

UNIVERSITE LOUIS PASTEUR
FACULTE DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNEE UNIVERSITAIRE 2006-2007

**COMPLICATIONS OBSTETRIQUES ET NEONATALES
DES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES**

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU

PAR

Cécile VERNON

Née le 19 Mai 1982 à REIMS

Promotion 2003-2007

DIRECTEUR DE MEMOIRE : Monsieur le Docteur Germain AISSI

RESUME :

Les mutilations sexuelles féminines, véritable violation du droit fondamental de toutes personnes à l'intégrité de son corps, se perpétuent depuis des millénaires. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), classe ces mutilations en quatre types selon la partie de l'anatomie vulvaire concernée. Du fait des phénomènes migratoires, ces traditions africaines ancestrales se rencontrent depuis les années 1970 sur le territoire français. Malgré l'existence depuis déjà près de trente ans de ces pratiques dans notre pays, le gouvernement ainsi que le corps médical ne s'étaient que partiellement mobilisé autour de ce problème.

Ce mémoire, basé sur l'analyse de deux études récentes réalisées en Afrique et sur une enquête personnelle réalisée en région parisienne, tente d'apprécier dans quelles mesures ces pratiques rituelles augmentent le taux de complications obstétricales et néonatales.

Grâce à ces trois investigations, les effets délétères du tissu cicatriciel au niveau de la vulve (résultant des MSF), ont pu être mis en évidence au décours de l'accouchement et il semble que la nature des mutilations soit liée à la nature des complications.

Notre travail fait le point sur le champ d'action potentiel des sages-femmes face à ces patientes particulières. Il explore, de plus, les dernières réformes réglementaires et les nouvelles pistes que le gouvernement met en place pour atteindre l'objectif qu'il s'est fixé : l'abolition des MSF d'ici 2010 !

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	p.4
1. GENERALITES	p.5
1.1 La définition	p.5
1.2 Les motivations	p.5
1.3 La répartition géographique	p.6
1.4 La classification	p.8
1.5 L'historique	p.10
1.6 L'histoire française	p.11
1.7 Les causes	p.11
1.8 Le rituel	p.12
2. LES REPERCUSSIONS	p.13
2.1 Précoces	p.13
2.2 Tardives	p.14
2.3 Obstétricales et néonatales	p.14
3. LE PLAN DU MEMOIRE	p.15
CHAPITRE 2 : MATERIELS ET METHODES	p.16
1. SELECTION DU MATERIEL	p.17
1.1 Les articles	p.17
1.2 L'enquête personnelle	p.18
2. METHODES D'INTERVENTION	p.19
2.1 Les articles	p.19
2.2 L'enquête personnelle	p.19
CHAPITRE 3 : DESCRIPTION DES ETUDES	p.21
1. ETUDE DE L'OMS : «MUTILATIONS GENITALES FEMININES ET CONSEQUENCES OBSTETRIQUES»	p.22
1.1 Objectif de l'étude	p.22
1.2 Matériels et méthodes	p.22
1.3 Résultats	p.23
1.4 Discussion des auteurs	p.25
1.5 Conclusions des auteurs	p.26

2. ETUDE DE GONDO : «LES COMPLICATIONS OBSTETRIQUES DES MUTILATIONS GENITALES FEMININE»	p.27
2.1 Objectif de l'étude	p.27
2.2 Matériels et méthodes	p.27
2.3 Résultats	p.28
2.4 Discussion des auteurs	p.29
2.5 Conclusions des auteurs	p.30
3. ENQUETE PERSONNELLE : «COMPLICATIONS OBSTETRIQUES ET NEONATALES DES MSF A PARIS»	p.31
3.1 Objectif de l'étude	p.31
3.2 Matériels et méthodes	p.31
3.3 Résultats	p.33
3.4 Conclusions	p.37
 CHAPITRE 4 : DISCUSSION	p.38
1. VALIDITE DE NOTRE TRAVAIL	p.39
1.1 Analyse critique des études	p.39
2. ANALYSE DES RESULTATS	p.44
2.1 Complications autour de la naissance en général	p.44
2.2 Complications de l'accouchement par voie basse	p.44
2.3 Répercussions des MSF sur le fœtus	p.45
2.4 Répercussions des MSF sur le nouveau-né	p.45
3. ROLE DE LA SAGE-FEMME DANS LA PRISE EN CHARGE D'UNE FEMME MUTILEE SEXUELLEMENT	p.47
3.1 La sage-femme en consultation prénatale	p.47
3.2 La sage-femme en salle d'accouchement	p.48
3.3 La sage-femme en suites de couches	p.50
4. LE GOUVERNEMENT FRANÇAIS FACE AUX MSF	p.55
4.1 Les lois françaises sur les mutilations sexuelles	p.55
4.2 Le plan d'action gouvernemental	p.58
 CONCLUSION	p.60
BIBLIOGRAPHIE	p.63
ANNEXES	

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1. GENERALITES

1.1 La définition

L'excision ou mutilations génitales féminines (MGF), sont les noms génériques donnés à différentes pratiques traditionnelles, qui entraînent l'ablation d'organes génitaux féminins¹. Volontairement nous utiliserons le terme de «mutilation sexuelle féminine» (MSF), car ces mutilations ne touchent pas seulement l'anatomie génitale, mais altèrent bel et bien la sexualité de la femme dans sa globalité. Selon une estimation de l'UNICEF² (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) réalisée en février 2006, ce sont 130 millions de femmes à travers le monde qui ont subi des MSF. Cela représenterait environ une femme sur trois sur le continent africain. Aujourd'hui en France, cet acte répréhensible concerne ou menace 60 000 petites filles.³

1.2 Les motivations

Lors de ma deuxième année d'étude à l'école de sage-femme, j'ai été un jour confrontée en salle d'accouchement, à une femme mutilée sexuellement et aussi incroyable que cela puisse paraître, je n'avais alors aucune idée du type de traumatisme que cette femme avait bien pu subir, pour présenter de pareilles cicatrices. Evidement j'avais déjà entendu parler de la «circoncision féminine», mais jamais je n'aurai pu présumer de la violence de ce rituel, de l'importance de son expansion, mais également de sa présence en France encore au 21ème siècle. Ce n'est que plus tard en cherchant sur Internet la réponse à mes interrogations que je me suis rendu compte de l'ampleur du phénomène.

¹ <http://www.droitsenfant.com/excision.htm>

² <http://aflit.arts.uwa.edu.au/MGF11.html>

³ <http://perso.orange.fr/..associationgams/pages/presgams.html>



Ce qui m'a le plus interpellé, c'est le fait qu'il soit possible aujourd'hui d'être européen, adulte, de suivre un cursus d'études supérieures, médicales qui plus est et de n'avoir jamais entendu prononcer le mot excision pendant toute une scolarité normale, alors que cela concerne une femme toutes les quinze secondes à travers le monde.

<http://www.afrik.com/dossier191.html>

Cette femme mutilée qui avait animé en moi tant de tumultes et de stupéfactions, a malheureusement connu un accouchement extrêmement dystocique et douloureux, compliqué d'une déchirure complète du périnée. A posteriori, je m'étais alors interrogée sur la conduite à tenir que j'aurai du adopter. Aurais-je du pratiquer une épisiotomie plus précocement ? Cette femme devait-elle vraiment accoucher par voie basse ? Aurait-on du appeler le médecin gynécologue de garde ainsi que le pédiatre pour seule indication de mutilation sexuelle ? Faute de protocole dans les salles d'accouchements alsaciennes où j'ai réalisé mes stages, mais également face à l'ignorance par rapport aux MSF de toutes les personnes interrogées à ce sujet, toutes mes questions sont restées sans réponse, ce qui fut à l'origine de la motivation pour l'élaboration de ce mémoire.

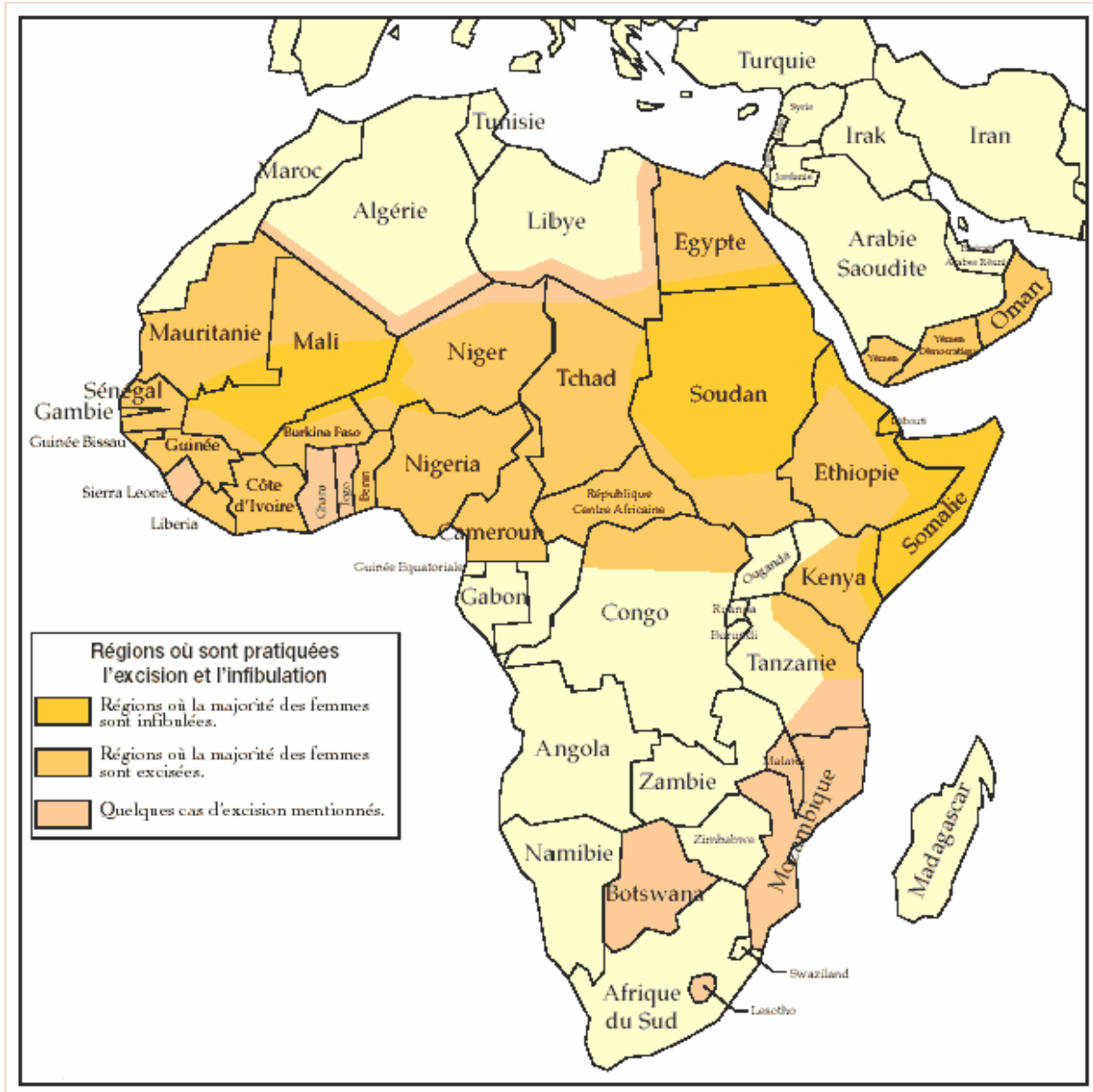
1.3 La répartition géographique

La population concernée est majoritairement originaire d'Afrique. En France les départements concernés sont les huit départements de l'Île-de-France, ainsi que ceux des Bouches du Rhône, de Seine-Maritime, du Rhône, du Nord, de l'Oise et de l'Eure⁴. Cette pratique, mal connue car tabou, est rencontrée dans vingt-huit pays africains de la région sub-saharienne, ainsi que dans la partie nord-est de l'Afrique. La pratique sporadique des MSF est également observée dans certains pays du Moyen-Orient et dans quelques groupes ethniques de l'Inde et du Sri Lanka⁵.

⁴ <http://perso.orange.fr/..associationgams/pages/mgf.html>

⁵ Nuret, L., 2006, Le rôle de la sage-femme face aux mutilations sexuelles féminines, Diplôme d'état de sage-femme, Ecole de Sages-femmes de Tours, p 11

REPARTITION EN AFRIQUE DES DIFFERENTS TYPES DE MSF



<http://www.gams.be/site/pages/02carte.php>

1.4 La classification

L'OMS, a regroupé en 1996 les MSF en quatre catégories⁶:

Le type 1 : le «sunna», signifiant «tradition» en arabe, qui 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. En Egypte, la clitoridectomie remonte à l'époque des pharaons. Sur de nombreuses momies, dont celles de Néfertiti et Cléopâtre, on retrouve les traces de cette mutilation. Montherlant prétendait que toutes les momies égyptiennes étaient excisées⁷.

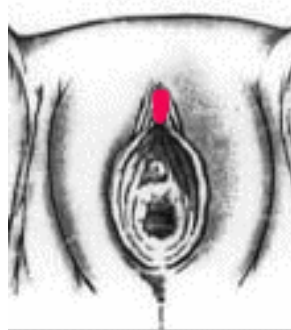


Schéma1: MSF de type 1⁸

Le type 2 : on retrouve la clitoridectomie, accompagnée de l'ablation partielle ou totale des petites lèvres. Excision signifie «purification» en langue Soninké*. Elle est surtout pratiquée par les sociétés vivant en Afrique de l'ouest. C'est la forme la plus répandue, elle représente environ 80% des MSF.

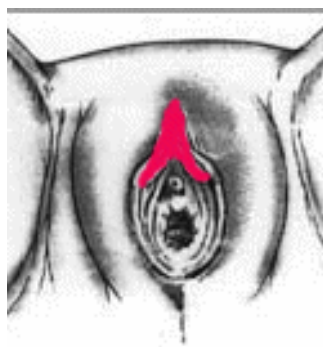


Schéma 2 : MSF de type 2

* Le Soninké est une langue de la famille Nigéro-congolaise, parlée par environ un million de personnes

⁶ <http://www.gams.be/site/pages/02types.php>

⁷ Bulletin d'Académie Nationale de Médecine, 2003, 187, n°6, 1051-1066, séance du 17 juin 2003, p 1054

⁸ <http://aflit.arts.uwa.edu.au/MGF11.html>

Le type 3 : c'est la forme la plus grave. Elle représente environ 15% des MSF. C'est l'infibulation, qui est également connue sous le nom d'«excision pharaonique». Lors de cette opération, on procède tout d'abord à l'ablation du clitoris, des petites et des grandes lèvres. La vulve est ensuite suturée à l'aide d'épine, de fil de soie, de fil de lin, de chanvre ou encore de Catgut*. Seul un orifice étroit et fibreux est ménagé pour l'écoulement de l'urine et des règles. La jeune femme sera désinfibulée ou «intronisée» par son époux le soir de la nuit de nocce, à l'aide d'un objet coupant tel un couteau ou encore un bistouri. Il peut également confier cette tâche à une autre femme. Parfois, c'est le mari qui déchire progressivement sa femme par la force et un rapport complet n'est possible qu'après des semaines voire des mois de tentatives infructueuses. Certaines femmes peuvent consulter enceintes sans n'avoir jamais été pénétrées. Elle sera ensuite recousue aux «dimensions du mari» pour certains, à l'aide d'un pénis artificiel en érection, en bois ou en argile. Pour d'autres, la fille conserve ce pénis factice plusieurs jours fiché dans la blessure, afin de garder le vagin ouvert jusqu'à ce que les deux bords de la plaie soient cicatrisés⁹. Elle sera également désinfibulée et réinfibulée au rythme de ses différentes grossesses. L'infibulation est essentiellement répandue dans les pays islamisés de l'Afrique de l'est, où les coutumes sont étonnamment rigides et la virginité des filles plus prisée que partout ailleurs. Ces pratiques sont également retrouvées dans une moindre mesure, en Afrique de l'ouest. Dans le langage courant, on parle d'excision pour le type 1 et 2 et d'infibulation, pour le type 3.

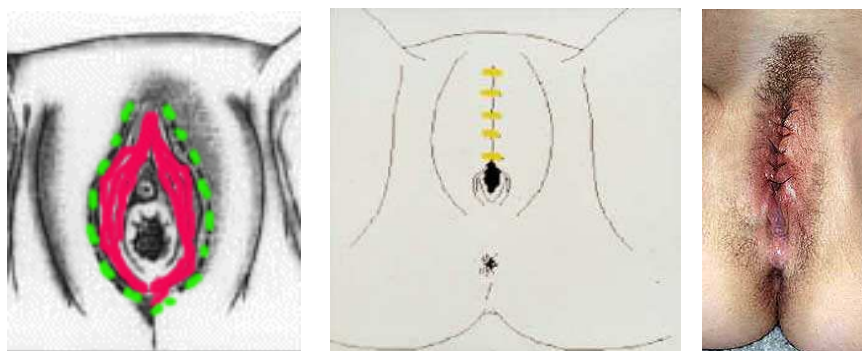


Schéma 3 : MSF de type 3¹⁰

* Lien résorbable en boyau de chat, utilisé pour les sutures chirurgicales

⁹ <http://www.gams.be/site/pages/02consequences.php>

¹⁰ <http://aflit.arts.uwa.edu.au/MGF11.html>

Le type 4 : 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.

1.5 L'historique

L'**excision** remonte à des temps très anciens. Elle daterait du Vème siècle avant Jésus Christ selon Hérodote*. Le premier document à mentionner cette mutilation est égyptien. Conservé au British Muséum, le Papyrus XXIV ; 13 date vraisemblablement de 163 avant Jésus-Christ¹¹. Un siècle plus tard, le géographe grec Strabon constate qu'elle se pratiquait en Arabie, bien avant l'Islam. En ce qui concerne l'**infibulation**, elle s'est répandue au cours des siècles en Ethiopie, en Erythrée, en Somalie et dans la vallée du Nil. Elle a suivi la route des caravanes à l'ouest et atteint le Tchad. A l'est, les marins Danakil l'ont introduite sur l'autre rive de la mer Rouge. L'aire d'expansion de l'infibulation est beaucoup moins vaste que celle de la clitoridectomie. Bien qu'elle soit aujourd'hui l'apanage presque exclusif des sociétés musulmanes, 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 corvéables sans interruption, on en obtenait un prix plus élevé. Les voyageurs européens avaient surnommé celles qui avaient subi cette opération «les filles cousues».¹²

*Hérodote, historien grec (484-420 avant JC)

¹¹ <http://aflit.arts.uwa.edu.au/MGF11.html>

¹² <http://www.sante-az.aufeminin.com/w/sante/s524/sexualite/ecision-et-infibulation.html>

1.6 L'histoire française

Dans l'histoire de la France, ce phénomène est assez récent. En effet, ce sont les diverses politiques africaines de la France, du Général de Gaulle à la présidence de Jacques Chirac, qui sont à l'origine de l'arrivée de masses migratoires africaines sur le territoire français. C'est lors des premiers rapprochements familiaux des travailleurs immigrés africains, dans les années 1970, qu'ont été observées pour la première fois ces mutilations, dans les cabinets de gynécologie et dans les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI).¹³

1.7 Les causes

Si de nombreuses hypothèses ont été formulées pour expliquer la pratique des MSF, deux sont plus récurrentes que les autres.

- Tout d'abord, beaucoup pensent à tort que l'Islam prescrit cette pratique, or l'excision n'est pas un commandement du prophète¹⁴. 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 l'exhorta à la modération, «n'enlève pas tout» lui demanda-t-il. Lui-même n'a jamais fait exciser ses filles, et <http://www.afrik.com/article7362.html> rien dans le Coran n'impose ce rituel. Aucune cérémonie religieuse n'accompagne cet acte, seul un épais silence l'entoure.
- La deuxième raison la plus retrouvée réside dans le fait qu'une femme non excisée est soi-disant impure et incapable de maîtriser ses pulsions sexuelles, car frustrée par la polygamie.



D'autres ethnies pensent 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 qu'il convient de couper afin que la fillette devienne une femme à part entière. Beaucoup d'autres également pensent que le pénis est retenu prisonnier lors du rapport sexuel si la femme n'est pas «coupée».

¹³ <http://aflit.arts.uwa.edu.au/MGF11.html>

¹⁴ <http://www.afrik.com/article7362.html>

La pression sociale, le risque de se faire exclure de la communauté et le fait qu'aucun homme ne veuille épouser une femme non excisée, font qu'il est quasiment impossible pour ces dernières de se rebeller contre les traditions.

On peut se demander pourquoi ces femmes qui ont subi cette torture la perpétuent chez leur propre enfant. La réponse à cette question réside dans le fait que pour ces parents, cette mutilation n'est pas vécue comme une maltraitance, mais bel et bien comme un rite de passage, c'est un marqueur symbolique d'identité. Ce rituel est le passage d'un enfant bisexuel et indifférencié à l'état d'adulte, appartenant à la communauté. C'est l'excision ou l'exclusion¹⁵.

1.8 Le rituel¹⁶



Ce rituel s'exécute en général, 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. Cela dépend de l'ethnie d'origine de la jeune fille. Cette opération est pratiquée par une exciseuse,

<http://www.afrik.com/article7362.html> matronne ou tradi-praticienne dont le métier est lucratif. Cette dernière occupe la fonction d'accoucheuse, dans les pays où la profession de sage-femme n'est pas réglementée. Les cérémonies peuvent être longues, importantes, accompagnées d'un rituel complexe ou au contraire, expéditives et limitées à quelques personnes. On fait miroiter à ces petites filles la perspective d'une journée de joie, de cadeaux, de chant et de fête, le jour où enfin elles intégreront la communauté. Cet acte, exclusivement réalisé entre femmes, de manière individuelle ou collective, est le plus souvent accompagné de chants qui servent à couvrir les hurlements de la jeune fille, qui est fermement maintenue par plusieurs femmes adultes. L'exciseuse pour ce faire, utilise des couteaux spéciaux, des lames de rasoirs ou encore des tessons de bouteilles.

¹⁵<http://www.gams.be/site/pages/02types.php>

¹⁶<http://aflit.arts.uwa.edu.au/MGF4.html>

Seront ensuite appliquées sur la plaie durant plusieurs jours, toutes sortes d'onguents et de plantes cicatrisantes à base d'herbe, de boue, de cendre ou encore de bouse de vache. Pour obtenir la coalescence des grandes lèvres, les jambes de l'enfant sont fixées de façon à éviter tout mouvement. Miction et exonération se font ainsi in situ pendant toute la durée de l'immobilisation, c'est à dire trois à quatre semaines. Si aucune complication n'intervient, la cicatrisation a lieu au bout de quarante jours.¹⁷

2. LES REPERCUSSIONS¹⁸

La nature des mutilations, excision ou infibulation, les conditions d'hygiène précaires dans lesquelles elles sont effectuées, ainsi que la vascularisation très importante du clitoris, expliquent la fréquence et la gravité des complications. Les conséquences pour ces femmes, d'ordre physiques et psychologiques, sont dramatiques.

2.1 Précoces

Les répercussions immédiates sont :

- une douleur intense et intolérable, génératrice de peur, d'angoisse et parfois même de grave état de choc. Cette douleur intolérable peut entraîner la mort.
- les saignements qui accompagnent l'ablation de cette zone sont tels que malheureusement, bien des jeunes filles ne survivent pas à l'hémorragie. On estime que 5 à 15% des jeunes filles ne survivent pas à la mutilation.
- les brûlures à l'émission d'urine sont si importantes que des retentions réflexes se compliquent bien souvent d'infections, dues à une stase urinaire.

¹⁷ [http:// www.gams.be/site/pages/02types.php](http://www.gams.be/site/pages/02types.php)

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

2.2 Tardives

Il y a également des conséquences tardives. Ce sont :

- des infections de type urinaire, vulvaire ou encore des kystes dermoïdes, contenant peau et poil, malencontreusement inclus à l'intérieur de la cicatrice.
- des pelvipéritonites, des salpingites, dont la conséquence directe est la stérilité, des septicémies et des contaminations par le tétanos, le virus de l'immunodéficience humaine, l'hépatite B ou encore l'hépatite C.
- une diminution ou une disparition de la sensibilité des organes génitaux qui entraîne l'insatisfaction lors des rapports sexuels.
- de sévères conséquences psychiatriques, notamment des crises d'angoisse et des dépressions, avec parfois des tendances suicidaires.

2.3 Obstétricales et néonatales¹⁹

En ce qui concerne les complications obstétricales, elles sont redoutables. Le caractère scléreux de la cicatrice des mutilations peut-être à l'origine de déchirures extrêmement hémorragiques du périnée antérieur et postérieur, laissant comme séquelles des fistules recto-vaginales, aux conséquences non moins désastreuses. En Afrique, si le travail se prolonge abusivement, il peut se produire une nécrose des tissus séparant la vessie et le vagin, due à la pression de la tête fœtale sur le rebord osseux du pubis, créant une escarre qui laisse subsister une fistule vesico-vaginale. Celle-ci se révèle au 10^{ème} ou 12^{ème} jour de suites de couches par une fuite urinaire. D'autre part, au moment de l'expulsion peuvent survenir des déchirures graves du périnée postérieur, mettant en contact le vagin et le rectum, à l'origine de fistules recto-vaginales. Devenue incontinente, la jeune femme sera progressivement mise à l'écart par sa famille et son village²⁰.

¹⁹ <http://www.gams.be/site/pages/02consequences.php>

²⁰ <http://lefemininlemporte.hautetfort.com/archive/2006/05/31/la-fistule-obstetricale-qu%E2%80%99est-ce-que-c%E2%80%99est.html>

Les MSF aboutissent également plus fréquemment à des souffrances fœtales aiguës ou chroniques, ou encore à des accouchements prématurés, liés au fait que ces femmes sont plus à risque d'infections de la sphère génitale.

3. LE PLAN DU MEMOIRE

Il paraît logique et communément admis que les MSF, responsables de tissu cicatriciel au niveau du périnée, soient pourvoyeuses de complications lors de l'accouchement. Il n'a paru intéressant de confirmer cette idée par des données scientifiques.

Grâce à l'analyse de deux articles et d'une enquête personnelle, nous essayerons d'appréhender toutes les complications, obstétricales et néonatales, que les MSF engendrent, mais surtout nous tenterons d'établir un lien entre l'importance des complications et les différents types de MSF, décrits dans la classification de l'OMS.

Finalement, grâce aux conclusions de nos recherches, nous pourrons par la suite proposer des recommandations et donc établir le rôle précis, que peut jouer la sage-femme face à ces patientes particulières.



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

CHAPITRE 2 :
MATERIELS ET METHODES

1. SELECTION DU MATERIEL

Pour trouver nos articles, nous avons effectué une recherche bibliographique dans la littérature grise, que nous avons complétée par une recherche dans les banques de données informatiques suivantes :

- Cochrane library
- Medline
- Pascal

Nous y avons effectué une recherche spécifique au moyen de mots clé tels que «female genitale mutilation (FGM), delivery, complication, pregnancy, stillbirth, excision of the clitoris, infibulation, mutilation sexuelle, accouchement ».

1.1 Les articles

Nous avons recherché ces articles en évaluant leurs qualités méthodologiques, à l'aide d'une grille de lecture de survol²¹, permettant d'apprécier :

- La notoriété du support dans lequel se trouvait l'article, si c'était une revue possédant un impact factor²² élevé.
- La date de publication, nous avons éliminé tous les articles parus avant l'année 2000.
- Le titre, s'il allait dans le sens de notre problématique.
- Les auteurs, s'ils avaient déjà publié sur le sujet, à quel groupe d'étude appartenaient-ils ou encore si leurs situations professionnelles leur conféraient une connaissance de notre sujet.
- Le résumé, nous permettait d'apprécier la problématique ainsi que les matériels et méthodes de l'étude.
- L'introduction et la conclusion, nous renseignaient sur la cohérence de l'étude proposée.
- Les résultats, s'ils étaient valides et applicables à notre pratique médicale.

²¹ Maisonneuve, H., Et al, «Elaboration d'un mémoire, guide méthodologique pour le diplôme d'état de sage-femme», Ecole de sages-femmes de Strasbourg, 2005-2006, p17

²²<http://www.bioscience.org/services/impact15.htm>

- Etude de L'OMS²³

Afin de pouvoir évaluer le taux de complications obstétricales et néonatales, nous avons d'abord choisi d'analyser un article intitulé «Mutilations génitales féminines et conséquences obstétricales». Cette étude, réalisée par le groupe d'étude de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est parue le 3 juin 2006 dans The Lancet. Cet article, paru en anglais, est tiré de la base de données Medline. Nous avons ensuite interrogé Pubmed, qui est une des interfaces de Medline. Les mots clés qui nous ont permis de trouver cet article ont été : «genitale mutilation», «delivery» et «complication».

L'étude de l'OMS mettant en exergue les complications dues aux MSF, relatives à la naissance en général, mais n'abordant pas les complications propres à l'expulsion elle-même, nous avons alors cherché un autre article pouvant nous apporter les outils permettant de répondre à notre problématique.

- Etude de Gondo²⁴

Pour trouver cette étude nous avons utilisé une autre base de données, Pascal, et nous avons trouvé un article paru en 2004, dans le périodique Médecine d'Afrique noire. C'est une étude comparative, comportant les critères que nous recherchions. Pour trouver cet article, les mots clés tapés ont été «Mutilation génitale féminine», et «complication obstétricale». L'article est édité en Français.

1.2 L'Enquête personnelle

La littérature française à ce sujet étant très pauvre, nous avons décidé de nous faire notre propre idée sur l'importance du phénomène en France et de ses répercussions dans «nos» salles d'accouchements. Pour cela nous avons, parallèlement à la recherche d'articles scientifiques, entrepris la réalisation d'un questionnaire.

²³ Banks, E., Et al, "Female genital mutilation and obstetric outcome : WHO collaborative prospective study in six African countries", The Lancet, Juin 2006, Vol. 367, p.1835-1841

²⁴ Gondo, D., Et al «Les complications obstétricales des complications génitales», Médecine d'Afrique noire, 2004, vol.51, p.147-150

2. LES METHODES D'INTERVENTION

2.1 Les articles

Après avoir trouvé les articles susceptibles d'être utiles à notre travail de recherche, nous les avons analysés grâce à une grille de lecture²⁵, en étudiant:

- Les objectifs de l'étude
- Le type de l'étude
- Les facteurs étudiés
- La population étudiée
- Les biais
- L'analyse statistique

A partir de cette méthode de travail rigoureuse, nous avons donc pu discuter les résultats.

2.2 L'enquête personnelle

Lors de la réalisation de ce questionnaire, nous nous sommes posé trois questions :

- ◆ Comment réaliser ce questionnaire ?

Les facteurs à étudier étant les complications lors de l'accouchement en fonction des différents types de MSF, nous avons requis l'aide d'un épidémiologiste de l'Hôpital Civil de Strasbourg pour l'élaboration de ce questionnaire. (ANNEXE I)

- ◆ Où envoyer ce questionnaire ?

Les maternités accueillant un nombre élevé de femmes mutilées et donc susceptibles d'accueillir notre étude, ont été sélectionnées par prospection téléphonique.

²⁵ Landrivon, G., «Méthode globale de lecture critique d'articles médicaux à l'usage de l'étudiant et du praticien», Frison-Roche, Paris, 1996

◆ A quelle population s'adresse ce questionnaire ?

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une étude de flux migratoire, afin de connaître la population africaine que notre enquête allait intéresser et donc ainsi le type de MSF, que nous étions susceptible de rencontrer.

L'étude comparative entre femmes excisées et femmes non excisées, s'est déroulée entre février 2006 et novembre 2006, dans les salles d'accouchements de dix maternités de Paris et de sa banlieue, c'est-à-dire dans le 10^{ème}, le 18^{ème}, le 19^{ème} et le 20^{ème} arrondissement ainsi que dans les départements de Seine Saint-Denis (93) et de Seine et Marne (77) ; Liste des maternités (ANNEXE II). Après avoir reçu les questionnaires à choix binaires, remplis par les sages-femmes, nous les avons analysés, puis repartis les résultats dans des tableaux, afin d'en faciliter la lecture. Les données ont été saisies dans un tableau simple de type Microsoft Word.

CHAPITRE 3 :
DESCRIPTION DES ETUDES

1. ETUDE DE L'OMS²⁶ «MUTILATIONS GENITALES FEMININES ET CONSEQUENCES OBSTETRIQUES»

1.1 Objectif de l'étude

Évaluer les conséquences obstétricales et néonatales des différents types de mutilations génitales féminines.

1.2 Matériels et méthodes

L'étude a été menée de novembre 2001 à mars 2003, soit sur environ 16 mois et a inclus 28 393 femmes, enceintes d'une grossesse simple. Elle a été menée dans 28 hôpitaux de 6 pays d'Afrique, à savoir le Burkina-Faso, le Ghana, le Kenya, le Niger, le Sénégal et le Soudan ; Les différents centres de soins variant de l'hôpital rural isolé à l'hôpital universitaire, situé dans une capitale. Lors de la grossesse, les femmes ont été interrogées par des sages-femmes formées, à propos de leur histoire médicale, obstétricale et personnelle, mais également examinées afin de déterminer le type de MSF dont elles étaient porteuses. La classification utilisée était celle de l'OMS décrite dans l'introduction. Les participantes, déchargées de tous frais hospitaliers, ont toutes reçu les informations concernant l'étude dans laquelle elles étaient incluses et ont apporté leur consentement. Les parturientes dont un travail trop avancé ne permettait pas l'inspection obligatoire de la vulve, ou celles qui n'étaient pas en mesure d'apporter un consentement libre et éclairé n'étaient pas incluses dans l'étude. Ce projet a été approuvé par les comités éthiques locaux et nationaux.

²⁶Banks, E., Et al, "Female genital mutilation and obstetric outcome : WHO collaborative prospective study in six African countries", The Lancet, Juin 2006, vol. 367, p.1835-1841

1.3 Résultats

Le risque relatif RR, utilisé dans nos tableaux est un indicateur statistique, utilisé en épidémiologie, mesurant la relation entre l'exposition à un facteur de risque (exemple: les MSF), et l'apparition d'une maladie (exemple: les complications obstétricales) ; c'est une mesure du risque. Par exemple, dire qu'une femme excisée a 2 fois plus de risques d'avoir une épisiotomie qu'une femme non mutilée, équivaut à dire que le risque relatif lié aux MSF est égal à 2. Les chiffres entre parenthèses, représentent l'indice de confiance. Cela signifie que les auteurs évaluent qu'il y a 95% de chances pour que la valeur réelle du risque relatif se trouve effectivement entre ces deux valeurs limites.

- **TAUX DE CESARIENNES**

Tableau 1 : Répartition des césariennes en fonction du type de MSF

Césarienne	Risque relatif
Pas de MSF	1.00
MSF type 1	1.03 (0.88-1.21)
MSF type 2	1.29 (1.09-1.52)
MSF type 3	1.31 (1.01-1.70)

- **HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE**

Tableau 2 : Répartition des hémorragies de la délivrance en fonction du type de MSF

Hémorragie de la délivrance > 500 ml	Risque relatif
Pas de MSF	1.00
MSF type 1	1.03 (0.87-1.21)
MSF type 2	1.21 (1.01-1.43)
MSF type 3	1.69 (1.34-2.12)

- **ALLONGEMENT DU TEMPS D'HOSPITALISATION**

Tableau 3 : Allongement du temps d'hospitalisation en fonction du type de MSF

Allongement du temps d'hospitalisation	Risque relatif
Pas de MSF	1.00
MSF type 1	1.15 (0.97-1.35)
MSF type 2	1.51 (1.29-1.76)
MSF type 3	1.98 (1.54-2.54)

- **POIDS DE NAISSANCE DE L'ENFANT**

Tableau 4 : Variation du poids de naissance de l'enfant en fonction du type de MSF

Poids de naissance <2500g	Risque relatif
Pas de MSF	1.00
MSF type 1	0.94 (0.82-1.07)
MSF type 2	1.03 (0.89-1.18)
MSF type 3	0.91 (0.74-1.11)

- **REANIMATION NEONATALE**

Tableau 5: Taux de réanimations néonatales en fonction du type de MSF

Réanimation néonatale	Risque relatif
Pas de MSF	1.00
MSF type 1	1.11 (0.95-1.28)
MSF type 2	1.28 (1.10-1.49)
MSF type 3	1.66 (1.31-2.10)

- **DECES PERINATAUX**

Tableau 6 : Taux de décès périnataux en fonction du type de MSF

Décès périnatal	Risque relatif
Pas de MSF	1.00
MSF type 1	1.15 (0.94-1.41)
MSF type 2	1.32 (1.08-1.62)
MSF type 3	1.55 (1.12-2.16)

- **AUTRES**

Lors de cette étude, 1185 accouchements (4.2%) ont abouti à des morts-nés ; 448 (38%) de ces enfants étaient mort-nés macérés, et 737 (62%) étaient mort-nés frais. Les primipares et les multipares avaient quasiment le même modèle de risque de complications obstétricales dues aux MSF.

1.4 Discussion des auteurs

Les auteurs reconnaissent dans leur discussion l'existence de plusieurs biais probables, à savoir tout d'abord que la population de femmes ayant les «moyens» d'aller à l'hôpital avait certainement été sur-représentée et que les complications rencontrées chez les femmes accouchant à domicile, (pratique courante en Afrique) n'avaient pas pu être appréhendées. En effet, l'hémorragie de la délivrance ou encore un travail dystocique sont susceptibles d'avoir des conséquences beaucoup plus désastreuses à domicile qu'à l'hôpital. Le fait également que les évaluations des MSF ainsi que l'accouchement, aient été réalisées par un très grand nombre d'opérateurs différents, chacun possédant sa propre subjectivité, constituaient pour les auteurs un biais probable. Bien que les sages-femmes aient été formées afin de reconnaître les différents types de MSF, l'évaluation de ces dernières n'a pas été validée indépendamment. Mais le peu de divergences retrouvées dans les résultats globaux, laisse à penser que ce facteur de confusion n'intervient pas significativement.

1.5 Conclusions des auteurs

Les MSF de type 2 et 3 augmentent significativement le taux de césarienne. Les MSF de type 2 et 3 augmentent significativement le taux d'hémorragie de la délivrance. Le nombre de femmes ayant saigné après l'accouchement, est proportionnel à l'importance de la mutilation. Une femme porteuse d'une MSF de type 3 passe quasiment deux fois plus de temps à l'hôpital, depuis l'accouchement jusqu'à la sortie, qu'une femme non mutilée. Les MSF de type 2 rallongent également de manière significative, le temps d'hospitalisation. Les MSF, qu'elles soient, n'influencent pas le poids de naissance de l'enfant. Les MSF ont un effet direct sur l'état néonatal de l'enfant à la naissance. Plus la mutilation maternelle est importante, plus le taux d'enfant nécessitant une réanimation est important. Les MSF augmentent de manière significative le taux de décès périnataux. Ce taux est proportionnel à l'importance de la mutilation. Les MSF augmentent significativement le taux de nouveau-nés morts nés frais, en faveur d'une cause per-partale. On peut en réalité estimer que 22 % des décès périnataux, issus des mères mutilées, sont imputables à la mutilation elle-même. La parité n'influence pas le taux de complications dues aux MSF.

D'après les auteurs, cette étude semble avoir été correctement menée. Les résultats sont alors valides sur le plan scientifique et utiles à la pratique médicale.



<http://perso.orange.fr/..associationgams/pages/historiq.html>

Finalement, cette étude bien que capitale pour notre travail d'investigation ne nous renseigne en rien sur les complications obstétricales propres à l'accouchement par voie basse lui-même, c'est-à-dire le taux de déchirures périnéales, l'allongement du temps de travail ainsi que le taux d'épisiotomie. C'est pourquoi la deuxième étape de notre travail a été la recherche d'une étude pertinente, relative aux items précédemment cités, afin de pouvoir définir le champ d'action de la sage-femme.

2. ETUDE DE GONDO²⁷ : «LES COMPLICATIONS OBSTETRIQUES DES MUTILATIONS GENITALES FEMININES»

2.1 Objectif de l'étude

Évaluer les conséquences obstétricales et néonatales des différents types de mutilations génitales féminines.

2.2 Matériels et méthodes

L'étude a été menée du 1er octobre 2000 au 28 février 2001, soit sur environ cinq mois, incluant 742 parturientes présentant une grossesse de plus de 28 semaines, ou en travail ; 302 d'entre elles étaient mutilées sexuellement (40,7%), 440 ne l'étaient pas (59,3%). Les complications telles que le taux de déchirures périnéales, le taux d'épisiotomie, l'allongement du taux d'hospitalisation, ainsi que le taux de souffrances néonatales ont été recherchées chez 604 patientes, 302 excisées et 302 non excisées. Au départ 440 femmes non mutilées ont été incluses dans l'étude. Seules 302 seront retenues afin de réaliser une étude comparative entre deux groupes de femmes «dans les mêmes conditions et dans le même temps». Cette étude a eu pour cadre la maternité de l'Institut National de Santé Publique ainsi que les trois principales maternités d'Adjamé à Abidjan, en Cote d'Ivoire.

Répartition des patientes selon le degré d'excision

Degré d'excision	Effectif	Pourcentage
1^{er} degré	81	26,84%
2eme degré	182	60,17%
3eme degré	39	12,88%
TOTAL	302	100%

²⁷Gondo D., Et al. ; "Les complications obstétricales des complications génitales", Médecine d'Afrique noire, 2004, vol.51, p.147-150

2.3 Résultats

- **TAUX DE DECHIRURES PERINEALES**

Tableau 1 : Taux de déchirures périnéales liés à la présence de MSF

Déchirures périnéales	Accouchements de mères non mutilées	Accouchements de mères mutilées	TOTAL
Déchirures périnéales	19 (6.3%)	41 (13.6%)	60
Pas de déchirure périnéale	283 (93.7%)	261 (86.4%)	544
TOTAL	302	302	604

Chi 2=8,94 0,001<P<0,01 ; La différence est significative.

- **TAUX D'EPISIOTOMIES**

Tableau 2 : Taux d'épisiotomies liés à la présence de MSF

Episiotomies	Accouchements de mères non mutilées	Accouchements de mères mutilées	TOTAL
Oui	29 (9.6%)	54 (17.9%)	83
Non	273 (90.4%)	248 (82.1%)	521
TOTAL	302	302	604

Chi 2=9,22 0,001<P<0,01 ; La différence est significative.

- **DUREE D'EXPULSION**

Tableau 3 : Allongement de la durée d'expulsion liée à la présence de MSF

Durée d'expulsion	Accouchements de mères non mutilées	Accouchements de mères mutilées	TOTAL
<10 minutes	270 (89.4%)	248 (82.1%)	518
>10 minutes	32 (10.6%)	54 (17.9%)	86
TOTAL	302	302	604

Chi 2=6,54 0,01<P<0,02 ; La différence est significative.

- **ETAT DE SOUFFRANCE FCETALE**

Tableau 4 : Souffrance néonatale liée à la présence de MSF

Etat du nouveau-né à la naissance	Nouveau-nés de mères non mutilées	Nouveau-nés de mères mutilées	TOTAL
Avec souffrance cérébrale	9 (3%)	25 (8.3%)	34
Sans souffrance cérébrale	293 (97%)	277 (91.7%)	570
TOTAL	302	302	604

Chi 2=8.85 0,001<P<0,01 ; La différence est significative.

2.4 Discussion des auteurs

Les auteurs ne discutent pas des éventuels biais qui pourraient compromettre la validité de leur étude. Cette étude pour eux, n'a en fait que peu de présomption scientifique, elle a été réalisée pour prouver qu'il existe bel et bien un lien entre mutilations sexuelles et complications obstétricales et néonatales. Ce travail pour les auteurs, est un outil permettant d'engager la lutte contre les MSF. Ils proposent des pistes pour éradiquer ce fléau, comme l'intensification de l'éducation, l'organisation de séminaires, la réinsertion économique des exciseuses, ou encore l'adoption de politiques nationales claires et applicables.

2.5 Conclusion des auteurs

La plupart des déchirures chez les femmes mutilées intéressaient la partie supérieure de la vulve et surtout la zone cicatricielle due à la mutilation. Les femmes mutilées présentaient un taux plus important de déchirures périnéales que les femmes non mutilées. La présence de MSF augmentait significativement le nombre de situations nécessitant une épisiotomie. La durée d'expulsion prolongée (>10 minutes) était plus fréquente chez les parturientes mutilées malgré un taux élevé d'épisiotomies préventives. Ce phénomène étant expliqué par le caractère scléreux de la vulve, du à la mutilation. La rétention vulvaire prolongée du fœtus chez la parturiente mutilée entraînait une souffrance fœtale. La différence avec les nouveau-nés de mères non mutilées était significative.

La conclusion des auteurs est que cette étude est valide et qu'elle démontre clairement l'existence de complications obstétricales et néonatales liées aux MSF.



<http://perso.orange.fr/..associationgams/pages/perpetu.htm>

3. ENQUETE PERSONNELLE : «COMPLICATIONS OBSTETRIQUES ET NEONATALES DES MSF A PARIS»

3.1 Objectif de l'étude

Évaluer les conséquences obstétricales et néonatales des différents types de mutilations génitales féminines.

3.2 Matériels et méthodes

De février 2005 à novembre 2006, soit sur environ 10 mois, 184 questionnaires ont été remplis par des sages-femmes parisiennes, recueillis, puis interprétés. 92 questionnaires concernaient l'accouchement d'une femme mutilée et les 92 autres, concernaient l'accouchement d'une femme non mutilée. En effet, pour un questionnaire rempli concernant une femme excisée, un autre concernant une femme non excisée devait être rempli parallèlement, avec comme consigne de choisir deux femmes à parité égale, dans la mesure du possible. Toutes les femmes choisies pour participer à l'étude, devaient avoir accouché d'un nouveau-né normotrophe, par le sommet.

Les critères étudiés dans cette étude étaient :

- ◆ Le terme de la grossesse, en semaines d'aménorrhée
- ◆ La durée d'expulsion
- ◆ Le taux d'épisiotomies
- ◆ Le taux de déchirures périnéales
- ◆ Le score d'Apgar du nouveau-né à la naissance
- ◆ Le poids de naissance de l'enfant

Ainsi que d'autres critères divers tels que :

- ◆ L'appel par la sage-femme au gynécologue de garde ou au pédiatre.
- ◆ La présence chez la mère de fistules recto-vaginales ou vesico-vaginales avant le travail.

Les critères d'exclusion étaient :

- les accouchements par césarienne
- les accouchements de nouveau-nés hypotrophes ou macrosomes
- les accouchements par le siège

Si la femme était mutilée, la sage-femme devait remplir une partie supplémentaire, renseignant sur le type de mutilation portée. Finalement, la dernière question du questionnaire était relative à l'existence ou non, d'un quelconque protocole relatif à l'accouchement d'une femme mutilée sexuellement, dans leur salle de naissance.

3.3 Résultats

Le nombre de questionnaires étudiés est de 184, ce qui correspond à 92 cas témoins. Sur les 92 femmes porteuses de MSF, 54 présentaient une MSF de type 1, et 38, une MSF de type 2. Notre étude n'a pas concerné de femmes infibulées (type 3).

- **TERME DE LA GROSSESSE, EN SEMAINES D'AMENORRHEES**

Tableau1 : Taux de prématurité en fonction des MSF

Terme	Accouchements de mères non mutilées	Accouchements de mères mutilées		
		Type 1	Type 2	Total des accouchements de mères mutilées (type1+type2)
>37 SA	76=82.6%	49=90.7%	35=92.1%	84=91.3%
<37 SA	16=17.4%	5=9.3%	3=7.9%	8=8.7%
<35 SA	0	0	0	0
TOTAL	92	54	38	92

- **DUREE D'EXPULSION**

Tableau 2 : Allongement de la durée d'expulsion en fonction des MSF

Durée d'expulsion en minutes	Accouchements de mères non mutilées	Accouchements de mères mutilées		
		Type 1	Type 2	Total des accouchements de mères mutilées (type1+type2)
0-15	60=65.2%	33=61.1%	23=60.5%	56=60.8%
15-30	32=34.8%	21=38.9%	15=39.5%	36=39.2%
TOTAL	92	54	38	92

- **TAUX DE DECHIRURES PERINEALES**

Tableau 3 : Taux de déchirures périnéales en fonction des MSF

Déchirures périnéales	Accouchements de mères non mutilées	Accouchements de mères mutilées		
		Type 1	Type 2	Total des accouchements de mères mutilées (type1+type2)
Pas de déchirure	26=28.3%	14=25.9%	0	14=15.2%
1 ^{er} degré	39=42.4%	19=35.2%	0	19=20.7%
2 ^{ème} degré	6=6.5%	5=9.3%	0	5=5.4%
3 ^{ème} degré	0	0	0	0
TOTAL	92	54	38	92

Remarque : les résultats de ce tableau sont à corrélés avec les résultats du tableau suivant

- **TAUX D'ÉPISIOTOMIES**

Tableau 4 : Taux d'épisiotomies en fonction des MSF

Épisiotomie	Accouchements de mères non mutilées	Accouchements de mères mutilées		
		Type 1	Type 2	Total des accouchements de mères mutilées (type1+type2)
Oui	21=22.8%	16=29.6%	38=100%	54=58.7%
Non	71=77.2%	38=70.4%	0	38=41.3%
TOTAL	92	54	38	92

- **SCORE D'APGAR DU NOUVEAU-NE A LA NAISSANCE**

Tableau 5 : Score d'Apgar du nouveau-né à la naissance en fonction des MS

Score d'Apgar	Nouveau-nés de mères non mutilées	Nouveau-nés de mères mutilées		
		Type 1	Type 2	Total des nouveau-nés de mères mutilées (type1+type2)
Score d'Apgar = 10	83=90.2%	42=77.8%	27=71.1%	69=75%
Score d'Apgar entre 7 et 10	7=7.6%	9=16.7%	8=21%	17=18.5%
Score d'Apgar entre 3 et 7	2=2.2%	3=5.5%	3=7.9%	6=6.5%
Score d'Apgar entre 0 et 3	0	0	0	0
TOTAL	92	54	38	92

- **POIDS DE NAISSANCE DE L'ENFANT**

Tableau 6 : Poids de naissance de l'enfant en fonction des MSF

Poids de naissance	Nouveau-nés de mères non mutilées	Nouveau-nés de mères mutilées		
		Type 1	Type 2	Total des nouveau-nés de mères mutilées (type1+type2)
>3000 g	80=86.9%	44=81.5%	31=81.6%	75=81.5%
2500-3000 g	12=13.1%	10=18.5%	7=18.4%	17=18.5%
<2500 g	0	0	0	0
TOTAL	92	54	38	92

- **AUTRES**

Aucune des femmes incluses dans l'étude n'a présenté :

- ◆ De fistule vésico-vaginale
- ◆ De fistule recto-vaginale
- ◆ D'hémorragie de la délivrance

Les états néonataux de 8 nouveau-nés ont nécessité une assistance respiratoire ; 2 nouveau-nés issus de mères non mutilées et 6 nouveau-nés issus de mères mutilées. Ces 8 nouveau-nés présentaient à la naissance un score d'Apgar compris entre 3 et 7. Le pédiatre a été appelé lors de 9 accouchements de femmes non mutilées et lors de 23 accouchements de femmes mutilées. Aucune des maternités parisiennes interrogées ne possédaient, pendant la durée de l'étude, de protocoles relatifs à l'accouchement d'une femme mutilée.

3.4 Conclusions

Pour résumer, en ce qui concerne les femmes qui ont participé à notre étude, les constatations que nous avons pu faire sont les suivantes :

Les MSF de type 1 et 2 n'augmentaient pas le taux de prématurité. Les MSF de type 1 et 2 augmentaient discrètement la durée d'expulsion. Les MSF de type 1 augmentaient légèrement le taux d'épisiotomie par rapport aux femmes non mutilées. Les MSF de type 2 nécessitaient une épisiotomie systématique. De manière générale, les accouchements de femmes mutilées ont nécessité quasiment 3 fois plus d'épisiotomies que les accouchements de femmes non mutilées. En ce qui concerne les déchirures périnéales, les femmes non mutilées avaient plus de chance d'avoir un «périnée intact» après l'accouchement. Le score d'Apgar des nouveau-nés était plus souvent inférieur à 10 chez les mères porteuses d'une MSF. Il était également plus souvent inférieur à 10 chez les mères porteuses d'une MSF de type 2 par rapport aux mères portant une MSF de type 1. Les MSF de type 1 et 2 avaient une légère influence sur le poids de naissance du nouveau-né.



<http://perso.orange.fr/..associationgams/pages/autres.html>

CHAPITRE 4 :
DISCUSSION

1. VALIDITE DE NOTRE TRAVAIL

1.1 Analyse critique des études

- Etude de l'OMS

Cette étude était très intéressante pour notre travail car elle avait pour objectif d'évaluer les complications obstétricales et néonatales liées aux MSF.

Le type d'article étudié ici était une recherche d'association entre facteurs de risques et complications. En effet, cette étude de cohorte tentait de déterminer si un facteur, en l'occurrence les MSF, était responsable d'un évènement tel que les complications lors de l'accouchement. Cette étude observationnelle était donc tout à fait appropriée pour répondre à notre problématique, à savoir l'évaluation des répercussions liées aux MSF. Cette étude est parue dans *The Lancet*, qui est une revue extrêmement fiable. Elle avait pour l'année 2005, un impact factor de 17.490²⁹. En ce qui concerne les auteurs, hormis Emily Banks qui fait partie du centre national d'Epidémiologie et de Santé en Australie, les cinq autres membres de l'équipe qui ont réalisé cette étude, font tous partie du département de Recherche en Santé et en Reproduction de l'OMS. Il s'agit d'Olav Meirik, de Tim Farley, d'Oluwole Akande, d'Heli Bathija et de Mohamed Ali. Cette étude est récente, en effet la publication date de juin 2006. L'article suit le schéma IMRAD (introduction, matériels et méthodes, résultats, analyse discussion), ce qui est un indicateur de fiabilité scientifique de l'étude.

Les facteurs étudiés étaient le taux de césarienne, le taux d'hémorragie de la délivrance, l'allongement du temps d'hospitalisation, le poids de naissance de l'enfant, le taux de nouveau-nés ayant nécessité une réanimation néonatale ainsi que le taux de décès périnataux chez les femmes mutilées, en comparaison avec celles qui ne l'étaient pas. Les indicateurs sont bien décrits et tous ceux qui étaient pertinents pour notre travail de recherche ont été évalués. Ils ont été appréciés par des sages-femmes formées à reconnaître et à appréhender lors de l'accouchement, les femmes porteuses de MSF.

²⁹ <http://www.bioscience.org/services/impact15.htm>

L'étude a concerné 28 393 femmes, ce qui est plus que suffisant pour obtenir un bon indice de fiabilité. Les critères d'inclusions et d'exclusions sont bien précisés et pertinents. En effet, concernant la population source et les sujets étudiés, ceux-ci ont été recrutés d'après leur état de grossesse unique et s'ils avaient été rencontrés, au moins une fois en consultation prénatale, afin de déterminer le type de MSF dont ils étaient porteurs, en dehors de la période de travail. Le seul critère d'exclusion décrit dans l'étude est celui de la césarienne programmée. L'étude a été multicentrique, réalisée dans 6 pays différents, ce qui permet un recueil de données sur une population très variée. En effet 120 ethnies ont été étudiées. Le fait que l'étude ait été réalisée dans 28 centres hospitaliers, d'importance en capacité différentes, assurent une bonne fiabilité dans les résultats obtenus.

Nous ne sommes pas en mesure de discuter d'éventuel biais, menaçant la validité interne de l'étude, car lorsqu'une étude de l'OMS est publiée en 2006 dans The Lancet, cela implique qu'elle ait été analysée très scrupuleusement par le corps scientifique et que les seuls biais éventuels, sont décrits dans la discussion des auteurs.

Les tests statistiques réalisés à l'aide de la méthode du Chi 2, sont tout à fait appropriés pour ce type d'analyse. Ils permettent ainsi d'identifier l'ensemble des facteurs de façon indépendante et montrent des résultats significatifs, avec des intervalles de confiance étroits.

Cette étude randomisée, est à ce jour la plus pertinente en ce qui concerne les complications néonatales et obstétricales liées au MSF, en Afrique. Cependant, en France, les femmes n'ayant absolument pas la même prise en charge, lors de leur grossesse et de leur accouchement, il est impossible de comparer les répercussions des MSF lors de la naissance, entre un pays en voie de développement et un pays industrialisé. C'est la critique principale que l'on peut faire à cette étude, dans le cadre de notre mémoire, car les complications décrites dans cet article pourraient également être dues en partie à une prise en charge médicale lors de la grossesse et de l'accouchement moins performante qu'en France, ou encore à des conditions de vie difficiles et précaires.

- Etude de Gondo

Cette étude était très intéressante pour notre travail car elle avait pour objectif d'évaluer les complications obstétricales et néonatales liées aux MSF.

Cette étude prospective comparative cherchait à comparer deux populations égales de femmes, l'une mutilées l'autre pas, afin d'observer les éventuelles différences engendrées lors de l'accouchement, par la présence de tissu cicatriciel au niveau de la vulve. Cette étude observationnelle est donc tout à fait appropriée pour répondre à notre problématique. Cette étude est relativement récente car elle a été réalisée en 2001 et publiée en 2004, ce qui est un indice de fiabilité, car nous pouvons supposer qu'elle a été réalisée en accord avec les avancées scientifiques et les connaissances du moment. Elle est parue dans la revue *Médecine d'Afrique Noire* qui, fondée en 1953, est la plus importante revue médicale de l'Afrique de l'ouest³⁰. Elle fut pendant plus de dix ans la seule publication scientifique et médicale internationale des pays d'Afrique noire Francophone. Les signatures des plus prestigieux représentants de la pathologie africaine s'y trouvent régulièrement. Les auteurs de cet article sont au nombre de cinq. Il s'agit de deux chefs de service de maternité, d'un professeur agrégé en gynécologie-obstétrique, d'un maître assistant et d'un assistant chef de clinique. Ce ne sont pas des chercheurs, mais leur statut professionnel et leurs connaissances du sujet, donne de la crédibilité à leur travail. L'article suit le schéma IMRAD (introduction, matériels et méthodes, résultats, analyse discussion), ce qui est un indicateur de fiabilité scientifique de l'étude.

Les facteurs étudiés étaient le taux de déchirures périnéales, le taux d'épisiotomies, l'allongement de la durée d'expulsion ainsi que la souffrance néonatale lors d'accouchements de femmes mutilées, en comparaison avec des femmes non mutilées. Les indicateurs sont bien décrits et tous ceux qui étaient pertinents pour notre travail de recherche ont été évalués.

³⁰ <http://www.santetropicale.com/accueil.htm>

L'étude a concerné 604 femmes, ce qui est suffisant pour obtenir un bon indice de fiabilité pour ce type d'étude. Les critères d'inclusions sont bien décrits. En effet, concernant les sujets étudiés, celles-ci ont été recrutées d'après leur état de grossesse simple, de plus de 28 semaines ou en travail. Bien que les critères d'inclusion soient bien précisés, aucun critère d'exclusion n'est décrit.

Les critiques que l'on peut faire à cette étude sont, que tout d'abord, les auteurs ne parlent pas du personnel soignant qui a réalisé ces accouchements. Nous ne savons pas si ces personnes, sages-femmes ou gynécologues, avaient reçu une formation particulière pour reconnaître et appréhender les MSF. Mais étant donné que cette étude ne fait qu'une comparaison «mutilées-non mutilées» et que le personnel soignant pratique ces accouchements tous les jours, nous ne le retiendrons pas comme un biais pouvant interférer dans les résultats finaux, mais plutôt comme un manquement à la rigueur, dévolu à ce type d'étude. Ensuite, en ce qui concerne le taux de souffrance fœtale, il n'est pas décrit sur quels critères ou sur quel score les auteurs se basent pour apprécier et quantifier la souffrance cérébrale du nouveau-né. Finalement, il est expliqué dans l'étude que, au départ 440 femmes non mutilées sont incluses dans l'étude, mais que seules 302 seront retenues afin de réaliser une comparaison avec 302 autres femmes mutilées, «dans les mêmes conditions et dans le même temps». Nous convenons que l'étude comparative est la plus appropriée pour évaluer des taux de complications dues aux MSF, mais il n'est pas décrit «les conditions» qui permettent de comparer des femmes ayant les mêmes particularités. Ces femmes avaient t-elles la même parité ? Ont-elles accouché aux mêmes termes ? Dans les mêmes positions d'accouchement ? Leurs nouveau-nés avaient t-ils le même poids de naissance ?

Le logiciel Epi Info a permis d'analyser les résultats. Le test de comparaison est celui de Chi 2. Pour ce type d'étude, ce test de comparaison est tout à fait approprié.

L'étude de Gondo malgré ses biais, nous avait paru pertinente de par les facteurs qu'elle appréhendait, qui sont tout à fait adaptés pour répondre à notre problématique. Par contre elle n'évalue pas les conséquences des MSF, en rapport avec les différents types. Mais à ce jour et faute de littérature dans ce domaine, c'est l'étude après celle de l'OMS, qui nous avait paru la plus valide.

Néanmoins, nous ferons à cette étude la même critique que pour celle de l'OMS, à savoir qu'elle a été réalisée en Afrique et donc que la comparaison des répercussions entre la France et l'Afrique est difficile.

- Enquête personnelle

Le type d'étude que nous avons réalisé, est une étude comparative prospective qui à cette échelle, paraissait pouvoir nous apporter le meilleur niveau de preuve.

Le questionnaire envoyé aux maternités a été réalisé avec la participation d'un médecin épidémiologiste de Strasbourg.

Les sages-femmes ayant rempli les questionnaires, n'ont été ni formées pour reconnaître de manière catégorique, les différents types de MSF, ni sollicitées régulièrement afin de remplir de manière randomisée les questionnaires. Il est également important de préciser qu'aucune des maternités interrogées ne possédait de protocole relatif à l'accouchement d'une femme porteuse d'une MSF, pendant la durée de l'étude.

L'analyse de ces questionnaires a été réalisée manuellement. Les questionnaires ont été recueillis et les résultats comptés, puis placés dans des tableaux de type Microsoft Word. Le choix de présentation des résultats est le pourcentage qui, pour une étude de cette taille, d'après l'avis de l'épidémiologiste, était suffisant pour exposer clairement nos observations.

Pour conclure, nous pouvons dire que cette enquête personnelle nous donne un bon aperçu des éventuelles complications que les MSF peuvent engendrer dans les salles d'accouchements de la région parisienne, qui accueillent ce type de patiente, de manière plus ou moins régulière. Notre étude, réalisé sans moyen financier, à distance et sans suivi régulier, bien que possédant un indice de fiabilité suffisant car incluant 184 personnes, reste modeste et n'a pas la prétention d'apporter des résultats permettant de conclure, de manière fiable, aux taux réels des complications obstétricale, engendrées par les MSF en France. Par contre c'est à notre sens, une illustration de bonne qualité, complémentaire aux autres études existantes.

2. ANALYSE DES RESULTATS

Les trois études que nous venons de décrire avaient toutes les trois le même objectif à savoir «Evaluer les conséquences obstétricales et néonatales liées aux MSF». En effet, ces études ont des indicateurs communs, mais pas seulement, en réalité elles sont complémentaires. Elles ont abordé quatre groupes de complications :

2.1 Les complications autour de la naissance en général, liées aux MSF

Seule l'étude de l'OMS a abordé ce sujet et elle a démontré que les MSF augmentaient le taux de césarienne, le taux d'hémorragie de la délivrance, ainsi que la durée d'hospitalisation. Dans l'enquête personnelle, aucune femme n'a présenté d'hémorragie de la délivrance ; cela pourrait être un argument en faveur du fait qu'une bonne prise en charge obstétricale (française par exemple), pourrait permettre de réduire les conséquences néfastes des MSF.

2.2 Les complications de l'accouchement par voie basse, liées aux MSF

L'étude de Gondo et notre enquête personnelle s'accordent parfaitement à dire que les MSF augmentent le taux d'épisiotomies ainsi que le taux de déchirures périnéales. Dans l'enquête personnelle, aucune des femmes mutilées sexuellement, qui avait déjà accouché en France, ne présentait de fistules vesico-vaginales ou recto-vaginales. Ceci encore peut-être illustratif du fait que les MSF lors de l'accouchement, prises en charge dans un pays développé, sont moins pourvoyeuses de complications obstétricales.

2.3 Répercussions des MSF sur le fœtus

L'étude de l'OMS démontre que le poids de naissance de l'enfant n'est pas diminué par les MSF. Notre enquête a montré que les MSF de type 1 et 2 n'augmentaient pas le taux de prématurité mais avaient une légère influence sur le poids de naissance du nouveau-né. Nous retiendrons sur ce point les conclusions de l'étude de l'OMS qui est extrêmement fiable ; Nos résultats peuvent être expliqués par le fait qu'en France, il y peut y avoir une disparité de niveau social entre les populations de femmes noires immigrées, et celles des femmes françaises «de souche». La nutrition, le niveau socio-économique, les conditions de vie, sont autant de raisons qui peuvent expliquer ces résultats.

2.4 Répercussions des MSF sur le nouveau-né

Les trois études décrites dans ce mémoire concluent, ensemble, sur le fait que les MSF, ont des effets extrêmement néfastes sur l'état de naissance du nouveau-né. L'étude de l'OMS fait état d'une augmentation de réanimations néonatales et de décès périnataux. L'étude de Gondo et notre enquête révèlent que la durée d'expulsion est allongée et que le score d'Apgar de l'enfant à la naissance est plus souvent diminué. Nous laisserons en suspend l'hypothèse que la durée d'expulsion pourrait être en partie augmentée par des efforts expulsifs insuffisants, liées aux souvenirs douloureux de la mutilation ; Peut-on vraiment bien «pousser» quand on a été mutilée sexuellement ? On peut imaginer que la douleur liée à la descente du fœtus dans la filière génitale, soit extrêmement génératrice d'angoisse pour ces femmes.

L'étude de l'Oms et notre enquête personnelle ont démontré que de manière générale, plus la mutilation est importante, plus les répercussions sont graves.

Pour conclure, d'après le guide d'analyse de la littérature et de la gradation des recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé³¹ (ANAES), l'étude de l'OMS qui est un essai comparatif randomisé de forte puissance possède un niveau de preuve scientifique établi. L'étude de Gondo qui est un essai comparatif randomisé de faible puissance (la fiabilité et la puissance de l'étude étant deux notions différentes) possède des présomptions scientifiques, mais ne présente pas un niveau de preuve élevé. Finalement notre enquête, qui est une étude comparative cas témoin possède un faible niveau de preuve scientifique. Nous pouvons dire que ces trois études réunies, nous apportent un niveau de preuve scientifique suffisant pour démontrer que les MSF sont bel et bien pourvoyeuses de complications obstétricales et néonatales, en France comme en Afrique dans des proportions différentes. En France, environ 70 à 80% des accouchements étant réalisés par les sages-femmes, ces dernières ont donc un rôle prépondérant à jouer dans la prise en charge de ces femmes mutilées sexuellement.



http://fr.search.yahoo.com/search/images?_adv_prop=images&imgsz=all&vf=all&va=infibulation&ei=UTF-8&ybs=0&xargs=0&fr=yfp-t-501&b=1

³¹Audet, N., Ledère H., Pédagogie médicale, 2001, 2, 206-212

3. ROLE DE LA SAGE-FEMME FACE AUX MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES

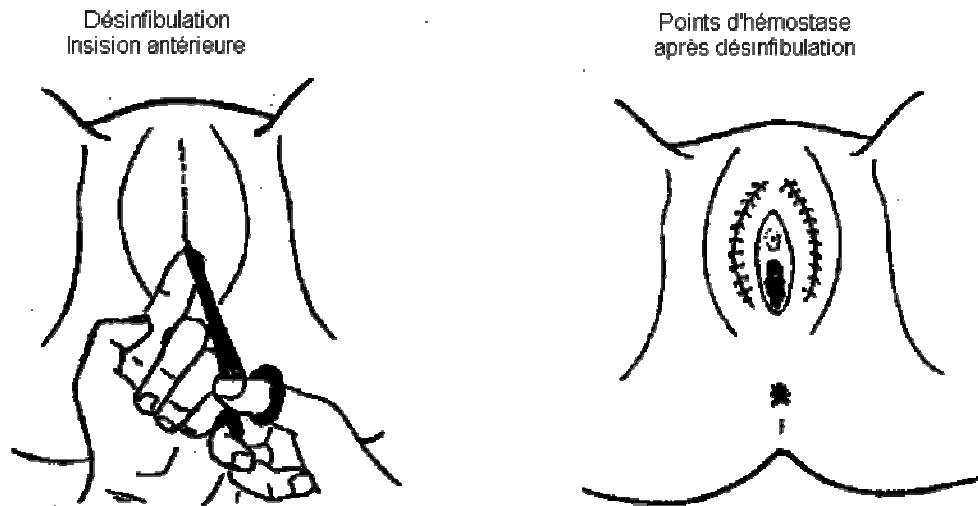
3.1 La sage-femme en consultations prénatale

a) La prise de contact

La consultation prénatale est un moment privilégiée d'écoute et d'instauration d'un climat de confiance avec la patiente. En effet, il est primordial de lui expliquer les complications lors de l'accouchement, que la mutilation dont elle est porteuse peut engendrer. En cas de barrière linguistique entre la sage-femme et sa patiente, il faut faire appel à une interprète. Par ailleurs, le toucher vaginal rendu difficile par le caractère scléreux de la cicatrice, doit être réalisé avec beaucoup de douceur et de délicatesse, car l'examen de cette partie de leur anatomie renvoie à énormément de douleurs physiques et psychologiques. Il est très important de transmettre dans le dossier de soin le type de mutilation porté, ainsi qu'un pronostic d'accouchement par voie basse. Lors du deuxième trimestre de la grossesse, si la femme est porteuse d'une MSF de type 3, une désinfibulation sera proposée ; Elle sera réalisée par un médecin. En cas de refus de la patiente, la voie d'accouchement comportant le moins de risque pour la naissance sera la césarienne.

b) La désinfibulation

Il est préférable de réaliser cette opération lors du deuxième trimestre de la grossesse, car si cette opération est réalisée pendant le travail, elle présente un risque hémorragique accru. Cette méthode, décrite par GABBAR, désigne l'ouverture du canal vaginal occlut. Exemple de protocole : (ANNEXE III) Il est important de préciser à la patiente qu'en France, la réinfibulation est interdite et donc qu'elle ne sera pas «recousue» après l'accouchement. Il faut également prendre le temps de lui expliquer que personne n'a le droit de l'obliger à se faire réinfibuler.



<http://www.gams.be/site/pages/03desinfibulation.php>

c) Le suivi psychologique

Dans la période prénatale, une consultation avec un psychologue doit être obligatoirement proposée car la grossesse est une période à risque de surgissement de souvenirs douloureux d'évènements traumatisants, vécus antérieurement. Les douleurs lors de l'accouchement pourraient alors être sources d'angoisse intense, car renvoyant aux douleurs de la mutilation, au niveau de la sphère génitale. Si un suivi psychologique n'a pas été réalisé en prénatal, il sera toujours temps de le proposer en suites de couches ; Cela ne sera jamais superflu, même pour celles qui ont déjà accouché.

3.2 La sage-femme en salle d'accouchement

Pour ces patientes particulières, pour qui la douleur au niveau de la sphère génitale n'a déjà été trop infligée, la pose aussi précocement que possible d'une anesthésie péridurale, paraît tout à fait légitime. D'autant plus que l'accouchement à venir présente un risque accru de déchirure périnéale et que la nécessité d'une épisiotomie précoce, pour souffrance fœtale peut s'imposer.

a) Prise en charge des **MSF de type 1**

Comme nous avons pu le voir dans les études présentées précédemment, la clitoridectomie simple ne modifie en aucun cas le déroulement de l'accouchement. La recommandation pour les sages-femmes, est donc de pratiquer l'accouchement de ces femmes porteuses de mutilation de type 1, de la même manière qu'une femme non mutilée. Néanmoins, l'étude de l'OMS a démontré un risque non négligeable de souffrance fœtale pour les nouveau-nés issus de mères mutilées de type 1 ; La présence du pédiatre pour ces accouchements semble justifiée.

b) Prise en charge des **MSF de type 2**

Les études analysées dans ce travail, nous ont permis d'admettre que le caractère scléreux du tissu cicatriciel, résultant de l'ablation des petites lèvres, étaient bel et bien à l'origine de complications obstétricales, moindre certes que dans le cas de l'infibulation, mais bien réelles. Dans le cas de ce type de mutilation, nous recommandons donc de pratiquer une épisiotomie systématique, afin d'éviter tout allongement de la seconde partie du travail, qui pourrait être délétère pour l'état néonatal du nouveau-né. Ici encore, la présence du pédiatre est fortement recommandée.

c) Prise en charge des MSF de **type 3**

Pour ce type de mutilation sexuelle, il est évident, au vu des résultats exposés précédemment, que l'accouchement d'une femme porteuse d'une MSF de type 3 et n'étant pas désinfibulé, est tout à fait déconseillé. Deux situations s'offrent à l'opérateur:

- Si la femme se présente en début de travail, avec une présentation non engagée, il est préférable de réaliser chez elle une césarienne, qui évitera un grand nombre de complications maternelles et fœtales.
- Si la femme présente déjà un travail trop avancé pour réaliser une césarienne, il faut réaliser la désinfibulation décrite ci-dessus. Il faut être extrêmement prudent car le fait de réaliser cette opération pendant le travail présente un risque hémorragique non négligeable.

L'opérateur doit mesurer le rapport bénéfice/risque de l'accouchement par voie basse, en fonction de l'avancée du travail et du type de mutilation sexuelle portée, car imposer une césarienne à une jeune africaine, dont on sait qu'elle aura encore plusieurs grossesses, est une lourde responsabilité.

Dans tous les cas de mutilation sexuelle, il est fortement recommandé de faire accoucher ces femmes dans un hôpital possédant une équipe pluridisciplinaire sur place (gynécologue, pédiatre, anesthésiste, psychologue), ainsi qu'une unité de néonatalogie capable d'accueillir un nouveau-né en souffrance, c'est-à-dire un hôpital de type 2 ou 3.

3.3 La sage-femme en suites de couches

Tout d'abord, il est important de savoir que toutes personnes, sage-femme, médecin ou simple citoyen qui a connaissance d'une menace d'excision pesant sur une fillette ou une adolescente, a l'obligation de signaler que cette personne est en danger. Pour cela il faut appeler soit :

- Le procureur de la république du Tribunal de Grande Instance du lieu de résidence.
- Les services sociaux et médicaux sociaux, notamment le service départemental de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et le service départemental de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).



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

Ensuite il est important de rappeler que les MSF se perpétuent de générations en générations et plus particulièrement de mères en filles. C'est pourquoi, la sage-femme a un rôle bien précis à jouer auprès de ces nouvelles mères, potentiellement instigatrices de l'excision de leur propre fille. La période d'hospitalisation lors des suites de couches est un moment propice à l'instauration d'un dialogue entre l'accouchée et la sage-femme. C'est à ce moment là qu'il est judicieux de renseigner la femme sur le risque pénal qu'elle encourt, à être complice de la mutilation génitale de son enfant. Les conséquences médicales dangereuses risquant probablement de ne pas la convaincre d'y renoncer, étant donnée l'importance de la pression familiale, ainsi que le poids de la tradition.

a) Le discours préventif

Le discours à tenir à ces mères excisées est qu'en ce qui concerne leur fille, étant née sur le territoire français, la loi la protège et condamne à plusieurs années de prison ferme, de 10 à 20 années et à une amende pécuniaire conséquente, toute personne qui de près ou de loin, aura une quelconque responsabilité dans l'accomplissement de cette mutilation physique et psychique. Mais le discours à tenir ne doit pas être inquisiteur ; Le caractère délétère des MSF, pour la santé de leur enfant, doit principalement être mis en avant. Il est également important qu'à la pouponnière lors des soins, la sage-femme explique à la mère l'anatomie de la petite fille (clitoris, vagin, méat).

b) Le discours « curatif »

La période de suites de couches est une période propice à l'établissement d'un dialogue avec le couple, ou simplement la mère et cela doit être le moment où le sujet de la reconstruction peut être abordé³².

³² Foldes, P., Victoire sur l'excision : le chirurgien qui redonne l'espoir aux femmes mutilées. Hubert Prolongeau. Paris : Albin Michel, 2006, 234p.

En effet, après une excision, associée ou non à une infibulation, il est tout à fait possible de reconstruire le clitoris et d'en restaurer la sensibilité, de manière plus ou moins complète. En France, 2 500 femmes ont déjà bénéficié de cette intervention. Ainsi, la personne peut découvrir du plaisir dans sa vie sexuelle, alors que ce dernier lui avait été volé à son insu ; Le plaisir de pouvoir enfin se reconsidérer comme une femme à part entière permet d'estomper le triste souvenir de cette mutilation. La première demande de la part de ces femmes est de redevenir une femme «normale», une femme «entière». C'est une revendication identitaire avant d'être une revendication sexuelle.

Cette intervention consiste à enlever la cicatrice de la mutilation et à découvrir le clitoris. En effet, ce dernier mesure 10 cm de longueur et l'excision n'est pratiquée que sur la partie externe, donc il reste toujours un maillon. Le but de l'intervention est de repositionner le clitoris. Après l'intervention, une peau naturelle va se développer tout autour et rendre l'organe sensible et excitable lors des rapports sexuels. La cicatrisation se fait au bout de quatre semaines et les rapports peuvent être repris au bout de six semaines environ. L'intervention en elle-même dure de trente minutes à une heure, selon l'opérateur et elle se réalise sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie. Le temps d'hospitalisation est de 24 à 48 heures et les contrôles post-opératoires se font à J15, M1, M3 et M6. Toutes les formes d'excision sont opérables et il n'y a pas d'âge limite pour l'intervention. Par contre, les résultats ne seront visibles que six mois à un an plus tard. Cette opération est entièrement prise en charge par la Sécurité Sociale ou l'Aide Médicale d'Etat, depuis 2003. Mais il faut informer la patiente que cette reconstruction n'est pas la garantie assurée qu'elle retrouvera du plaisir sexuel.

En France, plusieurs équipes proposent la reconstruction du clitoris et de la vulve, en voici trois parmi huit établies à Paris, Nantes, Nancy, Nice et Angers :

c) Les adresses

- ◆ Docteur Pierre Foldès
Clinique Louis XIV
4, Place Louis XIV
78100 Saint Germain-en-Laye
01.39.27. 42.48
01.39.10.26.23

- ◆ Professeur Paniel
40, Avenue de Verdun
94010 Créteil
01.45.17.50.00

- ◆ Professeur Benifla
33, Boulevard de Picpus
75571 Paris
01.40.19.30.00

Il existe également trois associations qui luttent activement contre les mutilations sexuelles. Le GAMS (Groupement d'hommes et de femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles), le CAMS (Commission pour l'Abolition de Mutilations Sexuelles), et le Mouvement Français pour le Planning Familial :



- ◆ Le GAMS :
66, Rue des Grands Champs
75020 PARIS
01.43.48.10.87

- ◆ Le CAMS :
6, Place Saint-Germain-des-Prés
75006 PARIS
01.45.49.04.00

- ◆ Le MFPF : Le Mouvement Français pour le Planning Familial
4, square Saint Irénée
75011 PARIS
01.48.07.29.10

d) Le suivi

Il paraît primordial que ces femmes et ces familles ne soient pas oubliées une fois sorties de la maternité. En effet, afin d'éviter la perpétuation des MSF, il faut effectuer un signalement à la Protection Maternelle et Infantile (PMI), qui pourra mettre en place un réseau de puériculture et de pédiatrie autour de cette nouvelle maman. Le dialogue et la compréhension des risques représentant la meilleure prévention. Exemple de plaquette informative, diffusable dans les salles d'attentes (PMI) et les services de gynécologie et d'obstétrique (ANNEXE IV).



<http://images.google.fr/images?q=infibulation&ndsp=20&svnum=10&hl=fr&start=0&sa=>

4. LE GOUVERNEMENT FRANÇAIS FACE AUX MSF :

Cela fait une bonne trentaine d'années que des femmes mutilées sexuellement vivent sur le territoire français et sonnent régulièrement aux portes de nos salles de naissance pour venir y accoucher. Mais cela fait très peu de temps que le gouvernement enfin «se réveille». Même si depuis plusieurs années trois associations* militent avec une poignée d'avocats et de médecins pour aider ces femmes meurtries dans leur chair, nous pouvons dire que pour le gouvernement français, 2006 est l'année du soulèvement contre cette violation des droits fondamentaux de l'Homme. En 2006, sont sorties trois lois françaises relatives aux MSF et a eu lieu à Paris le congrès «Pour en finir avec les mutilations sexuelles féminines», organisé par le Ministère de la Santé. Parallèlement, est parue l'étude de l'OMS.

Il nous paraissait donc judicieux de vous exposer les réformes du gouvernement français face aux MSF dans notre partie discussion, car la lutte de ce fléau qui sévit depuis des millénaires, c'est là, c'est maintenant !

4.1 Les lois françaises sur les mutilations sexuelles

a) Avant le 4 avril 2006

Depuis quelques années, les avocats, médecins et associations s'accordaient tous à dire que la pratique des MSF en France, régressait au fur et à mesure des années. Malheureusement, le constat était erroné. En fait, dans les premières années de la venue des femmes de travailleurs immigrés africains, c'est la Protection Maternelle et Infantile (PMI) qui repérait ces petites filles mutilées. La pratique s'est seulement accommodée de la loi, et sur notre territoire, l'âge de la mutilation a reculé, car après 6 ans les enfants ne sont plus suivis par la PMI.

* Le GAMS, le CAMS, le MFPP

Jusqu'à très récemment, il n'existait pas, en droit français, de qualification juridique spécifique pour les faits d'excision ou plus largement des mutilations sexuelles. Ces pratiques pouvaient être poursuivies et sanctionnées en matière criminelle devant les Cours d'Assise, dans le code pénal, aux titres suivants :

- ◆ **Article 222-9** : Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 Euros d'amende.
- ◆ **Article 222-10** : L'infraction est punie de quinze ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise sur un mineur de moins de quinze. La peine encourue est portée à 20 ans lorsque l'infraction est commise sur un mineur de moins de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif.
- ◆ **Article 113-7** : La loi pénale est applicable à tout crime (...) commis par un français ou un étranger hors du territoire de la république, lorsque la victime est de nationalité française au moment de l'infraction.
- ◆ **Article 223-6** : Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate (...), soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, et s'abstient volontairement de le faire, est puni de cinq ans d'emprisonnement, et de 75 000 Euros d'amende.
- ◆ **Article 226-14** : La loi impose ou autorise la révélation du secret à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales (...), des sévices, (...), dont il a connaissance et qui ont été infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger.³³

³³ http://www.femmes-egalite.gouv.fr/se_documenter/operations_de_communication/fiche_loi_mutilations.pdf

b) Loi du 4 avril 2006 «Lutte contre les mutilations sexuelles»

Les modifications apportées par cette loi ont vocation à rendre plus effective la répression de ces pratiques, sans que soit instaurée pour autant de qualifications juridiques spécifiques.

Allongement du délai de prescription, en matière d'action publique

Avant cette loi, le délai pour intenter une action en justice était de 10 ans, à compter de la date de commission des faits. Aujourd'hui, il est possible de saisir la justice, dans les affaires de mutilations sexuelles, pendant encore 20 années après la majorité de la victime, c'est à dire jusqu'à ses 38 ans. Il n'y a donc plus de barrière temporelle.

Le renforcement de la répression des mutilations sexuelles commises à l'étranger

Ce nouvel article a pour objectif d'étendre l'application de la loi française, sanctionnant ces pratiques, aux mineurs de nationalité étrangère, résidant habituellement en France et qui sont victimes à l'étranger d'actes de mutilations sexuelles. En effet, avant cette loi ne s'appliquait que pour les enfants français subissant des mutilations à l'étranger. Aujourd'hui, l'enfant qui vit sur le territoire français, même s'il n'a pas la nationalité française, est protégé par la loi de notre pays.



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

La possibilité de lever le secret professionnel en cas de mutilation sexuelle

Le code pénal prévoyait déjà par dérogation, la levée du secret professionnel, notamment du secret médical en cas d'atteintes sexuelles infligées à un mineur ou à toute personne n'étant pas en mesure de se protéger. C'est dans un souci de clarification, afin de lever toute ambiguïté possible quant à la définition des termes et de favoriser la dénonciation des cas de MSF, qu'il a été décidé de les viser expressément dans l'article 226-14 du code pénal.

4.2 Le plan d'action gouvernemental

A Paris le 4 décembre 2006, s'est tenu un colloque intitulé «Pour en finir avec les mutilations sexuelles féminines» ; Il s'inscrit dans un «Plan national d'action pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines», qui fait partie du plan national «Violence et santé». L'objectif fixé par le ministre est l'abolition des MSF au plus tard d'ici fin 2010. Pour cela Xavier Bertrand a annoncé la mise en place d'un plan d'action³⁴.

Neuf régions ont été identifiées comme particulièrement concernées : Ile de France, Haute-Normandie, Rhône-Alpes, Picardie, Provence-Alpes-Côte-D'azur, Nord-Pas-de-Calais, Pays de Loire, Champagne-Ardenne et Poitou-Charentes.

Dans ces régions sensibles seront organisés des séminaires de sensibilisations aux MSF et à leurs conséquences néfastes.

L'acte de chirurgie réparatrice, permettant notamment une reconstruction clitoridienne, mis au point par le Dr Pierre Foldes, sera prochainement inscrite à la nomenclature, pour que l'Assurance Maladie reconnaisse cette prise en charge comme «acte de santé à part entière». L'offre de soin devra être organisée dans les régions concernées, pour disposer d'une équipe référente et pluridisciplinaire (chirurgiens, psychologues, sexologues).

Le ministre a également annoncé que des études seraient menées pour estimer plus précisément les populations concernées, pour comprendre les raisons du maintien de ces pratiques, malgré leur abolition dans leur pays d'origine et pour savoir combien de femmes pourraient bénéficier d'une prise en charge chirurgicale. Différents outils seront mis au point pour informer le public et les professionnels : brochures, outils de repérages pour les enseignants, listes des associations de soutien, organisation d'une écoute téléphonique.

³⁴ Bertrand, X., Mutilations sexuelles féminines : annonce un dispositif d'information et de reconnaissance de la chirurgie réparatrice. AMP – Agence de Presse Médicale, dépêche du 5/12/2006.

En 2007, une subvention supplémentaire de 100 000 Euros permettra de créer une permanence «accueil et écoute» dans cinq nouvelles régions, l'écoute étant déjà effective en Ile-de-France. Cinquante professionnels de terrains seront formés en 2007 par région et à l'issue de ce cycle, 450 personnes auront été sensibilisées au repérage des fillettes en danger.

Fin 2007, un guide pour les praticiens «Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines», élaboré par Gynécologie Sans Frontières sera distribué.

Xavier Bertrand a également annoncé qu'une circulaire, co-signée par le ministre Gilles de Robien, serait envoyée d'ici fin décembre 2006, aux Doyens des facultés de Médecine, ainsi qu'aux écoles de sages-femmes, infirmières et puéricultrices, pour les informer de la nécessité de dispenser des informations sur les MSF.

Le ministre de la santé a indiqué qu'il souhaitait également impliquer d'autres pays européens dans la lutte contre les MSF et également accroître la coopération avec les pays dans lesquels elles se pratiquent encore.

CONCLUSION

Par ce travail de recherche comprenant études bibliographiques mais aussi enquête personnelle, nous avons tenté de découvrir et d'évaluer les complications obstétricales et néonatales que pouvaient engendrer les MSF, lors de l'accouchement, afin de pouvoir définir quel était le rôle potentiel de la sage-femme face à ces femmes mutilées sexuellement.

L'étude de l'OMS, nous a permis d'évaluer l'ampleur des conséquences que les MSF pouvaient provoquer dans les pays où elles étaient pratiquées, autour de la naissance en général ; Conséquences désastreuses pour la mère avec une augmentation du taux de césarienne ou encore d'hémorragie de la délivrance, mais également des répercussions dramatiques pour le nouveau-né, avec une augmentation significative de décès périnataux.

Parallèlement, l'étude de Gondo nous a permis d'évaluer les complications dues aux MSF, lors de l'accouchement lui-même, en Afrique. Grâce à cette deuxième étude, nous avons pu observer que le taux d'épisiotomie ainsi que celui des déchirures périnéales étaient significativement augmenté, mais aussi que le temps d'expulsion était allongé, ce qui est la cause des souffrances périnatales décrites dans l'étude de l'OMS.

Finalement, notre étude nous a permis de conclure au fait que les MSF, en France, ont des conséquences péjoratives sur le temps d'expulsion, le taux d'épisiotomie et celui des déchirures périnéales et sur le score d'Apgar des nouveau-nés à la naissance, mais cela de manière beaucoup plus discrète qu'en Afrique. En effet, en France, du fait d'une prise en charge pointue et rigoureuse de la mère et son enfant lors de la grossesse et de l'accouchement, les MSF n'ont pas les mêmes conséquences néfastes qu'en Afrique, mais elles peuvent tout de même être à l'origine de complications obstétricales et néonatales.

Ce constat a justifié que nous proposons un référentiel de recommandations pour les sages-femmes en consultations prénatales, en salles d'accouchement, en de suites de couches. Elles ont dans cette lutte contre ce fléau, un rôle prépondérant à jouer.

D'autant que d'après l'OMS, 5% des femmes mutilées sexuellement c'est à dire 5 millions de personnes, sont en Europe, à notre porte, susceptible de venir accoucher dans nos salles de naissances.

Toutes les formes de MSF, en temps que violation fondamentale de tout être humain à l'intégrité de son corps, mais également en temps que véritable problème de santé publique, doivent être combattues et abolies. Depuis peu le gouvernement français prend le problème à bras le corps et décide d'entreprendre toutes les investigations possibles pour aboutir à leurs éradications d'ici fin 2010. C'est au moyen de nouveaux textes de lois, de subventions délivrées aux associations engagées, de formations du personnel médical, paramédical, mais aussi de professionnels de terrain, que le ministre de la Santé Monsieur Xavier Bertrand, a déclaré la guerre aux MSF.

Parallèlement, de nombreuses Organisations Non Gouvernementales et institutions internationales travaillent sur ce sujet en mettant au centre les femmes, objets de ces traditions, pour qu'elles ne soient plus victimes mais actrices de leur destin. Toutes les associations s'accordent souvent à dire que l'éducation de ces femmes, et des mères des ethnies en particulier, serait le véritable levier permettant l'abandon de ces pratiques, qui en 2007 sont tout à fait régressives et inacceptables. Et pourtant, d'après Amadou Hampaté Bâ* « *Il y a des pratiques que nos ancêtres eux-même s'ils revenaient à la vie trouveraient caduques et dépassées* »³⁵



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

*Amadou Hampaté Bâ (1901-1991) écrivain malien de langue française, défenseur de la tradition africaine

³⁵ <http://aflit.arts.uwa.edu.au/MGF4.html>

BIBLIOGRAPHIE

Banks, E., Et al, «Female genital mutilation and obstetric outcome : WHO collaborative prospective study in six African countries», The Lancet, juin 2006, vol. 367, p.1835-1841

Bertrand, X., Mutilations sexuelles féminines annonce un dispositif d'information et de reconnaissance de la chirurgie réparatrice. AMP – Agence de Presse Médicale, dépêche du 5/12/2006.

Carcopino, X., Et al, «Les mutilations génitales féminines: Généralités, complications et prise en charge obstétricale», Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2004, vol. 33, p.378-383

Collinet, P., Et al, «Prise en charge des mutilations génitales féminines de type 3», Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2004, Vol. 33, p.720-724

Erlich, M., Les mutilations sexuelles. Paris : Presses universitaires de France, collection «Que sais-je», 1991

Foldes, P., Victoire sur l'excision : le chirurgien qui redonne l'espoir aux femmes mutilées. Hubert Prolongeau. Paris : Albin Michel, 2006, 234p.

Gondo ,D, Et al «Les complications obstétricales des complications génitales», Médecine d'Afrique noire, 2004, vol.51, p.147-150

<http://www.droitsenfant.com/excision.htm> 10/2006

<http://www.afrik.com/dossier191.html> 04/2006

<http://sante-az.aufeminin.com/w/sante/s524/sexualite/excision-et-infibulation.html>
08/2006

<http://images.google.fr/images?q=infibulation&hl=fr&sa=X&oi=images&ct=title>
11/2006

<http://www.google.fr/search?hl=fr&q=infibulation&btnG=Rechercher&meta=> 04/2006

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/> 09/2006

<http://ipsnews.net/fr/interna.asp?idnews=2615> 02/2006

<http://images.google.fr/images?q=carte+d'afrique&hl=fr&sa=X&oi=images&ct=title>
02/2006

<http://perso.orange.fr/..associationgams/pages/presgams.html> 03/2006

<http://www.gams.be/> 03/2006

<http://www.cams-fgm.org/>* 09/2006

http://www.femmesegalite.gouv.fr/se_documenter/operations_de_communication/plaquette.pdf 10/2006

<http://www.bioscience.org/services/impact15.htm> 08/2006

<http://www.santetropicale.com/Kiosque/man/indexman.htm> 03/2006

http://www.femmesegalite.gouv.fr/se_documenter/operations_de_communication/fiche_loi_mutilations.pdf 11/2006

Khady, Mutilée, Oh ! Edition, mars 2005, 237 p.

Les mutilations sexuelles féminines : déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP. Organisation mondiale de la santé. Genève : OMS, 1997

Les violences faites aux femmes en France : Une affaire d'état. Amnesty international. Paris : Autrement, 2006, 202p.

Nuret, L., 2006, Le rôle de la sage-femme face aux mutilations sexuelles féminines, diplôme d'état de sage-femme, Ecole de Sages-femmes de Tours

Participation au congrès

«Pour en finir avec les mutilations sexuelles féminines», Paris, le 4 décembre 2006

ANNEXES

ANNEXE I

VERNON Cécile

Elève sage-femme, 3^{ème} année

STRASBOURG

le 15 janvier 2006

Mesdames et Messieurs les sages-femmes,

Etudiante sage-femme en 3^{ème} année à l'école de Sages-Femmes de Strasbourg, je prépare actuellement un mémoire de fin d'étude portant sur le sujet de l'excision et de la prise en charge en salle de naissance des mutilations génitales féminines.

Afin de réaliser une étude comparative prospective, je sollicite votre aide qui consiste à remplir ce questionnaire. A la fin d'une garde, lorsque vous avez réalisé un ou plusieurs accouchements de femmes excisées, remplissez autant de questionnaires de femmes excisées que de femmes non excisées, à parités égales dans la mesure du possible. (Vous aurez donc à la fin autant de questionnaires de femmes non excisées que de femmes excisées).

Les femmes choisies, pour participer à l'étude devront avoir accouché d'un nouveau-né normotrophe, par le sommet.

D'avance je vous remercie de l'attention que vous porterez à mon travail, et de la participation précieuse que vous y apporterez.

ANNEXE II

MATERNITES DESTINATAIRES DES QUESTIONNAIRES

- ✓ Centre Hospitalier André GREGOIRE: 93100 MONTREUIL SOUS BOIS
- ✓ Centre Hospitalier Général Saint Denis : 93200 SAINT DENIS
- ✓ Centre Hospitalier Intercommunal : 93370 MONFERMEIL
- ✓ Centre Hospitalier Robert BALLANGER : 93602 AULNAY-SOUS-BOIS
- ✓ Hôpital Bichat 46 : 75018 PARIS
- ✓ Hôpital Robert DEBRE : 75019 PARIS
- ✓ Hôpital LARIBOISIERE : 75010 PARIS
- ✓ Hôpital de Meaux : 77100 MEAUX
- ✓ Hôpital Tenon : 75020 PARIS
- ✓ Hopital Jean VERDIER : 93143 BONDY

ANNEXE III

PROTOCOLE

Prise en charge d'une femme infibulée pendant la grossesse, ou pendant l'accouchement

Lors de la grossesse, la désinfibulation peut être proposée lors du deuxième trimestre. Lors du travail, elle peut être réalisée dès l'arrivée de la femme en salle d'accouchement.

1. **Patiente en position gynécologique.**
2. **Introduire une pince Kocher stérile dans l'orifice résiduel postérieur. Diriger de bas en haut, parallèlement au plan cutané ; L'extrémité de l'instrument, alors non visible, est placée dans le vestibule.**
3. **Effectuer une traction douce de l'instrument afin de faire saillir la zone cicatricielle médiane et de l'éloigner du méat.**
4. **Infiltrer le pont vulvaire à la Xylocaine 2%.**
5. **Inciser avec un ciseau stérile, ou un bistouri entre les deux branches de la pince Kocher, sur 3 à 4 cm, jusqu'à visualisation du méat urinaire.**
6. **Suturer les bords libres labiaux séparément par des points simples cutanéomuqueux ou par un surget, à l'aide de fil résorbable Vicryl° 4/0**
7. **Réaliser lors du dégagement une épisiotomie prophylactique, en raison des risques de complications sur périnée cicatriciel.**
8. **En post-opératoire immédiat, appliquer sur la cicatrice une pommade antibiotique d'oxytétracycline (POSICYCLINE®). Les soins quotidiens consisteront ensuite à des petites toilettes intimes avec un savon doux à pH neutre. Un traitement antalgique peros pourra également être mis en place.**

ANNEXE IV

Exemple de plaquette informative, diffusable dans les salles d'attentes et les services de gynécologie et d'obstétrique

INFORMATION SUR L'EXCISION

Les **mutilations sexuelles féminines**, regroupant excision et infibulation (coupure+suture), sont des pratiques qui ne sont en aucun cas prescrit par l'Islam et le Coran.

La loi française protège contre l'excision, tous les enfants qui vivent régulièrement sur le territoire français :

- même s'ils n'ont pas la nationalité française
- même si la mutilation sexuelle s'effectue hors du territoire français (exemple : au pays pendant les vacances scolaires)

La loi est **très sévère** envers toutes les personnes qui auront, de près ou de loin, une quelconque responsabilité dans la mutilation sexuelle de l'enfant. Les peines encourues sont

- Plusieurs années de prison **ferme**
- Une amende élevée

En France, les mutilations sexuelles, excision et infibulation, se **réparent chirurgicalement**. C'est une opération qui dure moins d'une heure, et le temps d'hospitalisation est de 48 heures. Cette opération est prise en charge à **100%** par la sécurité sociale. Le clitoris mesure en réalité 10 cm de long, et ce n'est que l'extrémité qui est coupé lors de la mutilation sexuelle. Le chirurgien va libérer la partie interne du clitoris, la ramener à la peau et constituer un nouveau clitoris, sensible et excitable lors des rapports sexuels ; Rapports qui peuvent être repris quatre à six semaines après l'intervention. En France, plusieurs équipes proposent la reconstruction du clitoris et de la vulve. Les huit hôpitaux qui proposent la reconstruction chirurgicale sont à Paris, Nantes, Nice, Angers et Nancy. Pour avoir les adresses et les numéros de téléphone de ces hôpitaux, vous pouvez contacter les **associations** qui militent contre les mutilations sexuelles féminines.

Le **GAMS** : 66, rue des grands champs 75020
01.43.48.10.87

Le **CAMS** : 6, place saint Germain des prés 75006
01.45.49.04.00