

Conséquences obstétricales des mutilations génitales féminines au Sénégal

D. DIALLO ¹, P. MOREIRA ¹, M. DIADHIOU ¹, T. DIENG ²,
I.D. TOURE ³, J.C. MOREAU ¹
(Dakar, Sénégal)

Résumé

Objectifs

- *Estimer l'incidence des complications obstétricales parmi les femmes présentant des mutilations génitales féminines (MGF) et venant accoucher dans les maternités ciblées.*
- *Évaluer la relation de cause à effet entre différents types de MGF et la survenue de complications obstétricales.*
- *Disposer des informations cliniques permettant la prévention et le traitement des complications obstétricales chez les femmes ayant une MGF.*

1 - Clinique gynécologique et obstétricale (CGO, UCAD) - Dakar - Sénégal

2 - Centre de formation et de recherche en santé de la reproduction (CEFOREP) - Dakar - Sénégal

3 - Organisation mondiale de la santé (OMS)

Correspondance : Professeur Philippe Marc Moreira - BP 22394 - Dakar-Ponty - Sénégal
E-mail : phmoreira66@yahoo.fr

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective multicentrique qui s'est déroulée du 1^{er} janvier 2002 au 30 mars 2003 et a concerné 8 structures sanitaires (CHU Aristide Le Dantec à Dakar, CS Podor et HD Ndioum à Saint-Louis, CS Kidira et CS Goudiry à Tambacounda, CS Kolda et CS Sédhiou à Kolda, HR Ziguinchor); la population de l'étude est constituée des parturientes répondant aux critères d'inclusion suivants : grossesse mono-fœtale reçue avant la phase expulsive, accouchement assisté par un personnel qualifié dans les structures sanitaires ciblées et consentement libre et éclairé.

Résultats

Les MGF sont rencontrées dans toutes les régions du Sénégal mais avec une nette prédominance dans les zones frontalières (régions de St-Louis, de Tambacounda et de Kolda) où les prévalences vont de plus de 75 à 95 %. Le type II est le plus rencontré. Les complications obstétricales sont plus fréquentes chez les excisées et sont proportionnelles à la sévérité. Les plus fréquemment rencontrées sont : la prolongation anormale des 2^e et 3^e phases du travail, les hémorragies, les déchirures du périnée, la détresse respiratoire et la mortalité périnatale.

Conclusion

L'accouchement de l'excisée doit être considéré à plus haut risque et pratiqué par du personnel qualifié. Il doit respecter les normes et protocoles de bonne prise en charge obstétricale, privilégier l'épisiotomie systématique et une extraction aidée au besoin.

Mots clés : mutilation génitale féminine, prolongation du travail, hémorragies, mortalité périnatale

Déclaration publique d'intérêt

Nous soussignés, P.M. Moreira, M. Diadiou, D. Diallo, T. Dieng, J.C. Moreau, I.D. Toure, déclarons ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

INTRODUCTION

La pratique des mutilations génitales féminines (MGF) a suscité une prise de conscience de plus en plus grande au sein de la communauté internationale depuis une vingtaine d'années. La conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) dans son programme d'action a été un moment décisif grâce à l'appel lancé aux gouvernements [1]. Elle a permis l'adoption de lois interdisant la MGF dans 13 pays africains.

Les estimations actuelles indiquent que près de 132 millions de femmes/fillettes sont victimes de cette pratique dans le monde [2]. Chaque année, deux millions de filles risquent de subir cette pratique en Afrique. Les MGF sont pratiquées dans 27 des 46 pays de la région Afrique de l'OMS, avec des prévalences qui varient entre 18 % et 97 %. Au Sénégal, les MGF toucheraient 28 % des femmes sénégalaises [3]. Des résultats de l'enquête démographique et de santé IV [4], il ressort qu'à l'image du continent africain la prévalence varie selon le milieu de résidence et l'ethnie. Les proportions de femmes excisées sont plus élevées en milieu rural (34 %) qu'en milieu urbain (22 %).

Le Sénégal a ratifié les différentes conventions internationales portant sur l'élimination des violences faites aux femmes et aux enfants et sur la promotion des droits humains. Il a adopté une loi portant sur l'interdiction de l'excision en janvier 1999 et un plan d'action pour l'abandon de la pratique des MGF en 2000.

Malgré l'expression de cette volonté politique et des nombreuses actions jusqu'ici entreprises, on note encore une persistance de cette pratique.

La nécessité de disposer de données fiables pour la mise en œuvre d'interventions efficaces justifie la réalisation d'études sur les conséquences de l'excision. C'est dans cette optique que l'OMS a initié l'étude multicentrique portant sur les conséquences obstétricales des MGF au Burkina Faso, au Ghana, au Kenya, au Nigeria, au Sénégal et au Soudan. Les résultats tirés de cette étude permettront d'affiner les actions d'IEC/Plaidoyer qui constituent les axes prioritaires du plan d'action national, et d'améliorer la qualité de la prise en charge des femmes excisées au moment de l'accouchement.

En émettant l'hypothèse que le risque de survenue d'une complication obstétricale pour chaque type de MGF est plus élevé, comparativement aux femmes ne présentant pas de MGF, compte tenu de facteurs confondants éventuels, nous avons fixé les objectifs suivants à cette étude :

- estimer l'incidence des complications obstétricales parmi les femmes présentant une MGF et venant accoucher dans les maternités ciblées ;
- évaluer la relation de cause à effet entre différents types de MGF et la survenue de complications obstétricales ;
- disposer des informations cliniques permettant d'affiner les interventions pour la prévention et le traitement des complications obstétricales chez les femmes ayant une MGF.

I. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude prospective, comparative, avec un suivi de courte durée. Elle s'était déroulée en deux phases : la première de janvier 2002 à février 2003 dans le cadre de l'étude multipays de l'OMS, la deuxième de mars à décembre 2003 spécifique au Sénégal.

I.1. Sélection de sites

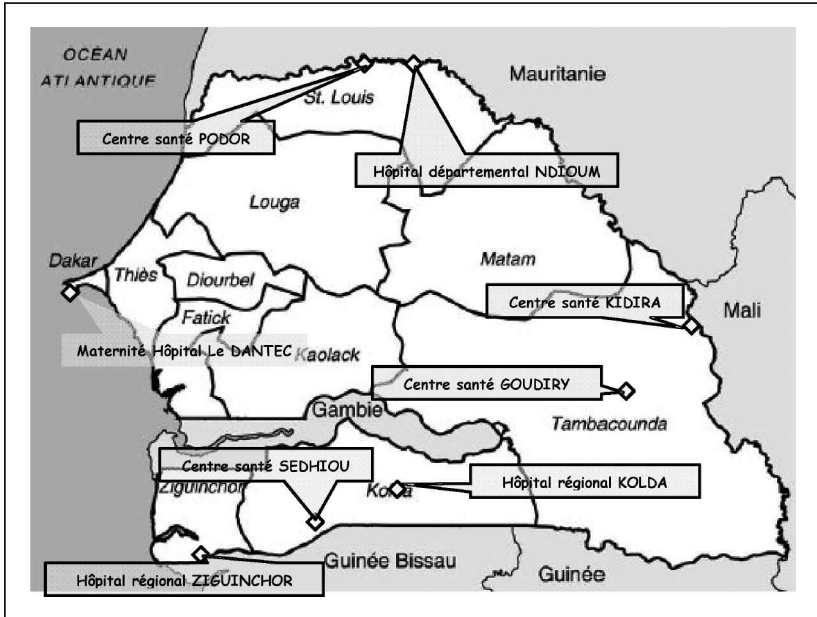
Les sites de l'étude ont été choisis dans les régions de Dakar, Saint-Louis, Tambacounda, Kolda et Ziguinchor. Sur la base des critères de sélection portant sur la continuité dans l'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, sur la qualification du personnel soignant, sur le taux de recrutement des sujets de l'étude par rapport au nombre de parturientes reçues et sur la représentativité des différents types d'excision répertoriés au Sénégal, les huit sites suivants ont été retenus : la maternité de l'hôpital Aristide Le Dantec, l'hôpital régional de Ziguinchor, l'hôpital de Ndoum, le centre de santé de Podor, le centre de santé de Goudiry, le centre de santé de Kidira, le centre de santé de Kolda et le centre de santé de Sédhiou (Figure 1).

I.2. Définitions

MGF I : excision du capuchon avec ablation totale ou partielle du clitoris,

MGF II : excision totale ou partielle du clitoris avec ablation totale ou partielle des petites lèvres,

Figure 1 - Carte du Sénégal avec la localisation des sites



MGF III : excision totale ou partielle des organes génitaux externes avec suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale (infibulation),

MGF IV : cautérisation du clitoris et du tissu environnant, percée ou étirement du clitoris et/ou des petites lèvres, scarifications autour de l'orifice vaginal (angrya cuts) ou incision ou lacération du vagin (gishiri cuts), introduction de substances corrosives ou de plantes dans le vagin pour faire saigner ou pour rétrécir ou fermer le vagin.

1.3. Échantillonnage [5, 6]

Pour déterminer la proportion de femmes excisées, l'équipe de recherche a utilisé les données collectées lors des 4 premiers mois de l'étude. Ces données ont été utilisées dans le calcul de la taille de l'échantillon avec d'autres paramètres. Le niveau de confiance a été fixé à 95 %, sachant que le libellé de l'hypothèse de recherche impose le choix de tests unilatéraux. La puissance de ces tests a été fixée à 80 %. Le type d'étude et le choix qui a été fait de comparer les risques

de survenue de complications obstétricales impliquent l'utilisation du risque relatif comme indicateur. Le niveau minimal significatif du risque relatif a été fixé à 1,4. Selon la littérature, on estime que le pourcentage de complications obstétricales qui surviennent chez les parturientes non excisées est généralement égal à 5 %. De plus, il était prévu qu'un maximum de 10 % des fiches collectées pourraient être rejetées pour des raisons de non-conformité avec les critères d'inclusion, ou bien à cause d'un défaut de remplissage correct des rubriques. Ces considérations ont permis de calculer une taille minimale d'échantillon de 5 446 parturientes réparties en 1 246 femmes non excisées et 4 200 femmes excisées.

1.4. Collecte des données

Les données ont été recueillies au moyen d'un formulaire d'admission. Les renseignements recueillis concernaient les caractéristiques sociodémographiques et socioculturelles, le suivi prénatal, l'accessibilité du service, le type de MGF et les autres lésions éventuelles du périnée avant expulsion, l'évolution du travail avec la durée des différentes phases, les complications observées, le pronostic maternel et fœtal.

1.5. Gestion et analyse des données

Les données collectées au Sénégal ont été traitées en deux étapes. La première a concerné les données qui devaient être utilisées dans l'étude multipays, lesquelles ont été saisies à Genève par un procédé de numérisation. Pour la seconde étape, les données collectées ont été saisies avec le logiciel Epidata. Pour les besoins de l'analyse, les données ont été fusionnées par l'équipe de recherche du Sénégal et une première production de tableaux a été réalisée avec le logiciel SPSS. Ces premiers tableaux ont permis d'identifier les aspects à investiguer, et des analyses univariées et bivariées ont été menées avec le même logiciel. L'analyse bivariée a consisté à comparer les risques de survenue de complications obstétricales en tenant compte des facteurs de confusion identifiés. Dans certains cas, le test exact de Fischer a été utilisé du fait de la taille réduite des groupes.

La détermination des relations de cause à effet entre l'excision et les complications apparues lors de l'accouchement implique la prise de précautions, notamment l'identification et la maîtrise des facteurs de confusion. A priori, la parité a été retenue comme un critère de

segmentation de l'échantillon. Ainsi, deux premiers groupes ont été formés, constitués d'une part de primipares et d'autre part de multipares. D'autres facteurs ont été aussi pris en compte, du fait de leur influence sur les complications obstétricales et le fait qu'ils ne soient pas répartis de manière identique entre les excisées et les non excisées. C'est le cas de facteurs tels que l'existence de pathologies obstétricales et médicales courantes, le renforcement du travail par de l'ocytocine, l'utilisation de l'épisiotomie et le recours à l'accouchement artificiel.

II. RÉSULTATS

II.1. Bilan de la collecte

Durant la période d'étude, un total de 6 414 femmes enceintes ont été incluses dont 5 152 excisées, soit 80,3 % de l'échantillon, et 1 262 non excisées, soit 19,7 % de l'échantillon. Le type II a été rencontré chez 67,9 % des femmes excisées, suivi du type I dans 30,7 % des cas. L'excision de type III a été peu rencontrée (1,4 %), alors que des cas d'excision pouvant être classés dans le type IV n'ont pas été observés (Tableau 1).

Tableau 1 - Répartition des sujets de l'étude selon le type d'excision et selon le site

Site	MGF 0 (n)	MGF I (n)	MGF II (n)	MGF III (n)	MGF tous types (n)	MGF tous types (%)	Total (n)
Dantec	777	149	134	9	292	27,3	1 069
Ziguinchor	129	63	98	6	167	56,4	296
Kolda	188	598	1 094	11	1 703	90,1	1 891
Sédhiou	94	465	396	6	867	90,2	961
Podor	23	52	333	2	387	94,4	410
Ndioum	30	85	796	8	889	96,7	919
Goudiry	19	169	522	27	718	97,4	737
Kidira	2	1	125	3	129	98,5	131
Total	1 262	1 582	3 498	72	5 152	80,3	6 414

II.2. Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des patientes était de 25,6 ans avec un IC de 95 % [25,4-25,8], comparable à l'âge moyen retrouvé par l'enquête MOMA [7]. La parité moyenne est de 3,14 avec un IC à 95 % [3,08-3,20]. La taille moyenne était de 162,7 cm avec un IC de 95 % [162,6-162,9], un poids moyen de 63,7 kg avec un IC de 95 % [63,4-64,1], ce qui donnait un indice de masse corporelle (IMC) de 24,1 avec un IC de 95 % [24,0-24,3]. Elles étaient mariées dans 91,2 % des cas, résidaient en milieu urbain (dans la commune) pour 61,2 % d'entre elles, non scolarisées dans 57,7 % des cas et étaient d'un niveau socio-économique jugé modeste pour 46,4 % d'entre elles.

Selon l'ethnie, les proportions de femmes excisées étaient très variables. En effet parmi les Sérères et les Wolof, l'excision ne concernait qu'environ 1 parturiente sur 10, cette pratique touche plus de 6 parturientes sur 10 dans ce que l'on a regroupé dans le groupe Diola (Diola, Manjaque, Mancagne), alors que plus de 95 % des parturientes des ethnies Poular (Toucouleurs et Peuhl) étaient touchées par cette pratique (Tableau 2).

Tableau 2 - Répartition en pourcentage des parturientes selon l'ethnie et le statut d'excision

	Groupe ethnique							Ensemble
	Toucouleur	Sérère	Peuhl	Wolof	Groupe Mandinka	Groupe Diola	Autres	
Non excisée	4,2	90,4	2,6	88,6	4,6	34,1	34,1	19,5
Excisée	95,8	9,6	97,4	11,4	95,4	65,9	65,9	80,5
Total (n)	1 680	188	1 862	709	1 118	668	132	6 357

II.3. Accessibilité des structures de santé

La distance moyenne et le temps moyen pour parvenir à la structure de santé pour l'accouchement sont respectivement de 12 km et 32 minutes. Il existe, cependant, des disparités selon la zone de résidence. En effet, la distance moyenne est de 5 km en milieu urbain contre 22,5 km en milieu rural. Le temps mis pour accéder aux structures d'accouchement est de 20 minutes en ville contre 50 minutes pour les femmes résidant à la campagne. L'analyse de la distance parcourue pour accéder aux structures d'accouchement révèle des disparités selon le mode d'accouchement (accouchement normal, césarienne ou forceps/ventouse) (Tableau 3).

Tableau 3 - Comparaison des distances moyennes parcourues par les parturientes pour accéder à la structure d'accouchement, selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Distance moyenne à la structure	Effectifs	P-valeur
Accouchement normal	10,8	6 074	0,001
Forceps/ventouse	29,7	97	
Accouchement normal	10,8	6 074	0,000
Césarienne	30,5	243	
Ensemble	11,8	6 414	

L'éloignement du lieu de résidence de la structure où la femme a accouché a eu aussi un effet délétère sur le pronostic néonatal, en étant impliqué aussi bien dans la mortalité *in utero* précoce que tardive. En effet, les femmes ayant accouché d'un enfant vivant ont parcouru en moyenne 10,5 km pour accéder aux structures d'accouchement, contre une distance moyenne de 26,6 km pour celles qui ont accouché d'un mort-né macéré et 30,7 km pour celles qui ont eu un mort-né frais.

II.4. Nombre de consultations prénatales (CPN)

Le nombre de CPN était plus élevé chez les femmes non excisées que chez les femmes excisées, quelle que soit la parité. Les non excisées faisaient en moyenne plus de 3 CPN, alors que les parturientes excisées en ont fait moins (Tableau 4).

Tableau 4 - Nombre de CPN effectuées selon la parité et le statut d'excision

		Non excisée	Excisée	P-valeur
Nombre de CPN	Primipare	3,4	2,8	0,000
	Multipare	3,3	2,7	0,000
	Ensemble	3,4	2,7	0,000

II.5. Âge de la grossesse à l'admission

L'âge de la grossesse est exprimé en semaines d'aménorrhée (SA). Son estimation a été faite à partir de la date des dernières règles - si

elle est connue - ou bien à partir de l'échographie du premier trimestre. À défaut, on a utilisé la mesure de la hauteur utérine.

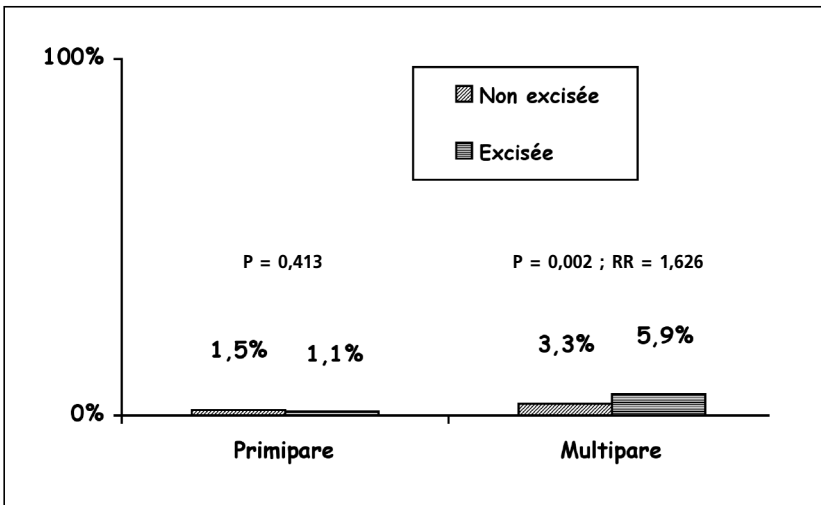
En moyenne, les parturientes étaient reçues dans les maternités de l'étude dans leur 38^e semaine d'aménorrhée (SA). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative, que la femme soit excisée ou non, et quelle que soit la parité.

II.6. Examen du périnée

L'examen du périnée entre dans le cadre du pronostic de l'accouchement. Il fait partie intégrante de l'examen obstétrical. En effet, une anomalie périnéale peut compromettre un éventuel accouchement par voie basse et imposer une césarienne.

Les anomalies périnéales et vulvaires étaient peu nombreuses parmi les parturientes. Elles étaient moins importantes, en proportion, chez les primipares que chez les multipares. Parmi ces dernières, la proportion d'anomalies était plus élevée chez les excisées (5,9 %) que chez les non excisées (3,3 %) ($p = 0,002$; $RR = 1,6$). Par contre, il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans le groupe des primipares (Figure 2).

Figure 2 - Anomalies périnéales et vulvaires selon la parité et le statut d'excision



II.7. Dimensions de l'orifice vaginal (perméabilité)

Afin de comparer les périnées des femmes excisées à celui de celles qui ne le sont pas, le degré de perméabilité du vagin - donnée fondamentale pour un accouchement par voie basse - a été évalué à travers les dimensions de son orifice estimées en nombre de travers de doigts (Tableau 5). À l'admission, la majorité des parturientes (environ 59,1 %) avaient un orifice vaginal perméable à 3 doigts et plus. Pour près du tiers (32,1 %), il était perméable à 2 doigts. Les 8,9 % restantes avaient une perméabilité de l'orifice vaginal à 1 doigt. Parmi les primipares, 77,9 % des excisées ont été admises dans les structures avec une perméabilité de l'orifice vaginal à 2 doigts et plus, contre 92,2 % chez les non excisées. Les écarts entre excisées et non excisées constatés chez les primipares ne se retrouvent pas chez les multipares.

Tableau 5 - Dimension de l'orifice vaginal (en doigts) à l'admission selon le statut d'excision

Dimension de l'orifice vaginale (en doigts)	Primipares			Multipares			
	Non excisée	Excisée	Ensemble	Non excisée	Excisée	Ensemble	
1 doigt	7,8	22,1	18,8	1,4	3,7	3,3	
2 doigts	49,8	51,6	51,2	24,4	20,6	21,3	
3 doigts et +	42,4	26,3	30,0	74,2	75,6	75,4	
Total	% n	100,0 528	100,0 1 767	100,0 2 295	100,0 722	100,0 3 366	100,0 4 088
Différences significatives : $p < 0,05$			Différences significatives : $p < 0,05$				

II.8. Le travail

Les parturientes sont reçues plus souvent pendant la phase active de la dilatation (58,4 %) que pendant la phase de latence (41,6 %) avec une différence significative ($p < 0,05$).

Durant l'étude, l'administration d'ocytocine a été plus fréquente à Le Dantec, suivi du centre de santé de Goudiry et de l'hôpital de Ndioum. En tout, près de 44 % des parturientes en ont reçu, surtout durant la seconde phase. Les femmes non excisées en ont plus reçu que les excisées (50,7 % contre 23,8 % ; $p = 0,000$) (Tableau 6).

Les parturientes qui ont reçu de l'ocytocine durant la première phase de travail ont eu une durée de la deuxième phase de travail de 194 min, contre 220 min pour celles qui ne l'ont pas reçue (différence significative) (Tableau 7) ; la durée de la troisième phase a été égale entre

Tableau 6 - Administration d'ocytocine selon le statut d'excision

	Non excisée %	Excisée %	Ensemble %
Pas d'ocytocine	49,3	76,3	56,2
Ocytocine à la 1 ^{re} phase	12,5	5,6	10,7
Ocytocine à la 2 ^e phase	38,2	18,2	33,1
Total	% (n)	100,0 1 248	100,0 6 381
Différences significatives (p < 0,05)			

Tableau 7 - Durées des phases du travail pour les parturientes sans pathologies médicales ou obstétricales selon l'administration de l'ocytocine, la parité et le statut d'excision

		Non excisée	Excisée	P-valeur
Sans administration d'ocytocine				
Durée phase de dilatation (minutes)	Primipare	219,2	265,7	0,001
	Multipare	164,3	222,3	0,000
Durée phase d'expulsion (minutes)	Primipare	22,6	23,3	0,683
	Multipare	12,5	14,3	0,001
Administration d'ocytocine à la 1 ^{re} phase du travail				
Durée phase de dilatation (minutes)	Primipare	118,1	236,5	0,000
	Multipare	124,7	225,7	0,000
Durée phase d'expulsion (minutes)	Primipare	15,8	22,9	0,000
	Multipare	15,3	16,4	0,507
Administration d'ocytocine à la 2 ^e phase du travail				
Durée phase de dilatation (minutes)	Primipare	164,3	238,9	0,000
	Multipare	135,2	191,3	0,000
Durée phase d'expulsion (minutes)	Primipare	16,4	24,2	0,000
	Multipare	15,1	18,0	0,034

les deux groupes de parturientes, respectivement 17,5 min et 17,4 min (différence non significative).

Lorsque l'ocytocine a été administrée durant la seconde phase, la durée de cette phase du travail a été de près de 190 min, contre 225 min si elle n'a pas été administrée (différence significative) ; par contre, la durée de la troisième phase du travail a été un peu plus longue chez celles qui ont reçu l'ocytocine que chez celles qui ne l'ont pas reçue, avec respectivement 19 min et 17 min (différence significative).

Pour neutraliser l'effet statistique de la variable « ocytocine » et comparer les durées des différentes phases du travail entre les parturientes excisées et non excisées, l'administration de celle-ci a été utilisée comme une variable de contrôle. Les comparaisons ont été faites à l'exclusion des parturientes chez qui une ou des pathologies médicales et/ou obstétricales ont été notées (Tableau 7). Pour les parturientes qui n'ont pas reçu d'ocytocine, la durée de la phase de dilatation est plus longue chez les excisées que chez les non excisées, aussi bien pour les primipares que pour les multipares.

II.9 Les modes d'accouchement

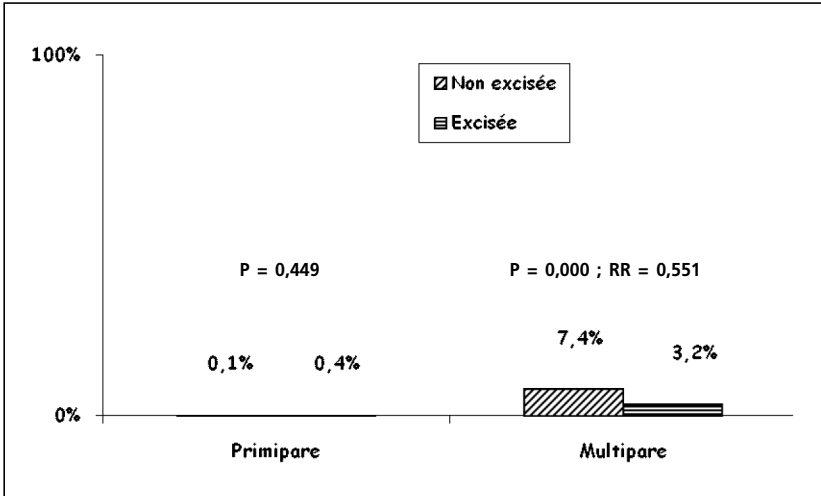
L'épisiotomie a été plus fréquente chez les primipares que chez les multipares, conformément à la pratique clinique habituelle. Ce qui peut expliquer que selon le statut d'excision, la fréquence des épisiotomies était plus élevée chez les femmes non excisées, qu'elles soient primipares (respectivement 66,5 % et 61,2 %) ou multipares (respectivement 11 % et 4,5 %). Si l'on considère les parturientes sans maladies courantes (médicales ou obstétricales) qui représentent plus de 80 % de l'échantillon, l'épisiotomie est plus fréquente chez les primipares excisées (71,4 %) que chez les primipares non excisées (65,5 %). Cet état de fait est plus conforme aux pratiques recommandées.

Le taux d'accouchement par forceps et par ventouse obstétricale était respectivement de 0,1 % et 1,5. La césarienne était le mode d'accouchement dans 3,7 %.

Globalement, dans le groupe des primipares il n'existe pas de différence statistiquement significative entre excisées et non excisées. Cependant, en considérant les primipares sans maladies courantes, on a remarqué que le taux d'accouchement artificiel est plus élevé dans le groupe des non excisées (9 %) par rapport aux excisées (6,4 %) ($p = 0,004$; $RR = 0,882$) (Figure 3).

Chez les multipares, la différence est statistiquement significative entre les femmes non excisées (7,4 %) et excisées (3,2 %) ($p = 0,000$; $RR = 0,551$) ; cependant en tenant compte de l'existence de pathologies courantes, elle n'est pas significative (respectivement 4,8 % et 3,0 %). On peut noter que les femmes non excisées ont eu à bénéficier de plus d'accouchements assistés que les femmes excisées.

Figure 3 - Recours à l'accouchement artificiel selon la parité et le statut d'excision



II.10 Complications obstétricales

II.10.a. Déchirures du périnée (Figure 4)

Dans la présente étude, les déchirures du périnée sont plus fréquentes chez les primipares excisées (15,5 %) par rapport aux non excisées (10 %) ($p = 0,000$; $RR = 1,430$) ; et dans ce groupe, il faut noter un taux élevé de propagation (déchirure malgré une épisiotomie) parmi les primipares excisées avec épisiotomie (24,4 %), contre 3 % pour les primipares non excisées avec épisiotomie. Par contre, il n'existait pas de différence statistiquement significative dans le groupe des multipares. Elles peuvent être prévenues par une épisiotomie préventive et suffisante, sauf pour le risque de déchirure médiane [8].

II.10.b. Hémorragie per-partum

La fréquence de l'hémorragie per-partum est statistiquement plus élevée chez les femmes excisées primipares ($p = 0,016$; $RR = 1,472$) comme multipares ($p = 0,000$; $RR = 2,008$) (Figure 5). Cette complication est retrouvée dans les études antérieures [7].

II.10.c. Hémorragie post-partum

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre excisées et non excisées ; les difficultés rencontrées dans le recueil correct de la

Figure 4 - Déchirure du périnée selon la parité et le statut d'excision

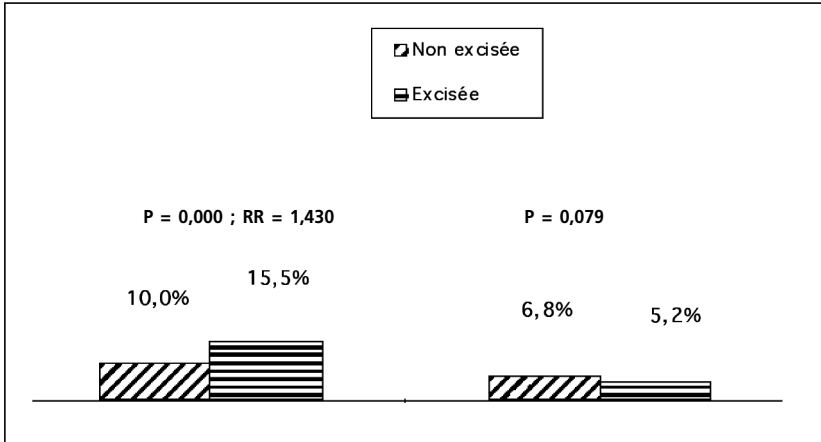
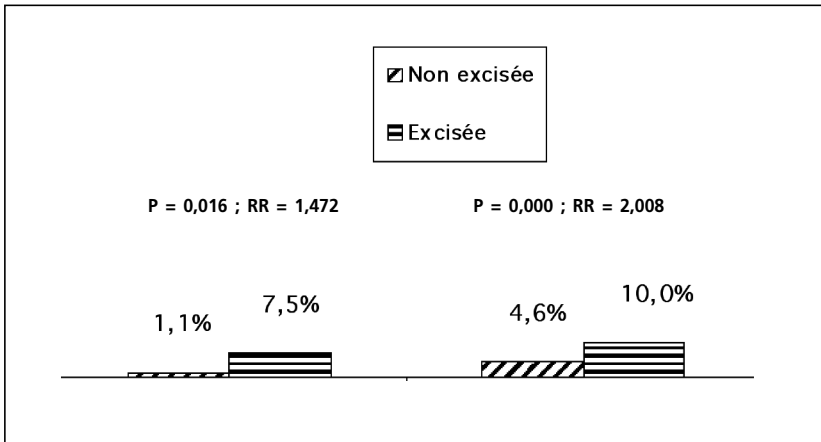


Figure 5 - Survenue d'hémorragies per-partum selon la parité et le statut d'excision



quantité de sang perdu à partir du clampage du cordon peuvent expliquer en partie ce résultat.

En comparant les différents types de mutilations, il ressortait que les types II et III étaient plus exposés aux hémorragies du post-partum par rapport au type I ($p = 0,048$).

II.11. Pronostic maternel

Durant l'étude, 20 cas de décès maternels ont été enregistrés ; il n'existait pas de différence significative entre les femmes excisées et non excisées.

II.12. Pronostic périnatal

II.12.a. Mortinatalité

Pour cette étude, la définition retenue de la mortinatalité concerne toute mort fœtale tardive avec expulsion d'un fœtus décédé « *in utero* » pesant plus de 1 000 g, c'est-à-dire correspondant approximativement à un âge de 28 semaines d'aménorrhée ou 6 mois de gestation, tel que recommandé, en 1970, par un comité d'experts de l'OMS. Elle est donc égale au ratio du nombre d'enfants mort-nés de plus de 1 000 g rapporté à 1 000 accouchements pour la période considérée.

La présente étude révèle que celle-ci était très importante, presque deux à trois fois plus élevée chez les femmes multipares excisées par rapport aux non excisées. Chez les primipares, le risque d'accoucher d'un mort-né frais était nettement plus élevé chez les femmes excisées que chez celles non excisées (RR = 7,1).

II.12.b. Mortalité néonatale

La mortalité néonatale correspond au décès des enfants entre la naissance et jusqu'à 28 jours de vie. On distingue la mortalité néonatale précoce pour les décès durant la première semaine, et la mortalité néonatale tardive pour ceux des trois semaines suivantes. Dans cette étude, les décès des nouveau-nés ont été notifiés uniquement pendant la période de présence des mères dans les structures, soit au plus quarante-huit heures après l'accouchement.

La figure 6 montre que les risques de décès néonataux sont toujours plus importants chez les femmes excisées que chez les non excisées, aussi bien parmi les primipares que parmi les multipares. Ces risques vont de 2 chez les multipares à 5 chez les primipares.

II.12.c. Faible poids de naissance (FPN)

Le faible poids de naissance concerne les nouveau-nés dont le poids de naissance est inférieur à 2 500 g (poids allant jusqu'à 2 499 g), indépendamment de l'âge gestationnel.

Dans le groupe des primipares, la proportion de faible poids de naissance était plus élevée chez les nouveau-nés des femmes excisées

par rapport à ceux des femmes non excisées, avec une différence statistiquement significative (20,6 % pour les excisées *versus* 14,6 % pour les non excisées ; RR = 1,347). Par contre dans le groupe des multipares, les différences observées n'étaient pas significatives (Figure 7).

Figure 6 - Proportion de décès néonataux selon la parité et le statut d'excision de la mère

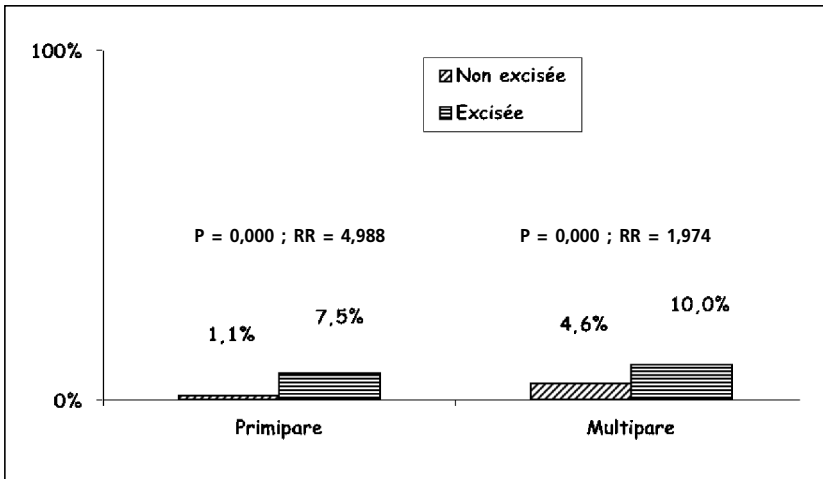
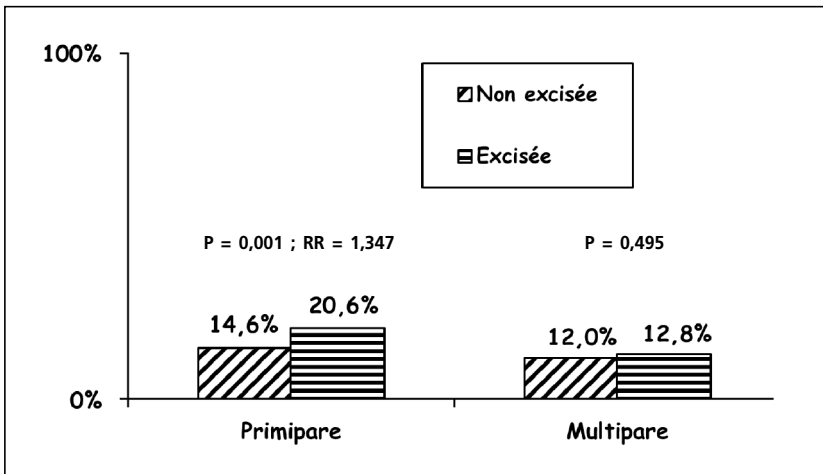


Figure 7 - Proportion de faibles poids de naissance selon la parité et le statut d'excision de la mère



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les mutilations génitales féminines sont retrouvées dans tout le Sénégal avec une prédominance pour les régions du Sud-Est (Tambacounda, Kolda) et du Nord (Matam). Le type II est le plus retrouvé ; les ethnies Peuhls, Toucouleurs et le groupe Mandinka sont les plus représentées.

L'analyse des données collectées a révélé que la pratique des MGF est effectivement néfaste pour la mère et le nouveau-né, avec une morbidité plus élevée chez les parturientes excisées que chez celles non excisées.

En effet, chez la mère, les conséquences suivantes ont été retrouvées :

- prolongation anormale de la phase de dilatation et de la phase expulsive,
- déchirures du périnée,
- hémorragie au cours du travail.

Quant au produit de conception, il est exposé aux risques suivants :

- mortalité périnatale élevée,
- faible poids de naissance.

Ces constatations justifient un certain nombre de recommandations allant dans le sens :

- de renforcer le plaidoyer pour l'abandon de la pratique de l'excision (IEC/CC) en utilisant les résultats de cette étude ;
- de rendre les pratiques cliniques plus adaptées afin d'améliorer le pronostic materno-fœtal et néonatal. Il s'agira de réviser les politiques normes et protocoles en SR (PNP) et veiller à leur application :
 - de considérer la grossesse et l'accouchement chez la femme excisée comme à haut risque ;
 - de systématiser la direction du travail par la généralisation de la gestion active de la troisième phase du travail (GATPA) ;
 - de systématiser l'épisiotomie préventive, en particulier chez les primipares excisées, mais également chez les multipares avec anomalies périnéales et vulvaires ;
 - d'élargir les indications de césarienne aux situations suivantes : existence d'une pathologie médicale ou obstétricale, prolongation de la deuxième phase du travail, apparition d'une hémorragie per-partum, faible poids de naissance ;

- de procéder d'abord à une défibulation devant une mutilation de type III ; si le risque de dystocie des parties molles par obstruction persiste toujours, il faudra recourir à la césarienne ;
- d'appliquer, au besoin, la ventouse obstétricale afin de faciliter l'expulsion ;
- d'assurer la prise en charge du nouveau-né dans une structure dotée de moyens de réanimation néonatale adéquate et conformément aux PNP.

Pour toutes ces raisons, l'accouchement chez la femme excisée ne peut se concevoir au niveau de la case de santé ou du poste de santé. Il devrait se faire chaque fois que cela est possible dans un centre de santé offrant de préférence des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SOUC). Le cas échéant, il faudrait relever le plateau technique des postes de santé, avec une sage-femme y officiant formée notamment à la ventouse.

REMERCIEMENTS

Cette étude a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire, issue d'institutions partenaires du Ministère de la santé et de la prévention médicale du Sénégal. Pour mener à bien sa tâche, cette équipe a bénéficié du précieux concours de personnes auxquelles celle-ci tient à exprimer ses vifs remerciements. Il s'agit :

- de la clinique gynécologique et obstétricale du CHU Aristide Le Dantec,
- de l'Organisation mondiale de la santé,
- de l'UNICEF,
- de l'UNFPA,
- du ministère de la famille, de l'entrepreneuriat féminin et de la microfinance,
- du centre de formation et de recherche en santé de la reproduction,
- des médecins chefs des régions de Dakar, Saint-Louis, Tambacounda, Kolda et Ziguinchor,
- des médecins chefs des districts de Saint-Louis, Tambacounda, Kolda, Ziguinchor.

Bibliographie

- [1] ONU. Rapport sur la conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994. New-York : paragraphe 4.22.
- [2] Creel Liz. Abandonner l'excision. Prévalence, attitudes et efforts pour y mettre fin. Population Reference Bureau 2002.
- [3] Mottin Sylla MH. Rapport sur la situation de l'excision au Sénégal 1990.
- [4] Ministère de la santé, Groupe Serdha, Macro International Inc. : Santé pour tous. Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé 1999:212.
- [5] Wingo PA, Higgins JE, Rubin GL, Zahniser SC. An epidemiologic approach to reproductive health. CDC, FHI, WHO 199:482.
- [6] Lwanga SK, Lemeshow S. Détermination de la taille d'un échantillon dans les études sanométriques. Manuel pratique. Organisation Mondiale de la Santé 1991:84.
- [7] Inserm unité 149. Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest. 1996:116.
- [8] Carcopino X, Shojai R, Boubli L. Les mutilations génitales féminines : généralités, complications et prise en charge obstétricale. J Gynecol Obstet Biol Rprod 2004;33(5):378-383.