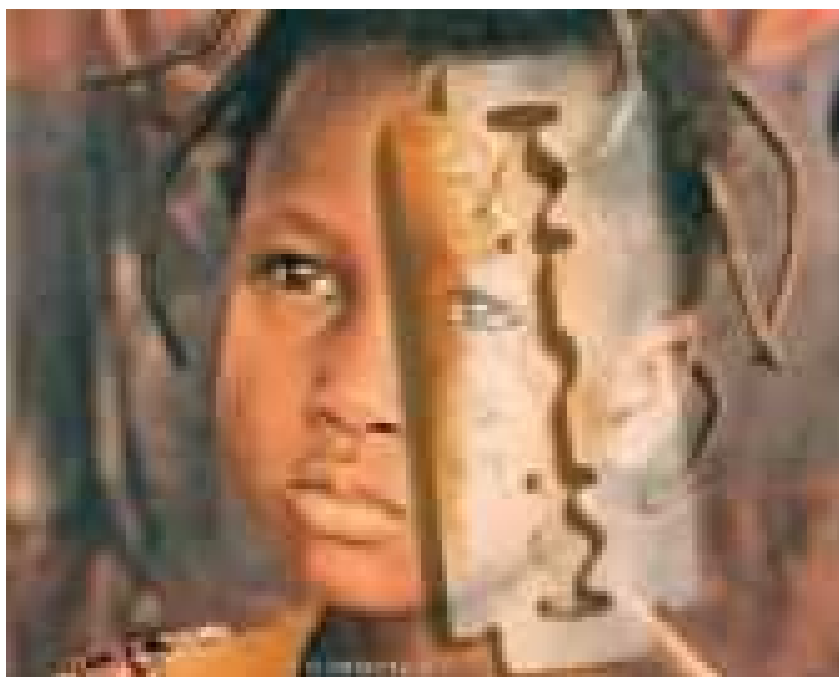


Université d'Angers,
École de Sages-Femmes – René ROUCHY

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PRONOSTIC OBSTETRICAL, MATERNEL ET NEONATAL
DES PATIENTES VICTIMES DE MUTILATIONS GENITALES ET SEXUELLES

Étude rétrospective et descriptive réalisée au CHU d'Angers
du 1er janvier 2007 au 31 août 2012



Présentée et soutenue par Melle Clémence POISSON

Sous la direction de Monsieur le Docteur Sébastien MADZOU

Mai 2013



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée Clémence POISSON, déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

REMERCIEMENTS

Merci à mes parents d'avoir cru en moi et à leur soutien durant ces six années...

Merci à ma soeur Aurore, mon frère Bastien et au reste de ma famille pour leur présence à mes côtés.

Merci à Sébastien MADZOU, mon directeur de mémoire, pour son expertise et l'orientation donnée à ce travail

Merci à Brigitte GOICHON pour son aide méthodologique, sa disponibilité et son dévouement

Merci à Sylvie BOUDIER pour son aide dans l'élaboration du protocole de service pour les femmes excisées

Merci à Cécile ROUILLARD pour ses conseils,

Merci à Catherine GAUDIN et à Aurore POISSON pour la relecture de mon travail,

Merci à Christelle CHAUVEAU et Stefan ILKOVICS pour la correction de mon anglais,

Merci à Laurence SADI de nous avoir si bien maternées pendant ces quatre années,

Merci à Eve GALLOUX, ma meilleure amie, pour son aide précieuse dans la finalité de ce travail et pour son amitié à toute épreuve,

Et un grand merci à tous mes amis et plus particulièrement à vous, mes futures collègues:

Eve, Sarah, Claire, Lisa, Audrey, Anne-So, Wensie, Julie, Camille et Chico

pour ces quatre années inoubliables en votre compagnie...

GLOSSAIRE

Dans l'ordre alphabétique:

APTIRA: Association pour la Promotion et l'Intégration dans la Région d'Angers

ARCF: Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtale

AVB: Accouchement Voie Basse

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

FCS: Fausse Couche Spontanée

HDD: Hémorragies De la Délivrance

HRP: Hématome Rétro-Placentaire

IMC: Indice de Masse Corporelle

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

MAP: Menace d'Accouchement Préaturée

MFIU: Mort fœtale in-utéro

MGF: Mutilations Génitales Féminines

MSF: Mutilations Sexuelles Féminines

RCIU: Retard de Croissance Intra-Utérin

SA: Semaine d'Aménorrhée

SOMMAIRE

1 PREAMBULE.....	2
2 INTRODUCTION	5
3 GENERALITES.....	8
3.1 Une atteinte à l'organe génital féminin.....	8
3.1.1 Définition	8
3.1.2 Rappels anatomiques	8
3.2 Types d'excisions et répartition géographique	9
3.3 Les MSF: historique et raisons invoquées	14
3.4 Le Rituel	17
3.5 Complications	18
3.5.1 Immédiates.....	19
3.5.2 A court terme.....	20
3.5.3 A long terme.....	21
3.5.4 Les conséquences obstétricales.....	23
4 MATERIEL ET METHODE.....	26
4.1 Objectifs.....	26
4.2 Lieu et type d'étude.....	26
4.3 Critères d'inclusions et d'exclusions.....	26
4.3.1 Inclusions.....	26
4.3.2 Exclusions.....	27
4.4 Les paramètres étudiés.....	27
4.5 Recueil des données.....	28
5 RESULTATS.....	30
5.1 Profil socio-économique et obstétrical.....	30
5.2 Déroulement de la grossesse	34
5.3 Déroulement de l'accouchement et de la délivrance.....	35
5.4 Pronostic fœtal	45
5.5 Le pronostic maternel.....	48
6 DISCUSSION.....	50
7 CONCLUSION.....	65
8 BIBLIOGRAPHIE.....	67
9 ANNEXE.....	71
10 SUMMARY.....	82

1 PREAMBULE

«Elle ressemblait à n'importe quelle vieille Somalienne, elle portait un foulard coloré autour de la tête, une robe de coton de couleur vive, mais elle ne souriait pas. Elle m'a fixée durement avant de plonger la main dans un vieux sac en toile. Je ne la quittait pas des yeux parce que je voulais savoir avec quoi elle allait me couper. Je m'attendais à un grand couteau, mais elle a sorti un minuscule paquet enveloppé dans une étoffe de coton. Avec ses longs doigts, elle y a pêché une lame de rasoir cassée et en a examiné chaque côté. [...] j'ai vu du sang séché sur les bords déchiquetés de la lame. Elle a craché dessus et l'a essuyé sur sa robe. Ensuite j'ai senti qu'on coupait ma chair, mes organes génitaux. J'entendais le bruit de la lame aller et venir. [...] C'était comme si on vous tranchait à vif la chair de la cuisse ou du bras, sauf qu'il s'agissait de la partie la plus sensible du corps. Pourtant je n'ai pas bougé d'un centimètre, je voulais que Maman soit fière de moi. Je suis restée allongée comme si j'avais été en pierre, me disant que moins je bougerai moins la torture durerait. Malheureusement ,mes jambes se sont mises à trembler toutes seules sans que je puisse rien y faire. [...] Puis je n'ai plus rien senti car je venais de m'évanouir. Quand je suis revenue à moi, je pensais que c'était terminé, mais le pire était à venir. La Tueuse avait à côté d'elle un petit tas d'épines d'acacia. Elle les a utilisées pour faire des trous dans ma peau, puis elle y a passé un solide fil blanc et m'a recousue. J'avais les jambes totalement engourdis mais, entre elles, la douleur que j'éprouvais était si terrible que j'aurais voulu mourir. [...] Mes jambes étaient attachées ensemble, par des bandes de tissu, depuis les chevilles jusqu'aux hanches, de sorte que je ne pouvais pas bouger. Je suis restée étendue, toute seule, me demandant ce qui allait m'arriver maintenant. J'ai tourné la tête vers le rocher: des morceaux de ma chair, de mon sexe séchaient au soleil.[...] C'était la tradition: une petite hutte spéciale était dressée sous un arbre, et j'allais m'y reposer et récupérer, seule, durant quelques semaines, le temps que j'aille mieux. Je croyais que le supplice était terminé jusqu'à ce que j'aie eu besoin de faire pipi. [...] Après avoir attendu plusieurs heures, je mourais d'envie d'uriner, mais mes jambes étaient liées l'une à l'autre, j'avais du mal à bouger. La première goutte d'urine m'a brûlée comme si ma peau avait été attaquée par un acide. Lorsque la vieille femme m'avait recousue, elle n'avait laissé pour l'urine et le sang menstruel qu'un minuscule orifice du diamètre d'une allumette. On s'assurait ainsi qu'il me serait impossible d'avoir des relations sexuelles avant mon mariage, et mon époux aurait la garantie d'avoir une femme vierge. [...] Étendue sur le sol dur, raide comme une bûche, ignorant la peur, engourdie par la douleur, je me moquais de vivre ou de mourir.»

[1] Extrait du roman «Fleur du désert»

de Waris Dirie et Cathleen Miller.

Il y a de cela quatre ans quand j'ai commencé mes études de sage-femme, je n'avais encore jamais entendu parler de cette coutume ancestrale mutilante. Quand, pour la première fois je me suis trouvée devant une patiente excisée, lors de mon premier stage en salle d'accouchement, j'ai été surprise de voir cet orifice si étroit, et ne comprenait ni comment ni pourquoi...

En faisant des recherches j'ai vite compris que ce que j'avais vu là n'avait rien de normal «Non les femmes africaines ne possèdent pas toutes un périnée cicatriciel...»

La population de femmes excisées est assez conséquente à Angers, j'ai donc été amenée à en prendre en charge un bon nombre. Des cours sur les mutilations génitales féminines nous ont aussi été dispensés à l'école de sage-femme.

De plus, j'effectuerai un stage d'un mois au Burkina Faso, où le taux de femmes excisées s'élève à environ 70%. Il me paraissait essentiel de m'attarder sur le sujet d'autant que le sort de ces fillettes en passe de devenir femmes par la violence, me questionne. Par ce travail j'ai eu le sentiment de lutter, dans une moindre mesure, contre ces violences faites aux femmes.

INTRODUCTION

2 INTRODUCTION

[2, 6, 7, 12, 17, 20, 21]

L'Afrique, berceau de l'humanité, en partie préservé de l'agitation angoissante du monde actuel, où cultures ancestrales et traditions demeurent encore et ce, pour le plus grand plaisir des individus en proie à un retour aux valeurs fondamentales. Belle rêverie que de penser cette Afrique sur cet unique versant.

En effet, c'est sur ce continent essentiellement que se pratiquent, encore de nos jours, les mutilations sexuelles féminines, (appelées aussi mutilations génitales féminines ou encore circoncision féminine). Les mutilations sexuelles féminines (MSF) sont très courantes dans certaines régions d'Afrique, passage obligé si la jeune fille ne veut pas être exclue de sa tribu. Cette coutume est également pratiquée dans certaines régions du Moyen-Orient, et dans certaines ethnies d'Inde et du Sri-Lanka.

Les MSF constituent de par leur fréquence et leurs complications, un véritable problème de santé publique à l'échelle planétaire. L'OMS estime à 137 millions le nombre de fillettes qui ont subi des MSF et qu'au moins 2 millions par an risquent de subir cette même procédure. La France est le pays européen recevant le plus grand nombre de ces femmes. On estime ainsi à 30 000 le nombre de femmes mutilées en France et à 35 000 le nombre de fillettes mutilées ou menacées de l'être.

L'Anjou concentrerait 50% de la population migrante des Pays de la Loire du fait de la présence de structure d'accueil des immigrants. Ces populations sont essentiellement originaires d'Afrique, de l'est (Soudan, Erythrée, Somalie) et de l'ouest (Guinée), où se pratiquent les mutilations sexuelles.

En 2006, alors ministre de la santé et des solidarités, Xavier Bertrand prononçait un discours de lutte contre les mutilations sexuelles féminines. Dans le même temps une prise en charge globale de ces patientes par l'équipe du service de gynécologie-obstétrique d'Angers a été mise en place, considérant l'excision comme une pathologie de la grossesse à part entière. De ce fait, et par un bouche-à-oreilles bien mené par les principales

concernées, le nombre de femmes victimes de mutilations sexuelles n'a cessé d'augmenter à la maternité d'Angers.

L'objectif de notre étude rétrospective et descriptive sera donc d'évaluer le pronostic obstétrical et maternel des patientes ayant subi des mutilations sexuelles ainsi que le pronostic néonatal de l'enfant à naître. Les effets délétères du tissu cicatriciel, les grossesses mal ou peu suivies et le traumatisme psychologique dû à l'excision, nous amènent à penser que ces femmes sont plus à risque de complications au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

Pour se faire, nous allons dans un premier temps définir notre sujet. Dans un deuxième temps nous allons réaliser une enquête et dans un troisième temps nous en ferons l'analyse au cours d'une discussion.

GENERALITES

3 GENERALITES

3.1 Une atteinte à l'organe génital féminin

3.1.1 Définition

[2, 12, 20, 21]

Les mutilations génitales féminines (MGF), appelées aussi mutilations sexuelles féminines (MSF), ou encore excisions, recouvrent des pratiques qui consistent à ôter, par des moyens chirurgicaux rudimentaires, partiellement ou totalement des organes génitaux externes féminins. Il s'agit d'une pratique ancestrale mise en œuvre dans certains pays, essentiellement d'Afrique, pour des raisons d'ordre coutumier. Pour ne pas prêter à confusion et décrire pleinement la diversité de ces pratiques, le terme de MGF a été repris par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui a décidé d'en faire une définition plus précise.

Les MGF sont par conséquent définies par l'OMS comme toute intervention incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux externes féminins pour des raisons culturelles, religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique.

3.1.2 Rappels anatomiques

[21]

Il nous a semblé judicieux de faire un bref rappel anatomique de la région périnéale afin de mieux comprendre en quoi les MGF peuvent entraîner des complications.

Le clitoris, organe sexuel érectile de la femme est richement vascularisé par un plexus veineux et des artères. Il est constitué de corps caverneux destinés à se remplir de sang, comme le pénis chez l'homme. Les bulbes vestibulaires, corps spongieux gorgés de sang, sont situés dans les petites lèvres. Il est ainsi aisé de comprendre que les MGF engendrent des saignements importants pouvant aller jusqu'à l'hémorragie dramatique.

Les corpuscules tactiles de Krause-Finger sont des récepteurs extrêmement sensibles situés dans le clitoris, ils jouent un rôle érogène important. Leur section ou leur lésion peut

aboutir à la perte totale de sensations ou, au contraire, être source de douleurs extrêmes à la moindre stimulation.

On retrouve au niveau du tiers inférieur du vagin les glandes de Bartholin dont le canal excréteur s'ouvre dans le sillon nympho-hyménéal, ces glandes sécrètent la substance permettant de lubrifier les voies génitales et donc facilitent les relations sexuelles. Leur lésion entraîne donc des complications sexuelles à type de dyspareunie.

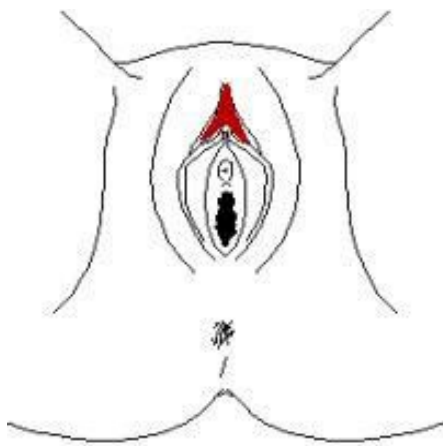
3.2 Types d'excisions et répartition géographique

[2, 10, 12, 19, 21, 24]

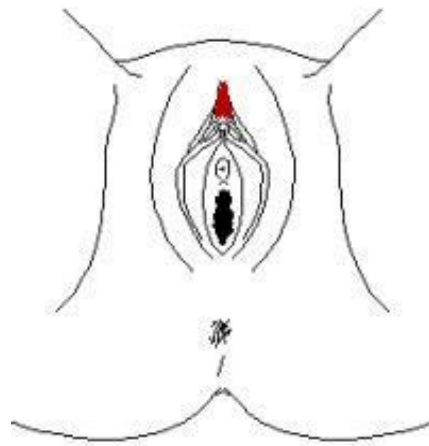
Classification

L'OMS, a regroupé en 1996 les MSF en quatre catégories:

Excision du clitoris et/ou de sa membrane

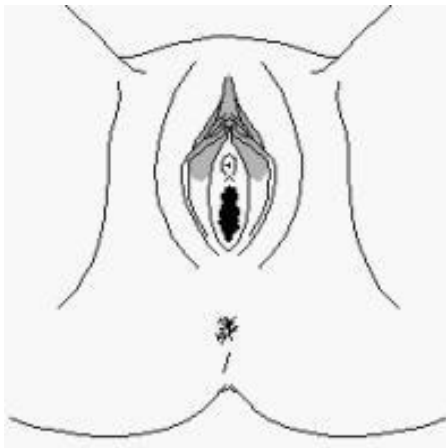


Excision du capuchon du clitoris

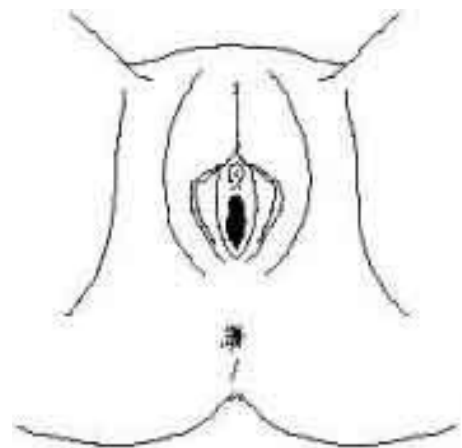


Schémas n°1 : Type I: c'est la forme la moins grave et qui est également appelé «excision symbolique», consiste en l'ablation du clitoris ou de sa membrane, ou bien encore en la coupure de son capuchon.

Avant

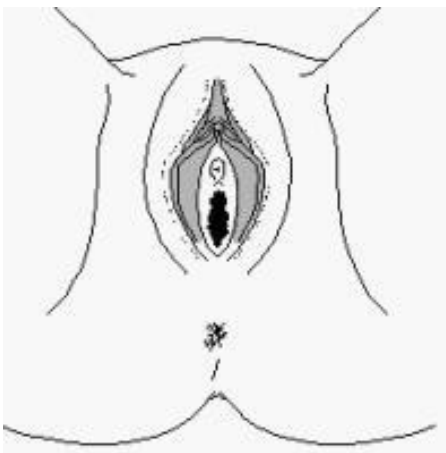


Après

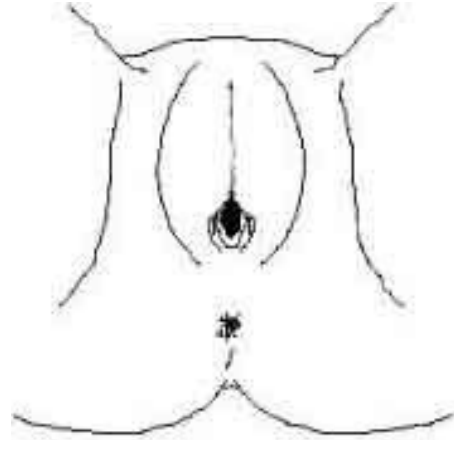


Schémas n°2 : Type II: c'est l'excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres, elle représenterait 75% des excisions.

Avant



Après



Schémas n°3 : Type III: c'est la forme la plus grave. Elle correspond à l'excision partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres et à l'accolement des grandes lèvres. Les grandes lèvres sont avivées ou incisées puis accolées sur toute leur longueur par l'intermédiaire d'épines d'acacia, d'anneaux en fer (fibules), de fil de soie ou de catgut. On observe alors un pont cicatriciel qui recouvre le méat urinaire, le vagin et il ne reste plus qu'un petit pertuis postérieur permettant l'élimination des urines et des menstruations.

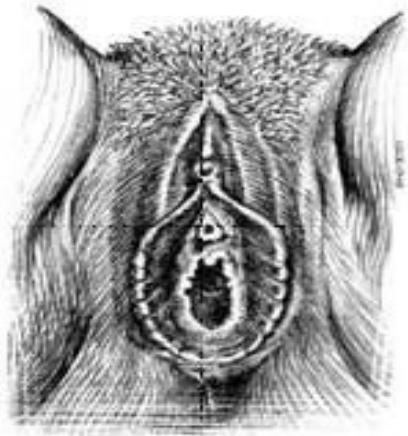
Ce pertuis peut être maintenu ouvert par une brindille de bambou qui restera en place le

temps de la cicatrisation. Il faut noter que la taille du pertuis peut parfois atteindre celle d'une tête d'allumette, rendant difficile l'élimination des fluides physiologiques.

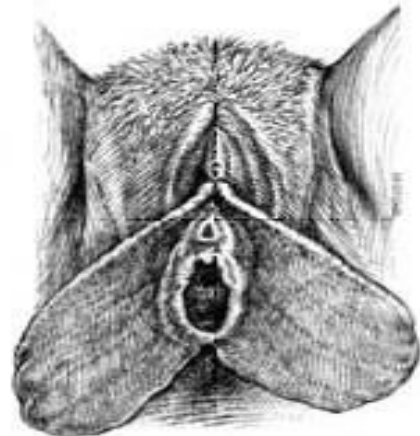
Après l'infibulation, les membres inférieurs de la jeune fille restent accolés par des liens pendant 15 à 20 jours ; la jeune fille restant immobile, déféquant et urinant directement sur place. Cette méthode représenterait environ 15% des MSF.

Schémas anatomiques :

Scarification des petites lèvres



Étirement des petites lèvres



Schémas n°4 : Type IV: il regroupe toutes les interventions non classées, telles que la piqûre ou la perforation du clitoris, et/ou des grandes lèvres, l'étirement du clitoris et/ou des lèvres, la cautérisation par brûlure du clitoris et du tissu avoisinant, le grattage de l'orifice vaginal ou l'incision du vagin, ou encore l'introduction de substances corrosives ou de plantes dans le vagin pour provoquer des saignements et resserrer le vagin.

Répartition géographique

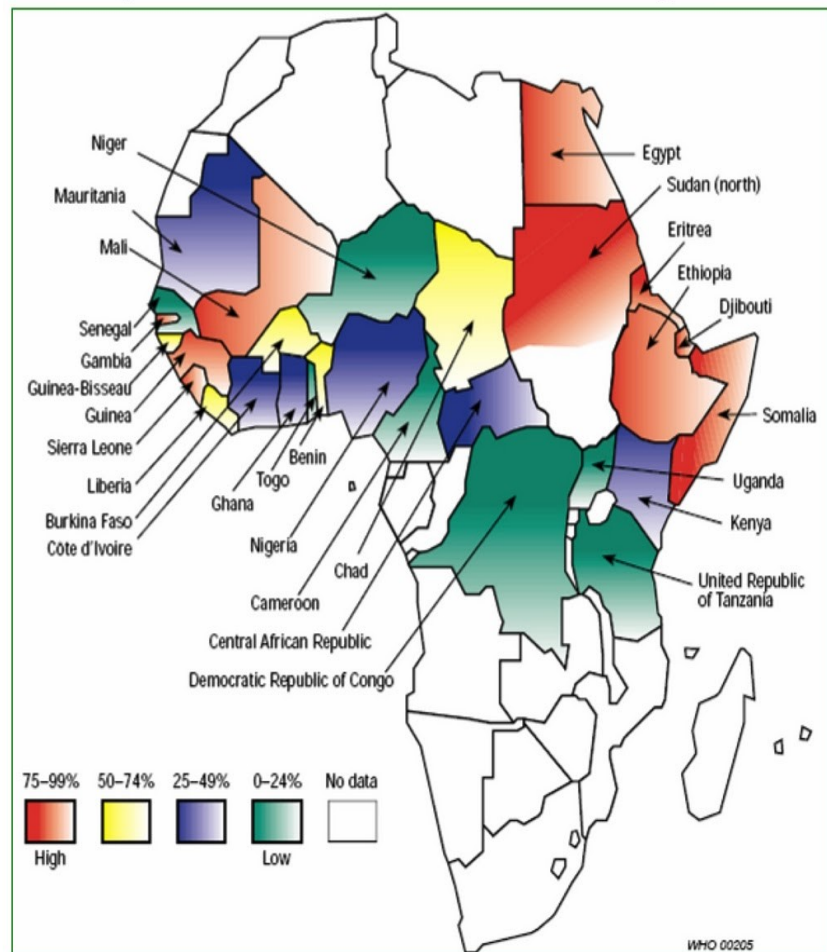
Afrique Sub-saharienne et du Nord-est

Asie : Indonésie, Malaisie, Inde

Péninsule arabique : Yémen, Oman, Syrie, Emirats, Arabie saoudite

Amérique du Sud : Pérou, Brésil

Europe occidentale et Amérique du Nord à cause des mouvements migratoires



10/12/11

Les femmes mutilées sont majoritairement originaires d'Afrique. Les mutilations sexuelles féminines sont rencontrées dans 28 pays africains de la région sub-saharienne, ainsi que dans la partie nord-est au niveau de la corne du pays essentiellement.

Nous pouvons constater une corrélation entre le type d'excision et la région d'Afrique dans laquelle elle est pratiquée. En effet, les excisions de type II sont le plus souvent pratiquées dans l'ouest de l'Afrique alors que les excisions type III plus dans l'est de l'Afrique, dans les pays de la corne (Somalie, Érythrée, Éthiopie, Soudan).

La pratique sporadique des MSF s'observe également dans certains pays du Moyen-Orient et dans quelques groupes ethniques de l'Inde et du Sri Lanka. Certains pays arabes comme le Yémen, les Émirats Arabes Unis, la Mauritanie... pratiquent l'excision. En Asie, les musulmans originaires d'Indonésie, de Malaisie, du Pakistan et d'Inde pratiquent l'excision en se référant à la religion.

Si les mutilations diminuent dans certains pays d'Afrique, cette pratique est loin d'avoir disparu partout. Les statistiques varient selon les régions, les groupes ethniques, les actions de sensibilisation, l'évolution des attitudes... C'est pourquoi au Burkina-Faso, depuis la campagne pour l'abolition des mutilations génitales, le taux serait passé de 77% à 66%. Dans certaines régions, l'excision aurait même complètement disparu. Malgré tout, le problème reste entier et est encore loin d'être résolu.

3.3 Les MSF: historique et raisons invoquées

[6, 8, 21, 24]

Historique



Pour beaucoup, parler excision revient à parler religion. Or, d'après nos recherches sur le sujet, les mutilations génitales féminines se sont développées bien avant l'apparition des religions dites monothéistes. Il paraît clair que les pays africains et à métissage négro-arabes l'ont adoptée rapidement mais son origine reste difficile à évaluer avec exactitude.

Au moment des fouilles archéologiques, les scientifiques ont retrouvé des preuves d'excision chez les femmes, à l'époque pharaonique. En 700 avant Jésus-Christ, Hérodote mentionne déjà l'excision et c'est d'ailleurs de là que proviendrait le terme «excision pharaonique», celle que l'on retrouve non loin du pays d'Égypte à savoir au Soudan et en Afrique de l'Est. On raconte que l'on pratiquait l'infibulation pharaonique sur les femmes, pour éviter qu'elles ne soient violées en l'absence de leur mari, lorsque les Arabes débarquaient en masse sur leur territoire.

L'infibulation s'est répandue au cours des siècles en Éthiopie, en Érythrée, en Somalie et dans la vallée du Nil. Elle s'est poursuivie à l'ouest et a atteint le Tchad. L'expansion de l'infibulation à travers le continent africain est beaucoup moins vaste que celle de la clitoridectomie. L'infibulation, antérieure à l'Islam, est née il y a près de trois mille ans au Soudan, au temps où l'économie de ce pays reposait sur l'esclavage.

En proposant des filles «cousues», assurées de ne pouvoir être enceintes et donc de pouvoir exécuter toutes les tâches quotidiennes sans interruption, on en obtenait un prix plus élevé. On les appelait d'ailleurs les «filles cousues».

La clitoridectomie n'est pas un phénomène purement africain puisqu'elle a fait partie intégrante de l'histoire de la médecine européenne. En effet, nombreux furent les médecins qui soignèrent les cas d'hystérie, de migraines et d'épilepsie en ôtant le clitoris aux femmes victimes de ces pathologies. On retient de ce phénomène, le nom du Docteur Isaac Baker Brown (1812-1873) qui était convaincu que l'origine des toutes maladies nerveuses prenait sa source dans la masturbation. Afin de stopper cette pratique, il enlevait aux fillettes et aux femmes le clitoris voire les petites lèvres.

Raisons invoquées

Plusieurs hypothèses ont été proposées pour expliquer la pratique des MGF, voici les raisons invoquées les plus courantes:

- Raison psycho-sexuelle: une femme non excisée est soi-disant impure et incapable de maîtriser ses pulsions sexuelles car frustrée par la polygamie. L'excision serait donc un moyen d'atténuer le désir sexuel chez la femme, de préserver sa virginité avant le mariage, la fidélité pendant le mariage et d'accroître le plaisir sexuel de l'homme.
- Raisons sociologiques: cette mutilation n'est étrangement pas vécue comme une maltraitance, mais comme un rite de passage, c'est un marqueur symbolique d'identité. Ce rituel est en fait le passage d'un enfant bisexuel et indifférencié à l'état de femme appartenant à la communauté. Il y a également des raisons d'intégration sociale mais surtout de maintien de l'honneur de la famille et des traditions.
- Raisons d'hygiène et d'esthétique: en effet les organes génitaux externes de la femme sont considérés comme sales et inesthétiques. L'ablation favoriserait l'hygiène et rendrait la femme plus attrayante.

- Raisons mythiques: certaines ethnies pensent même que le clitoris rend la femme moins fertile, qu'il peut empoisonner l'enfant à la naissance ou encore que c'est un organe masculin, donc que la fillette doit s'en débarrasser pour devenir une femme à part entière et ainsi accroître sa fécondité et donner la vie. Beaucoup d'autres pensent aussi que le pénis est retenu prisonnier lors du rapport sexuel si la femme n'est pas «coupée».
- Raisons religieuses: Beaucoup pensent à tort que l'Islam prescrit cette pratique alors que l'excision n'est pas un commandement du prophète. Mahomet préconisait seulement la plus grande prudence dans la réalisation de cet acte. En effet, il est rapporté qu'un jour, passant près d'une femme en train d'opérer sa fille, il lui pria de modérer ses gestes en lui disant «n'enlève pas tout»! Lui-même n'aurait jamais fait exciser ses filles et rien dans le Coran n'impose ce rituel. D'ailleurs aucune cérémonie religieuse n'accompagne cet acte.
- Raisons économiques: la femme excisée gagnerait en valeur.

A la vue de cette tradition dont les raisons sont toutes plus irrationnelles les unes que les autres, nous pouvons nous demander ce qui retient certaines de ces femmes à la rébellion et pourquoi ces femmes qui ont subi cette torture la perpétuent chez leur propre fille. La réponse est toute faite puisqu'une femme non excisée subit une pression sociale telle, qu'elle risque l'exclusion de sa communauté. En bref, c'est l'excision ou l'exclusion.

3.4 Le Rituel

[19, 23, 24]



En fonction de l'ethnie d'origine, ce rituel s'exécute sur des fillettes âgées de quatre à douze ans, mais il peut s'effectuer à tout âge, à la naissance, dans l'enfance, à l'adolescence, juste avant le mariage ou même après la naissance du premier enfant.

Cette opération est pratiquée par une exciseuse. Ces femmes qui pratiquent l'excision sont souvent des femmes d'un certain âge, les matrones de la tribu. Elles pratiquent cet acte dans un but lucratif, et sont très respectées dans les villages. Les exciseuses occupent aussi la fonction d'accoucheuse, dans les pays où la fonction de sage-femme n'est pas réglementée.

Certaines cérémonies peuvent être longues, importantes, accompagnées d'un rituel complexe ou au contraire, expéditives et limitées à quelques personnes. Les petites filles pour qui le jour «tant attendu» arrive, passent une journée de joie faite de chant, de fête et reçoivent des cadeaux... C'est le jour où enfin elles intégreront la communauté comme des femmes à part entière. Les «victimes» sont souvent bernées, et ne s'attendent pas à la torture qu'elles vont subir. La souffrance endurée est souvent tue pour ne pas effrayer les générations suivantes.

L'excision, exclusivement réalisée entre femmes, est le plus souvent accompagnée de chants qui servent à couvrir les hurlements de la jeune fille, qui est fermement maintenue par plusieurs femmes adultes. Pour réaliser cet acte, la matrone utilise des couteaux spéciaux, des lames de rasoirs ou encore des tessons de bouteilles.

Une fois l'excision réalisée, on applique sur la plaie toutes sortes d'onguents et de plantes cicatrisantes à base d'herbe, de boue, de cendre ou encore de bouse de vache, et ce durant plusieurs jours. Pour obtenir la coalescence des grandes lèvres, les jambes de l'enfant sont fixées de façon à éviter tout mouvement. Les mictions et menstruations se font ainsi in situ pendant toute la durée de l'immobilisation, c'est-à-dire entre trois à quatre semaines. La cicatrisation peut avoir lieu au bout de quarante jours si aucune complication n'intervient.

3.5 Complications

[2, 7, 18, 21]

Les mutilations génitales féminines sont responsables d'une morbidité, mais aussi d'une mortalité féminine importante. En effet, en fonction du type de mutilation pratiqué, de la dextérité de l'opérateur et des conditions dans lesquelles a été pratiquée la mutilation (instruments souillés, lieux de l'opération...) des complications peuvent survenir à des degrés plus ou moins dramatiques.

Les mutilations de type I n'engendrent que peu de complications, en général immédiates. Les mutilations de type II peuvent engendrer des complications à court et à long terme. Les mutilations de type III engendrent, elles, de très lourdes complications pouvant mettre en péril la vie de la femme.

Néanmoins, tous les types de MGF peuvent avoir des conséquences dramatiques et aboutir au décès de la fillette excisée.

3.5.1 Immédiates

Les conséquences immédiates sont les complications les plus fréquentes; elles surviennent dans les heures ou les jours qui suivent la mutilation. On retrouve:

- La douleur suraiguë due à la section d'un organe comme le clitoris si richement innervé, et en général sans anesthésie. Cette douleur peut aller jusqu'au choc neurogénique.
- La lésion des organes voisins (urètre, vagin, anus...) est fréquente du fait des mouvements de la fillette pour se débattre face à ces adultes qui l'immobilisent fermement et à cette lame qui s'approche de ses organes génitaux. Ces lésions peuvent entraîner des fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales responsables d'incontinences. La conséquence est le rejet de la fillette par la société.
- Cette zone du corps étant richement vascularisée, les saignements sont systématiques et peuvent entraîner des hémorragies sévères voire un collapsus ou un choc hémorragique nécessitant une transfusion sanguine.
- Une des complications immédiates les plus fréquentes du fait de la douleur provoquée par l'écoulement des urines sur la plaie est la rétention d'urine réflexe. En effet, la douleur est tellement grande que les femmes urinent par regorgement, elles peuvent mettre jusqu'à 1 heure pour vidanger leur vessie. Ce phénomène provoque une stase urinaire et donc un milieu propice aux infections.
- Les infections aiguës sont très fréquentes et dues aux conditions d'hygiène désastreuses et à l'immobilisation prolongée de la fillette qui reste dans ses urines et matières fécales. Cette infection peut rester localisée à la partie basse de l'appareil génital: vulvo-vaginites, cervicites... mais elle peut aussi s'étendre à la partie haute de l'appareil génital et au péritoine donnant une endométrite, une salpingite voire une pelvi-péritonite. Ces infections peuvent dans le pire des cas aller jusqu'à la septicémie et provoquer la mort de la fillette. Néanmoins, depuis l'utilisation d'antibiotiques le taux de ces infections diminue, mais ce n'est hélas pas une

utilisation systématique.

- Il y a aussi le risque de transmissions de maladies hématogènes comme le tétanos, les hépatites, le SIDA... à cause de l'utilisation du même instrument tranchant sur différentes fillettes sans désinfection aucune.

3.5.2 A court terme

On parle de complications à court terme dans le mois qui suit la mutilation. Elles ne concernent en général que les mutilations de type II et III. On retrouve:

- Le retard ou l'absence de cicatrisation par l'infection de la plaie et le contact prolongé de celle-ci dans les urines et les selles. La cicatrice sera d'autant plus gênante et inesthétique que la cicatrisation aura été longue.
- L'anémie du fait des pertes sanguines
- Les troubles urinaires: dysurie, rétention urinaire, infection des voies urinaires
- Les infections génitales basses: vulvo-vaginite, cervicites pouvant entraîner des infections génitales hautes si elles ne sont pas traitées.
- Le névrome cicatriciel qui est l'emprisonnement du nerf dorsal du clitoris dans un point de suture ou dans un tissu cicatriciel entraîne l'apparition d'une tumeur très sensible et extrêmement gênante pour la fillette.
- La pseudo-infibulation, c'est-à-dire l'accolement des petites lèvres qui forme un point cicatriciel recouvrant le méat urinaire, entraîne les mêmes complications que l'infibulation comme les gênes et douleurs à la miction, les dyspareunies... Plus l'âge de la fillette est bas plus la pseudo-infibulation est fréquente.

- On note aussi la fréquence des chéloïdes vulvaires et bourrelets cicatriciels épais et fibreux.

3.5.3 A long terme

Ces complications surviennent dans les années qui suivent la mutilation, et plus précisément les mutilations de type II et III. Les complications retrouvées dans les MSF de type II se retrouvent dans les MSF de type III, mais l'inverse n'est pas vrai.

Les conséquences à long terme des MGF de type II

- La complication à long terme la plus fréquente est le kyste dermoïde sous-cutané qui résulte de l'inclusion de l'épiderme ou de glandes sudoripares dans la cicatrice. Il s'agit d'une pathologie bénigne mais qui peut être très invalidante car le kyste, rempli de substances caséeuses, peut atteindre la taille d'une orange et est alors très douloureux.
- Les algies pelviennes chroniques sont elles aussi fréquentes et en général dûes à l'existence d'un névrome cicatriciel ou d'un kyste dermoïde.
- Très fréquentes aussi sont les dyspareunies qui s'expliquent par le manque de lubrification des voies génitales. De plus, la diminution de l'orifice vaginal et les complications résultant de la mutilation rendent les relations sexuelles très douloureuses.

Les conséquences des MGF de type III

Il est important de comprendre que les complications post-mutilations dépendent des dimensions de l'orifice vaginal restant après cicatrisation, autrement dit de l'infibulation, dont les complications sont les suivantes:

- La sténose de l'orifice vaginal, c'est-à-dire la fermeture quasi complète du pertuis

lors de la cicatrisation. Dans cette situation très grave, le sang des jeunes filles lors de leurs menstruations ne s'écoule pas ou très peu et on observe une aménorrhée primaire associée. Ceci aboutit à des douleurs extrêmes et à une infection sévère des voies génitales si rien n'est fait pour y remédier.

- L'hématocolpos, source de dysménorrhées, est dû à la difficulté d'élimination des menstrues à cause de l'étroitesse de l'orifice vaginal provoquant également des douleurs peu tolérables.
- L'obstruction du méat urétral entraîne des affections chroniques des voies urinaires. L'évacuation des urines étant longue et douloureuse, on observe chez ces femmes des problèmes de rétention urinaire et donc de pullulation bactérienne en raison de la stase urinaire. Ce sont donc des populations à fort risque de rencontrer des cystites et des pyélonéphrites à répétition pouvant aboutir à une insuffisance rénale chronique. Enfin, la vidange vésicale se faisant difficilement, ces femmes ont tendance à «pousser» pour vider leur vessie et à long terme on observe des cystocèles.

Il est à noter que les infections génitales dans les MGF de type III sont extrêmement fréquentes du fait de la stase des leucorrhées, des hématocolpos et des urines. Ces infections peuvent s'étendre aux voies génitales hautes et augmenter nettement le taux de stérilité primaire chez les femmes infibulées ainsi que les fausses couches spontanées à répétition. Il y aurait trois fois plus de stérilité chez les femmes infibulées que chez les femmes dites «normales».

L'étroitesse de l'orifice vaginal accroît les risques de lésions des parois vaginales et de saignements lors des relations sexuelles, ce qui augmente le risque de contamination par le virus du SIDA et d'autres maladies hématogènes. Enfin, l'infibulation rend souvent impossible les examens gynécologiques de ces femmes et donc implique une prise en charge particulière lors de la grossesse et de l'accouchement.

3.5.4 Les conséquences obstétricales

Les MSF sont une atteinte à l'intégrité des organes génitaux externes de la femme. Elles entraînent pendant la grossesse et l'accouchement des complications dont la nature et la gravité dépendent du type de MSF.

Les MSF de type I n'entraînent en général pas de complications pendant la grossesse et l'accouchement mise à part des déchirures périnéales, notamment au niveau du périnée antérieur, lors du dégagement de la tête fœtale.

Nous l'avons vu précédemment, les MSF de type II et III augmentent le risque d'infections génitales basses et d'infections urinaires pendant la grossesse. Ces infections augmentent donc le risque de fausses couches spontanées tardives, de menace d'accouchement prématuré et de rupture prématurée des membranes. Ces infections, si elles ne sont pas traitées, peuvent aboutir à deux complications fœtales principales que sont le risque de mort in-utero en cas de chorioamniotite et la naissance prématurée.

Les tissus cicatriciels de ces femmes sont particulièrement fragiles, leur élasticité est médiocre amenant à des risques de déchirures périnéales beaucoup plus importants lors du dégagement de la tête fœtale, que chez les femmes non excisées. Ces déchirures peuvent être très hémorragiques du fait de l'augmentation de la vascularisation vulvo-vaginale pendant la grossesse.

C'est pourquoi il est préconisé de faire une épisiotomie préventive pour diminuer le risque de déchirure du périnée postérieur. Pour autant elle ne protège pas des déchirures du périnée antérieur. En effet, le risque de faire un périnée complet compliqué et donc d'atteindre la cloison recto-vaginale en postérieur, ou de léser le méat urétral en antérieur, est plus à craindre chez ces femmes. La conséquence principale étant l'incontinence urinaire et donc leur rejet par la société.

L'infibulation entraîne des complications beaucoup plus graves encore. En effet, nous avons vu que les femmes infibulées étaient plus sujettes aux infections urinaires à

répétition et qu'elles pouvaient se compliquer en une insuffisance rénale chronique. Cette dernière peut entraîner une hypertension gravidique ainsi que toutes les complications obstétricales qui lui sont associées: la pré-éclampsie, le HELLP Syndrome, l'hématome rétro-placentaire (HRP), le retard de croissance intra-utérin (RCIU), la mort fœtale in-utero (MFIU)...

Les MGF de type III empêchent une surveillance correcte de la grossesse puisque les examens et touchers vaginaux sont quasiment impossibles à réaliser et que les résultats de bandelettes urinaires sont faussés du fait de la stagnation urines-sang-leucorrhées. Le suivi du travail ne peut être réalisé correctement dans la mesure où l'infibulation empêche la surveillance de la dilatation du col et l'appréciation de l'engagement de la présentation fœtale.

Quand vient le moment de l'accouchement, le risque de dystocie dû aux parties molles et/ou de dystocie de dégagement est inéluctable. Le risque fœtal est alors l'hypoxie, engendrant des séquelles neurologiques, pouvant aller jusqu'à la mort du fœtus. De plus, la pression prolongée de la tête fœtale sur le périnée peut entraîner une ischémie et une nécrose des cloisons vésico-vaginales et recto-vaginales. Il en résulte alors une fistule vésico-vaginale ou une fistule recto-vaginale, responsable respectivement d'incontinence urinaire et anale. C'est pourquoi, une désinfibulation est plus que nécessaire chez ces patientes.

Dans les pays où sont pratiquées les MGF, les femmes sont réinfibulées juste après l'accouchement. Il est important de rappeler que cette pratique est strictement interdite et que les médecins et les sages-femmes ne doivent pas céder à la pression du couple et accepter de refermer l'orifice vaginal. Il est de leur devoir d'expliquer et de faire comprendre au couple les risques médicaux encourus par la femme lors de telles techniques.

MATERIEL ET METHODE

4 MATERIEL ET METHODE

4.1 Objectifs

La mutilation sexuelle féminine est considérée comme une pathologie de la grossesse à part entière. Au CHU d'Angers une prise en charge spécifique a été mise en place depuis 2006. L'objectif de notre travail était donc d'évaluer les conséquences obstétricales, maternelles et néonatales pendant la grossesse et l'accouchement de ces patientes.

4.2 Lieu et type d'étude

Une étude rétrospective descriptive a été réalisée au CHU d'Angers, maternité de type 3 faisant plus de 4000 accouchements par an, du 1er janvier 2007 au 31 août 2012, soit 5 ans et 8 mois. La population étudiée est essentiellement originaire d'Afrique, de l'Est (Soudan, Erythrée, Somalie) et de l'Ouest (Guinée), où se pratiquent les mutilations sexuelles.

4.3 Critères d'inclusions et d'exclusions

4.3.1 Inclusions

Cette étude incluait toutes les patientes ayant subi des mutilations génitales, en prenant en compte tous les types d'excision (du type 1 au type 4). Elles devaient avoir accouché au CHU d'Angers dans la période d'étude. Lorsque les patientes avaient accouché plusieurs fois dans notre période d'étude, nous ne prenions en compte que le premier accouchement ayant eu lieu au CHU.

4.3.2 Exclusions

Nous avons exclu les patientes dont l'accouchement n'avait pas eu lieu au CHU d'Angers et celles dont l'accouchement était antérieur au 1^{er} janvier 2007 et postérieur au 31 août 2012. Pour constituer notre échantillon nous avons fait une recherche informatique à partir des mots clés suivants : excision et mutilation. Une liste de 171 dossiers correspondait à notre recherche.

Après application des critères d'inclusion et d'exclusion 153 dossiers ont été retenus. Au cours de l'exploitation des données, 10 dossiers n'ont pas été retrouvés et 5 ont été mal codifiés. Au total notre population d'étude porte sur 138 patientes.

4.4 Les paramètres étudiés

Pour le suivi de la grossesse nous avons étudié l'âge, la gestité, la parité, l'origine géographique, la situation socio-professionnelle, l'IMC, les antécédents médicaux, gynécologiques (FCV, herpès...) et obstétricaux.

Nous avons pris en compte le déroulement de ces grossesses afin de savoir si celles-ci ont été bien suivies et adaptées à la pathologie. Nous avons considéré la date de la 1^{ère} échographie, toutes les pathologies liées à la grossesse (HTA, Pré-éclampsie, diabète gestationnel, cholestase, anémie, infections urinaires et vaginales) ainsi que la présence ou non d'une hospitalisation au cours de la grossesse et son indication.

Nous avons pris en compte le terme de l'accouchement et la méthode de mise en travail. Dans le cas d'un déclenchement, nous nous sommes intéressés aux indications et aux modalités. Nous avons relevé le type d'accouchement et l'analgésie utilisée. Dans les cas des accouchements par césarienne en urgence ou programmée et des accouchements par voie basse instrumentalisée nous avons considéré les indications associées.

Nous avons pris en compte la durée des efforts expulsifs et les conséquences sur le périnée (épisiotomie, désinfibulation, déchirures et leur degré). Nous nous sommes également intéressés au mode de délivrance en fonction du type d'accouchement (délivrance naturelle, délivrance dirigée complète, délivrance artificielle et révision utérine, délivrance manuelle) et de la quantité des saignements. En cas d'hémorragies de la délivrance nous avons relevé l'examen sous valves et l'utilisation de Nalador.

Pour le pronostic foetal, nous avons pris en compte l'APGAR de l'enfant à 5 min et 10 min de vie, le pH artériel au cordon, la nécessité ou non d'une réanimation néonatale en précisant ce qui a été fait, ainsi que le poids.

Pour le pronostic maternel en suites de couches nous avons mis l'accent sur d'éventuelles infections (vaginales, urinaires, cicatrice d'épisiotomie...).

4.5 Recueil des données

Pour la réalisation de notre étude nous avons réalisé le masque de saisie et la saisie informatique à partir du logiciel Excel.

RESULTATS

5 RESULTATS

5.1 Profil socio-économique et obstétrical

Tableau I : Caractéristiques socio-économiques de la population.

	Effectifs N=138	(Pourcentage) (%)
Origine géographique		
Afrique de l'Ouest	67	(48,5)
Afrique de l'Est	71	(51,5)
Situation familiale		
Célibataire	30	(21,7)
En couple	20	(14,5)
Mariée	84	(60,9)
Non renseignée	4	(2,9)
Profession		
Cadre et profession intellectuelle supérieure	3	(2,2)
Profession intermédiaire	1	(0,7)
Employés	16	(11,6)
Sans activité professionnelle	118	(85,5)
Age		
Moins de 20 ans	2	(1,4)
De 20 ans à 29 ans	84	(60,9)
De 30 ans à 39 ans	49	(35,5)
Plus de 39 ans	3	(2,2)

Notre population a entre 19 ans et 43 ans avec une moyenne d'âge de 28,5 ans (+/- 5,0) et une médiane à 28 ans.

Tableau II : Caractéristiques obstétricales de la population

	Effectifs N=138	(Pourcentage) (%)
Indice de Masse Corporel		
Inférieur à 18,5	9	(6,5)
Entre 18,5 et 24,9	56	(40,6)
Entre 25 et 29,9	13	(9,4)
Entre 30 et 39,9	14	(10,1)
Supérieur à 40	1	(0,7)
Non calculable	45	(32,6)
Parité		
Primipare	64	(46,8)
Multipare	74	(53,2)
Excision		
Type 1	25	(18,1)
Type 2	76	(55,1)
Type 3	25	(18,1)
Non renseignée	12	(8,7)

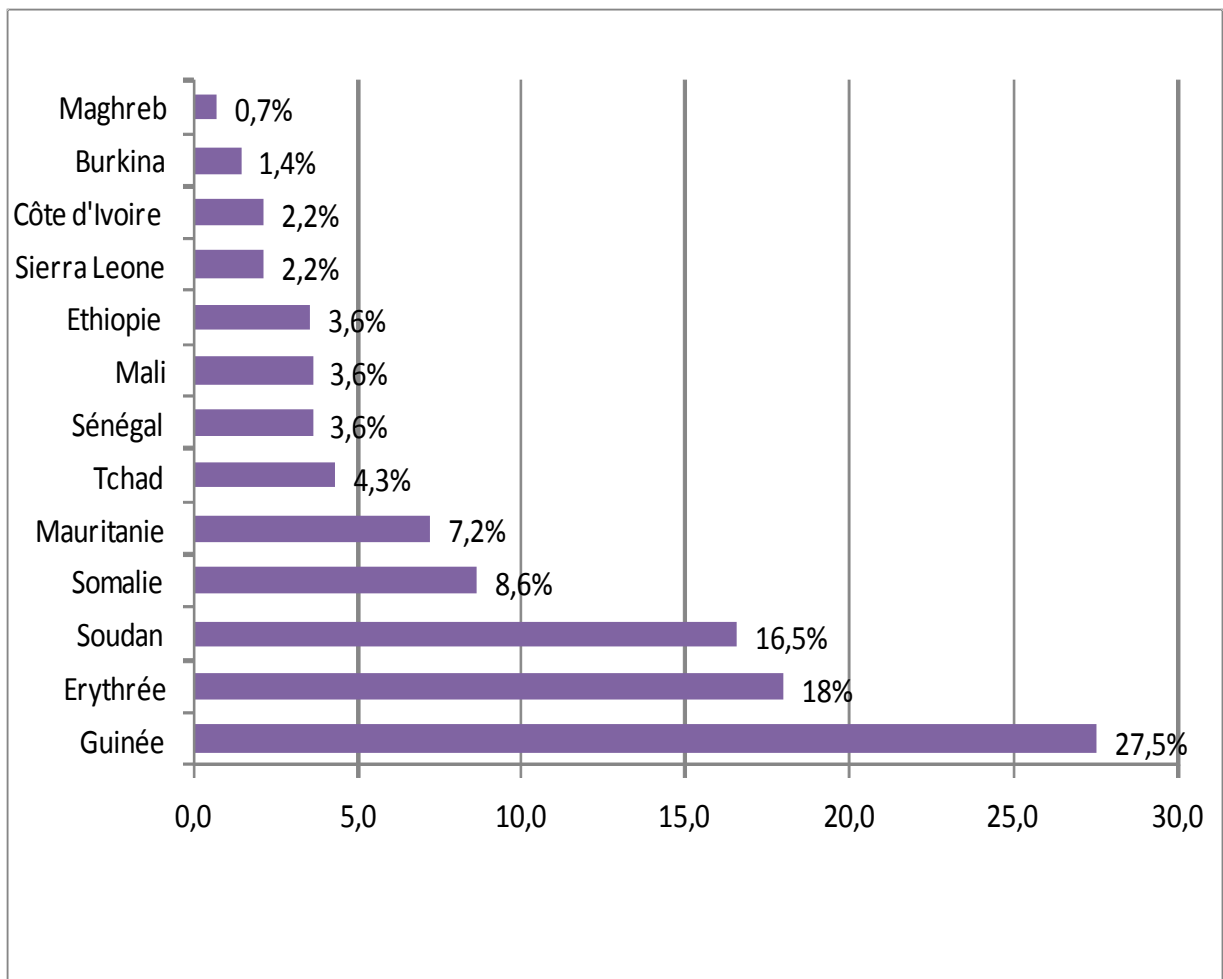


Figure 1 : Origine géographique de notre population en pourcentage.

Nos patientes viennent toutes d'Afrique.

Tableau III : Le type d'excision en fonction de la région d'Afrique

	Type 1 (n=25)	Type 2 (n=76)	Type 3 (n=25)	Non renseignée (n=12)	TOTAL (N=138)
Pays d'Afrique de l'Ouest					
Guinée	11	24	1	2	38
Mauritanie	1	8	2		11
Sénégal	2	3			5
Mali		2	2		4
Sierra Leone	1			2	3
Côte d'Ivoire	1			2	3
Burkina Faso	1	1			2
Maghreb	1				1
Pays d'Afrique de l'Est					
Erythrée	3	14	6	2	25
Soudan	1	9	11	2	23
Somalie		7	3	2	12
Tchad	2	4			6
Ethiopie	1	4			5

5.2 Déroulement de la grossesse

Dans 18,8% des cas les patientes ne déclaraient pas leur grossesse ou la mention «déclaration de grossesse» n'était pas notifiée.

Nous avons constaté que 49% de nos patientes effectuaient leur première échographie après 15 Semaines d'Aménorrhées (SA) dont 20% de 29 SA à 41 SA inclus.

Le terme médian de la première échographie est de 14 SA (6 SA et 41 SA) avec une moyenne de 19,2 SA (+/- 8,8).

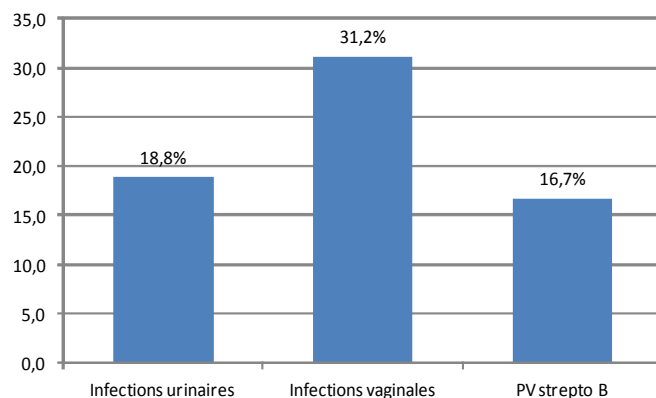


Figure 2 : Nombre d'infections au cours de la grossesse dans notre population en pourcentage. (n=138)

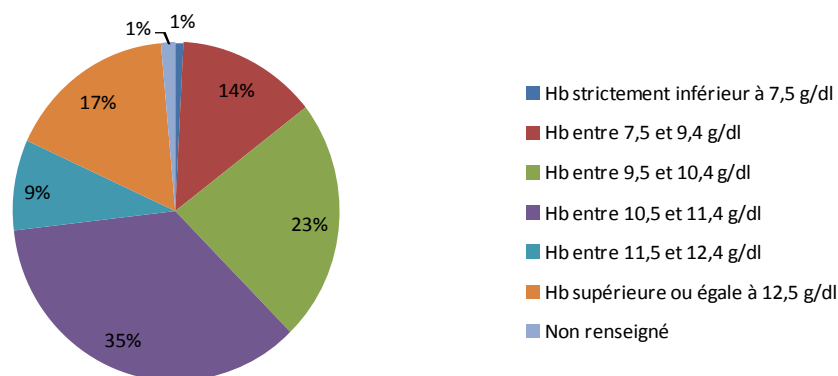


Figure 3 : Représentation du taux d'hémoglobine au cours de la grossesse de notre population (n=138)

La médiane du taux d'hémoglobine est de 10,7 g/dl (7,3 g/dl et 16 g/dl). La moyenne est de 10,8 g/dl (+/-1,39) .

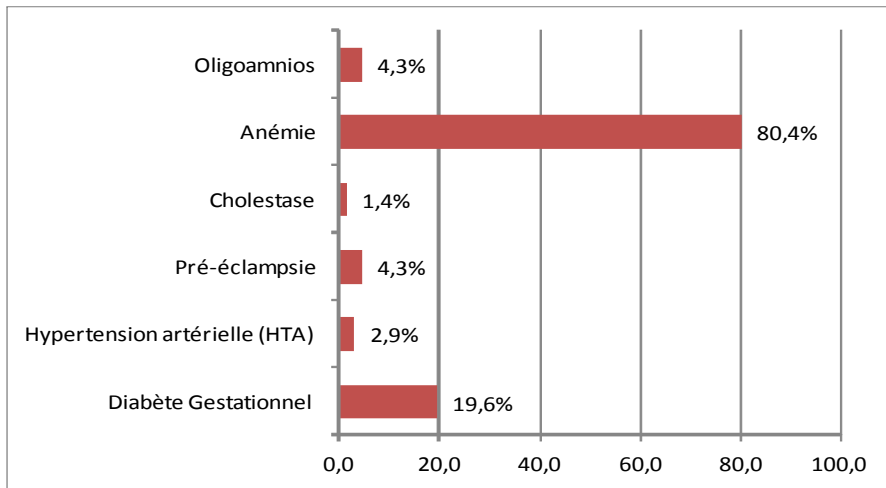


Figure 4 : Les pathologies rencontrées au cours de la grossesse dans notre population (n=138)

Tous les types de diabète gestationnel sont inclus dans cet histogramme.

Nous parlons d'anémie quand le taux d'hémoglobine était inférieur ou égal à 12g/dl.

5.3 Déroulement de l'accouchement et de la délivrance

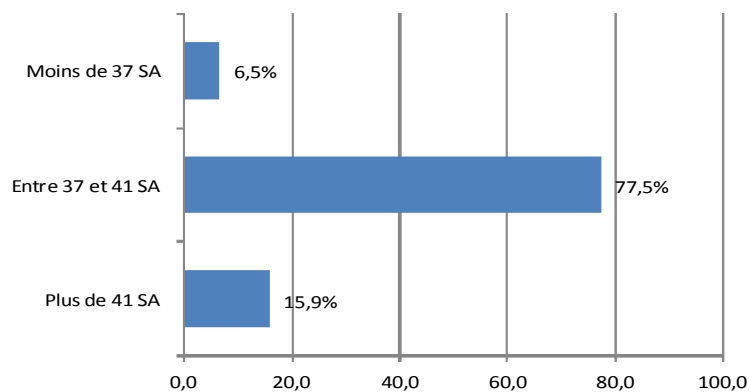


Figure 5 : Le terme d'accouchement de notre population (n=138)

La valeur médiane du terme de la grossesse à l'accouchement est de 40 SA (29 SA et 42 SA). La moyenne est de 39,7 SA (+/- 2,0).

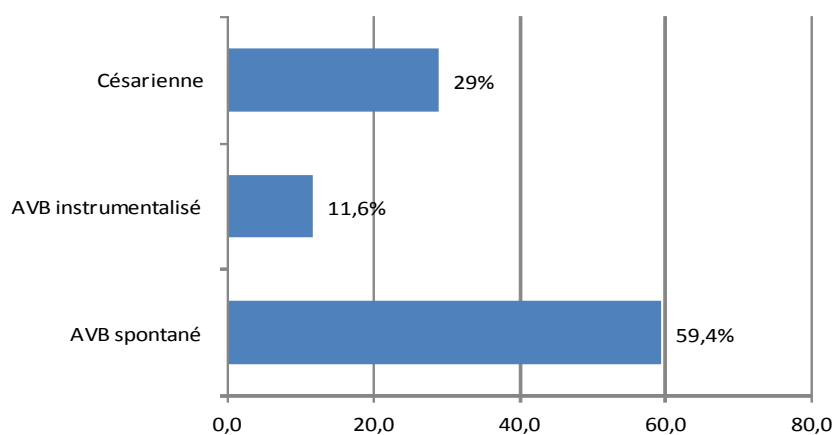


Figure 6: Le mode d'accouchement de notre population (n=138)

Sur les 16 accouchements voie basse instrumentalisés, nous avons dénombré l'utilisation de 6 forceps, 6 spatules et 4 ventouses.

L'item «Césarienne» comprend les césariennes en urgence et les césariennes programmées

Tableau IV : Modalités de mise en travail

	Type 1		Type 2		Type 3		Non renseigné		TOTAL	
	n=22	(%)	n=73	(%)	n=23	(%)	n=8	(%)	N=126	(%)
Spontanée	14	63,6	45	61,6	15	65,2	7	87,5	81	64,3
Déclenchement	8	36,4	28	38,4	8	34,8	1	12,5	45	35,7

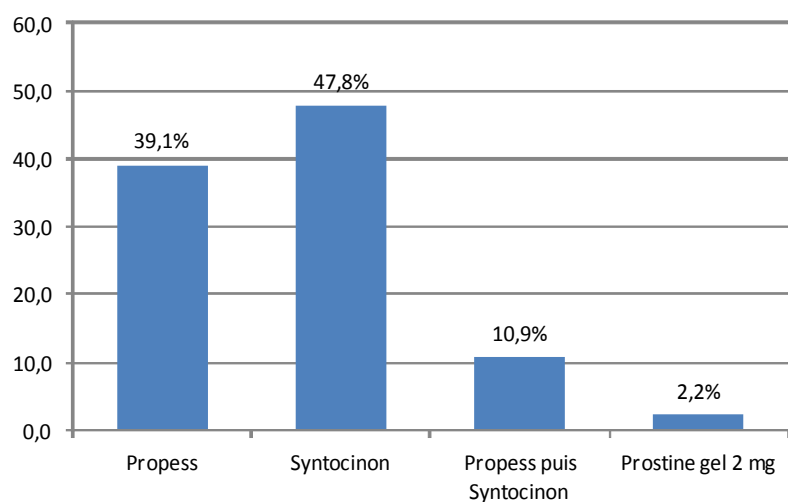


Figure 7 : Les différents moyens utilisés pour un déclenchement dans notre population (n=45)

Les déclenchements représentent 33,3% de notre population totale.

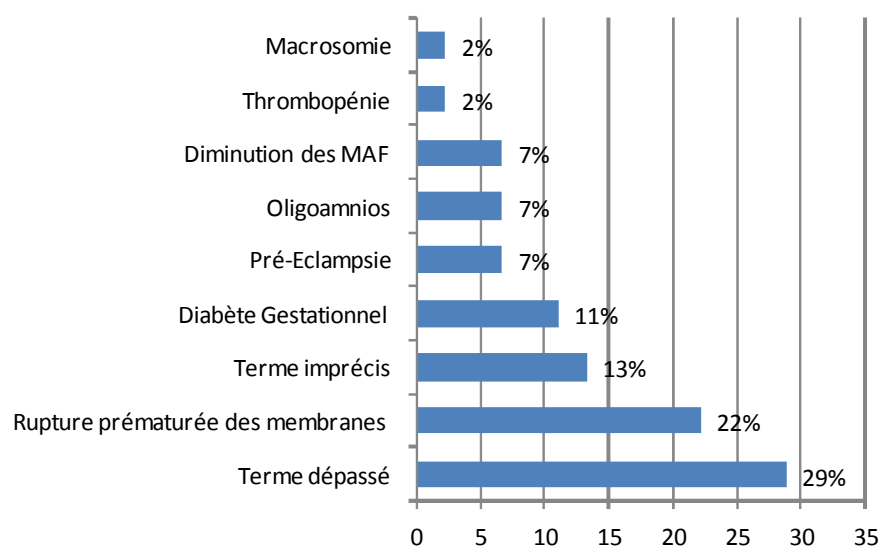


Figure 8: Les indications de déclenchement

Tableau V: Les accouchements voies basses instrumentalisés et non instrumentalisés en fonction du type d'excision

	Type 1		Type 2		Type 3		Non renseigné		TOTAL	
	n=19	(%)	n=56	(%)	n=15	(%)	n=8	(%)	N=98	(%)
AVB sans instruments	16	84,2	48	85,7	11	73,3	7	87,5	82	83,7
AVB avec instruments	3	15,8	8	14,3	4	26,7	1	12,5	16	16,3

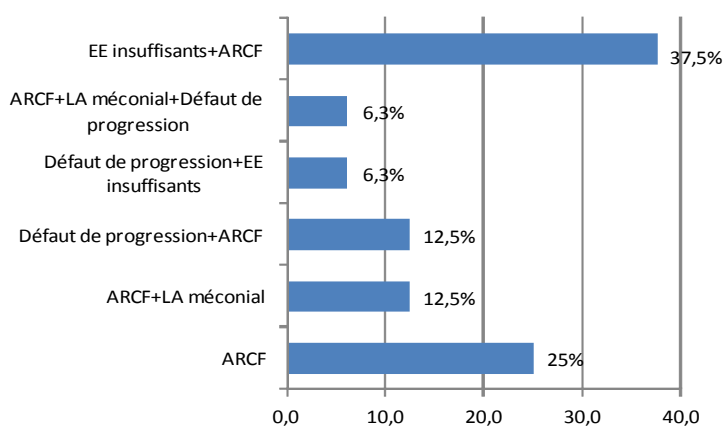


Figure 9 : Représentation des motifs d'accouchements voies basses instrumentalisés dans notre population

Tableau VI: Les césariennes en urgences et programmées en fonction du type d'excision

	Type 1		Type 2		Type 3		Non renseigné		TOTAL	
	n=6	(%)	n=20	(%)	n=10	(%)	n=4	(%)	N=40	(%)
Césariennes en urgence	4	66,7	19	95	9	90	2	50	34	85
Césariennes programmées	2	33,3	1	5	1	10	2	50	6	15

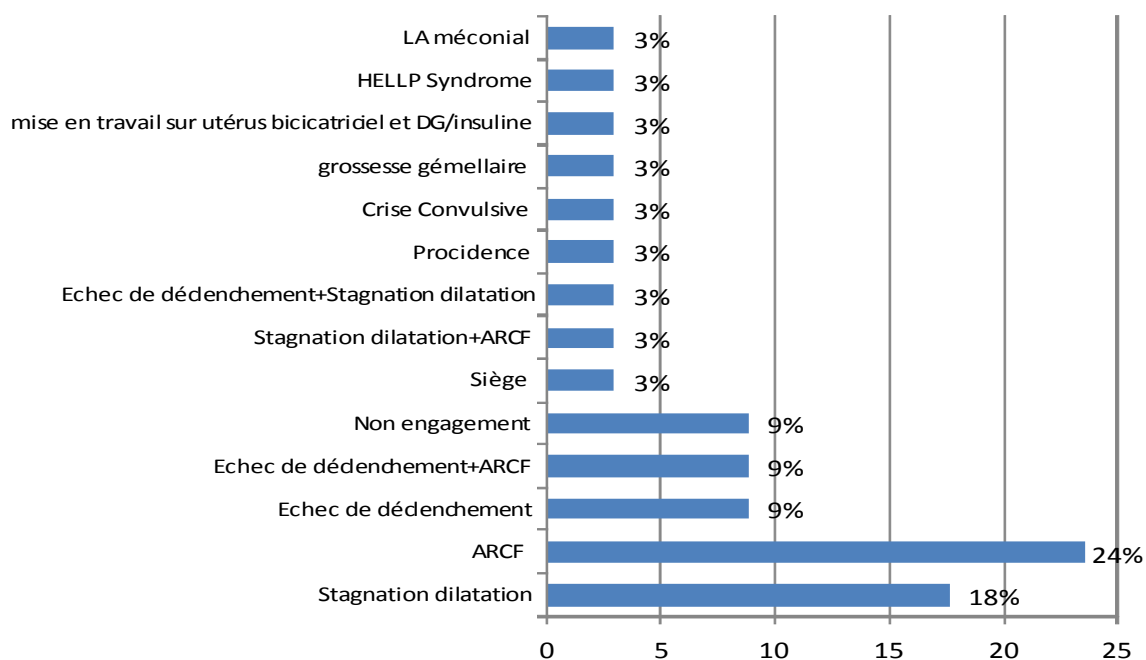


Figure 10 : Représentation des motifs des césariennes en urgence dans notre population

On ne dénombre que 6 césariennes programmées dans notre population, pour l'une d'entre elle cette option a été décidée pour cause de diabète gestationnel sous insuline bien équilibré avec un oligoamnios et une présentation transverse. Les autres causes sont les suivantes: un siège, un utérus tricatriciel, un utérus bicatriciel, et deux diabètes gestationnels sous insuline mal équilibrés.

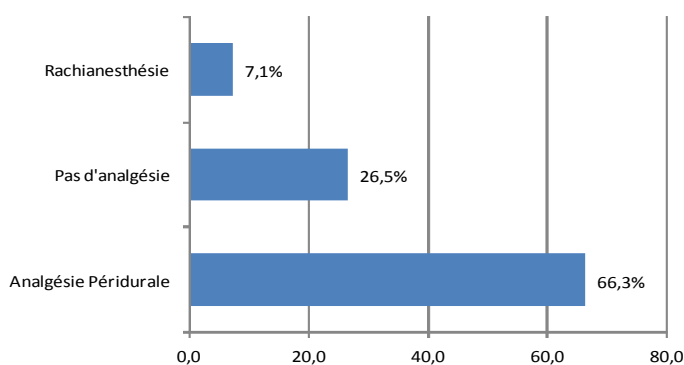


Figure 11 : Représentation du mode d'analgésie pour les patientes ayant accouchées voie basse (N=98)

Nous avons inclus les 98 patientes ayant accouché voie basse avec ou sans l'aide d'instruments d'extraction.

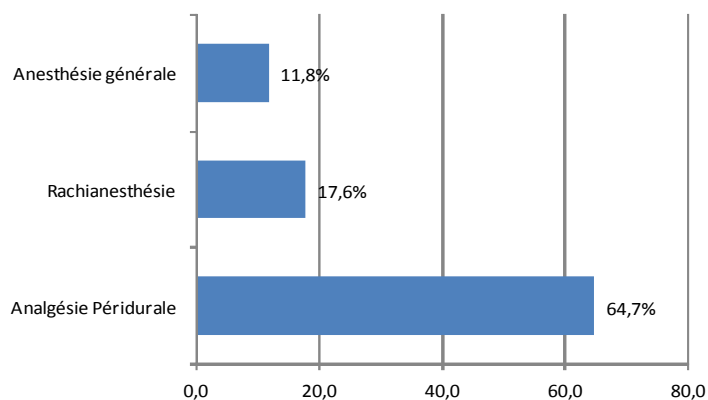


Figure 12: Représentation du mode d'analgésie pour les patientes ayant eu une césarienne en urgence (n=34)

Les 6 patientes qui ont eu une césarienne programmée ont bénéficié d'une rachianesthésie.

Tableau VII : Durée des efforts expulsifs en fonction du type d'excision chez les patientes ayant accouché voie basse sans aide instrumentale

	Type 1		Type 2		Type 3		Non renseignée		Total	
	n=16	(%)	n=46	(%)	n=11	(%)	n=7	(%)	N=80	(%)
De 0 à 10min	14	87,5	30	65,2	8	72,7	7	100	59	73,75
De 11 min à 20 min	1	6,25	10	21,7	3	7,4	0		14	17,5
De 21 min à 30 min	0		5	10,9	0		0		5	6,25
Plus de 30 min	1	6,25	1	2,2	0		0		2	2,5

Les 2 patientes de type 2 dont la durée des efforts expulsifs n'a pas été renseignée, n'ont pas été prises en compte, d'où n=80.

La moyenne des efforts expulsifs pour les 80 patientes ayant accouché voie basse sans instruments d'extraction est de 9,33 min.

Pour les 16 patientes de type 1 la moyenne est de 8,8 min.

Pour les 46 patientes de type 2 la moyenne est de 10,6 min.

Pour les 11 patientes de type 3 la moyenne est de 7,7 min.

Pour les 7 patientes dont le type d'excision n'est pas renseigné la moyenne est de 4,4 min.

La moyenne des efforts expulsifs pour les 16 patientes ayant eu un accouchement voie basse instrumentalisé est de 22,7 min.

Pour les 3 patientes de type 1 ayant accouché par voie basse instrumentalisée la moyenne des efforts expulsifs est de 23 min.

Pour les 8 patientes de type 2 ayant accouché par voie basse instrumentalisée la moyenne des efforts expulsifs est de 23 min.

Pour les 4 patientes de type 3 ayant accouché par voie basse instrumentalisée la moyenne des efforts expulsifs est de 26 min.

Une patiente sans précision sur le type d'excision a accouché par voie basse instrumentalisée en 5 min.

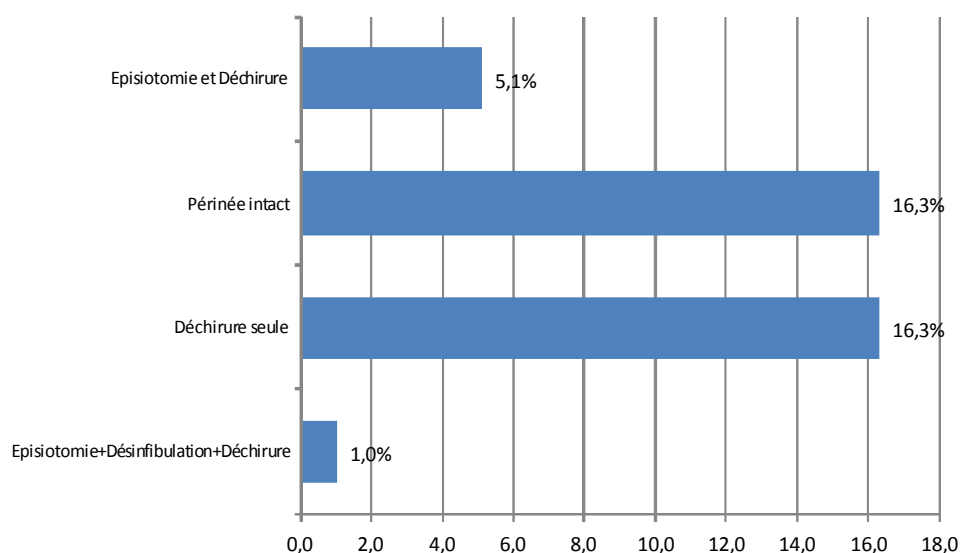


Figure 13 : Les complications périnéales de tous les accouchements voies basses (n=98)

Sur les 98 patientes qui ont accouché voie basse, on compte 50% d'épisiotomie, 9,3% d'épisiotomie associée à une désinfibulation et 1% de désinfibulation seule, en plus des complications rencontrées ci-dessus.

Tableau VIII: Le nombre d'épisiotomie en fonction de l'accouchement voie basse non instrumentalisé et de l'accouchement instrumentalisé

	Accouchement voie basse non instrumentalisé		Accouchement voie basse instrumentalisé		TOTAL	
	n=82	(%)	n=16	(%)	N=98	(%)
Épisiotomie	48	58,5	16	100	64	65,3

Tableau IX: Les conséquences de l'accouchement voie basse sur le périnée en fonction du type d'excision

	Type 1		Type 2		Type 3		Non renseigné		TOTAL	
	n=19	(%)	n=56	(%)	n=15	(%)	n=8	(%)	N=98	(%)
Episiotomie	7	36,8	36	64,3	2	13,3	4	50	49	50
Déchirures	6	31,6	11	19,6	0		0		17	17,3
Désinfibulation	0		0		1	6,7	0		1	1
Episiotomie+ Déchirures	1	5,3	4	7,1	1	6,7	0		6	6,1
Episiotomie+ Désinfibulation	0		0		9	60	0		9	9,2
Episiotomie+ Désinfibulation + Déchirures	0		0		1	6,7	0		1	1
Périnée intact	5	26,3	5	8,9	2	13,3	4	50	16	16,3

Pour les patientes excisées type 1, on dénombre une épisiotomie associée à une déchirure du 2^e degré. On compte également 6 déchirures seules dont 4 du 1^{er} degré et 2 du 2^e degré.

Pour les patientes excisées type 2, on dénombre 4 déchirures associées à une épisiotomie dont 2 déchirures du 1^{er} degré, 1 déchirure du 2^e degré, et un périnée complet.

On compte également 11 déchirures seules dont 6 déchirures du 1^{er} degré, 4 déchirures du 2^e degré et 1 déchirure du 3^e degré.

Pour les patientes excisées type 3, un taux de 73,4% ont bénéficié d'une désinfibulation.

Tableau X: Type d'excision et parité chez les patientes qui ont eu un périnée intact

	Type 1 n=5	Type 2 n=5	Type 3 n=2	Non renseigné n=4	TOTAL N=16
Primipare	0	1	0	0	1
Multipares	5	4	2	4	15

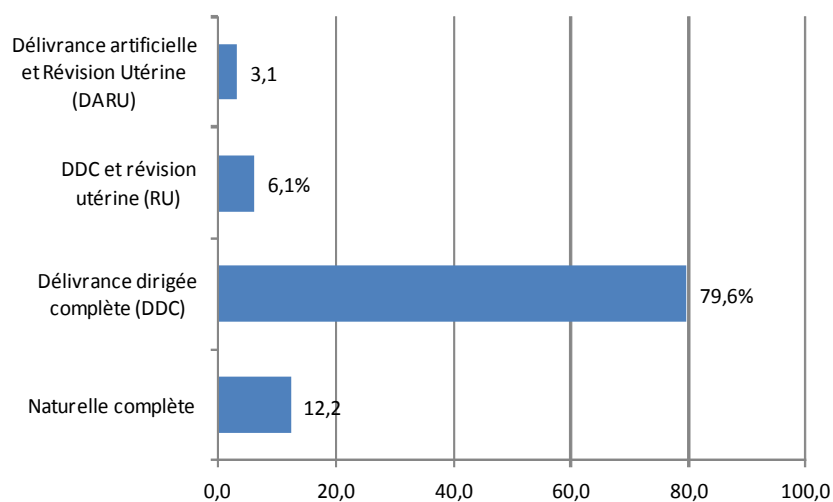


Figure 14 : Représentation du mode de délivrance après un accouchement voie basse (n=98)

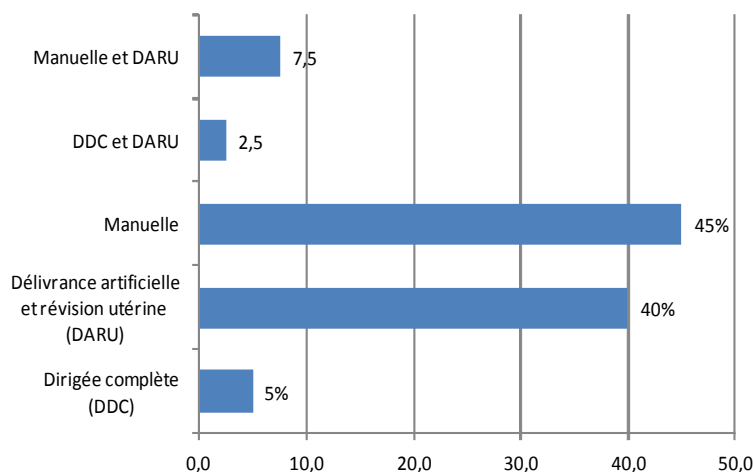


Figure 15: Représentation du mode de délivrance après une césarienne (n=40)

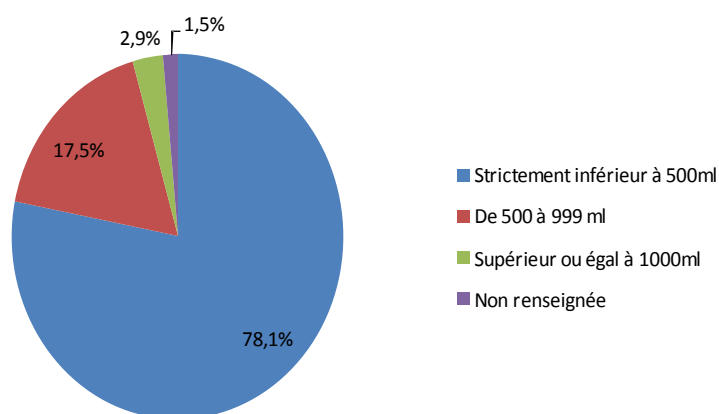


Figure 16 : Représentation du volume de pertes sanguines dans notre population

La médiane du volume des pertes sanguines est de 200 cc (20cc et 2000cc) . La moyenne est de 288cc (+/- 283).

Parmi les 4 qui ont présenté une Hémorragie De la Délivrance (HDD) > 1000 ml, 3 ont eu une césarienne en urgence et 1 a eu un Accouchement Voie Basse (AVB) spontané.

Parmi les 10 AVB qui ont présenté une HDD entre 500 et 999ml, 6 ont eu un AVB spontané et 4 ont eu un AVB instrumentalisé.

Tableaux XI : Les hémorragies de la délivrance en fonction du type d'excision et du mode d'accouchement

		Césarienne	AVB spontané	AVB instrumentalisé	TOTAL N=14
Hémorragie modérée	Type 1	1	1	1	3
	Type 2		5	2	7
	Type 3	2		1	3
Hémorragie grave	Type 1				0
	Type 2		1		1
	Type 3				0

Les indications de l'accouchement voie basse instrumentale et de la césarienne chez les femmes excisées, étaient la présence d'anomalies du rythme essentiellement.

5.4 Pronostic fœtal

Tableau X: Caractéristiques du nouveau-né à la naissance

	Effectifs n=138	(Pourcentage) (%)
Poids Nouveau-né		
Inférieur à 2500g	9	6,5
Entre 2500g et 2999g	25	18,1
Entre 3000g et 3499g	52	37,7
Entre 3500g et 3999g	43	31,2
Supérieur ou égal à 4000g	8	5,8
Non renseigné	1	0,7
pH artériel ombilical		
Inférieur à 7,0	3	2,2
Entre 7,0 et 7,09	5	3,6
Entre 7,10 et 7,19	27	19,6
Entre 7,20 et 7,29	75	54,3
Supérieur ou égal à 7,30	26	18,8
Non renseigné	2	1,4

La médiane du poids de naissance des nouveau-nés est de 3315g (1250g à 4900g). La moyenne est de 3281g (+/-538).

La valeur médiane du pH artériel ombilical chez les nouveau-nés est de 7,26 (6,83 à 7,45).

La moyenne est de 7,2 (+/-0,1).

Tableaux XII : Pronostic de l'enfant à la naissance en fonction de l'APGAR à 5 et 10 minutes et selon le type d'excision et de la voie d'accouchement

APGAR 7/7	Type 3
<i>Voie d'accouchement</i>	Césarienne en urgence
<i>Réanimation</i>	Aspiration et Ventilation
<i>pH</i>	7,17
<i>Poids Enfant (g)</i>	1790

APGAR 7/10	Type 2	Type 3
<i>Voie d'accouchement</i>	Forceps	Césarienne en urgence
<i>Réanimation</i>	Aspiration et Ventilation	Aspiration et Ventilation
<i>pH</i>	6,83	7,28
<i>Poids Enfant (g)</i>	3250	3560

APGAR 8/10	Type 1	Type 2
<i>Voie d'accouchement</i>	Césarienne en urgence	Spatules
<i>Réanimation</i>	Aspiration et Ventilation	Pas de réanimation
<i>pH</i>	6,87	7,28
<i>Poids Enfant (g)</i>	3330	2285

APGAR 9/9	Type 3
<i>Voie d'accouchement</i>	AVB
<i>Réanimation</i>	Pas de réanimation
<i>pH</i>	7,23
<i>Poids Enfant (g)</i>	1900

APGAR 9/10	Type 1		Type 2			
<i>Voie d'accouchement</i>	AVB	Forceps	Césarienne en urgence			AVB
<i>Réanimation</i>	Aspiration et Ventilation	Pas de réa	Aspiration sous laryngoscope + Ventilation + Intubation	Aspiration et Ventilation	Pas de réa	Aspiration et Ventilation
<i>pH</i>	7,28	7,2	7,15	7,16	7,2	7,3
<i>Poids Enfant (g)</i>	3420	3830	3850	3550	3830	2820

Pour les cinq tableaux précédents, l'APGAR a été coté à 5 min et 10 min de vie.

Le reste des APGAR était coté à 10/10 dont 23 valeurs de pH inférieures à 7,20.

Certaines valeurs de pH n'ont pas été renseignées, on en dénombre 6 dans notre étude.

Parmi les 29 nouveau-nés présentant un $\text{pH} < 7,20$ nous avons observé:

- 7 patientes de Type 1, dont 4 césariennes en urgence, 1 forceps et 2 accouchements voie basse
- 13 patientes de Type 2, dont 6 césariennes en urgence, 1 spatule, 1 forceps et 5 accouchements voie basses
- 8 patientes de Type 3, dont 2 césariennes en urgence, 1 césarienne programmée, 1 spatule, 1 ventouse et 3 accouchements voie basse
- 1 patientes sans renseignement sur le type d'excision qui a accouché voie basse

Les autres nouveau-nés avaient un $\text{pH} > 7,20$.

5.5 Le pronostic maternel

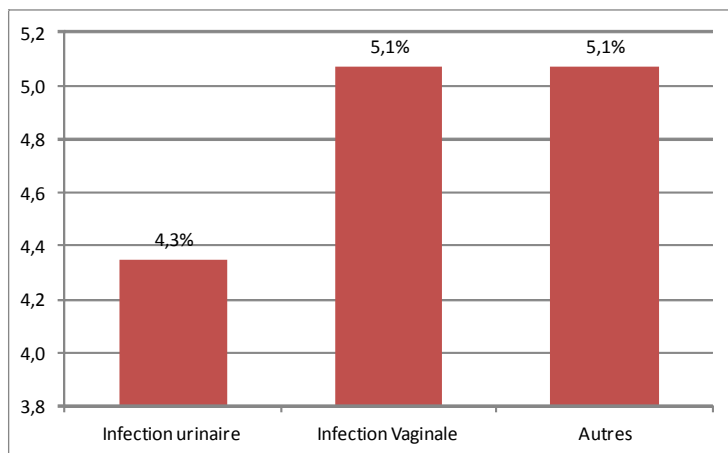


Figure 17 : Les pathologies du post-partum dans notre population

Le terme «Autres» correspond dans la majorité des cas à des indurations de l'épisiotomie.

DISCUSSION

6 DISCUSSION

- Les Etudes

La discussion va s'articuler autour de plusieurs études. A noter cependant la difficulté de trouver des études qui comportaient exactement les mêmes critères de recherche d'où la sélection des quatre études suivantes.

Entre novembre 2001 et mars 2003, une étude prospective, dirigée par un groupe d'étude de l'OMS, a été réalisée dans 28 centres d'obstétrique au Burkina Faso, au Ghana, au Kenya, au Nigéria, au Sénégal et au Soudan. Cet article intitulé «les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical» est paru le 3 juin 2006 dans The Lancet. Il avait pour but de montrer les effets des différents types de mutilations sur le devenir obstétrical des femmes. Un effectif de 28 393 patientes se présentant pour une naissance unique, avaient été comptabilisé dans cette étude dont 25% de femmes non excisées, 24% d'excisions de type 1, 27% d'excisions de type 2 et 23% d'excisions de type 3 [2].

Entre le 15 juin et le 15 août 2007, une étude transversale, descriptive et analytique a été dirigée par Papa Ndiaye [11], Mayassine Diongue [11], Adama Faye [11], Drissa Ouedraogo [12], Anta Tal Dia [12]. Cette étude portant sur les mutilations génitales féminines a été réalisée dans la province de Gourma au Burkina Faso et avait pour but d'évaluer la prévalence des complications de l'accouchement dûes aux MGF. Un effectif de 354 patientes a été comptabilisé dans cette étude.[3]

Entre le 1er octobre 2000 et le 28 février 2001, une étude prospective, comparative, cas-témoins dirigée par Gondo, D., Et al. sur «Les complications obstétricales des complications génitales» s'est déroulée dans les quatre principales maternités d'Adjamé à Abidjan en Côte d'Ivoire. Le but était d'évaluer les conséquences obstétricales et néonatales des différents types de mutilations génitales féminines. Un effectif de 604 patientes a été comptabilisé dans cette étude dont 50% excisées et 50% non excisées. [4]

Entre février 2005 et novembre 2006, une étude comparative entre femmes excisées (uniquement type 1 et type 2) et femmes non excisées a été réalisée par une étudiante sage-femme de l'école de Reims sous la direction de Monsieur le Docteur Germain Aissi. Cette étude sur les «complications obstétricales et néonatales des mutilations sexuelles féminines» s'est déroulée dans les salles d'accouchement de dix maternités de Paris (10^e, 18^e, 19^e et 20^e arrondissements) et de sa banlieue (Seine Saint Denis et Seine et Marne). Le but était de montrer dans quelles mesures les mutilations augmentaient le risque obstétrical et néonatal. Un total de 184 questionnaires a été dénombré dans cette étude dont 50% excisées et 50% non excisées. [5]

Dans notre étude, les premiers critères que nous avons pris en compte, sur notre effectif total, étaient **socio-économiques**.

Nous avons mis en évidence que 1,4% des patientes étaient **âgées de moins de 20 ans**, que 60,9% de **20 ans à 29 ans** et que 37,7% étaient âgées de **plus de 30 ans** inclus, ce qui faisait une moyenne de 28,5 ans (+/- 5,0). Elles étaient dans 85,5% des cas sans activité professionnelle.

L'étude de l'OMS [2] comprenait 14% de femmes âgées de moins de 20 ans, 55% entre 20 ans et 29 ans et 31% de plus de 30 ans inclus, ce qui faisait une moyenne de 26,3 ans (+/- 6,2). Dans 32,2% des cas elles n'avaient aucun niveau d'instruction, dans 35% des cas un niveau primaire/informel, dans 25% des cas un niveau secondaire et dans 8% des cas un niveau tertiaire.

En ce qui concerne l'âge de nos patientes, nous pouvons dire que la moyenne est quasiment similaire à celle retrouvée dans l'étude de l'OMS mais que néanmoins la population de femmes âgées de moins de 20 ans dans notre étude est bien inférieure à celle retrouvée en Afrique. En effet, dans ces régions il faut faire beaucoup d'enfants pour avoir de la «main d'oeuvre» à l'avenir. Ces femmes sont donc enceintes relativement jeunes d'où les résultats de l'OMS. Les femmes que nous voyons à Angers sont dans la grande majorité des immigrées dont la situation socio-économique est très compliquée et d'autant plus pour des jeunes femmes de moins de 20 ans ce qui pourrait expliquer notre faible taux. Dans ces deux études, le niveau de vie était bas.

Dans notre étude 47,1% de nos patientes avait un **IMC** inférieur à 25, 9,4% avait un IMC entre 25 et 29,9 et 10,8% avait un IMC supérieur à 30 inclus (32,6% de nos patientes avait un IMC incalculable du fait de l'absence de données sur la taille et/ou le poids).

Dans l'étude de l'OMS, 50% des patientes avaient un IMC inférieur à 25, 37% entre 25 et 29 et 12% supérieur ou égal à 30.

Pour ce qui est de l'IMC inférieur à 25, les taux de ces deux études sont quasiment semblables avec la moitié des patientes ayant un IMC normal. Par contre beaucoup plus de femmes sont en surpoids voire en obésité dans l'étude de l'OMS réalisée en Afrique que dans notre étude à Angers. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'en Afrique l'alimentation est certes peu abondante, mais riche. Cette population migrante, souvent arrivée sur le sol français dans l'illégalité, se trouve dans une extrême précarité et ne porte sans doute pas grand intérêt à l'équilibre alimentaire nécessaire pendant la grossesse.

Notre population comptait 46,8% de primipares et 53,2% de multipares. Les autres études ne reposaient pas sur le critère de partité mais sur le **type d'excision**.

Dans notre étude nous comptons 18,1% de type 1, 55,1% de type 2, 18,1% de type 3 et 8,7% des excisions n'étaient pas renseignées. Nous avons donc un biais de jugement du type d'excision, la cause étant le manque d'enseignement vis-à-vis de la reconnaissance des différents types d'excisions par les professionnels soignants.

Dans l'étude de l'OMS, 24% des patientes avaient une excision de type 1, 27% de type 2 et 23% de type 3.

Dans l'étude de Gourma [3], 28% étaient excisées de type 1, 28% de type 2 et 3% de type 3.

Dans l'étude de Gondo [4], 26,84% des patientes avaient une excision de 1, 60,17% une excision de type 2 et 12,88% une excision de type 3.

Dans l'étude de Céline Vernon [5] 58,7% des patientes avaient une excision de type 1 et 41,3% des patientes avaient une excision de type 2. Les excisions de type 3 n'avaient pas été prises en compte car en nombre trop faible selon l'auteur.

Au vu de toutes ces études nous pouvons dire que le pourcentage des différentes excisions rencontrées est très différent d'un établissement à un autre et d'un pays à un autre. En effet les types d'excisions sont globalement dépendants de la région d'Afrique où elles sont pratiquées. Dans les établissements en France, si le flux migratoire est plus d'origine de l'ouest de l'Afrique on retrouvera plus d'excision de type 2 et si le flux migratoire est plus

d'origine de l'est de l'Afrique on retrouvera plus d'excision de type 3. Les excisions de type 1 sont normalement peu retrouvées et essentiellement pratiquées en Egypte.

Dans notre étude 55,1% des patientes sont excisées type 2 ce qui correspond environ au 52,7% des patientes venant de l'Afrique de l'ouest (Guinée, Mauritanie, Mali...) et 18,1% sont excisées de type 3 alors qu'on observe 46,7% des patientes venant d'Afrique de l'Est. Les 8,7% d'excisions non identifiées pourraient être des types 3. L'étude de l'OMS montre que 73% des femmes soudanaises ont une excision de type 3. Or dans notre étude, 16,5% des femmes excisées sont soudanaises, ce qui explique le taux important de 18,1% d'excisions de type 3. La difficulté qu'ont les professionnels à différencier les différents types d'excision des patientes se retrouve dans ces résultats. En effet 50% des excisions des femmes guinéennes ont été identifiées comme type 1, alors que cette région pratique l'excision de type 2. Différencier les types d'excision peut souvent s'avérer difficile d'un point de vu anatomique.

Il pourrait être intéressant d'emblée de s'interroger sur l'origine géographique de la patiente afin d'avoir une idée plus précise sur le type d'excision dont il s'agit, si anatomiquement l'identification est trop complexe.

En ce qui concerne les **infections urinaires**, notre étude retrouve 18,8% de patientes excisées atteintes, sans compter les patientes qui n'ont pas été dépistées par défaut de suivi de leur grossesse.

D'après une étude parue en 2008 à Angers sur les infections urinaires chez la femme enceinte, il a été montré que 2 à 7% de ces patientes en sont atteintes. [9]

Nous n'avons pas trouvé d'études qui nous permettaient de voir le pourcentage d'infections urinaires chez les patientes excisées. Néanmoins comparer notre population à la population générale de femmes enceintes nous a permis de montrer que les patientes excisées sembleraient plus sujettes aux infections. Ces résultats paraissent peu étonnants quand on sait que l'excision est un acte qui lèse le méat urinaire. De plus nous avons vu dans les généralités que les femmes excisées (type 2 et 3) ont souvent des mictions par regorgement entraînant une stase urinaire et donc la prolifération de bactéries.

En ce qui concerne le **suivi de la grossesse** dans notre étude, nous voulions savoir si ces patientes avaient un suivi satisfaisant et pour cela nous nous sommes intéressés au terme de leur première venue à la maternité. Le plus pertinent et le plus simple selon nous était donc de prendre le terme de la première échographie. Nous avons constaté que 49% de nos patientes effectuaient leur première échographie après 15 SA dont 20% de 29 SA à 41 SA inclus. Dans 14,5% des cas les patientes de notre étude arrivaient pour la première fois en consultation à la maternité, sans aucun autre suivi de leur grossesse, alors qu'elles entamaient le troisième trimestre et 3,6% arrivaient à terme à la maternité, sans suivi antérieur de leur grossesse. De même, certaines d'entre elles n'allaient pas faire les examens prescrits ou oubliaient les résultats et une part non négligeable ne venait pas aux rendez-vous.

Dans l'étude de l'OMS [2], le suivi de grossesse a été montré via le nombre de consultations prénatales. Il a été montré que 7% n'avaient effectué aucune consultation prénatale, 30% avaient effectué 1 à 3 consultations prénatales et 60% plus de 4 consultations prénatales inclus.

Nous avons pu constater dans notre étude que les patientes avaient un suivi tardif de leur grossesse. Dans l'étude de l'OMS les patientes ont un suivi relativement bon. En effet, un bon suivi de grossesse en Afrique correspond à quatre consultations prénatales, une au 1er trimestre, une au 2^e trimestre, une au 3^e trimestre et la dernière le jour de l'accouchement. En France, un bon suivi de grossesse correspond à une consultation tous les mois. De plus en Afrique, l'échographie n'est pas une priorité. Ces critères bien différents ne nous permettent pas d'établir une comparaison adéquate. Néanmoins nous pouvons dire que le suivi de ces patientes n'est pas aussi régulier que celui rencontré chez les patientes occidentales.

Nous n'avons pas trouvé d'autres études qui pouvaient nous informer sur le suivi de la grossesse des femmes excisées, pourtant il nous semblait important de voir ce qu'il en était de cette période afin d'anticiper sur les risques éventuels de ces femmes à l'accouchement. Ces résultats nous amènent à penser que les efforts sont à poursuivre et que d'autres moyens pourraient être mis en place pour améliorer le suivi de ces femmes.

Pour ce qui est des **modalités de l'accouchement** dans notre étude, nous avons évalué différents critères:

Terme à l'accouchement :

Dans notre étude on constate que 77,5% des patientes excisées accouchaient à terme et 16% après terme avec une moyenne de 39,7 SA (+/- 2,0) et ce quelque soit le type d'excision.

D'après l'étude de Céline Vernon [5], en moyenne 91% des patientes excisées type 1 et type 2 accouchaient après 37 SA.

L'étude de Gondo [4] montrait que les MSF de type 1 et 2 n'augmentaient pas le taux de prématurité.

Nous pouvons montrer par ces deux études que les patientes excisées accouchent dans la grande majorité à terme. Il nous semblait important de préciser le terme de l'accouchement puisqu'il n'est pas rare de penser que ces femmes accoucheraient précocement, du fait du risque infectieux plus important qu'elles encourent.

Mise en travail :

Sur les 126 patientes en travail dans notre étude, environ 63% l'ont été de manière spontanée et environ 36% l'ont été par un déclenchement, et ce quelque soit le type d'excision. Le déclenchement s'est fait par une perfusion d'ocytocine dans 48% des cas et par des prostaglandines en endovaginal dans 40% des cas.

Les indications de déclenchements étaient essentiellement pour des termes dépassés (29%) ou imprécis (13%) et des ruptures prématurées des membranes (22%).

Nous n'avons pas trouvé d'étude comparative qui concernait le mode de mise en travail et les éventuels accouchements voie basse instrumentalisés ou non qui auraient pu en découler.

Analgésie :

Dans notre étude, on constate que 66,3% de nos patientes qui ont accouché par voie basse ont bénéficié de l'analgésie péridurale et que 26,5% accouchaient sans analgésie.

Nous n'avons pas retrouvé d'études qui auraient pu nous permettre de comparer ce qui est fait dans les autres centres en France ou en Afrique. Les femmes en Afrique bénéficient rarement de la péridurale puisqu'elle ne leur est pas proposée et l'indication médicale est rare. Seules les cliniques leur proposent la péridurale.

A Angers du fait de la prise en charge spécifique de ces patientes le taux de péridurale était important puisque son indication était très large quand il s'agissait de patientes excisées type 2 ou 3. De même la prise en charge adaptée de cette population a permis d'anticiper d'éventuelles complications en indiquant largement la péridurale, puisque seulement 4 patientes sur les 36 qui ont une césarienne en urgence, ont eu une anesthésie générale.

Accouchement voie basse :

Sur l'effectif total de notre population l'accouchement voie basse spontanée représentait 59,4% et 11,6% par extraction instrumentale. La raison de l'extraction instrumentale étant le plus souvent des anomalies du rythme cardiaque foetal et des efforts expulsifs insuffisants.

D'après l'OMS [2], 89% des patientes accouchent voie basse, cependant nous n'avons pas retrouvé de précision dans les études concernant l'aide instrumentale.

Le taux d'extraction instrumentale en France se situe d'après une étude sur les extractions instrumentales [15] entre 5,3% et 34,1% selon les centres soit une moyenne de 19,7% ce qui est bien supérieur au taux retrouvé dans notre population.

Dans notre étude nous comptons 70% d'accouchements voie basse contre 89% d'après les études de l'OMS et nous n'avons pas retrouvé d'étude réalisée en Afrique sur le taux d'extractions instrumentales chez les patientes excisées.

Néanmoins nous pouvons dire qu'à Angers les patientes excisées ont moins d'extractions instrumentales que dans la population générale. Le recours à l'aide instrumentale est particulièrement traumatisante sur un périnée déjà cicatriciel.

Durée des efforts expulsifs

Dans notre étude, nous avons pu montrer que les patientes qui accouchaient en moins de 10 min inclus, représentaient 87,5% des femmes excisées type 1; 65,2% de femmes excisées type 2 et 72,5% de femmes excisées type 3.

L'étude de Gondo [4] a montré que 89,4% des femmes non mutilées et 82,1% des patientes mutilées accouchaient en moins de 10 minutes (min). La durée d'expulsion prolongée (>10 min) étaient plus fréquentes chez les patientes excisées ce qui montrait un lien entre excision et complications obstétricales.

Dans l'étude de Céline Vernon [5] les patientes qui accouchaient en moins de 15 min représentaient 65,2% des patientes non excisées, 61,1% des patientes excisées de type 1 et 60,5% des patientes excisées de type 2. Le reste accouchait entre 15 et 30 min. Dans cette étude avait été conclu que les MSF de type 1 et 2 augmentaient discrètement le temps d'expulsion.

Dans nos pratiques, au bout de 30 min les efforts expulsifs sont arrêtés tandis qu'en Afrique où il n'y a pas de prise en charge spécifique, la durée des efforts expulsifs peut atteindre plus d'1 heure. En effet, pour environ 75% des patientes qui ont accouché voie basse spontanément à la maternité d'Angers, la durée des efforts expulsifs était inférieure à 10 minutes et ce, quelque soit le type de l'excision. Nous ne pouvons pas comparer nos résultats avec ce que l'on peut trouver dans les centres africains puisque la politique à la maternité d'Angers est bien loin de celle des dispensaires d'Afrique. Néanmoins nous pouvons montrer que par une pratique interventionniste visant à ne pas poursuivre les efforts expulsifs après 30 minutes, le pronostic obstétrical, maternel et néonatal est bien meilleur que celui rencontré dans les pays où il n'y a pas de prise en charge globale de ces patientes.

Épisiotomie

Dans notre étude nous avons pu montrer que l'épisiotomie, bien que ne protégeant pas le périnée, permet sur un plan médical d'avoir moins de complications du périnée. On dénombre 66,3% d'épisiotomie sur les 98 patientes qui ont accouché voie basse. A noter que 42,1% des femmes excisées de type 1, 71,4% des femmes excisées de type 2 et 86,7% des femmes excisées de type 3 ont eu une épisiotomie.

De plus nous retrouvions seulement 24,4% de déchirures, associées ou non à une épisiotomie (du premier et second degré essentiellement).

De même nous avons constaté que 73,4% des patientes excisées type 3 ont eu recours à une désinfibulation, ce qui montre que les professionnels connaissent cette procédure et qu'ils la pratiquent à bon escient. Cependant qu'en est-il des 25% des patientes de type 3 qui n'ont pas bénéficié de la désinfibulation? Il se pourrait que cela soit dû à une mauvaise identification du type de l'excision, qui ne serait finalement pas un type 3.

Dans l'étude de la province de Gourma [3] on observe que sur 330 patientes, 36% des patientes excisées ont eu une épisiotomie contre 7% pour les patientes non excisées; dont 7% de lâchages du périnée pour les femmes excisées contre 1% pour les femmes non excisées. De plus cette étude a montré que l'épisiotomie, pratiquée pour éviter les déchirures, est plus fréquente chez les femmes avec des MSF que chez celles sans MSF [10, 16].

L'étude de Gondo [4] montrait que 17,9% des patientes excisées avaient bénéficié d'une épisiotomie contre 9,6% de patientes non excisées,, dont 13,6% de déchirures pour les femmes excisées et 6,3% pour les femmes non excisées. Les auteurs en avaient conclu que les MSF augmentaient significativement le taux d'épisiotomie et de déchirures.

L'étude de Céline Vernon [5] a montré que 22,8% des patientes non excisées, 29,6% des patientes excisées type 1, et 100% des patientes excisées type 2 ont bénéficié d'une épisiotomie. Les déchirures du 1er degré concernaient 42,4% des patientes non excisées et 35,2% des patientes excisées type 1. Les déchirures du 2è degré concernaient 6,5% des patientes non excisées, et 9,3% des patientes excisées type 1. Les patientes de type 2 n'avaient pas eu de déchirures. Cette étude a montré que l'excision de type 2 nécessitait une épisiotomie systématique et que de manière générale, les accouchements de femmes mutilées ont nécessité quasiment trois fois plus d'épisiotomie que les accouchements de femmes non mutilées. Dans cette étude également, aucune femme n'a présenté de fistule vésico-vaginale ou de fistule recto-vaginale.

D'après une autre étude sur le pronostic maternel et foetal à l'accouchement chez les patientes excisées au CHU YO à Ouagadougou [10], la fréquence de l'épisiotomie était corrélée au degré d'excision avec des taux de 34,9% pour les excisions de type 1, 43% pour les excisions de type 2, et de 83,3% pour les excisions de type 3.

Ces études ont permis de montrer que l'épisiotomie était effectuée en fonction de la

sévérité de l'excision. En effet plus l'excision est sévère plus le taux d'épisiotomie était important et comparativement aux femmes non excisées, les femmes excisées avaient beaucoup plus souvent une épisiotomie. Dans l'étude de Céline Vernon [5] 100% des patientes de type 2 avaient eu une épisiotomie contre plus de 70% dans notre population, ce qui représente un taux très important d'épisiotomie dans ces deux études.

Dans notre population on dénombre 66,3% d'épisiotomie, ce qui est 2,7 fois plus important que dans la population générale qui s'élève à environ 30% d'après la Haute Autorité de Santé (HAS) [14]. Ce fort taux d'épisiotomie est également dû à la prise en charge globale des patientes excisées mise en place au CHU d'Angers où l'épisiotomie est systématique pour les excisions de type 2 et 3. De ce fait nous n'avons dénombré aucun lâchage du périnée, ni de fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale, ce qui est par ailleurs rencontré dans les centres en Afrique où les femmes poussent pendant des heures, parfois sans recours à l'épisiotomie. Nous n'avons pas trouvé de résultats pouvant soutenir ces affirmations.

Césarienne

Dans notre étude, 29% des patientes excisées ont eu une césarienne dont 15% de césariennes programmées et 85% en cours de travail. Les causes prédominantes des césariennes en urgence étaient les anomalies du rythme dans 24% des cas ainsi que la stagnation de la dilatation dans 18% des cas. Nous avons montré que 24% des patientes excisées de type 1, 26% des patientes excisées de type 2 et 40% des patientes excisées de type 3 ont été césarisées. On notait aussi que 19 patientes excisées de type 2 sur 20 (soit 95%) et 9 patientes excisées de type 3 sur 10 (soit 90%) ont été césarisées en urgence.

Dans l'étude de l'OMS [2] il a été montré que le risque relatif de la césarienne chez les patientes excisées type 1 était de 1,03 (0,88-1,21); chez les patientes excisées type 2 de 1,29 (1,09-1,52); chez les patientes excisées type 3 de 1,31 (1,01-1,70) en comparaison avec les patientes non excisées. Ces résultats montraient que, chez les patientes ayant subi des mutilations génitales, la probabilité d'avoir une césarienne était significativement plus élevée chez les femmes excisées type 2 et 3. Au total dans cette étude, 6% des femmes avaient accouché par césarienne.

Dans l'étude de la province de Gourma [3], 11% des patientes excisées ont eu une

césarienne dont 17% pour les excisions de type 2 et 3 et 4% pour les excisions de type 1.

D'après les recommandations de l'HAS [13] pour la pratique clinique, 21% de césariennes seraient réalisées en France en 2010.

A travers ces différentes études nous avons pu montrer que plus l'excision était sévère, plus le taux de césarienne était important. D'après les résultats de notre étude nous avons pu montrer que les patientes dont la mutilation est sévère (type 2 et type 3), ont plus de risque d'avoir des complications au cours du travail. A Angers le taux de césarienne est élevé par rapport à celui retrouvé dans les autres études mais nous verrons par la suite que cela a un impact bénéfique pour le pronostic obstétrical et néonatal.

Hémorragies de la délivrance (HDD) :

Dans notre étude nous avons dénombré 13 HDD modérées et 1 seule HDD qualifiée de grave. Nous avons pris pour référence la définition classique de l'OMS qui considère une hémorragie de la délivrance à partir de 500 ml pour un accouchement voie basse, et un litre pour une césarienne.[22]

D'après l'étude de l'OMS [2], les HDD de plus de 500 ml ont été étudiées et on observe que le risque relatif de l'HDD pour les patientes excisées de type 1 était de 1,03 (0,87-1,21), pour les patientes excisées type 2 de 1,21 (1,01-1,43), et pour les patientes excisées type 3 de 1,69 (1,34-2,12) en comparaison avec les femmes non excisées. Les auteurs ont montré que le nombre de femmes qui ont saigné après l'accouchement est proportionnel à l'importance de la mutilation.

Dans l'étude de la province de Gourma [3] on observe que 30% des femmes excisées contre 3% des femmes non excisées ont eu une hémorragie de la délivrance. De même 5% des femmes excisées contre 1% des femmes non excisées ont eu besoin d'une transfusion sanguine. Il semblerait d'après cette étude que la gravité des complications augmente avec l'étendue de la mutilation.

Nous avons pu constater au travers des études réalisées en Afrique que plus l'excision était sévère plus le risque d'HDD était important et que les femmes excisées avaient plus de risque d'hémorragies que les femmes non excisées.

Dans notre étude on compte 10% d'HDD modérée chez nos patientes ce qui est peu si on compare aux résultats retrouvés dans les centres d'Afrique où il n'y a pas de prise en charge de ces patientes. De plus aucune de nos patientes n'a eu besoin d'une transfusion

sanguine. Ceci semble montrer que la prise en charge de ces patientes au CHU d'Angers et notre attitude interventionniste a permis d'anticiper les éventuelles complications qui auraient pu survenir si ces femmes n'avaient pas été prises en charge de façon adaptée. Cela pourrait être un argument en faveur du fait qu'une bonne prise en charge obstétricale pourrait réduire les conséquences néfastes des MSF.

En ce qui concerne le **pronostic néonatal**, plusieurs critères ont été évalués dans notre étude :

Poids néonatal

Dans notre étude nous avons constaté que 69% des nouveau-nés pesaient entre 3000 et 4000g.

D'après l'étude de l'OMS [2], le risque relatif d'un poids de naissance de moins de 2500g était pour les types 1 de 0,94 (0,82-1,07), pour les types 2 de 1,03 (0,89-1,18) et pour les types 3 de 0,91 (0,74-1,11) en comparaison avec le poids de naissance des bébés de femmes non excisées.

D'après l'étude de Céline Vernon [5], il a été observé que le poids néonatal était supérieur à 3000g pour 86,9% des patientes non excisées; 81,5% des patientes excisées type 1 et 81,6% des patientes excisées type 2.

Ces trois études ont permis de montrer que les MSF n'avaient pas d'impact sur le poids du bébé à la naissance.

APGAR

Dans notre étude nous avons montré que l'APGAR des enfants à la naissance était bon. En effet, à 10 min de vie seulement un enfant avait un APGAR à 7. Il est né par césarienne en urgence sur une mère excisée de type 3.

Dans l'étude de Gondo [4] le score d'APGAR du nouveau-né à la naissance était égal à 10 pour 90,2% des patientes non mutilées; de 77,8% des patientes excisées de type 1; de 71,1% pour les patientes excisées type 2. Les scores d'APGAR des nouveau-nés inférieurs à 10 étaient plus souvent retrouvés chez les patientes excisées et plus souvent

chez les patientes excisées type 2.

L'APGAR étant un score subjectif nous ne pouvons pas nous fier qu' à cette seule valeur pour établir le pronostic de l'enfant à la naissance. Néanmoins l'étude de Gondo a pu montrer que les scores d'APGAR étaient le plus souvent inférieurs à 10 chez les patientes excisées.

pH de l'artère ombilical

Dans notre étude nous avons dénombré 14,5% de pH inférieur à 7,20. Ces résultats seraient plus la conséquence des anomalies du rythme cardiaque foetale rencontrées en grand nombre dans notre population plus qu'à l'excision en elle-même.

Nous n'avons pas retrouvé de données concernant le pH de l'artère ombilical à la naissance. Dans les pays d'Afrique cette donnée n'est pas trouvée car elle n'est pas pratiquée.

Réanimation néonatale

Dans notre étude nous avons pu constater 10% de réanimation néonatale se limitant à l'aspiration et à la ventilation et aucun mort-né, ni de décès néonatal.

L'étude de l'OMS [2] a montré que les MSF avaient un effet direct sur l'état néonatal de l'enfant à la naissance. En effet le risque relatif de réanimation néonatale pour les excisions de type 1 était de 1,11 (0,95-1,28), pour les excisions de type 2 de 1,28 (1,10-1,49), et pour les excisions de type 3 de 1,66 (1,31-2,10). Il en est de même pour le risque relatif des décès périnataux, pour les excisions de type 1 de 1,15 (0,94-1,41), pour les excisions de type 2 de 1,32 (1,08-1,62), et pour les excisions de type 3 de 1,55 (1,12-2,16). Plus la mutilation est sévère plus le pronostic néonatal est grave. Les MSF augmentent significativement le taux de nouveau-nés morts nés frais, en faveur d'une cause perinatale.

D'après l'étude de Gondo [4] l'état néonatal avec souffrance cérébrale était de 8,3% pour les patientes excisées contre 3% pour les patientes non excisées. Les auteurs avaient conclu que la rétention vulvaire prolongée du fœtus chez les parturientes mutilées entraînait une souffrance foetale. La différence avec les nouveau-nés de mères non mutilées était significative.

Ces études montrent que plus l'excision est sévère plus le risque d'avoir recours à

une réanimation néonatale est important, de même le taux de réanimations néonatales et de décès est plus fort chez les patientes excisées que chez les patientes non excisées.

Cependant dans notre étude le pronostic néonatal est très bon du fait des moyens mis en place dans la surveillance foetale (monitoring en continu, pH au scalp...) ainsi que la prise en charge adaptée des patientes excisées au moment de la grossesse et de l'accouchement.

En ce qui concerne le **pronostic maternel** :

Dans notre étude il a été difficile de montrer d'éventuelles complications pendant le post-partum puisque la politique en France fait que les patientes sont hospitalisées en moyenne 4 jours à la maternité. Ceci fait que les seules complications que nous avons pu relever sont les infections du post-partum immédiat à savoir : 3% d'infections urinaires, 5,3% d'infections vaginales ainsi que 5,1% d'induration de l'épisiotomie.

D'après l'OMS [2] le risque relatif de décès maternel pendant l'hospitalisation a été de 1,29 (0,36-4,60) pour les excisions de type 1; 4,15 (1,24-14,08) pour les excisions de type 2 et 1,56 (0,25-9,92) pour les excisions de type 3, par comparaison avec les femmes sans mutilation.

Nous n'avons pas trouvé d'étude nous permettant de comparer le taux d'infections du post-partum de notre population avec celui des femmes enceintes dans la population générale, auquel cas nous aurions pu montrer si oui ou non notre population de femmes excisées étaient plus susceptible d'avoir des infections. Cependant au vu de nos recherches dans la littérature il semblerait que les infections chez les femmes mutilées après un accouchement en Afrique, seraient fréquentes. Peu de données concernant les décès maternels sont retrouvées dans la littérature, les causes pouvant être multiples. Néanmoins, la présence de MSF altère indéniablement le pronostic de la mère.

Ces résultats nous permettent de montrer qu'au CHU d'Angers, grâce à la bonne prise en charge de ces patientes et aux explications fournies pour les soins du périnée dans le post-partum, le taux d'infections est bas pour cette population.

CONCLUSION

7 CONCLUSION

Nous avons pu montrer à travers cette étude que la population de femmes excisées a un pronostic obstétrical, maternel et néonatal assez réservé si rien n'est mis en place dans leur prise en charge au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

Notre étude descriptive en lien avec d'autres études très sérieuses menées sur le sujet, a apporté avec un certains niveau de preuve que les MSF sont bien pourvoyeuses de complications en France comme en Afrique dans des contextes certes, très différents.

Les mutilations sexuelles féminines, trop peu connues, doivent être considérées comme des pathologies de la grossesse à part entière et ainsi nécessiter une prise en charge spécifique. Notre étude pourrait amener à faire connaître l'excision au sein d'autres établissements de santé et ainsi mieux appréhender le devenir obstétrical, maternel et néonatal de ces femmes.

D'après nos résultats, il semblerait que la procédure en vigueur depuis fin 2006 au CHU d'Angers soit bénéfique pour ces patientes puisque leur pronostic est très bon. Ces femmes, dans la majeure partie immigrées, ont un contexte social particulier qui fait d'elles des personnes vulnérables, en plus de leur état de grossesse. Il faudrait voir plus loin que leur «seule» excision et ainsi écarter les facteurs de risques tels que les infections, l'anémie, la malnutrition... La prise en charge ne doit pas juste se limiter au périnée mais bien à la femme excisée dans son ensemble. Suite à ce Mémoire, un protocole de service sera mis en place à la maternité afin que les professionnels concernés puissent s'identifier et mener leur rôle auprès de ces femmes.

En France, environ 80% des accouchements sont réalisés par les sages-femmes, ces dernières ont donc un rôle prépondérant à jouer dans la prise en charge de ces femmes mutilées sexuellement et dans la prévention. Notre champ d'action est vaste et complexe. Il est de notre devoir de s'informer sur les mutilations sexuelles et de faire évoluer les représentations.

BIBLIOGRAPHIE

8 BIBLIOGRAPHIE

- [1] DIRIE Waris, Fleur du désert. Du désert de Somalie à l'univers des tops models, J'ai lu, 2000
- [2] BANKS E, MEIRIK O, FARLEY T, AKANDE O, BATHIJA H, ALI M. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. Lancet. 2006;367(9525):1835-41.
- [3] NDIAYE P et al. Mutilation génitale féminine et complications de l'accouchement dans la province de Gourma (Burkina Faso). Santé Publique 2010;22:563–70.
- [4] GONDO D, N'GUESSAN K, BONI S, BOHOUSSOU K, KONE N Les complications obstétricales des mutilations génitales féminines. Médecine d'Afrique Noire – 2004; 51:147-50
- [5] VERNON C. Complications obstétricales et néonatales des mutilations sexuelles féminines. Mémoire : Maïeutique : Université de Strasbourg. 2007
- [6] GONCALVES M. Les Mutilations sexuelles féminines : Quelle prise en charge en maternité ? Mémoire : Maïeutique : Université de Nantes. 2007.
- [7] VAYSSE J. Le rôle de la sage-femme dans la prévention des mutilations génitales féminines. Mémoire : Maïeutique : Université de Paris. 2006.
- [8] BOTTI F. L'escissione femminile tra cultura ed etica in Africa. 2007; [Consulté le 10/12/2012] Disponible à partir : URL : http://amsdottorato.cib.unibo.it/49/1/Tesi_Dottorato_Botti
- [9] FOURNIÉ A, JALLE T, SENTILHES L, LEFEBVRE-LACOEUILLE C. Infections urinaires chez la femme enceinte. Encyclopédie Médico-Chirurgicale d'Obstétrique 2008;8[5-047-A-10]
- [10] MILLOGO-TRAORÉ F, KABA STA, THIEBA B, AKOTIONGA M, LANKOANDE J. Pronostic maternel et foetal au cours de l'accouchement chez la femme excisée. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2007;393–8.

[11] AINA OF. An overview of the socio-cultural and psychiatric aspects of women's reproductive health in West Africa. Niger Postgrad Med J. 2007;14(3):231-7.

[13] Haute Autorité de Santé - Indications de la césarienne programmée. [Consulté le 5/01/2013] Disponible à partir de : URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1165579/indications-de-la-cesarienne-programmee

[12] ANDRO A, LESCLINGAND M. Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France. Population & Sociétés Bulletin d'information de l'Institut National d'Etudes Démographiques INED (438). 2007

[14] Vendittelli F, Houlle C, Méjean A, Tergny E, Jardon S, Accoceberry MF. Réduction du taux d'épisiotomie. CHU Clermont-Ferrand. 2010. [Consulté le 20/01/2013] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/symphas-bmj_po011

[15] MANGIN M, RAMANAH R, AOUAR Z, COURTOIS I, COLLIN A, COSSA S, MARTIN A, MAILLET R, RIETHMULLER D. Données 2007 de l'extraction instrumentale en France : résultats d'une enquête nationale auprès de l'ensemble des centres hospitalo-universitaires - Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Volume 39(2) Page :121-32

[16] LY H,. Impact of female genital mutilation on maternal and neonatal outcomes during parturition. East Afr Med J. 2001 mai;255-8.

[17] BERTRAND X, Ministre de la Santé et des Solidarités. Colloque Mutilations sexuelles féminines. Institut Pasteur; 2006.

[18] FOLDES, P., Victoire sur l'excision, le chirurgien qui redonne l'espoir aux femmes mutilées. Hubert Prolongeau. Paris : Albin Michel, 2006, p. 16

[19] HERZBERGER-FOFANA P. Les Mutilations Génitales Féminines (MGF). Université Erlangen-Nuremberg 2000. [Consulté le 20/01/2013] Disponible à partir de URL : <http://aflit.arts.uwa.edu.au/MGF2.html>

[20] Ministère de la santé et des solidarités. Colloque "Pour en finir avec les mutilations sexuelles féminines", 4 décembre 2006

[21] Ministère de la santé et des sports. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines. Guide pratique. Juillet 2010. [Consulté le 3/09/2012] Disponible à partir de : URL : <http://www.gynsf.org/msf.php>

[22] AFLAK N, GREBILLE AG, ANQUETIL C, BOUQUET DE JOLINIERE J, LEVARDON M. Hémorragies de la délivrance. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français présidé par le Pr M. Tournaire. 1998 décembre Paris

[23] Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS). Mutilations sexuelles féminines. Consulté le 10/11/2012] Disponible sur: <http://www.federationgams.org/msf.php>

[24] Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS). Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines | Les MGF. Disponible sur : <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/>

Participation à une Conférence menée par l'association «Femmes d'ici et d'ailleurs» pour l'action «Marche en corps» dans la lutte contre les excisions le samedi 6 avril 2013 à Angers

ANNEXES

9 ANNEXE

PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTES EXCISEES AU CHU D'ANGERS

Objectif de cette procédure:

Décrire la prise en charge et l'accompagnement des patientes porteuses d'une mutilation sexuelle féminine.

Domaine d'application:

CHU d'Angers pôle femme-mère-enfant
Cliniques gynéco-obstétriques
Cabinets libéraux
PMI, ASE, Planning familiaux
Associations spécialisées dans le droit des femmes
Education nationale
Services judiciaires

Destinataires de l'application:

Médecins
Sages-femmes
Infirmières
Puericultrices
Psychologues
Assistantes sociales

Documents liés:

schémas anatomiques

<http://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceuaxmsf2010.pdf>

clitoridoplastie:

<http://www.urofrance.org/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/chirurgie-plastique-reconstructrice-du-clitoris-apres-mutilation-sexuelle.html>

Protocoles de prise en charge des patientes excisées:

Mémoire de fin d'étude de sage-femme de Manuella Goncalves, Nantes, 2007

«Les mutilations génitales féminines: quelle prise en charge en maternité» sous la direction du Professeur Henri-Jean Philippe

Contacts utiles Associations impliquées en particulier en France dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines:

APTIRA

35 rue St Exupéry

49100 Angers

Tel: 02 41 88 64 33 – Fax: 02 41 88 80 51

Courriel: aptira@orange.fr

GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles)

67, rue des Maraîchers 75020 Paris -

Tel: 01 43 48 10 87 – Fax: 01 43 48 00 73

Courriel : association.gams@wanadoo.fr

Site Internet : www.federationgams.org

CAMS (Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles)

6, place Saint Germain des Prés - 75006 Paris

Tel: 01 45 49 04 00 – Fax: 01 45 49 16 71

Courriel : linda.weilcuriel@cams-fgm.org

Site : <http://www.cams-fgm.org/>

GSF (Gynécologie Sans Frontières)

Faculté de Médecine de Nantes - 1, rue Gaston Veil 44053 Nantes cedex 1

Tel: 02 40 41 29 92

Courriel : admin.gynsf@gmail.com

Site Internet : <http://www.gynsf.org>

MFPP (Mouvement Français pour le planning familial)

4, square Saint Irénée 75011 Paris

Tel: 01 48 07 29 10

Courriel : mfpf@planning-familial.org

Site : <http://www.planning-familial.org>

AME (Association contre la mutilation des enfants)

BP 220 - 92108 Boulogne cx

Courriel : ame@enfant.org

Site : <http://enfant.ovh.org>

Contacts utiles Sites Internet institutionnels:

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (Secteur Santé)

<http://www.sante-sports.gouv.fr/>

(rubrique « *Les dossiers de la santé de A à Z* », dossier « *Mutilations sexuelles féminines* »)

Service des droits des femmes et de l'égalité

Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale

<http://www.solidarite.gouv.fr/> (rubrique « Femmes/égalité »)

La plaquette « Protégeons nos petites filles de l'excision » est téléchargeable sur internet :

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr>

(rubrique « Femmes/égalité », dossier « Actions de communication / publications »)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/index.html>

L'Unicef

http://www.unicef.org/french/protection/files/Mutilations_Genitales.pdf

<http://www.unicef.org/french/pon00/battles.htm>

Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF)

<http://www.cngof.asso.fr>

UNFPA

<http://www.unfpa.org/gender/fgm2007>

Droits de l'enfant

<http://droitsenfant.com/excision.htm>

Un site consacré aux droits de l'enfant.

Droit des jeunes

<http://www.droitsdesjeunes.gouv.fr/>

Ce site gouvernemental aborde la question de l'excision avec des questions simples:

qu'est-ce que l'excision? Qu'est ce que l'infibulation? Est-ce légal? Qui est responsable?

Référence:

Lois et peines encourrues:

http://www.federationgams.org/legislation_msf.php

Discours sous réserve du prononcé du ministre de la santé Xavier Bertrand en décembre 2006 lors du «Colloques des mutilations sexuelles féminines» à l'Institut Pasteur.

Xavier Bertrand, 2006

Définitions et Abréviations

Les MGF sont définies par l'OMS comme toute intervention incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux externes féminins pour des raisons culturelles, religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique.

Le nombre de ces mutilations, illégales dans la plupart des pays du monde, est estimé par l'OMS, à l'échelle mondiale, entre 100 à 132 millions de filles et de femmes.

L'OMS, a regroupé en 1996 les MSF en quatre catégories:

type 1: excision du capuchon et/ou du clitoris

type 2: excision du clitoris et des petites lèvres partiellement ou en totalité

type 3: excision partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres et à l'accolement des grandes lèvres

type 4: il regroupe toutes les interventions non classées (piqûre ou perforation du clitoris et/ou des grandes lèvres, l'étirement du clitoris et/ou des lèvres...)

La gravité de l'excision augmente du type 1 au type 4.

C'est en Afrique essentiellement que l'on retrouve les mutilations sexuelles féminines.

Les excisions de type 2 sont d'ailleurs représentatifs de l'ouest de l'Afrique tandis que les excisions de type 3 sont retrouvées dans les pays de l'est de l'Afrique.

On estime à 35000 environ le nombre de femmes excisées en France, pays d'Europe accueillant le plus grand nombre de ces femmes.

- 1 **MGF**: Mutilations Génitales Féminines
- 2 **MSF**: Mutilations sexuelles Féminines
- 3 **GSF**: Gynécologie Sans Frontières est une association loi 1901 constituée de médecins gynécologues, obstétriciens, et de sages femmes s'impliquant dans l'amélioration de la santé des femmes dans le monde. Concernant les mutilations sexuelles féminines, elle s'investit tout particulièrement dans la formation des professionnels de santé sur ce sujet. Un certain nombre de ressources sont en ligne sur son site internet.
- 4 **CAMS**: En plus du domaine de la formation, la CAMS mène son action sur le terrain judiciaire. Elle peut se porter partie civile en France lorsque des cas d'excision sont connus.

- 5 **GAMS:** Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, est une association loi 1901, constituée de femmes africaines et françaises ayant des compétences dans les domaines de la santé, du social, de l'éducation, et une longue expérience dans la prévention des mutilations sexuelles féminines.
- 6 **APTIRA:** Association pour la Promotion et l'Intégration dans la Région d'Angers
- 7 **Infibulation:** L'infibulation est la suture de la majeure partie des grandes ou des petites lèvres de la vulve, ne laissant qu'une petite ouverture pour que l'urine et les menstruations puissent s'écouler.
- 8 **Désinfibulation:** La désinfibulation consiste à sectionner la suture formée par l'accolement des grandes lèvres sur la ligne médiane afin de permettre l'accès à l'orifice externe du vagin.
- 9 **Clitoridoplastie:** C'est la chirurgie réparatrice qui permet de redonner à la femme excisée un clitoris normalement innervé et possiblement fonctionnel leur permettant ainsi une vie sexuelle.

Prise en charge des patientes subissant les MSF

Identifier systématiquement les MSF

- 1 Lors d'un examen gynécologique la MSF doit être recherchée
- 2 Diagnostiquer le type d'excision
- 3 Examen fait avec bienveillance, respect de la pudeur et de la culture
- 4 Souvent cet examen gynécologique est le premier depuis leur arrivée en France

En parler avec la femme et le couple en se donnant les moyens de communiquer de façon optimale selon les difficultés de la langue et de la culture

- Expliquer ce qui a été vu
- Les conséquences lors de l'accouchement, dans sa vie sexuelle et sur son état de santé
- Evoquer la loi

- Prévention pour les petites filles de la famille et les petites filles à venir
- Réparation possible ultérieure (penser à mettre en annexe doc lié sur la clitoridoplastie)

Proposer un rdv avec le Dr Madzou si MSF de type 2 ou 3 afin qu'une CAT soit rédigée ds le dossier médical pour l'accouchement en plus d'une information éclairée sur la désinfibulation lors de l'accouchement et d'une possibilité de clitoridoplastie ultérieure.

Dans le dossier, devant toutes MSF une CAT adaptée doit être rédigée.

A l'accouchement, lors de l'entrée en salle le medecin de garde sera informé

Une analgésie péridurale est mise en place

En fin de travail la désinfibulation est réalisée par le médecin de garde

Une large épisiotomie systématique est effectuée

Suture de l'épisiotomie et des petites lèvres par le médecin ou la sage-femme

Bien réexpliquer à la patiente et au couple, qu'on ne réinfibule pas, la loi l'interdit

Dans les SDC:

Vigilance sur les soins d'hygiène du périnée

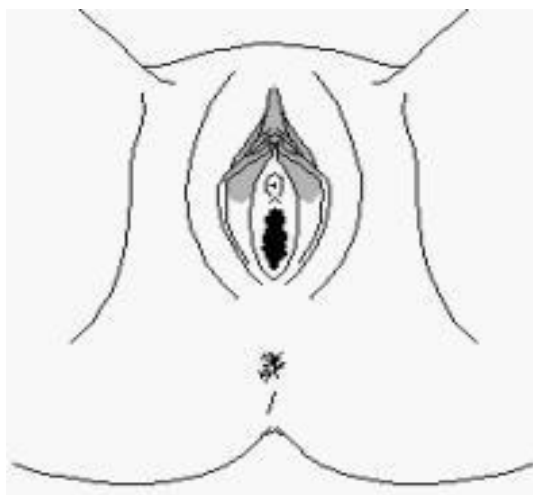
Si naissance d'une petite fille

Rappel de la loi contre l'excision et avertir les services de PMI

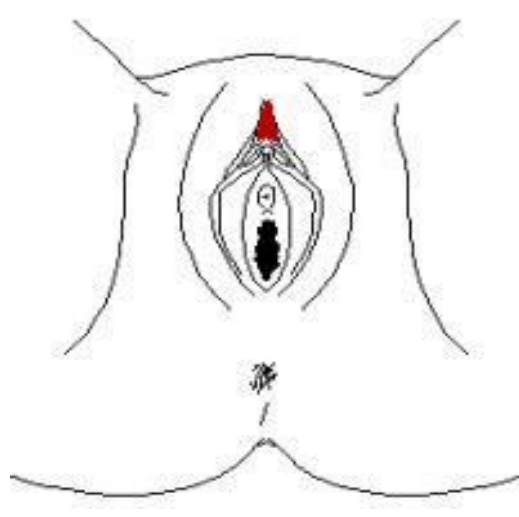
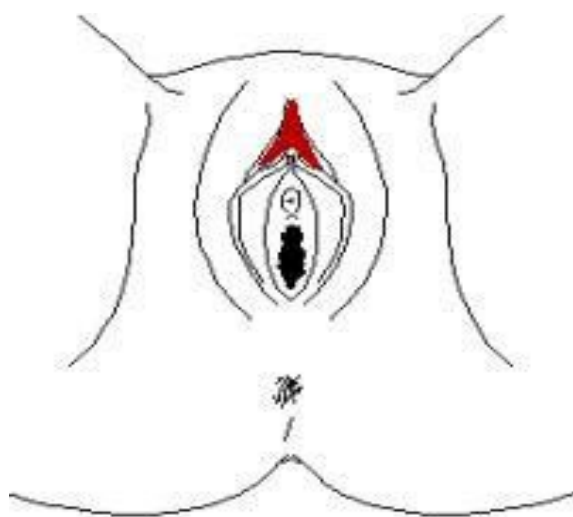
Prévoir la consultation post-natale avec le Dr Madzou

Annexes:

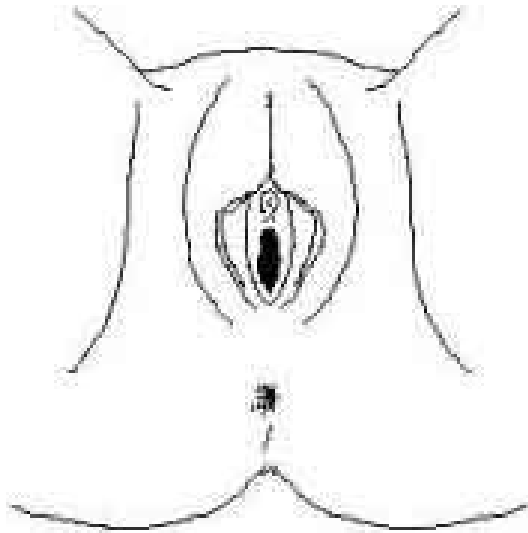
Périnée sans excision



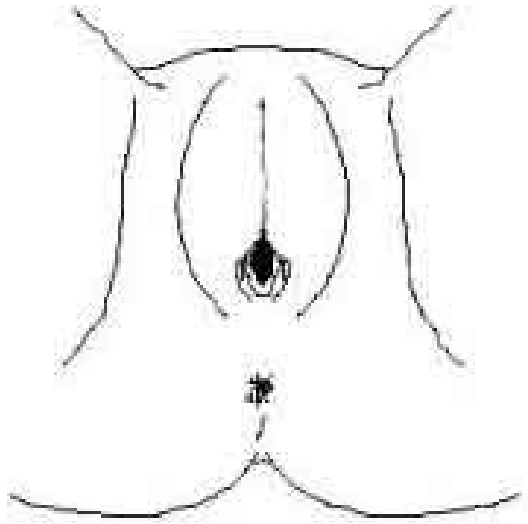
Excisions Type 1:



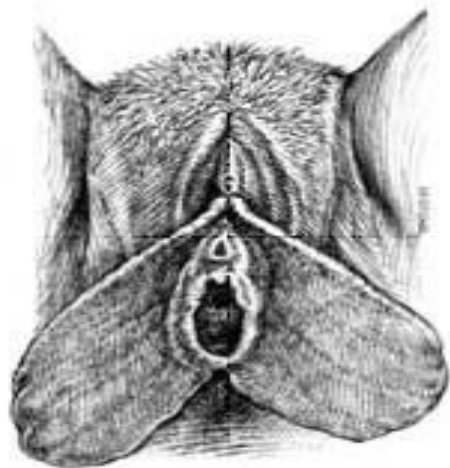
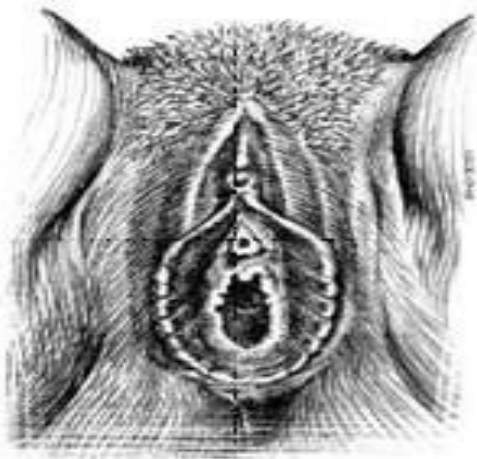
Excisions Type 2:



Excision type 3:



Excision Type 4:



Représentation géographique des excisions:

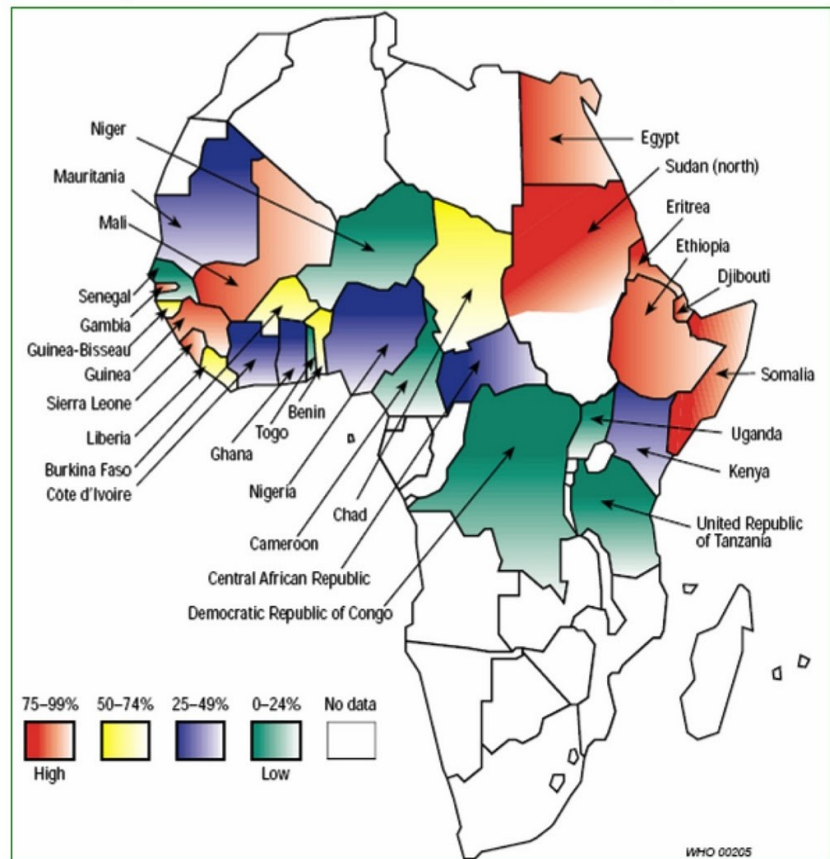
Afrique Sub-saharienne et du Nord-est

Asie : Indonésie, Malaisie, Inde

Péninsule arabique : Yémen, Oman, Syrie, Emirats, Arabie saoudite

Amérique du Sud : Pérou, Brésil

Europe occidentale et Amérique du Nord à cause des mouvements migratoires



10/12/11

SUMMARY

10 SUMMARY

Objective : To evaluate the maternal, obstetric and neonatal outcome of women with sexual mutilations to Angers' CHU.

Patients and Methods : Retrospective and descriptive study on 138 excised patients who gave birth to Angers' CHU between 1st january 2007 and the 31 august 2012. The goal of this study was to see if the global care circumcised women since 2006 had a significant benefit on their obstetric, maternal and neonatal outcome.

Results : Our study showed that the rate of episiotomy was 66,3% on the 98 patients who delivered vaginally with 42,1% of circumcised women with type 1, 71,4% of circumcised women with type 2 and 86,7% of circumcised women with type 3. The rate of emergency caesarean section was 29% which 24% of circumcised women of type 1, 26% of circumcised women of type 2 and 40% of circumcised women of type 3. On the 36 patients in emergency caesarean section, 28 had an excision of type 2 or 3 that to say 77,8%. The postpartum hemorrhage was barely 10% and essentially moderate whatever the type of circumcision. The neonatal outcome was very good, with a neonatal resuscitation rate of 10% which was limited to the ventilation. Furthermore no stillborn or neonatal deaths had been recorded.

Compared to the WHO studies in Africa where there was not global care circumcised women, our episiotomy and caesarean section rate was higher, but our postpartum hemorrhage and tear rate was lower. Similarly, whatever the type of circumcision our neonatal outcome was good while it deteriorated depending on the severity of female circumcision in other studies.

Conclusion : Our active and multidisciplinary care at the University Hospital of Angers seems to improve the obstetric, maternal and neonatal of circumcised patients. Nevertheless, it is essential to fight against this tradition by supporting women and informing them of the risks they and their daughters incur.

Keywords : circumcision, female genital mutilations, pregnancy, childbirth, complications, obstetrical outcome

RESUME

Objectif: Evaluer le pronostic maternel, obstétrical et néonatal des femmes ayant subi des mutilations sexuelles au CHU d'Angers.

Patientes et Méthodes : Etude rétrospective et descriptive concernant 138 patientes excisées ayant accouché au CHU d'Angers entre le 1er janvier 2007 et le 31 août 2012. Le but de cette étude était de voir si la prise en charge globale des femmes excisées instaurée depuis 2006 avait un bénéfice notable sur leur pronostic obstétrical, mais aussi maternel et néonatal.

Résultats: Notre étude a montré que le taux d'épisiotomie était de 66,3% sur les 98 patientes qui ont accouché voie basse dont 42,1% des femmes excisées de type 1, 71,4% des femmes excisées de type 2 et 86,7% des femmes excisées de type 3. Le taux de césarienne s'élevait à 29% dont 24% de femmes excisées de type 1, 26% de femmes excisées de type 2 et 40% de femmes excisées de type 3. Sur les 36 patientes césarisées en urgence, 28 avaient une excision de type 2 ou 3 soit 77,8%. Le taux d'hémorragie de la délivrance était d'à peine 10% et essentiellement modérée quelque soit le type d'excision. Le pronostic néonatal était très bon, avec un taux de réanimation néonatale de 10%, qui se limitait à la ventilation. Par ailleurs aucun mort-né ni décès néonatal n'avaient été constatés.

Comparativement aux études de l'OMS réalisées en Afrique où il n'y avait pas de prise en charge globale des femmes excisées, nos taux de césarienne et d'épisiotomie étaient bien plus élevés, mais nos taux de déchirures et d'hémorragies de la délivrance étaient bien plus faibles. De même quelque soit le type d'excision notre pronostic néonatal était bon alors qu'il se dégradait en fonction de la sévérité de l'excision dans les autres études.

Conclusion: Notre prise en charge active et multidisciplinaire au CHU d'Angers semble améliorer le pronostic obstétrical, maternel et néonatal des patientes excisées.

Néanmoins, il est essentiel de lutter contre cette tradition ancestrale en accompagnant ces femmes et en les informant du risques qu'elles et leurs filles encourent.

Mots clés: excision, mutilations sexuelles féminines, pronostic obstétrical.