur Titulaire |
| Membres : | M. | Mamour | GUEYE | Professeur Assimilé |
| | Mme | Mame Diarra | NDIAYE GUEYE | Professeur Assimilé |
| Directeur de Mémoire : | M. | Abdou Aziz | DIOUF | Professeur Assimilé |
| Co-Directeur : | M. | Khalifa Ababacar | GUEYE | Ancien Interne |

DEDICACES

***A ALLAH L'ETERNEL LE TOUT PUISSANT, LE CLEMENT, LE
MISERICORDIEUX***

Tout Puissant, qui m'a guidé dans le droit chemin

Je vous dois ce que je suis devenue

*« Louanges à Dieu, Seigneur des mondes, Le Tout Clément, Le
Très-Miséricordieux, Maître du jour de la Rétribution »*

*Guide-nous dans le droit chemin de ceux que tu as comblés de tes
bienfaits par la grâce de ton Prophète Mohamed (PSL) sa
famille et ses compagnons*

***JE DEDIE CE TRAVAIL
A KHALIFA ABABACAR SY RTA ET A TOUTE LA FAMILLE DE SEYDIL
HADJ MALICK SY ET CHEIKHNA AHMED TIDIANE CHERIF RTA
A MA MAMAN FEUE FATOU GUEYE***

J'aurais aimé que tu sois présente ce jour. Ton rêve que je sois gynécologue à défaut cancérologue n'est pas vain ce jour je pense avec tous les efforts et prières consentis.

Tu as été une mère courageuse digne battante travailleuse d'une grande noblesse prête à tout pour ses enfants et sa famille. Nulle expression ne saurait exprimer mon amour et ma reconnaissance pour toi. Je te dédie ce travail, gage de l'aboutissement de tant d'années de séparation souffrance et sacrifice dont je te suis à jamais redevable et fruit de mon affection et ma reconnaissance de la part de ta fille aînée et prie pour le repos éternel de ton âme.

A MON PAPA AHMED TIDIANE SECK

Tu as su nous entourer d'affection, le sens du travail, de la responsabilité, de l'honnêteté et des valeurs nobles de la vie et nous forger l'amour de la Tarikha Tidjaniya.

Tu seras toujours un exemple de par tes qualités morales et humaines, ta persévérance et ta piété. Reçois cet hommage fruit de ma reconnaissance et gratitude éternelles et prie pour que Dieu t'accorde longue vie et santé de fer.

A MES FRERES ET SŒURS MOUHAMED, OUMAR, OULEYE ET AWA

Vous êtes mes enfants ombilicales et de cœur. Merci de me supporter et de m'épauler avec vos amours et prières sans relâche aussi adorables que vous êtes. Vous êtes une source d'inspiration, de courage et de force pour moi.

J'implore Dieu qu'il vous accorde une longue vie, une santé de fer et une réussite professionnelle prospère dans la Tarikha Cheikh et la Sunna Mohammadienne, souhait de votre chère mère.

A MERE NDIEME, NINA ET LAYE NGOM

Merci de partager notre vie. Trouvez dans ce travail, toute mon estime, respect, affection et reconnaissance. Que Dieu vous procure santé, bonheur, grand succès et longue vie.

A MON MARI, GALLO MBAYE

Aucun mot ne saurait t'exprimer ma reconnaissance pour l'amour, l'assistance et la gentillesse que tu me couvres et témoignes. Cher mari trouves dans ce travail l'expression de mes sentiments de reconnaissance les plus sincères car grâce à ton aide, ta patience et tes prières que ce travail a pu arriver à bout.....

Que Dieu nous accorde un avenir meilleur radieux et prospère et exauce tous tes souhaits et vœux.

A MA FAMILLE PATERNELLE

A MA FAMILLE MATERNELLE

A MA BELLE-FAMILLE DE MAME MASSENE MBAYE DE TIVAOUNE

AUX DEFUNTS DISPARUS : Feus Geus, Mame Sidy Mboup, Mame Michelle, Mame Médoune, Mame Maï, Tonton SECK, Tonton Mbaye Guira, Baye Dame SECK, Mame Makhtar, Mame Tafsir Sakho, Mère Marame, Daba Ndiour, Patron Faye, Eumeudou, Maguette Seck, Mouhamed Gueye, Ta Khadidiatou.....

Que vos âmes reposent en paix ainsi que tous les défunt disparus.

AU DOYEN AMADOU DIOUF ET SA FAMILLE

AU PROFESSEUR EL HADJ NIANG ET SA FAMILLE

A ABDOU AZIZ DIENG ET SA FAMILLE

A Dr ISSA DIOR SECK ET FAMILLE

A Dr BIRAME SECK ET FAMILLE

A Dr MAIMOUNA SANTOS ET Dr ARONA KOULIBALY ET FAMILLE

A DR NFS (BBROSE) ET SA FAMILLE

A Dr AMINA FALL ET DR KHALIFA ET FAMILLE

A DR OUMOU KEBE BAH ET DR ZEYNAB LO SA FAMILLE ET TOUTE LA FAMILLE DE MAME KHALIFA KEBE A THIES

A DR NDIADE PHARMACIEN ET TOUTE SA FAMILLE

A NDEYE VICTOR GUEYE ET SA FAMILLE

A ADJA DIA ET SA FAMILLE ET TOUTES LES AMI(E) S DE FG

A KHALILOULAYE NDIAYE ET SA FEMME DIABOU SIMAKHA

A MAODO NDIAYE ET TOUTE LA FAMILLE D'AHMED NDIAYE BOUCHRA A KAOLACK

A PAPA NDOYE, CHEIKH TIDIANE SEYDI, OUSTAZ KA,.....

A MES PROFESSEURS MATERNEL, PRIMAIRE, MOYEN ET SECONDAIRE ET DE FMPO UCAD

A MES AINES : Dr Mamadou Seydou SOW Cardio, Dr Mansour SY, Dr Zeynab Traoré, Dr Kader KANE, Dr Cheikh DIOP, Dr Babacar DIOP, Dr Mamadou Demba NDOUR, Dr DOGOBA, Dr CHRISTELLE, Dr Sokhna SYLLA, Dr Marie MBENGUE, Dr Jules THIAM, Dr Abib NDIAYE, Dr Marie Khémesse NGOM.....

A MES COLLEGUES DE TOUT LE DES ET ETUDIANTS FMPO

A MES AMIES AYANE, NATTY, SOUKEY, FATOU MBAYE, FATOU FAYE « GROUPE COPINE »

En souvenir des moments merveilleux que nous avons partagés, vous faites partie de ces rares personnes par votre gentillesse, tendresse et grands coeurs.

Un grand merci à vous pour votre cohabitation, soutien, aide et encouragement inlassables. Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, tant sur le plan professionnel que privé. Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles.

***A TOUS MES PROFESSEURS DE LA CLINIQUE GYNECOLOGIQUE ET
OBSTETRICALE DE DAKAR***

Je vous serais éternellement redevable. Je ne saurais vous remercier pour tout ce que vous m'avez apporté durant ma formation, veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

A tout le personnel du service de Gynécologie-Obstétrique de toutes les structures hospitalières de Dakar, Tivaoune et Matam

Veuillez trouver à travers ce modeste travail l'expression de mon affection et gratitude les plus sincères.

A NOS MAITRES ET JUGES

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur PHILLIPE M.MOREIRA

Vous nous avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant la présidence de notre jury de mémoire. Votre culture, votre personnalité et votre compétence professionnelle incontestable vous valent l'admiration et le respect de tous. Vous serez pour nous un exemple de rigueur et de charisme dans l'exercice de la profession. Nous vous prions, cher Maître, d'accepter dans ce travail le témoignage de notre considération et profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Mamour GUEYE

Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre jury de mémoire. Durant notre formation, nous avons eu le privilège de bénéficier de votre sens professionnel, votre charisme, votre amour et rigueur du travail animé d'un désir naturel et grandissime d'enseignement sans faille avec une simplicité et humilité exemplaire. Nous tenons à vous exprimer notre profonde gratitude pour la bienveillance et la simplicité avec lesquelles vous nous avez accueillis. Veuillez accepter, cher Maître, dans ce travail l'assurance de notre grande estime et profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Professeur Mame Diarra NDIAYE GUEYE

Nous sommes très touchées et reconnaissante de la spontanéité et gentillesse avec laquelle vous nous avez reçue et acceptée de juger notre travail. Votre jugement sera d'une grande valeur dans l'appréciation de ce travail. Veuillez accepter, chère Maître, le témoignage de notre plus grand respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE MEMOIRE

Monsieur le Professeur ABDOUL AZIZ DIOUF

Merci d'avoir accepté de nous confier et accompagner pour l'élaboration de ce travail.

Votre dévouement professionnel, votre rigueur scientifique et votre simplicité et accessibilité nous ont toujours remplis d'admiration et respect envers votre haute personnalité.

Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre gratitude et notre considération.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE MEMOIRE

Monsieur le Docteur KHALIFA ABABACAR GUEYE

Nous tenons à vous exprimer toute notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger notre travail. Vous nous avez consacré votre temps si précieux et votre aimable sollicitude sans réserve. Vos conseils, encouragements/motivations et orientations nous ont été précieux et nous espérons être dignes de votre confiance. Que votre compétence, votre sérieux, votre rigueur au travail, votre sens critique et vos nobles qualités humaines et disponibilité soient pour nous le meilleur exemple à suivre.

Veuillez trouver, cher Maître, dans ce travail l'expression de nos vifs remerciements, respect et estime.

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|---------------|--|
| CHNP | : Centre Hospitalier national de Pikine |
| EDS | : Enquête Démographique et de la Santé |
| MGF/E | : Mutilations Génitales Féminines/Excision |
| MSF | : Mutilations Sexuelles Féminines |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | : Organisations Nationales Gouvernementales |
| ONU | : Organisation des Nations Unies |
| SIDA | : Syndrome d'Immunodéficience acquise |
| UA | : Union Africaine |
| UNFPA | : Fonds des nations unies pour la population |
| UNICEF | : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1 : schéma de la vulve | 6 |
| Figure 2 : schéma du complexe clitoridien | 7 |
| Figure 3 : scène d'excision | 9 |
| Figure 4 : type I | 9 |
| Figure 5 : type II | 10 |
| Figure 6 : type III | 10 |
| Figure 7 : classification des MGF | 11 |
| Figure 8 : états des habits (a+b) et la préparation à base de selles de vache comme traitement local | 23 |
| Figure 9 : (a, b, c, d, e, f) lésions de mutilation génitale des fillettes | 24 |
| Figure 10 : cicatrisation des lésions de mutilation génitale (a, b, c, d, e, f) | 25 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau I : Modifications classification O.M.S..... | 12 |
| Tableau II : Données de l'examen et de la prise en charge des fillettes..... | 22 |
| Tableau III : Résultats de l'hémogramme et sérologies rétrovirales..... | 24 |

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| PREMIERE PARTIE : LE POINT SUR LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES | 4 |
| I. GENERALITES | 5 |
| I.1. Définitions..... | 5 |
| I.2. Rappels anatomiques | 6 |
| I.2.1. La vulve | 6 |
| I.2.2. Le clitoris | 7 |
| II. LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES | 7 |
| II.1. Historique | 7 |
| II.2. Epidémiologie | 8 |
| II.3. Pratique des mutilations génitales féminines | 8 |
| II.3.1. Raisons invoquées | 8 |
| II.4. Typologie | 9 |
| II.5. Les complications de mutilations génitales féminines | 13 |
| II.5.1. Complications immédiates ou à court terme | 13 |
| II.5.2. Complications à moyen terme..... | 13 |
| II.5.3. Complications à long terme | 14 |
| II.5.4. Autres complications..... | 14 |
| II.6. Lutte contre les MGF | 14 |
| II.6.1. Lutte en Afrique | 14 |
| II.6.2. Programme Conjoint UNFPA-UNICEF sur les MGF/E..... | 15 |
| II.6.3. Lutte au Sénégal | 15 |
| II.7. Prise en charge des MGF..... | 16 |
| DEUXIEME PARTIE | 17 |
| I. CADRE D'ETUDE..... | 18 |
| I.1. Situation géographique et cadre général | 18 |
| I.2. Description du cadre d'étude proprement dit | 19 |
| II. METHODOLOGIE | 20 |
| II.1. Type d'étude | 20 |
| III. RESULTATS | 21 |
| IV. DISCUSSION | 26 |
| IV.1. Age de réalisation de la MGF | 27 |
| IV.2. Type de MGF..... | 27 |
| IV.3. Prise en charge | 27 |
| IV.4. Evolution | 28 |
| CONCLUSION | 29 |
| REFERENCES..... | 32 |

INTRODUCTION

Les MGF/E constituent une pratique fortement ancrée dans les coutumes et traditions de 29 pays d’Afrique et du Moyen-Orient (1). Selon un rapport de l’UNICEF publié le 22 Juillet 2013 (2), dans les pays concernés, plus de 125 millions de filles et de femmes en vie ont subi une forme de MGF, et près de 30 000 filles sont à risque d’en être victime dans les 10 prochaines années.

Leur pratique a également été documentée dans certains pays d’Asie, et certaines de leurs formes ont été signalées au sein de groupes ethniques d’Amérique centrale et du sud, bien qu’aucune donnée statistique ne soit disponible à ce sujet (1).

L’Organisation mondiale de la santé (OMS) estime aujourd’hui qu’entre 130 et 140 millions de filles et de femmes dans le monde ont subi une forme de MGF/E et que chaque année, plus de trois millions de filles risquent d’en être victimes (3). Par l’effet des migrations, l’OMS note une augmentation du nombre de filles et de femmes vivant en dehors de leur pays d’origine ayant subi des MGF/E. Ainsi, les pays d’Europe et d’Amérique du Nord, l’Australie et la Nouvelle Zélande ne sont pas épargnés par cette pratique (3). En 2009, selon des estimations, environ 500 000 filles et femmes en Europe avaient subi une MGF/E et 180000 filles risquaient d’être sexuellement mutilées[4].

On estime que 25,7% de femmes (âgées de 14 à 59 ans) ont subi une MGF au Sénégal (5). Ce taux a peu évolué au cours des dernières années[6]. 23,4% des femmes qui ont subi cette pratique vivent dans des zones urbaines, et 27,8% dans des zones rurales. Cependant, la majorité de la population sénégalaise réside dans des zones rurales. Dakar, la capitale, qui compte 49% de la population urbaine, a un taux de prévalence de la MGF de 20,1%. Les régions qui enregistrent les taux les plus élevés sont situées au sud et à l’est: Kédougou (92%), Matam (87,2%), Sédiou (86,3%), Tambacounda (85,3%) et Kolda (84,8%). Les régions aux taux les plus bas sont situées à l’ouest: Diourbel (0,5%), Thiès (3,5%), Louga (7,3%), Kaolack (5,6%) et Fatick (7,3%). Ces différences régionales ont des causes complexes dépassant l’appartenance ethnique et sont dues en partie à des facteurs historiques, politiques, économiques et coloniaux (6).

Ainsi, il importe de connaître les conséquences funestes de ces pratiques sur la santé des femmes, tant surtout le plan physique que psychologique et sexuel.

La plupart des études locales sont faites sur les conséquences à long terme des MGF/E (lésions séquellaires et conséquences obstétricales). Ainsi nous avons décidé d’étudier 6 cas de MGF récentes reçues au service de gynécologie obstétrique du CHNP afin de décrire les lésions observées ainsi que la prise en charge et l’évolution à court et moyen terme.

Notre étude comportera deux parties, une première où nous allons faire une revue de la littérature sur les MGF/E et une deuxième où nous rapporterons nos cas que nous discuterons avant de conclure et formuler des recommandations.

PREMIERE PARTIE : LE POINT SUR LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES

I. GENERALITES

I.1. Définitions

❖ **Mutilations génitales féminines**

Selon l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : les mutilations sexuelles féminines comprennent « toutes les interventions incluant la lésion ou l’ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons culturelles, religieuses ou pour toutes autres raisons non thérapeutiques » (7)/(8).

❖ **Mutilations sexuelles féminines**

« Mutilations génitales féminines » est un terme adopté à la conférence régionale du Comité Interafricain en Novembre 1990, pour dénommer les pratiques rituelles et traditionnelles qui consistent à enlever de façon partielle ou totale certaines parties des OGE féminins et à mutiler ces derniers de façon permanente.

En Juin 2004, l’Académie nationale de médecine a choisi d’adopter le terme de « mutilations sexuelles féminines », afin de bien marquer le retentissement de ces mutilations sur la sexualité féminine (9).

❖ **Excision**

Le terme « excision », désignant au sens strict les clitoridectomies, est le terme le plus couramment employé dans la langue française pour parler des mutilations au sens large.

En aucun cas le terme de « circoncision féminine » ne peut être substitué à celui d’excision, car ce terme assimile l’excision à la section du prépuce qui recouvre le gland de la verge, ce qui constitue certes une blessure, mais pas un retranchement de l’organe avec la perte de la fonction (10).

❖ **Mutilation Génitale Féminine/ Excision (MGF/E)**

Il n’existe aucun consensus international sur la nomenclature de cette pratique. Les termes les plus couramment utilisés sont « circoncision féminine », « mutilation génitale féminine » et « excision génitale féminine ». Même si le terme « circoncision féminine » est utilisé dans bon nombre de communautés où la pratique de mutilation génitale féminine est répandue, il demeure problématique car il donne à penser qu’elle est semblable à la circoncision masculine. L’expression « mutilation génitale féminine », adoptée officiellement par l’ONU et utilisée dans les documents de promotion des droits de l’ONU et de l’OMS, attire l’attention sur la gravité des dommages causés par cette pratique ; toutefois, certains trouvent cette expression moralisatrice et stigmatisante, surtout pour les communautés qui la pratiquent. Le terme « excision génitale féminine » est considéré comme étant correct sur le plan médical, plus neutre et plus

respectueux d'un point de vue éthique. Nous utiliserons donc « excision/mutilation génitale féminine » dans la présente déclaration de principe. Ce terme a été retenu parce que les communautés qui pratiquent l'E/MGF le trouvent approprié, ainsi qu'en raison du fait qu'elle rend l'idée des préoccupations qui lui sont associées en matière de droits de la personne et souligne la nécessité de défendre ceux-ci. (11)

I.2. Rappels anatomiques

I.2.1. La vulve (12)

La vulve est l'organe génital externe de la femme. Elle est délimitée en avant par le mont du pubis (aussi appelé le mont de Vénus) et en arrière par le périnée. Elle est composée, de l'extérieur vers l'intérieur, des grandes lèvres, des petites lèvres et du vestibule du vagin. Les grandes lèvres se rejoignent, formant les commissures antérieure et postérieure des grandes lèvres.

Les petites lèvres se rejoignent en arrière formant le frein des petites lèvres, et en avant formant le gland du clitoris, recouvert de son prépuce (ou capuchon), et le frein du clitoris en sa base. Le vestibule contient en avant le méat urétral et en arrière l'orifice vaginal.

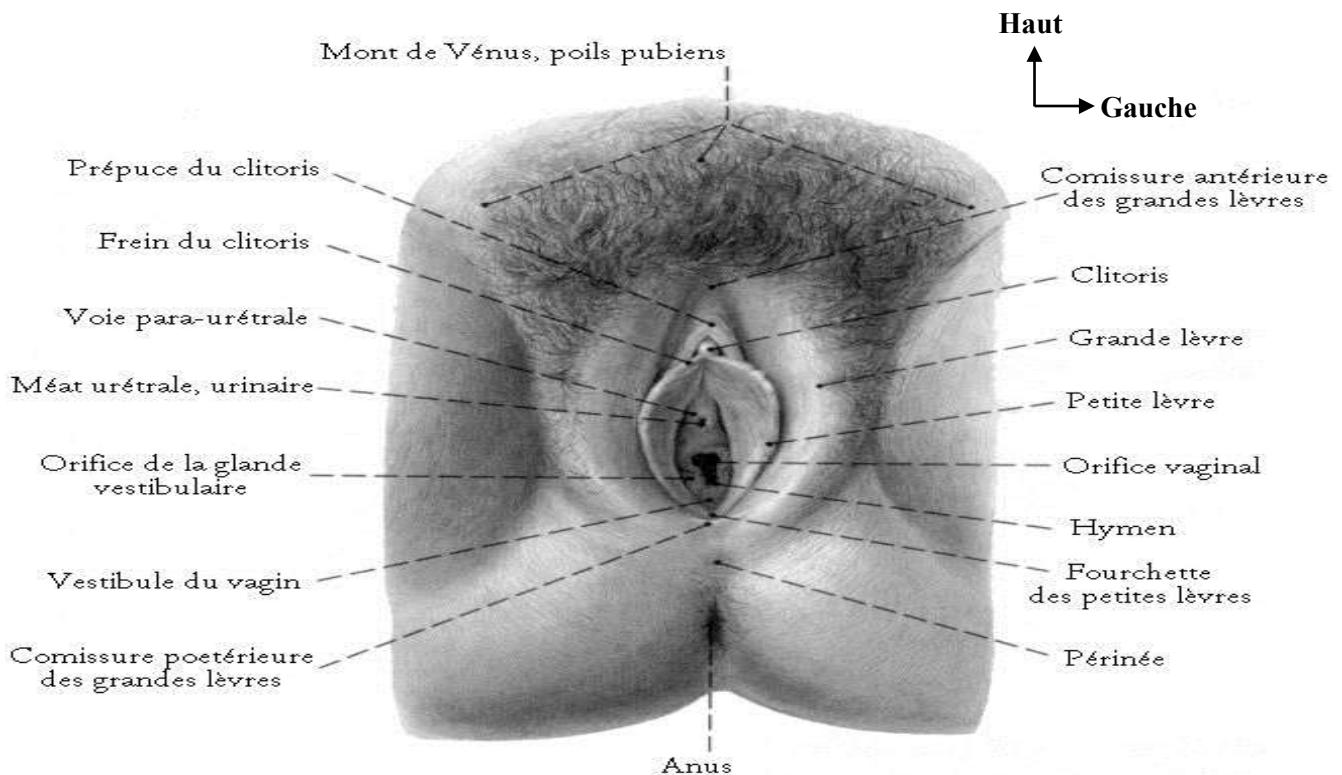


Figure 1 : schéma de la vulve (12)

I.2.2. Le clitoris (13)

L'anatomie du clitoris a, quant à elle, été revue plus récemment. La partie visible du clitoris, qui se situe au sommet des petites lèvres, correspond uniquement au gland du clitoris, recouvert de son prépuce (ou capuchon), et présente à sa base le frein du clitoris. Le gland du clitoris ne mesure que 1 à 2 cm, selon les femmes. Il se poursuit en profondeur par le corps du clitoris puis le genou (ou angle) du clitoris. Après le genou du clitoris, l'organe se divise pour former 2 piliers, qui sont des corps caverneux. Ces derniers mesurent plus de 10 cm de longueur et encerclent la partie antérieure du vagin et de l'urètre.

Le complexe clitoridien est un organe très vascularisé et très innervé, bien plus grand que ce qu'on pensait initialement, et qui joue un rôle essentiel dans la fonction sexuelle féminine.

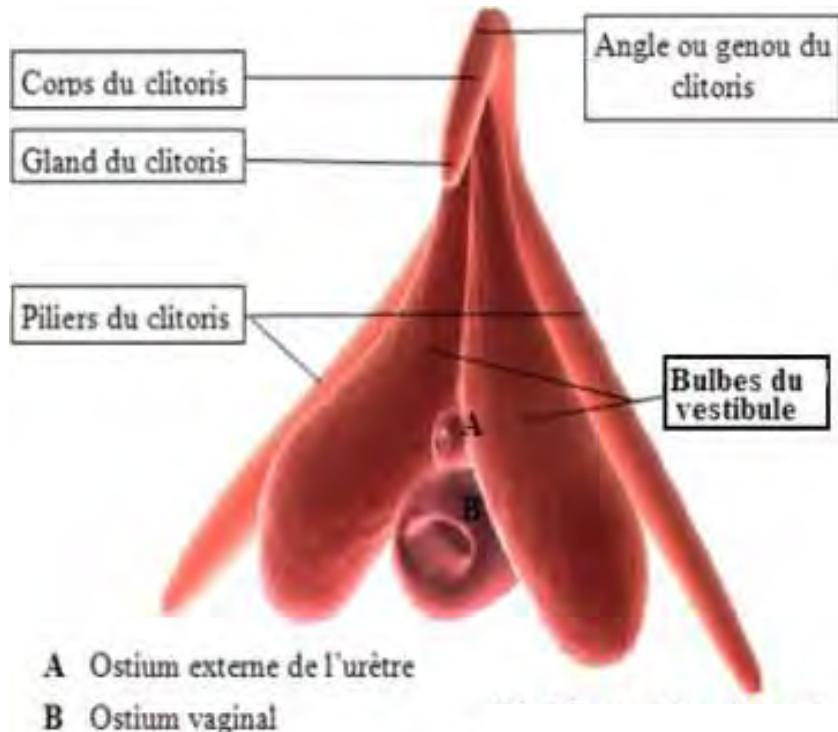


Figure 2 : schéma du complexe clitoridien (14)

II. LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES

II.1. Historique (15)

La pratique des MGF est très ancienne, souvent rapportée à la religion musulmane, mais lui est antérieur. En effet, le début de cette pratique se situerait en Égypte et selon un papyrus grec conservé au British muséum datant de 163 ans avant Jésus-Christ, l'excision accompagnait la remise de la dot. Les MGF ayant probablement un début en Egypte et en Mésopotamie, elles se seraient propagées

vers l’Afrique, le Moyen-Orient et l’Asie. Certains écrits relatent cette pratique en Europe notamment au XIXème siècle. Par exemple, en Angleterre, le Docteur Isaac Baker Brown, Directeur de la Medical Society of London utilisait en 1865 la clitoridectomie afin de traiter des femmes atteintes d’épilepsie, d’hystérie, de migraines...

II.2. Epidémiologie (16)

Les MGF sont classées en fonction de l’étendue anatomique de l’ablation, et la prévalence par type varie en fonction de la situation géographique et du groupe ethnique. D’après les estimations, 90 % des cas de MGF concernent une clitoridectomie ou une excision, et près de 10 % sont des infibulations, la forme qui présente les conséquences négatives les plus graves. Des estimations de la prévalence des MGF dans les communautés vivant en dehors de leurs pays d’origine ont également été avancées. Puisque les données issues des enquêtes démographiques nationales ne sont pas disponibles pour les pays de résidence, les estimations de l’occurrence des MGF dans les populations de migrants sont basées sur la prévalence constatée dans le pays d’origine.

II.3. Pratique des mutilations génitales féminines

II.3.1. Raisons invoquées (17-18-19)

❖ La coutume

«Cela s’est toujours fait, ma mère, ma grand-mère l’ont fait, donc mes filles seront excisées». Les hommes considèrent comme impures les femmes non excisées et ne sont pas prêts à les épouser.

❖ La religion

Les MSF sont souvent associées à l’Islam car les sociétés qui les pratiquent, principalement en Afrique musulmane, revendentiquent la religion pour les justifier alors que ces mutilations ne sont ni recommandées, ni citées dans aucun texte religieux. Elles sont également pratiquées par certains chrétiens coptes ou par des juifs falashas originaires d’Éthiopie vivant actuellement en Israël. Elles précéderent l’ère chrétienne et musulmane. Le prophète Mohamed (PSL) n’a d’ailleurs pas fait exciser ses filles.

❖ L’esthétique et la notion de pureté

Une femme non excisée sera considérée comme impure auprès de ses proches et ne pourra pas se marier. De plus le clitoris étant considéré comme dangereux pour l’homme lors des rapports sexuels et pour l’enfant lors de l’accouchement) et devait être retiré.

❖ La virginité et la chasteté

Une raison couramment invoquée est la diminution du plaisir sexuel féminin permettant de conserver la virginité de la femme avant le mariage ainsi que sa fidélité une fois mariée.

❖ L'augmentation du plaisir masculin

Le vagin se trouvant rétréci par certaines mutilations, ceci serait en faveur d'un plaisir masculin augmenté pour certaines ethnies.

❖ La confirmation de l'identité sexuelle

Le clitoris est considéré dans certaines populations comme organe d'origine masculine, vestige du fœtus initialement unisexuel.



Figure 3 : scène d'excision (20)

II.4. Typologie

CLASSIFICATION O.M.S. (2008) (17-21-22-23)

Type I : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie)



Figure 4 : type I

Type II : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision).



Figure 5 : type II

Type III : Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation)



Figure 6 : type III

Type IV : 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. Ce type regroupe toutes les interventions non classées telles que les étirements du clitoris et/ou des lèvres, la cautérisation par brûlure (du clitoris et du tissu avoisinant) et enfin l'introduction de substances corrosives ou de plantes dans le vagin afin de provoquer des saignements ou pour resserrer le vagin.

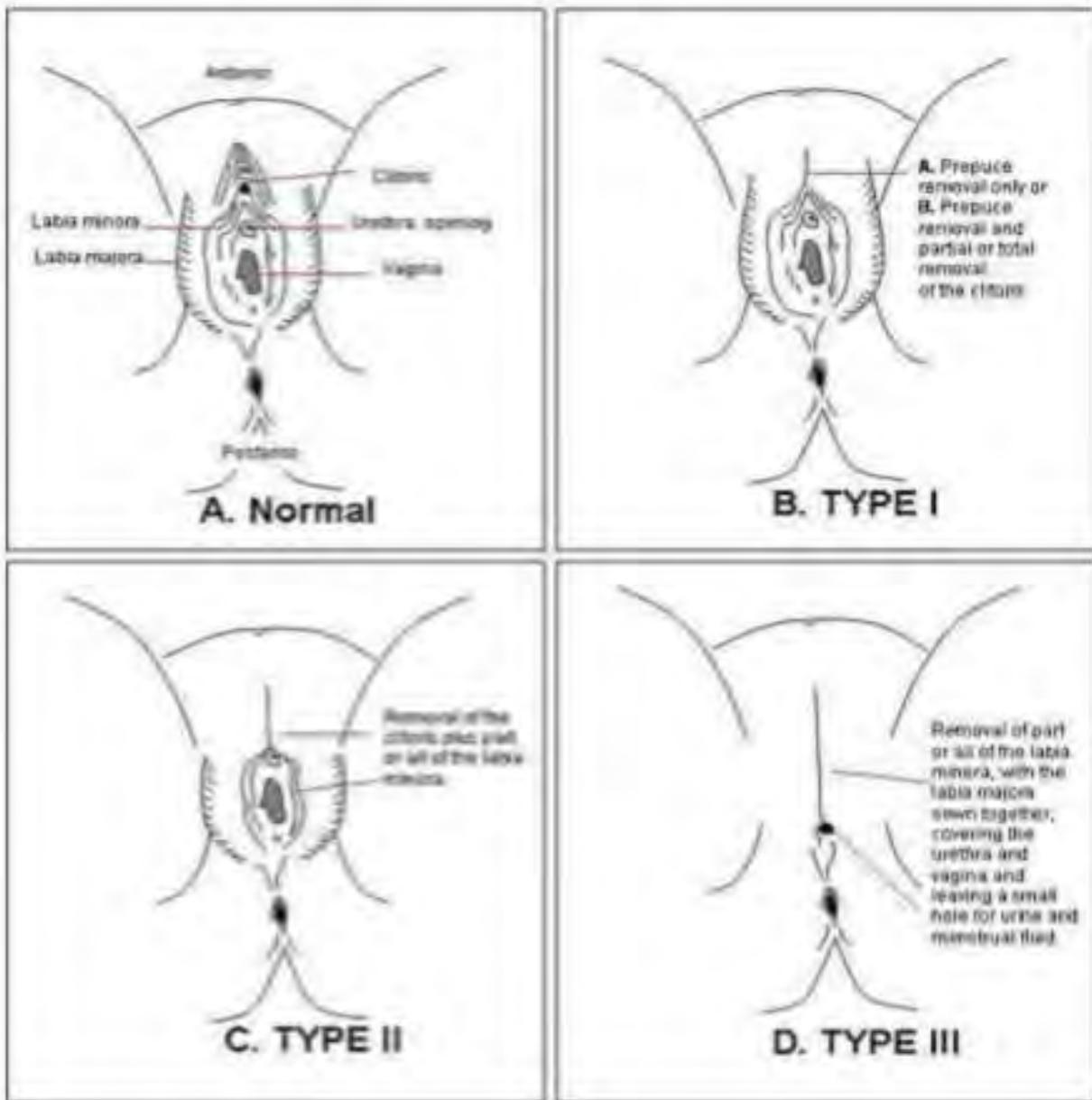


Figure 7 : classification des MGF (22/23)

Cette classification a été modifiée récemment. Le tableau suivant montre les modifications apportées entre 1995 et 2007.

Tableau I : Modifications classification O.M.S. (24)

| 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). Lorsqu'il est important de distinguer entre les principales formes de la mutilation de type I, les subdivisions ci après sont proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> * type Ia, ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement ; * type Ib, ablation du clitoris et du prépuce. | <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). Lorsqu'il est important de distinguer entre les principales formes qui ont été constatées, les subdivisions ci après sont proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> * 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. Notez également qu'en français le terme « excision » est fréquemment utilisé comme un terme général recouvrant tous les types de mutilations sexuelles féminines. | <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). Lorsqu'il est important de distinguer entre différentes formes d'infibulation, les subdivisions ci-après sont proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> * type IIIa, ablation et accolement des petites lèvres ; * type IIIb, ablation et accolement des grandes lèvres. | <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 perçement, l'incision, la scarification et la cautérisation.</p> | <p>Type IV : Diverses pratiques non classées telles que la ponction, le perçement 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> |

II.5. Les complications de mutilations génitales féminines (17, 21, 22, 25)

II.5.1. Complications immédiates ou à court terme

Dans les heures ou les jours qui suivent la mutilation :

- La douleur aiguë due à l'acte, pouvant aller jusqu'au choc.
- Les lésions des organes voisins (urètre, vagin, périnée postérieur, anus...) responsables de fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales, respectivement responsables d'incontinence urinaire et anale.
- Les saignements sont systématiques, surtout si section des artères caverneuses et dorsale du clitoris avec collapsus ou choc hémorragique nécessitant une transfusion
- Les infections aiguës, fréquentes et dues aux conditions de réalisation de l'acte sans règle d'hygiène, à la nature des pansements traditionnels utilisés et à l'immobilisation prolongée de la fillette dans ses urines et matières fécales. Elle peut rester localisée (vulvo-vaginites, cervicites, phlegmons, abcès vulvo-vaginaux ou pelviens ou d'adénites suppurées), ou s'étendre à la partie haute de l'appareil génital et au péritoine (endométrite, salpingite, voire pelvipéritonite) et enfin se généraliser (gangrène gazeuse ou septicémie) et provoquer la mort de la fillette si pas d'antibiotiques adaptés. De plus, il y a un risque de transmission du tétonos, du SIDA, des hépatites ou d'autres maladies hématogènes par utilisation d'un même outil tranchant sur différentes fillettes.
- Des fractures de la clavicule, de l'humérus ou du fémur sont possibles en rapport avec les mouvements de la fillette et du fait de la pression exercée sur les membres de la fillette pour la maintenir (26).
- Le décès des fillettes survient lors d'hémorragies ou d'infections sévères faute de prise en charge rapide et adéquate.

II.5.2. Complications à moyen terme

Dans le ou les mois qui suivent la mutilation :

- La cicatrisation, retardée par l'infection de la plaie et le contact prolongé des urines et selles.
- L'anémie par hémorragie.
- Les troubles urinaires (dysurie, rétention d'urine) fréquentes responsables d'infection des voies urinaires.
- Les infections génitales basses (vulvo-vaginite, cervicite) fréquentes responsables d'infections génitales hautes.

- Les chéloïdes vulvaires (bourrelets cicatriciels épais et fibreux) sont très souvent retrouvées.

II.5.3. Complications à long terme

- Le kyste dermoïde sous-cutané, fréquente, bénigne mais peut être invalidante (taille d'orange, douleur+++). Il résulte de l'inclusion d'épiderme ou de glandes sudoripares dans la cicatrice.
- Les algies pelviennes chroniques,
- Les dyspareunies
- L'hématocolpos dû à la difficulté d'élimination des menstrues, du fait de l'étroitesse de l'orifice vaginal se retrouve en cas d'infibulation.
- Les infections chroniques des voies urinaires par obstruction du méat urétral par un pont cicatriciel dans certaines mutilations de type II et dans les infibulations.

II.5.4. Autres complications

Les complications pendant la grossesse

Les complications péri-partum (per-partum, post-partum)

Les complications psychologiques et

Les complications sur la sexualité sont aussi importantes à noter.

II.6. Lutte contre les MGF

II.6.1. Lutte en Afrique (27)

Depuis de nombreuses années déjà, l'Union africaine (UA) déploie des efforts visant à éliminer les MGF. En 1990, la Charte Africaine des droits et du bien-être de l'enfant a été adoptée. Ce traité appelle les États à « prendre toutes les mesures appropriées pour abolir les coutumes et les pratiques négatives, culturelles et sociales qui sont au détriment du bien-être, de la dignité, de la croissance et du développement normal de l'enfant ». En 2003, l'Assemblée de l'UA a adopté le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique (Protocole de Maputo). Son article 5, « Élimination des pratiques néfastes », oblige les États parties à prendre toutes les mesures nécessaires, de nature législative ou autre, en vue de garantir l'élimination des MGF.

II.6.2. Programme Conjoint UNFPA-UNICEF sur les MGF/E (28,29)

On retrouve également cet engagement en faveur de l'élimination des MGF dans le Programme Conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/excision : Accélérer le changement (le Programme Conjoint), lancé en 2008 qui apporte son appui à 17 pays dans l'objectif d'accélérer l'abandon des MGF et d'en traiter les conséquences en fournissant des soins. Dans le cadre de partenariats avec les autorités nationales, la société civile, les chefs religieux, les jeunes, les professionnels de santé, les communautés et les autres principales parties prenantes, le Programme Conjoint vise à soutenir et accélérer les efforts déjà déployés à l'échelle nationale et régionale. Il se fonde sur les droits humains, et exploite les dynamiques sociales de manière stratégique en vue de l'abandon des MGF. Il établit un environnement politique et institutionnel propice en soutenant l'élaboration et la mise en application de lois, de politiques, de stratégies nationales chiffrées et de lignes budgétaires relatives aux MGF.

II.6.3. Lutte au Sénégal (30,31)

La mobilisation à l'échelle internationale et régionale ouvre la voie à tous les pays pour intensifier les stratégies pour l'accélération de l'abandon des MGF/E. Le travail de l'ONG Tostan concernant l'excision au Sénégal. En 1991 au Sénégal, Molly Melching, une américaine, a fondé une ONG internationale : Tostan. Cette ONG n'était pas fondée avec l'intention d'intervenir seulement sur la pratique de l'excision (Diongue et al.), mais pour améliorer l'éducation générale (globale et intégrante) des femmes rurales.

Le 13 janvier 1999, le gouvernement sénégalais a ajouté un addenda à la loi contre les violences faites aux femmes. Actuellement, l'article 299 bis du code pénal punit spécifiquement l'excision 6 mois à 5 ans tout contrevenants. Ainsi, il montre avoir reconnu que l'excision est une violation des droits humains et que l'on ne devrait plus la pratiquer.

Cette loi contredit directement, un aspect de la culture sénégalaise. L'application sévère d'une loi, comme celle-ci, rencontrerait un contrecoup des communautés concernées. C'est pour cela que l'on a précisé qu'une loi toute seule n'accomplirait rien ; elle « doit être accompagnée d'action de sensibilisation d'information et d'éducation afin que les populations en comprennent le sens et puissent l'accepter » (Dème 2003, 16).

Le Ministère de la Famille dans la même année avec la section du gouvernement concernée par l'abandon de l'excision au Sénégal, a collaboré avec tous les acteurs dans cette lutte, y compris l'OMS et d'autres ONG. Ensemble, ils ont

élaboré « un plan d'action national pour l'abandon des mutilations génitales féminines qui couvre la période de 2000-2005 » (Dème 2003, 16). Il allait faciliter la collaboration du gouvernement et des ONG qui travaillent avec la population pour la ‘sensibiliser’ au fait que l’excision est une violation des droits humains

Le Sénégal a aussi adhéré (31):

- Le 05 Février 1985, à la convention des Nations Unies sur l’élimination de toutes les formes de discrimination à l’égard des femmes (New York, 18 Décembre 1979)
- Le 31 Décembre 1990, à la convention des Nations Unies relative aux Droit de l’Enfant (New York, 20 Novembre 1989)

Au niveau continental, il a adhéré (31) :

- Le 25 Octobre 1982, à la Charte Africaine des Droits de l’Homme et des Peuples
- Le 30 Octobre 1998, à la charte Africaine des Droits et du Bien-être de l’Enfant (Addis-Abeba, 11 Décembre 1990) ; le 30 Janvier 2005 au protocole de la Charte Africaine des Droits de l’homme et des Peuples relatif aux droits des femmes (Maputo, 11 Décembre 2003)

II.7. Prise en charge des MGF (32,33)

Dans certaines situations, une intervention chirurgicale est indiquée pour raisons médicales (dysurie, dyspareunies importantes, névrome du nerf dorsal du clitoris, kyste épidermique, etc.). Indépendamment, une chirurgie de reconstruction clitoridienne peut être proposée. Il s’agit d’une intervention mise au point définitivement par le Dr Pierre Foldès, urologue français, il y a 20 ans, sous anesthésie générale, dure en moyenne 30 minutes et nécessite une journée d’hospitalisation. Elle nécessite un suivi post opératoire avec des consultations rapprochées jusqu’à cicatrisation avec ou sans antalgiques (local ou per os) en fonction de la douleur. La désinfibulation consiste à ouvrir le canal vaginal occlus à l’aide de l’index ou d’une pince de Kocher. Les indications gynécologiques de désinfibulation chirurgicale sont multiples : dysurie, dysménorrhée, dyspareunie, infections cervico-vaginales chroniques, infections urinaires récidivantes, impossibilité de s’accoupler. Mais néanmoins la prise en charge est pluridisciplinaire avec la reconstruction clitoridienne et un suivi psychologique et sexologique parallèlement avec la chirurgie.

DEUXIEME PARTIE

I. CADRE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine.

I.1. Situation géographique et cadre général

Le centre hospitalier national de Pikine sis ex- Camp Militaire de Thiaroye comporte plusieurs types de services : les services médicaux, les services administratifs et les services techniques.

❖ Services médicaux

Ils comportent :

- le service social
- la pharmacie
- le laboratoire d'analyses
- le service d'imagerie médicale
- la morgue
- le bloc opératoire
- le service de pédiatrie
- le service de gynécologie obstétrique
- le service de chirurgie
- le service d'ophtalmologie
- le service de médecine interne
- le service d'oto-rhino-laryngologie ORL
- le service des consultations externes
- le service d'anesthésie réanimation

❖ Services administratifs

Ils comportent :

- un service d'accueil
- un bureau des entrées
- une administration

❖ Services techniques

Ils rassemblent :

- la maintenance
- la buanderie
- la cuisine
- l'unité de sécurité

I.2. Description du cadre d'étude proprement dit

❖ Les locaux

Le service de gynécologie obstétrique comporte :

- 32lits d'hospitalisation répartis en 12salles
- une salle d'accouchement dotée d'une salle de travail avec 6lits et de 2 box d'accouchement. La salle d'accouchement communique avec le bloc opératoire
- un centre obstétrique, d'accueil des urgences

❖ Le personnel

- un professeur titulaire de gynécologie obstétrique, chef de service :
- 4 gynécologues dont 2 assistants
- 3 internes des hôpitaux
- des médecins en spécialisation en gynécologie obstétrique
- des étudiants en troisième cycle des études médicales
- une secrétaire
- 23 sages-femmes
- 5 infirmières

❖ Le fonctionnement

Le service dispose d'un bloc opératoire qui fonctionne 24H/24 pour les urgences gynécologiques et obstétricales et 2 jours par semaine pour les interventions programmées.

La consultation externe est assurée du lundi au vendredi par un gynécologue-obstétricien et une sage-femme.

L'équipe se retrouve tous les jours ouvrable pour une réunion (staff) permettant des échanges sur des dossiers de patientes admises. Une visite des patientes hospitalisées est effectuée quotidiennement. La garde est assurée par les médecins en spécialisation et les internes, les équipes se relayant tour à tour toutes les 24h.

II. METHODOLOGIE

II.1. Type d'étude

Il s'agit de faits cliniques concernant six fillettes ayant subi une mutilation génitale récente reçues aux urgences gynéco-obstétricales du service de gynécologie obstétrique du CHNP

III. RESULTATS

Observations

Il s'agit de six fillettes âgées de 3ans et 6 ans amenées aux urgences gynéco-obstétricales par un agent de la gendarmerie de Keur Massar, de la chef de DEMO du ministère de la justice et de la mère de deux d'entre elles munis de la réquisition N°0167 du 24/02/2021 de Monsieur Abdoul Aziz Kandji, Adjudant Major, Commandant la brigade de Gendarmerie de Keur Massar qui sollicitait un examen médical pour les fillettes :

- D.D., âgée de 06 ans,
- F.C., âgée de 04 ans,
- O.H.C., âgée de 06 ans,
- R.K., âgée de 06 ans,
- O.K., âgée de 03 ans, et
- K.K., âgée de 03 ans.

Les faits se sont déroulés à Keur Massar où les six fillettes étaient amenées par leur mère chez une femme qui pratique la mutilation génitale féminine (exciseuse) afin de les exciser. Une femme « badiénou gokh » habitant dans le même quartier les aurait vu et aurait avisé la brigade de gendarmerie locale. Le chef de brigade aurait par la suite déployé une équipe qui est partie à leur recherche et aurait avisé en même temps les ministères concernés. C'est ainsi que la femme exciseuse et les parents des fillettes furent arrêtés et les jeunes filles amenées en consultation au poste de santé de Keur Massar d'où elles nous ont été référées pour une meilleure prise en charge.

A l'examen, les six fillettes étaient méfiantes et peureuses avec des regards plaintifs et une marche plus ou moins difficile (marche en écartant les jambes). L'examen sans anesthésie est difficile voire impossible devant la méfiance des enfants et leur refus catégorique d'être examiné par peur d'être blessé. C'est ainsi que nous avons décidé, avec la collaboration des anesthésistes, de les examiner sous anesthésie générale au masque au bloc opératoire et de réparer les éventuelles lésions objectivées.

Globalement, leurs habits étaient souillés de sang ainsi que leur vulve avec parfois un saignement actif et une préparation à base de « selles de vache » comme traitement local (figures1 : 1a, 1b, 1c). Les lésions objectivées concernaient le clitoris et les petites lèvres et plus rarement le mont du pubis. Il n'y avait pas d'atteinte du méat urétral. A noter que l'exciseuse utilisait deux lames pour les exciser à raison d'une lame pour trois filles.

Le geste opératoire consistait à faire une désinfection locale à base de Bétadine jaune et de dakin et à faire une suture des plaies avec des points simples au vicryl 2/0 (figure 3).

Les données de l'examen et de la prise en charge de chacune d'entre-elles sont résumées dans le tableau I.

Tableau II : Données de l'examen et de la prise en charge des fillettes

| Prénoms/Nom | Âges | Examen initial | Type de mutilation | Complications | Gestes |
|---------------------|--------|--|--------------------|--|---|
| D.D. Figure 2a | 06 ans | Ablation totale du clitoris et des petites lèvres | Type 2b | Distorsion anatomique, Hémorragie peu abondante | Suture par des points simples, Antalgique Antibiotique Soins locaux |
| F.C. Figure 2b | 03 ans | Ablation totale du clitoris et partielle des petites lèvres avec pertes de substance | Type 2b | Distorsion anatomique avec perte de substance, Hémorragie | Suture en deux plans, antalgique, Antibiotique, Soins locaux |
| O.H.C. Figure 2c | 06 ans | Ablation totale du clitoris et partielle des petites lèvres | Type 2b | Distorsion anatomique | Suture par des points simples, Antalgique, Antibiotique, Soins locaux |
| R.K. Figure 2d | 06 ans | Ablation partielle du clitoris et des petites lèvres Lésion cutanée supra clitoridienne | Type 2b | Distorsion anatomique avec lésion cutanée supra clitoridienne | Suture par des points simples, Antalgique, Antibiotique, Soins locaux |
| O.K. Figure 2e | 03 ans | Ablation totale du clitoris et partielle des petites lèvres, Lésion sur la grande lèvre droite | Type 2b | Distorsion anatomique, blessure de 2cm sur la grande lèvre droite (lésion de défense probable) | Suture par des points simples, Antalgique, Antibiotique, Soins locaux |
| K.K. Figure 2f | 03 ans | Ablation totale du clitoris eu des petites lèvres | Type 2b | Distorsion anatomique | Suture par des points simples, Antalgique, Antibiotique, Soins locaux |



Habits
souillés

a

b



Bouse de vache

c

Figure 8 : états des habits (a+b) et la préparation à base de bouse de vache (c) comme traitement local.



D.D. : a

F.C. : b



O.H.C. : c

R.K. : d



O.K. : e

K.K. : f

Figure 9 : (a, b, c, d, e, f) lésions de mutilation génitale des fillettes

Les données de l'hémogramme et de la sérologie rétrovirale sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau III : Résultats de l'hémogramme et sérologies rétrovirales

| Prénoms/Nom | Taux d'hémoglobine | Sérologie HIV |
|-------------|--------------------|---------------|
| D.D. | 12,1g/dl | Négative |
| F.C. | 11,8g/dl | Négative |
| O.H.C. | 12g/dl | Négative |
| R.K. | 11,5g/dl | Négative |
| O.K. | 10,9g/dl | Négative |
| K.K. | 9,4g/dl | Négative |

Les suites opératoires étaient simples et les fillettes ont été amenées au centre d'accueil et de surveillance des jeunes de Liberté 6 où elles seront suivies par un gynécologue. Leur mère ainsi que l'exciseuse ont été déférées en attendant d'être jugées.

A court et moyen terme aucune complication n'a été objectivée et elles étaient toutes, complètement guéries à J15 (voir figures 10)



O.H.C. (c): AVANT

O.H.C: APRES



R.K. (d): AVANT



R.K.: APRES



O.K. (e): AVANT



O.K.: APRES



K.K. (f): AVANT



K.K.: APRES

Figure 10 : cicatrisation des lésions de mutilation génitale (a, b, c, d, e, f)

IV. DISCUSSION

IV.1. Age de réalisation de la MGF

Toutes nos patientes étaient âgées entre 3 et 6 ans.

La majeure partie des études ont aussi rapporté le choix porté sur l'âge jeune lors de la réalisation de la MGF/E dans la plupart des communautés qui la pratique. C'est un constat fait par l'étude de Moulablad à Dakar en 2018 (34), par celle de EDS au Mali avec 57% de cas réalisés à la petite enfance (35), par celles de Foldés en 2006 (36) et en 2012 avec un âge moyen de 5,4ans +/- 4,15 ans (37) et par celle de Bonkolé en Côte d'Ivoire qui rapportait un âge moyen de 3,3 ans (38). Par contre Smith, dans une étude faite au Nigéria (dans l'ethnie Ibo en particulier), a trouvé que la MGF/E se faisait surtout à l'adolescence. Et à l'inverse, en Ethiopie, la MGF se pratique surtout à la période néonatale (39). L'âge jeune de l'excision s'expliquerait en partie par le fait qu'à cet âge les victimes ne gardent souvent pas le souvenir du traumatisme vécu, mais aussi la cicatrisation plus rapide et le plaisir clitoridien moindres.

IV.2. Type de MGF

Dans notre étude, les lésions concernaient surtout le clitoris et les petites lèvres et étaient toutes classées type 2b de L'OMS.

C'est aussi le type de MGF le plus pratiqué au Sénégal (référence).

Nos résultats sont comparables à ceux de Ouédraogo au Mali en 2013 (40) qui retrouvait 94,7% type II et 5,3% de type III (référence) et Foldès en 2012 qui rapportait 95% type II et 5% type III (37).

IV.3. Prise en charge

La prise en charge de nos cas consistait à une désinfection locale associée à une suture cutanée avec du fil résorbable 2/0 dont un cas de suture en deux plans pour le cas avec perte de substance importante. Cette chirurgie était encadrée d'une antibiothérapie.

Les cas de mutilation génitale féminine récente sont rares dans la littérature car les pratiquants évitent les structures sanitaires de peur d'être dénoncé et par conséquent les descriptions restent rares dans la littérature pour ces formes récentes mais elle reste assez fournie en termes de prise en charge de complications à long terme. Ainsi, des cas de dés infibulation, de cure de kyste clitoridien, de fistules... ont été décrites.

C'est le cas de Traoré en 2011 qui parmi ses patientes mutilées 7,9% avaient bénéficié d'une kystectomie et 53,3% d'une défibulation (41).

Deux types de complications des MGF relèvent obligatoirement de la chirurgie : la fermeture vulvaire (type III) et les distorsions anatomiques.

IV.4. Evolution

Les suites opératoires étaient simples chez toutes les fillettes et elles étaient par la suite conduites dans un centre d'accueil et de prise en charge d'enfant où un gynécologue passait régulièrement leur passer une visite. La guérison sans complication a été obtenue au 15^{ème} jour. Les parents ainsi que l'exciseuse étaient déférés en attendant d'être jugé.

Des complications restent cependant possible à long terme comme les kystes clitoridiens, les troubles de la sexualité, les déchirures obstétricales ainsi que la classique complication difficile à quantifier qu'est le choc psychologique.

Quelle que soit la complication, le traitement chirurgical doit respecter un principe capital : il doit être adapté à nos régions, répondant à la préoccupation importante des patientes qui est celle de retrouver leur santé, bien-être, confort et anatomie.

CONCLUSION

Les MGF recouvrent toutes les interventions incluant l’ablation partielle ou totale des OGE de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales.

Elles font partie des pires formes de violence faites aux femmes, les conséquences qui en découlent peuvent être très désastreuses et les séquelles peuvent durer toute la vie.

Au Sénégal, les MGF concernent 25% des femmes de 15-49 ans dont la pratique se fait dans le jeune âge (enfance ou néonatale). A l’image du continent africain, la prévalence des MGF au Sénégal varie selon la localité et l’ethnie.

Ces pratiques sont à l’origine de complications anatomiques dont la prise en charge est essentiellement chirurgicale.

C’est dans ce contexte que nous avons mené notre étude sur six cas de mutilation génitale féminine récente dont l’objectif était de décrire les lésions observées ainsi que leur prise en charge médico-chirurgicale.

Nos patientes étaient âgées entre 3 ans et 6 ans et avaient toutes subies une mutilation génitale type 2b. Les complications étaient surtout hémorragiques et anatomiques. La prise en charge consistait à une désinfection locale et à une suture avec du fil résorbable encadrée d’une antibiothérapie. Les suites opératoires étaient simples et les enfants étaient admises dans un centre d’accueil et de prise en charge d’enfant où elles étaient suivies jusqu’à guérison au 15^{ème} jour. Les parents ainsi que l’exciseuse étaient déférés en attendant d’être jugé.

Ces cas montrent encore une fois que les mutilations génitales féminines restent encore d’actualité et les efforts fournis dans le cadre de la lutte contre leur pratique doivent être accentués. La sensibilisation de la population et leur implication dans la lutte reste une des stratégies phares pour réussir ce combat à l’instar de cette femme « badiénou gokh » qui y a joué un rôle capital freiner ce fléau.

Ainsi, cette étude nous pousse à faire les recommandations suivantes :

- Assurer un accompagnement des patientes permettant de lever des difficultés et les tabous sur les complications anatomiques des MGF.
- Réaliser un questionnaire adapté et validé afin de pouvoir mieux évaluer les demandes des patientes ainsi que les résultats de leur prise en charge.

- Renforcer le système de santé de :
 - o La formation des chirurgiens, obstétriciens et autres professionnels de santé dans le but de les aider à dépister et prendre en charge rapidement les complications de MGF ;
 - o La mise en place de structures d'appui technique aux victimes des MGF (dédommagement/allocation familiale, suivi psychologique, aide nutritionnel,...) pour les aider à identifier et soigner les séquelles à long terme des MGF.

REFERENCES

1. ReportGenitalMutilationGuinea_FR.pdf [Internet]. [cité 27 juill 2019].

Disponible sur:

https://www.ohchr.org/Documents/Countries/GN/ReportGenitalMutilationGuinea_FR.pdf

2. UNICEF. Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change. 2013.

3. World Health Organization. An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM) : progress report [Internet].

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70638>. 2011 [cité 11 févr 2020].

Disponible sur:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70638?locale-attribute=fr&show=full>

4. Ending Female Genital Mutilation. A Strategy for the European Union Institutions [Internet]. Eur. Inst. Gend. Equal. [cité 11 févr 2020]. Disponible sur:

<https://eige.europa.eu/gender-based-violence/methods-and-tools/lithuania/ending-female-genital-mutilation-strategy-european-union-institutions>

5. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), Dakar, Sénégal. Enquête Démographique et de Santé Continue au Sénégal (EDS-Continue) 2012-2013 Rapport final 1ère année.

6. Salif and Mohamed Ayad. Enquête démographique et de santé au Sénégal 2005. 2006;

7. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie ANSD (Sénégal), et ICF International. Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue2012-2013), Calverton, Maryland, USA : ANSD et ICF International ; 2012.

- 8. Organisation Mondiale de la Santé.** Eliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration inter-institution HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNCHR, UNICEF, UNIFEM, Genève: OMS 2008 ; 45p.
- 9. Academia Nationale de Médecine.** Les mutilations sexuelles féminines. UN autre crime contre l'humanité. Connaître, prévenir, agir. Supplément de l'Académie nationale de médecine; séance du 10juin 2004.188(6), 123p.
- 10. Konte A.** La pratique de l'excision au Mali. Mémoire de fin d'études, novembre 2007, Genève.94p.
- 11. Liette Perron M.S.W, Vyta Senikas M.D.** Déclaration de principe de la SOGC: Excision/mutilation génitale féminine. Février 2012; No272.
- 12. Netter F-Hnetter F-H.** Périmée et organes génitaux externes féminins. 3ème édition. Paris: Masson; 2004.
- 13. O'connell H, Sanjeevan K-V, Hutson J-M.** Anatomy of clitoris. J Urol. 2005. : p.1189-1195.
- 14. Foldes P, Buisson O.** Reviews: The Clitoral Complex: A Dynamic Sonographic Study. J Sex Med. 2009;6:1223-31.
- 15. Rettel V.** Mutilations sexuelles féminines et accouchement : pour une prise en charge adaptée. 2009 [cité 3 août 2019]; Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01889851>
- 16. Yoder PS, Khan S.** Number of women circumcised in Africa: the production of a total. Yoder PS, Khan S; 2008.
- 17. Françoise Couchard.** L'excision. Presses Universitaires de France - PUF; 2003.
- 18. Carcopino X, Shojai R et Boubli L.** Les mutilations génitales féminines : généralités, complications et prise en charge obstétricale,Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2004;378-83.

- 19. UNICEF** [Internet]. [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.unicef.org/fr>
- 20. Audate V, Eggermont R, Hendrickx M, Leye E, Maes S, Nicholson F.** Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique, 2014 (Mise à jour au 31 décembre 2012). :44.
- 21. Organisation Mondiale de la Santé.** Les mutilations génitales féminines, aide mémoire n° 153. avr 1997;
- 22. GSF.** Mutilations Sexuelles Féminines [Internet]. GSF Gynécologie Front. [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <https://gynsf.org/msf/>
- 23. Organisation Mondiale de la Santé.** Les mutilations sexuelles féminines, aide mémoire n° 241. juin 2000;
- 24. Eliminer les mutilations sexuelles féminines.** déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM. 2008.
- 25. Eszto Marie-Laure.** Mutilations sexuelles. Conséquences obstétricales. 2006;
- 26. Mandara M.U.** Female genital mutilation in Nigeria, Int J Gynaecol Obstet 2004; 84(3): 2.
- 27. Commission africaine des droits de l'homme et des peuples.** Charte Africaine des droits et du bien-être de l'enfant. CADHP Banjul, article 21 1990.
- 28. FR-UNFPA-ANALYSIS-ON-FGM-WEB (2) 0.pdf** [Internet]. [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: https://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FR-UNFPA-ANALYSIS-ON-FGM-WEB%20%282%29_0.pdf
- 29. Shell-Duncan B et al.** Legislating Change? Responses to Criminalizing Female Genital Cutting in Senegal. Law Soc Rev. 2013;
- 30. Viewcontent.pdf** [Internet]. [cité 7 févr 2020]. Disponible sur: https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.fr/&httpsredir=1&article=1755&context=isp_collection

- 31. Gomis D, Wone M.M.** Excision au Senegal: sens, portée ET enseignements tires de la réponse nationale. UNICEF DAKAR, Août 2008;25p.
- 32. Elena Villalon.** Dépistage, prévention et prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les médecins de protection maternelle et planification familiale des centres de protection maternelle et infantile de Seine-Saint-Denis : description des pratiques. [Doctorat en médecine]. [Université Paris Nord (Paris 13)]; 2014.
- 33. Sci-Hub.** Prise en charge des mutilations génitales féminines de type III. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction, 33(8), 720–724.
- 34. Moulablad H.** Traitement chirurgical des complications des mutalations genitais au Centre Hospitalier National de Pikine. Mém. Gynécologie-obstétrique UCAD Dakar, 2018 ; n°40; 66p.
- 35. EDS IV.** Enquête démographique et de Santé au Mali. 2006
- 36. Foldes P, Louis-Sylvestre C.** Résultats de la reparation chirurgicale du clitoris après mutilation sexuelle : 453cas. Gynecol Obstet Fertil 2006 ; 34(12):1137-1141.
- 37. Foldes P, Cuzin B, Andro A.** Reconstructive surgery after female genital mutilation: a perspective cohort study. Lancet 2012;380:134-41.
- 38. Bankole Sanni R, Coulibaly B, Niandiolo R, Denoulet C, Vodi T.** Les Séquelles de la circoncision et de l'excision traditionnelles. Med Afr Noire 1997; 44, 4p.
- 39. Smith J.** Visions ans discussions on Genitals Mutilation of Girl. An International Survey, Amsterdam: Defence for Children International 1995; 165p.
- 40. Paniel B.J.** Les diverses mutilations sexuelles féminines et leurs consequences. Bull Acad Natle Med 2004; 188(6): 21-42.

41. Traoré M.A. Bilan de la prise en charge des séquelles d'excision au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako de 2002 à 2009. Thèse de Médecine, Bamako, 2011; 97p.

LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES A PROPOS DE 6 CAS AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE PIKINE EN 2021

RESUME

INTRODUCTION

Les mutilations génitales féminines (MGF) restent toujours très fréquentes malgré leur interdiction dans de nombreux pays. Au Sénégal, selon l'Unicef, les MGF concernent 26% des femmes de 15-49ans. A l'image du continent africain, la prévalence des MGF au Sénégal varie en fonction de la zone d'habitat et de l'ethnie (culture et coutume).

Les MGF sont à l'origine de beaucoup de complications dont la prise en charge est essentiellement chirurgicale.

Objectifs : prise en charge rapide des complications des MGF.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit de faits cliniques à propos de 6 cas de mutilation génitale féminine récente reçues et prises en charge au CHNP.

RESULTATS

Les six fillettes étaient amenées en consultation aux urgences gynéco-obstétricales par un agent de la gendarmerie de Keur Massar, de la chef de DEMO du ministère de la justice et de la mère de deux d'entre elles munis de la réquisition N°0167 du 24/02/2021 de Monsieur Abdoul Aziz Kandji, Adjudant Major, Commandant la brigade de Gendarmerie de Keur Massar qui sollicitait un examen médical pour MGF récente.

Elles étaient âgées de 3 ans et 6 ans et avaient toutes subies une mutilation génitale type 2b. Les complications étaient surtout hémorragiques et anatomiques. La prise en charge consistait à une désinfection locale et à une suture avec du fil résorbable encadrée d'une antibiothérapie. Les suites opératoires étaient simples et les enfants étaient admises dans un centre d'accueil et de prise en charge d'enfant où elles étaient suivies jusqu'à guérison au 15^{ème} jour. Les parents ainsi que l'exciseuse étaient déférés en attendant d'être jugé.

CONCLUSION

Ces cas montrent encore une fois que les mutilations génitales féminines restent encore d'actualité et les efforts fournis dans le cadre de la lutte contre leur pratique doivent être accentués.

Mots clés : mutilations génitales féminines, complications, hémorragie, suture

E-mail : minase422@gmail.com