



Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains*

Groupe d'étude OMS sur les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical

Résumé

Généralités Les données fiables sur les conséquences obstétricales des mutilations génitales féminines sont rares. L'étude porte sur les effets des différents types de mutilations sur le devenir obstétrical des femmes.

Méthodes 28 393 femmes se présentant pour une naissance unique entre novembre 2001 et mars 2003 dans 28 centres d'obstétrique au Burkina Faso, au Ghana, au Kenya, au Nigéria, au Sénégal et au Soudan, ont été examinées avant l'accouchement pour vérifier si elles avaient subi des mutilations ou pas, et ont été classées selon le système de l'OMS : mutilation de type I, excision du prépuce, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris ; mutilation de type II, excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres ; mutilation de type III, excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture ou rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation). Des informations prospectives sur les facteurs démographiques, sanitaires et génésiques ont été recueillies. Les participantes et leurs nouveau-nés ont été suivis jusqu'à la sortie de la mère de l'hôpital.

Résultats Par comparaison avec les femmes n'ayant pas subi de mutilations, les risques relatifs ajustés de certaines complications obstétricales étaient, chez les femmes ayant eu une mutilation de type I, II ou III, respectivement les suivants : césarienne 1,03 (IC 95 % 0,88–1,21), 1,29 (1,09–1,52), 1,31 (1,01–1,70) ; hémorragie du postpartum 1,03 (0,87–1,21), 1,21 (1,01–1,43), 1,69 (1,34–2,12) ; hospitalisation prolongée de la mère 1,15 (0,97–1,35), 1,51 (1,29–1,76), 1,98 (1,54–2,54) ; réanimation du nouveau-né 1,11 (0,95–1,28), 1,28 (1,10–1,49), 1,66 (1,31–2,10), naissance d'un mort-né ou décès néonatal précoce 1,15 (0,94–1,41), 1,32 (1,08–1,62), 1,55 (1,12–2,16) et faible poids de naissance 0,94 (0,82–1,07), 1,03 (0,89–1,18), 0,91 (0,74–1,11). La parité ne semble pas influencer de manière significative sur ces risques relatifs. On estime que les mutilations génitales féminines entraînent une surmortalité périnatale de un ou deux décès pour 100 accouchements.

Interprétation Les femmes qui ont subi des mutilations génitales féminines ont une probabilité nettement plus élevée de complications obstétricales que celles qui n'en ont pas subi. Il semble aussi que le risque augmente avec l'ampleur de la mutilation.

* Traduction de la version originale anglaise avec permission des éditeurs du *Lancet* 2006;367:1835–1841.

Introduction

Par mutilations génitales féminines (MGF) on entend toutes les interventions impliquant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou des lésions de ces organes pour des raisons culturelles ou pour toute autre raison non thérapeutique.¹ Elles sont courantes dans plusieurs pays, principalement en Afrique, et on estime qu'à l'échelle mondiale, plus de 100 millions de petites filles et de femmes en ont subi. La question de savoir si le devenir obstétrical des femmes ayant subi des mutilations génitales est différent de celui de celles qui n'en ont pas subi n'a pas encore reçu de réponse claire, dans la mesure où les études antérieures, de petite taille et limitées sur le plan méthodologique, n'ont pas pu fournir de données fiables, notamment pour les événements importants, comme les décès périnataux.²⁻⁶ Notre étude avait donc pour objectif d'enquêter sur les effets des différents types de mutilations génitales sur un certain nombre d'événements affectant la mère ou le nouveau-né, pendant ou immédiatement après l'accouchement.

Méthodes

Patientes et procédures

Les femmes se présentant pour une naissance unique dans 28 centres d'obstétrique au Burkina Faso (cinq centres), au Ghana (trois centres), au Kenya (trois centres), au Nigéria (six centres), au Sénégal (huit centres) et au Soudan (trois centres) entre novembre 2001 et mars 2003 et ayant donné leur consentement, ont été interrogées pour obtenir des renseignements personnels et connaître leurs antécédents médicaux et obstétricaux. Celles pour qui une césarienne avait été programmée n'ont pas été incluses. Un examen anténatal des organes génitaux externes a été pratiqué sur les participantes par une sage-femme qualifiée de l'étude, afin de vérifier si elles avaient subi une mutilation et, si c'était le cas, d'en déterminer le type. Les femmes et leurs nouveau-nés ont ensuite été suivis jusqu'à la sortie des mères de l'hôpital pour obtenir des précisions sur l'accouchement et leur état de santé. Les femmes qui n'ont pas été contactées pour participer à l'étude étaient celles dont le travail était déjà trop avancé pour permettre l'examen nécessaire des organes génitaux avant l'accouchement et celles qui n'étaient pas en mesure de donner un consentement éclairé. Les accouchements des participantes ont été pratiqués dans les conditions habituelles de chaque centre. Les centres d'études retenus présentaient une grande diversité, allant d'hôpitaux ruraux relativement isolés à de grands établissements universitaires de niveau tertiaire dans les capitales, pour obtenir des patientes présentant l'éventail approprié de mutilations, conformément aux résultats de l'étude pilote faite en 2000 sur 1976 femmes. Les comités OMS d'éthique de la recherche et leurs homologues nationaux ou locaux dans les sites participants ont approuvé l'étude.

Les mutilations des femmes ont été définies en fonction de l'examen des organes génitaux externes et classées selon le système OMS.¹ La sage-femme de l'étude a consigné la taille et le poids des femmes. Au cours de l'étude pilote, on avait constaté une grande variation entre les pays pour la mesure la plus appropriée du statut socio-économique (ex., revenu, nombre de têtes de bétail, logement,

Classification OMS des mutilations génitales féminines

Pas de mutilation : aucune évidence de mutilation génitale

Type I : excision du prépuce, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris

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

Type III : excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture ou rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation)

profession). A cause de ces différences, on a mis au point une mesure unique répartissant les femmes entre statut socio-économique bas, moyen ou élevé à l'aide de critères locaux pertinents et de l'évaluation de la sage-femme. D'autres paramètres de départ ont été définis à partir des informations données par la participante lors de l'entretien.

Les renseignements obtenus pendant le suivi des participantes et de leurs nouveau-nés, notamment concernant un accouchement par césarienne, une épisiotomie, des déchirures périnéales, le poids de naissance, l'indice d'Apgar, la naissance d'un mort-né et un décès maternel ou néonatal, ont été rassemblés par les sages-femmes et les enquêteurs jusqu'à la sortie de la mère de l'hôpital (durée moyenne du suivi : 1,8 jours). On a considéré qu'une femme avait subi une épisiotomie si la sage-femme signalait une épisiotomie postéro-latérale, postérieure ou latérale. Les hémorragies du postpartum ont été mesurées en suivant le protocole de l'essai OMS multicentrique randomisé sur le misoprostol dans la prise en charge de la délivrance.⁷ On a considéré que la femme avait eu une hospitalisation prolongée si la sage-femme de l'étude répondait affirmativement à la question suivante : « La durée de l'hospitalisation a-t-elle été plus longue que d'habitude pour un accouchement ? ». En cas d'accouchement par voie basse, on a également défini l'hospitalisation prolongée comme une hospitalisation de plus de 3 jours, déterminée par le temps écoulé entre la date d'entrée et la date de sortie. Pour le nouveau-né, on a défini la réanimation comme étant le fait d'avoir eu une assistance respiratoire ou de l'air insufflé dans les poumons après la naissance. On a utilisé l'expression « décès périnatal pendant l'hospitalisation » pour tout enfant mort-né ou qui est décédé pendant l'hospitalisation de la mère.

Les copies des entretiens réalisés pour l'étude et les feuilles de résultats ont été envoyées à l'unité centrale de traitement des données du département Santé et recherche génésiques de l'OMS à Genève, où elles ont été codées et saisies en double dans la base de données de l'étude.

Analyse statistique

28 509 femmes ont participé à l'étude. Des données concernant l'âge, la parité, le niveau d'instruction, le domicile urbain ou rural ou la taille ont manqué pour 126 d'entre elles, soit 0,4 %, qui ont été exclues des analyses. Parmi d'autres variables, il y avait une catégorie pour les valeurs manquantes quand la variable en question était utilisée pour procéder à des ajustements. Les taux de réponse ont été élevés avec 97 % des femmes remplissant les critères de l'étude au Kenya, 99 % au Soudan et 100 % au Burkina Faso, au Ghana et au Nigéria. On ne connaît pas les taux de réponse au Sénégal.

Les premières analyses ont porté sur la prévalence de divers facteurs selon la situation par rapport aux mutilations, avec des tests de χ^2 pour l'hétérogénéité, afin d'identifier les facteurs de confusion potentiels. Les analyses principales ont estimé le risque que survienne ou non un événement indésirable chez la mère ou l'enfant, chez les femmes ayant subi une mutilation de type I, II ou III par rapport à des femmes qui n'en ont pas eues. Les odds ratios ajustés ont été calculés par régression logistique inconditionnelle et les risques relatifs approximatifs ajustés (RR) et leur intervalle de confiance (IC) en ont été déduits à partir du nombre total de femmes exposées et non exposées et du nombre total d'événements.

Le centre d'étude, l'âge de la mère, la parité, le niveau d'instruction et le statut socio-économique ont été jugés a priori comme étant des facteurs de confusion. On a considéré que les autres facteurs potentiels de confusion étaient ceux qui, lorsqu'on les ajoutait au modèle, changeaient les odds ratios de 5 % ou plus pour les principaux résultats de l'étude (donnés dans les figures 1 et 2). Le modèle final était ajusté sur le centre

de l'étude, l'âge, la parité, la taille, le niveau d'instruction, le statut socio-économique et le domicile (urbain ou rural) de la mère, la durée du trajet jusqu'à l'hôpital et le nombre de consultations prénatales. Lorsque tous ces facteurs ont été pris en compte, d'autres ajustements sur la situation maritale, la religion, le poids avant l'accouchement, la présence d'une maladie au moment de l'admission n'ont eu matériellement aucun effet sur les résultats. Pour éviter d'exagérer les ajustements, nous n'avons pas pris en compte les antécédents d'événements obstétricaux indésirables, dans la mesure où ils pouvaient être aussi dus à des complications associées aux mutilations.

Les liens avec les événements observés ont été examinés pour toutes les femmes ensemble, puis séparément pour les primipares et les multipares, sauf pour ceux concernant l'épisiotomie et les déchirures périnéales, présentés séparément uniquement pour les primipares et les multipares. L'hétérogénéité des résultats en fonction du centre d'étude et de la parité a été examinée à l'aide de tests de Mantel-Haenszel sur les RR ajustés sur les strates. L'utilisation de modèles distincts pour chaque type de mutilation, par rapport au groupe de référence de femmes sans mutilation, a été décidée a priori, et a empêché de réaliser des tests pour établir les tendances en fonction de l'étendue de la mutilation. Nous avons estimé l'effet des mutilations génitales sur le risque absolu de décès périnatal en appliquant le RR global pour tous les types de mutilations aux taux de base des décès périnataux habituels des pays où cette étude a été menée.⁸ Les analyses ont été faites à l'aide du programme de calculs statistiques STATA (version 8).

Rôle du bailleur de fonds

Le promoteur de l'étude n'a joué aucun rôle dans la conception de celle-ci, ni dans la collecte, l'analyse ou l'interprétation des données, ni dans la rédaction du rapport. Le groupe de rédaction a eu pleinement accès à toutes les données de l'étude et a eu la responsabilité de décider en dernier ressort de la soumission du rapport pour publication.

Résultats

Après avoir procédé aux exclusions, on a disposé de données concernant 28 393 femmes pour l'analyse (tableau 1). Comme on s'y attendait, la répartition des types de mutilations a varié fortement en fonction du pays dans lequel les femmes ont été recrutées pour l'étude (tableau 1), et en fonction du centre dans un même pays (données non présentées). Bien que les participantes n'aient pas été représentatives de la population générale ou n'en aient pas été issues directement, ces prévalences correspondent en gros aux quelques données que l'on a sur les mutilations sexuelles dans ces pays.^{1,9} La répartition a également varié fortement en fonction des caractéristiques générales rapportées dans le tableau 2.

	Pas de mutilation	Type I	Type II	Type III	Total
Burkina Faso	938 (19%)	1097 (23%)	2172 (45%)	609 (13%)	4816
Ghana	1841 (60%)	353 (11%)	867 (28%)	33 (1%)	3094
Kenya	1681 (40%)	865 (21%)	1201 (29%)	420 (10%)	4167
Nigéria	646 (12%)	3369 (63%)	1310 (24%)	41 (1%)	5366
Sénégal	733 (21%)	837 (24%)	1850 (54%)	29 (1%)	3449
Soudan	1332 (18%)	335 (5%)	371 (5%)	5463 (73%)	7501
Total	7171 (25%)	6856 (24%)	7771 (27%)	6595 (23%)	28393

Les données sont les nombres (%) de femmes

Tableau 1 : Répartition des mutilations et total dans chaque pays

Au total, 1760 femmes (6 %) ont été accouchées par césarienne et 1970 (7 %) ont présenté une hémorragie du postpartum d'au moins 500 ml. Les femmes ayant subi une mutilation de type II ou III avaient une probabilité significativement plus élevée de devoir accoucher par césarienne ou d'avoir une hémorragie du postpartum d'au moins 500 ml ou plus que celles qui n'avaient pas eu de mutilation (figure 1). En excluant les femmes ayant eu une césarienne de l'analyse des hémorragies du postpartum, les RR ont été de 1,04 (0,83–1,28) pour les mutilations de type I, 1,22 (0,96–1,54) pour les mutilations de type II et 1,96 (1,45–2,63) pour les mutilations de type III, par comparaison

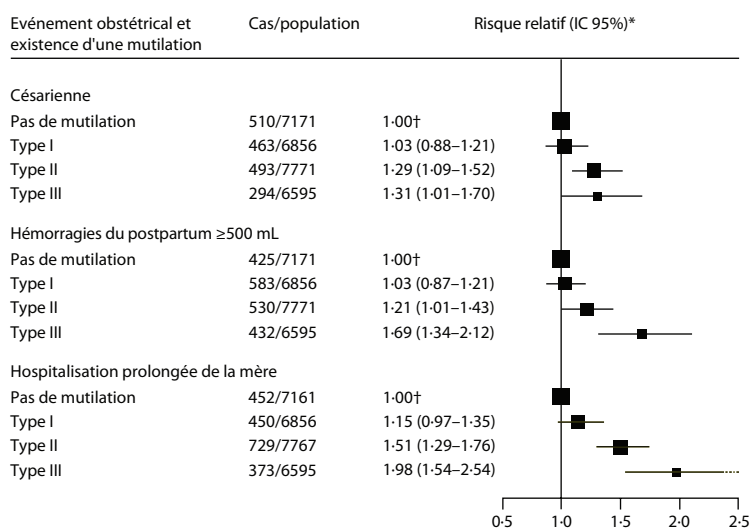


Figure 1 : Risque relatif d'effets indésirables pour la mère chez les femmes ayant subi une mutilation de type I, II ou III par rapport aux femmes qui n'en ont pas eues

*Ajusté sur le centre d'étude, l'âge, la taille, la parité, le niveau d'instruction, le statut socio-économique et le domicile urbain ou rural de la mère, la durée du trajet jusqu'à l'hôpital et les soins prénatals. † Groupe de référence ; des modèles distincts ont été utilisés pour comparer les femmes sans mutilation et celles avec une mutilation de type I, sans mutilation et une mutilation de type II, sans mutilation et une mutilation de type III. Dans les figures 1 à 3, la surface des carrés noirs est inversement proportionnelle à la variance du logarithme du risque relatif.

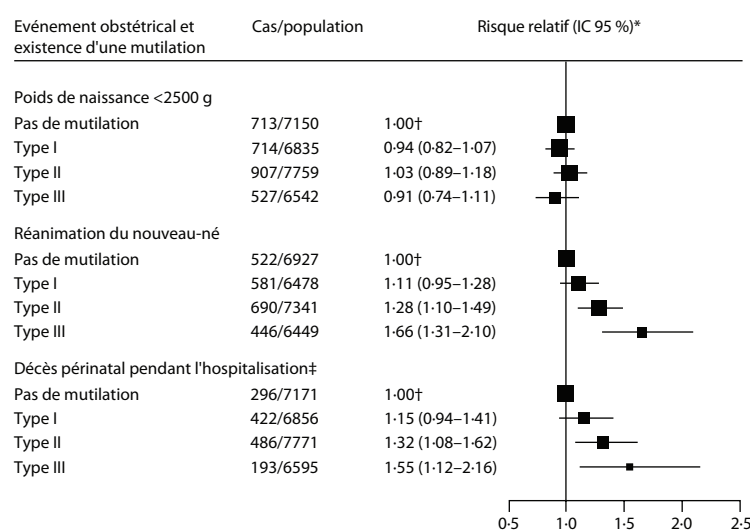


Figure 2 : Risque relatifs d'effets indésirables pour le nouveau-né chez les femmes ayant subi une mutilation de type I, II ou III par rapport aux femmes qui n'en ont pas eues

*Ajusté sur le centre d'étude, l'âge, la taille, la parité, le niveau d'instruction, le statut socio-économique et le domicile urbain ou rural de la mère, la durée du trajet jusqu'à l'hôpital et les soins prénatals. † Groupe de référence ; des modèles distincts ont été utilisés pour comparer les femmes sans mutilation et celles avec une mutilation de type I, sans mutilation et une mutilation de type II, sans mutilation et une mutilation de type III. ‡ Enfants mort-nés ou décédés pendant l'hospitalisation de la mère.

	Pas de mutilation	Type I	Type II	Type III	Total	p*
Ensemble des femmes	7171 (25%)	6856 (24%)	7771 (27%)	6595 (23%)	28 393 (100%)†	
Age (en années)						
<20	1201 (17%)	974 (14%)	1232 (16%)	633 (10%)	4040 (14%)	<0.0001
20–24	2421 (34%)	1614 (24%)	1989 (26%)	1661 (25%)	7685 (27%)	
25–29	1861 (26%)	2013 (29%)	1990 (26%)	1946 (30%)	7810 (28%)	
30–34	996 (14%)	1360 (20%)	1416 (18%)	1336 (20%)	5108 (18%)	
≥ 35	692 (10%)	895 (13%)	1144 (15%)	1019 (16%)	3750 (13%)	
Age moyen (écart-type)	25.2 (5.9)	26.6 (6.2)	26.4 (6.6)	27.1 (6.0)	26.3 (6.2)	
Niveau d'instruction						
Aucun	2473 (35%)	1872 (27%)	3603 (46%)	1082 (16%)	9030 (32%)	<0.0001
Primaire/informel	2687 (38%)	2495 (36%)	2636 (34%)	2029 (31%)	9847 (35%)	
Secondaire	1662 (23%)	1740 (25%)	1186 (15%)	2537 (39%)	7125 (25%)	
Tertiaire	349 (5%)	749 (11%)	346 (5%)	947 (14%)	2391 (8%)	
Statut socio-économique						
Bas	2738 (38%)	2699 (39%)	3537 (46%)	1100 (17%)	10 074 (35%)	<0.0001
Moyen	4212 (59%)	3894 (57%)	3982 (51%)	5254 (80%)	17 342 (61%)	
Elevé	221 (3%)	263 (4%)	252 (3%)	241 (4%)	977 (3%)	
Appartenance religieuse						
Christianisme	4226 (59%)	3419 (50%)	2584 (33%)	383 (6%)	10 612 (37%)	<0.0001
Islam	2570 (36%)	3142 (46%)	4818 (62%)	6176 (94%)	16 706 (59%)	
Autres	375 (5%)	294 (4%)	368 (5%)	368 (6%)	1405 (5%)	
Naissances vivantes antérieures (parité)						
0	3782 (53%)	3274 (48%)	3294 (42%)	2489 (38%)	12 839 (45%)	<0.0001
1	896 (13%)	831 (12%)	1052 (14%)	956 (15%)	3735 (13%)	
2	859 (12%)	754 (11%)	955 (12%)	919 (14%)	3487 (12%)	
3	602 (8%)	628 (9%)	743 (10%)	666 (10%)	2639 (9%)	
4	431 (6%)	498 (7%)	600 (8%)	526 (8%)	2055 (7%)	
≥ 5	601 (8%)	871 (13%)	1127 (15%)	1039 (16%)	3638 (13%)	
Moyenne (écart-type)	1.4 (2.0)	1.8 (2.3)	1.9 (2.3)	2.1 (2.4)	1.8 (2.3)	
Domicile						
Rural	2924 (41%)	2487 (36%)	3300 (43%)	1857 (28%)	10 568 (37%)	<0.0001
Urbain	4247 (59%)	4369 (64%)	4471 (58%)	4738 (71%)	17 825 (63%)	
Durée du trajet jusqu'à l'hôpital						
<30 min	2951 (41%)	3559 (52%)	4327 (56%)	1427 (22%)	12 264 (43%)	<0.0001
30–59 min	2319 (32%)	2206 (32%)	1882 (24%)	2408 (37%)	8815 (31%)	
60–119 min	1320 (18%)	610 (9%)	913 (12%)	2043 (31%)	4886 (17%)	
>119 min	508 (7%)	289 (4%)	466 (6%)	706 (11%)	1969 (7%)	
Moyenne (écart-type)	41.5 (53.4)	32.6 (42.0)	36.2 (56.8)	53.5 (61.2)	40.8 (54.4)	
Nombre de consultations prénatales						
0	372 (5%)	899 (13%)	407 (5%)	205 (3%)	1883 (7%)	<0.0001
1–3	2131 (30%)	1945 (28%)	3479 (45%)	1076 (16%)	8631 (30%)	
≥ 4	4591 (64%)	3664 (53%)	3627 (47%)	5281 (80%)	17 163 (60%)	
Moyenne (écart-type)	4.8 (2.8)	4.6 (3.5)	4.0 (2.6)	6.2 (2.7)	4.9 (3.0)	
Poids avant l'accouchement (kg)						
<50	260 (4%)	307 (5%)	369 (5%)	122 (2%)	1058 (4%)	<0.0001
50–59	1988 (28%)	1826 (27%)	2157 (28%)	943 (14%)	6914 (24%)	
60–69	2999 (42%)	2432 (36%)	3029 (39%)	2162 (33%)	10 622 (37%)	
70–79	1322 (18%)	1467 (21%)	1503 (19%)	2029 (31%)	6321 (22%)	
≥ 80	578 (8%)	806 (12%)	686 (9%)	1332 (20%)	3402 (12%)	
Moyenne (écart-type)	64.1 (10.3)	65.4 (11.2)	64.3 (10.4)	68.3 (10.9)	68.3 (11.3)	
Taille (cm)						
<150	215 (3%)	188 (3%)	193 (3%)	112 (2%)	708 (2%)	<0.0001
150–159	2523 (35%)	2446 (36%)	2335 (30%)	1777 (27%)	9081 (32%)	
160–169	3268 (46%)	3248 (47%)	4144 (53%)	3235 (49%)	13 895 (49%)	
≥ 170	1165 (16%)	974 (14%)	1099 (14%)	1471 (22%)	4709 (17%)	
Moyenne (écart-type)	161.6 (7.5)	161.3 (7.3)	162.1 (6.8)	162.3 (7.7)	161.8 (7.3)	
IMC avant l'accouchement (kg/m²)						
<25	3892 (54%)	3527 (51%)	4270 (55%)	2633 (40%)	14 322 (50%)	<0.0001
25–29	2559 (36%)	2404 (35%)	2713 (35%)	2960 (45%)	10 636 (37%)	
≥ 30	696 (10%)	907 (13%)	761 (10%)	995 (15%)	3359 (12%)	
Moyenne (écart-type)	24.6 (3.8)	25.1 (3.9)	24.5 (3.8)	24.5 (4.1)	25.0 (3.9)	
Maladie existante						
Non	6642 (93%)	6218 (91%)	6631 (85%)	5973 (91%)	25 464 (90%)	<0.0001
Oui	527 (7%)	637 (9%)	1140 (15%)	622 (9%)	2926 (10%)	

Les données sont les nombres (%) de femmes, sauf autre indication. IMC = Indice de masse corporelle.
* Test χ^2 pour l'hétérogénéité. † Seule ligne pour laquelle les pourcentages sont calculés sur la ligne.

Tableau 2 : Répartition des mutilations génitales en fonction des caractéristiques générales

avec les femmes sans mutilation. Les femmes ayant subi une mutilation avaient également une probabilité plus élevée de prolongation de l'hospitalisation (figure 1). Pour les femmes ayant accouché par voie basse, les RR de séjour à l'hôpital de plus de 3 jours ont été de 1,19 (1,01–1,41) pour les mutilations de type I, 1,55 (1,31–1,83) pour les mutilations de type II et 2,34 (1,59–3,45) pour les mutilations de type III par comparaison avec les femmes sans mutilation. Le risque présente les mêmes caractéristiques pour les femmes n'ayant jamais accouché auparavant et les autres.

Chez les primipares, la proportion de celles ayant eu une épisiotomie allait de 41 % chez celles qui n'avaient pas eu de mutilation à 88 % pour celles ayant subi une mutilation de type III ; chez les multipares, les proportions étaient respectivement de 14 % et 61 %. Les RR d'épisiotomie (avec ou sans déchirure périnéale) chez les primipares ont été de 1,31 (IC 95 % 1,20–1,44) pour les mutilations de type I, 1,47 (1,34–1,60) pour les mutilations de type II et 1,84 (1,70–1,97) pour les mutilations de type III, par comparaison avec les femmes sans mutilation. Chez les multipares, les RR étaient de 1,75 (1,47–2,09) pour les mutilations de type I, 2,02 (1,69–2,42) pour les mutilations de type II et 2,16 (1,91–2,44) pour les mutilations de type III par comparaison avec les femmes sans mutilation. Chez les femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie, les RR de déchirure périnéale pour les primipares ont été de 1,31 (1,03–1,66) pour les mutilations de type I, 1,92 (1,50–2,47) pour les mutilations de type II et 3,19 (1,91–4,74) pour les mutilations de type III, par comparaison avec les femmes sans mutilation. Chez les multipares, les RR ont été de 1,37 (1,07–1,75) pour les mutilations de type I, 2,17 (1,69–2,82) pour les mutilations de type II et 1,93 (1,07–3,38) pour les mutilations de type III, par comparaison avec les femmes sans mutilation. On a observé une grande hétérogénéité dans le RR d'épisiotomie en fonction du centre d'étude.

Le nombre de femmes décédées pendant l'hospitalisation a été de 54 (0,19 %), dont 9 (0,13 %) chez celles sans mutilation, 15 (0,22 %) chez celles avec une mutilation de type I, 23 (0,30 %) chez celles avec une mutilation de type II et 7 (0,11 %) chez celles avec une mutilation de type III. Les RR de décès maternel pendant l'hospitalisation, ajustés sur les facteurs de confusion potentiels décrits plus hauts, ont été de 1,39 (0,40–4,84) pour les mutilations de type I, 5,80 (1,77–19,01) pour les mutilations de type II et 1,57 (0,24–10,22) pour les mutilations III, par comparaison avec les femmes sans mutilation. L'ajustement supplémentaire sur les maladies présentes lors de l'admission à l'hôpital donne les RR suivants : 1,29 (0,36–4,60) pour les mutilations de type I, 4,18 (1,24–14,08) pour les mutilations de type II et 1,56 (0,25–9,92) pour les mutilations de type III. Il convient de noter l'importance des intervalles de confiance autour de ces estimations.

Pour les nouveau-nés, 2 861 (10 %) pesaient moins de 2500 g à la naissance, 2239 (8 %) sont nés vivants mais ont dû être réanimés, et 1400 (5 %) sont mort-nés ou sont décédés peu après la naissance. Il n'y a pas de relation significative entre les mutilations génitales et le risque d'avoir un nouveau-né de moins de 2500 g (figure 2). Le RR d'avoir un enfant ayant besoin d'une réanimation à la naissance a été significativement plus élevé chez les femmes ayant subi une mutilation de type II ou III que chez celles n'ayant pas eu de mutilation (figure 2). Le RR global (tous types de mutilations confondus) de décès périnatal est nettement plus élevé pour les enfants des femmes ayant subi une mutilation de type II ou III, que pour les enfants des femmes n'ayant pas eu de mutilations (figure 2). Par comparaison avec les femmes sans mutilation, le RR de mort du fœtus à l'accouchement (n = 737) a été de 1,34 (1,00–1,80) pour les mutilations de type I, 1,48 (1,10–2,01) pour les mutilations de type II et 2,15 (1,32–3,51) pour les mutilations de type III. Les RR de fœtus macéré (n = 448) ont été respectivement de 1,06 (0,74–1,51), 1,22 (0,83–1,76) et 1,55 (0,83–2,88). Pour les enfants nés vivants, il n'y a pas eu de différences significatives dans la proportion de nouveau-nés ayant un indice d'Apgar inférieur à 4 selon que la mère avait subi ou non une mutilation, pas plus que l'on n'a observé de différences significatives dans la proportion d'enfants nés vivants et décédés avant la sortie de la mère de l'hôpital.

On a testé l'hétérogénéité des résultats d'ensemble selon les centres d'obstétrique et la parité de la mère. On a constaté une hétérogénéité importante entre les centres pour tous les types de mutilations en ce qui concerne le RR d'épisiotomie ($p < 0,0001$) et, pour les mutilations de type I ($p = 0,04$) et II ($p = 0,009$), concernant les déchirures périnéales. Les RR d'épisiotomie de chaque centre font apparaître une élévation variable du risque pour les femmes ayant subi une mutilation en fonction du centre (données non présentées). Sur les 18 autres comparaisons, une nette hétérogénéité en fonction du centre est apparue pour 3 RR : hémorragie du postpartum supérieure à 500 ml pour les mutilations de type III par comparaison avec les femmes sans mutilation ($p = 0,048$) ; hospitalisation prolongée de la mère pour les mutilations de type I par comparaison avec les femmes sans mutilation ($p = 0,001$) et réanimation du nouveau-né pour les mutilations de type III par comparaison avec les femmes sans mutilation ($p = 0,004$).

Taux chez les femmes sans mutilation	Taux estimés chez les femmes ayant une mutilation	Différence
40	51	11
50	64	14
60	77	17

Tableau 3 : Incidences estimées des décès périnatals chez les enfants nés de femmes avec ou sans mutilation

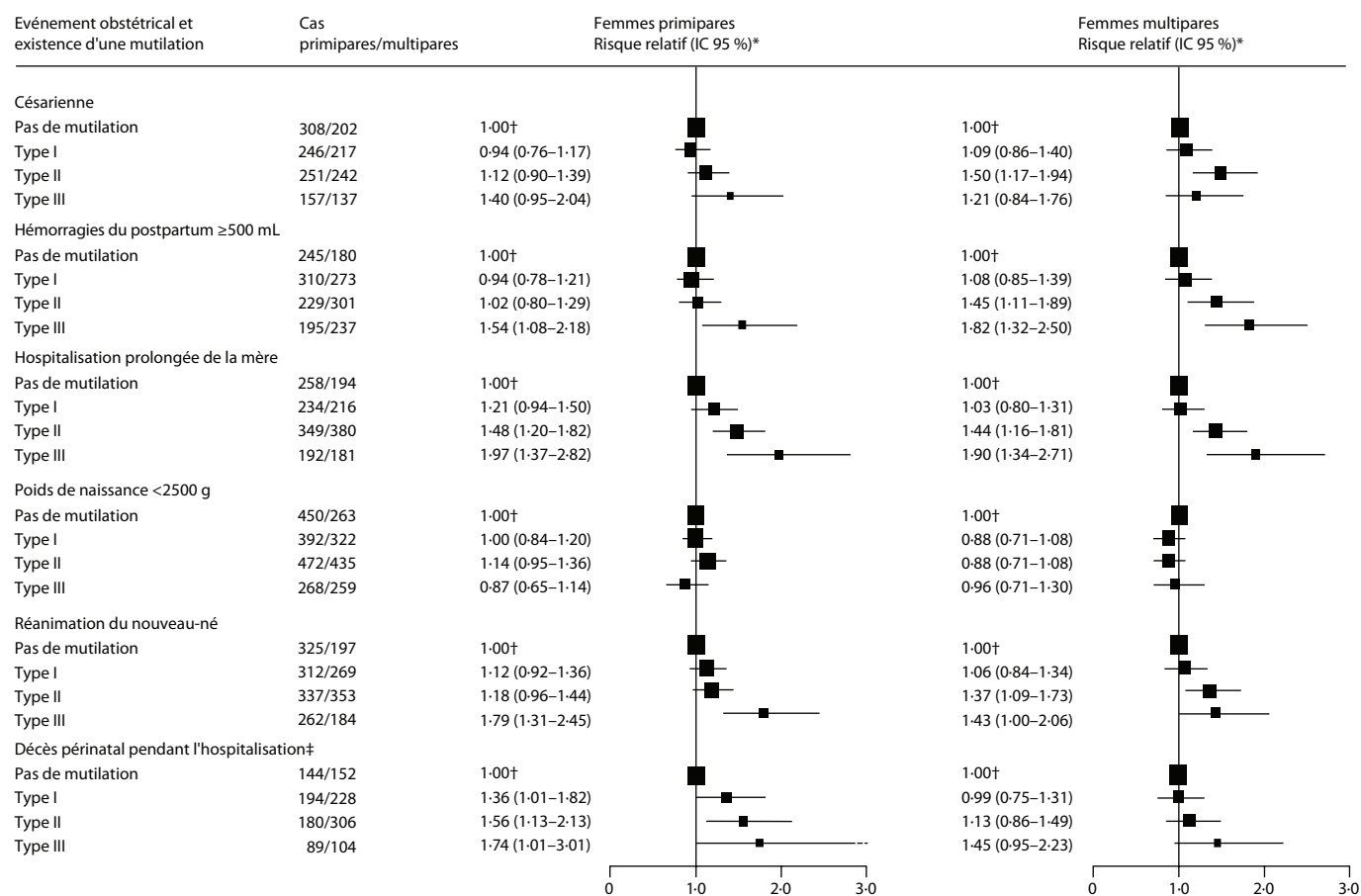


Figure 3 : Risque relatif d'événement obstétrical indésirable chez les femmes ayant subi des mutilations de type I, II, ou III par comparaison avec les femmes sans mutilation et en fonction de la parité

* Ajusté sur le centre d'étude, l'âge, la taille, le nombre d'enfants (chez les multipares), le niveau d'instruction, le statut socio-économique, le domicile urbain ou rural de la mère, la durée du trajet jusqu'à l'hôpital, et les soins prénatals. † Groupe de référence ; des modèles distincts ont été utilisés pour comparer les femmes sans mutilation et celles avec une mutilation de type I, sans mutilation et une mutilation de type II, sans mutilation et une mutilation de type III. ‡ Enfants mort-nés ou décédés pendant l'hospitalisation.

Globalement, l'effet des mutilations sur les événements obstétricaux présentés à la figure 3 ne varie pas nettement selon qu'il s'agit de femmes primipares ou multipares. Sur les 18 tests d'hétérogénéité effectués pour comparer l'effet du type de mutilation sur chaque événement obstétrical entre primipares et multipares, 17 n'ont pas donné de résultats significatifs et, pour la dernière comparaison, (effet de la mutilation de type II sur l'hémorragie du postpartum chez la primipare ou la multipare), la valeur de p s'est établie à 0,045. Compte tenu de l'absence de différence nette entre les groupes et du nombre de comparaisons effectuées, cette constatation pourrait être le fruit du hasard.

Le RR global de mortalité ou de décès du nouveau-né pendant l'hospitalisation de la mère a été de 1,28 (1,12–1,46) pour les femmes ayant subi une mutilation par comparaison avec celles qui n'en avaient pas subi. Le tableau 3 présente l'estimation de l'effet des mutilations sur le taux absolu de mortalité périnatale, pour des taux de mortalités habituellement enregistrés dans la région où l'étude a été menée. La surmortalité attribuable aux mutilations va de 11 à 17 pour 1000 accouchements, par rapport à des taux de mortalité de base de 40 à 60 pour 1000 naissances. Sur la base du RR global, on peut attribuer aux mutilations 22 % (11–32) des décès périnataux d'enfants nés de femmes ayant subi une mutilation génitale.

Discussion

Les résultats montrent que, chez les femmes ayant subi des mutilations génitales, la probabilité de complications à l'accouchement, à savoir : césarienne, hémorragie du postpartum, épisiotomie, hospitalisation prolongée, réanimation du nouveau-né, décès périnatal pendant l'hospitalisation de la mère, est significativement plus élevée que lorsque la femme n'a pas eu de mutilation. Il n'y a par ailleurs aucun lien significatif entre les mutilations et le risque d'avoir un enfant de faible poids de naissance.

Cette grande étude prospective a été réalisée dans des centres d'obstétrique situés dans des pays où les mutilations sexuelles féminines sont courantes et elle a été conçue spécialement pour examiner les rapports entre les différents types de mutilations et les séquelles obstétricales. La puissance de l'étude était suffisante pour examiner les effets des différents types de mutilations sur toute une série d'événements obstétricaux, y compris des complications importantes mais moins courantes, comme le décès périnatal pendant l'hospitalisation de la mère, qui n'avaient pas encore fait l'objet d'une étude fiable.

La plupart des femmes ayant subi des mutilations génitales vivent dans des pays disposant d'infrastructures limitées pour les soins de santé ou la recherche en santé. Pour des raisons pratiques, l'étude a été réalisée dans des hôpitaux et il est probable qu'il y ait eu une surreprésentation des femmes ayant des accouchements compliqués ou à haut risque et de celles ayant les moyens de s'offrir des soins hospitaliers. En conséquence, il n'est peut-être pas possible de généraliser les taux absolus de complications aux femmes de l'ensemble de la population de ces pays. En revanche, la constatation générale d'une élévation du risque de complications obstétricales chez les femmes ayant subi des mutilations génitales pourra sans doute s'appliquer plus largement, même si la fréquence et les conséquences de ces complications pourraient être différentes chez des femmes accouchant ailleurs qu'à l'hôpital. Par exemple, les hémorragies du postpartum et les dystocies auront probablement des conséquences beaucoup plus graves en dehors du milieu hospitalier. Ces résultats ne s'appliquent pas aux

femmes pour lesquelles une césarienne a été programmée, car elles ont été exclues d'emblée de l'étude. La constatation d'une hétérogénéité importante du RR d'épisiotomie (et les résultats qui en découlent pour les déchirures périnéales) entre les centres pour tous les types de mutilations peut faire penser à des différences de pratiques entre les centres. Bien qu'il faille interpréter avec prudence les RR globaux que nous présentons, les estimations par centre donnent à penser que la constatation générale d'un plus grand risque d'épisiotomie pour les femmes ayant subi des mutilations génitales que pour les autres s'applique largement dans la population étudiée. L'absence d'un schéma uniforme d'hétérogénéité suivant les centres ou la parité des mères pour tout autre événement étudié est rassurante. Cette absence et la probabilité de résultats qui soient le fruit du hasard en raison du grand nombre de comparaisons faites laissent entendre que les RR pour les principales observations peuvent être considérés comme une bonne synthèse des résultats de l'étude dans son ensemble.

Les événements pris en compte dans l'étude ont été limités à ceux qui se sont produits pendant l'hospitalisation des participantes. Il en résulte donc que les effets à plus long terme des mutilations, comme les infections du postpartum, les fistules, la mortalité néonatale tardive ou la mortalité infantile, n'ont pas pu être étudiés. Les études pilotes initiales ont montré qu'un suivi plus long n'aurait pas été faisable en raison de la proportion importante de patientes perdues de vue. Certains centres de l'étude obtiennent néanmoins des informations sur les événements plus tardifs et feront à ce sujet des rapports séparés. Bien que les sages-femmes de l'étude aient été formées au classement des différents types de mutilations génitales et rompues aux soins à apporter aux femmes qui en ont subies, il n'y a pas eu de validation indépendante de la détermination des mutilations présentées par les femmes. Cependant, la conception générale de l'étude était de nature prospective, de sorte que toute erreur de classification aurait eu tendance à avoir un effet nul. Les sages-femmes de l'étude savaient peut-être quelles mutilations présentaient les femmes au moment de consigner certains événements et cette connaissance peut avoir influé sur leurs mesures ou leur interprétation, en particulier pour des résultats plus subjectifs, comme la prolongation de l'hospitalisation maternelle ou les hémorragies du postpartum. Toutefois, l'orientation ou la forme que ce biais potentiel pourrait prendre reste mal connue et les résultats concernant les événements risquant d'être affectés par l'attitude des sages-femmes restent conformes à ceux ayant trait à des événements mesurés de façon plus objective, comme les césariennes, les décès périnataux ou la prolongation de l'hospitalisation maternelle au-delà de trois jours pour les accouchements par voie basse.

La pratique de mutilations génitales et le geste mis en œuvre dépendent de facteurs culturels et sociaux. Les femmes qui ont participé à l'étude appartenaient à plus de 120 groupes ethniques. Il y a un lien étroit entre les mutilations et les groupes ethniques^{9,10} de sorte que, pour cet ensemble de données, un ajustement en fonction de l'appartenance ethnique n'était ni opportun, ni faisable en raison de la probabilité de surajustement. Par exemple, 97 % des femmes arabes et 96 % des Nubiennes au Soudan, 99 % des femmes embu au Kenya et 98 % des femmes bini au Nigéria avaient subi une mutilation, alors que 90 % des femmes wolof au Sénégal et 88 % des femmes frafra au Ghana n'en avaient pas subie. Des facteurs démographiques et sociaux jouent aussi un

rôle (tableau 2). Les résultats généraux ont été ajustés sur nombre de ces facteurs, y compris ceux considérés comme faisant probablement le lien entre l'appartenance ethnique et les événements obstétricaux, à savoir: le centre de l'étude, l'âge, la parité, la taille, le niveau d'instruction, la situation socio-économique, le domicile urbain ou rural, la durée du trajet jusqu'à l'hôpital, les soins prénatals. Bien qu'il soit théoriquement possible que les effets observés ici ne soient pas directement attribuables aux mutilations génitales, mais résultent d'un biais ou d'une confusion résiduelle avec l'appartenance ethnique ou un autre facteur, cet ajustement, et le fait que les résultats soient statistiquement homogènes dans plusieurs centres d'études, et donc plusieurs groupes ethniques, rendent cette éventualité improbable. L'augmentation progressive du risque d'issues néfastes associées à l'ampleur de la mutilation génitale pratiquée, les RR les plus élevés étant observés avec les mutilations génitales de type II et III, semble également indiquer qu'il y a bien une relation de cause à effet. Le fait qu'il n'y ait aucune association entre les mutilations et le poids de naissance et la force du lien qui associe les mutilations aux morts de fœtus pendant l'accouchement plaident aussi en faveur de cette relation de cause à effet, en tendant à indiquer que les observations faites ne sont pas dues à une augmentation du risque général d'événements obstétricaux néfastes chez la femme ayant subi des mutilations génitales, mais plutôt des risques plus spécifiquement liés à des difficultés lors de l'accouchement.

Des études antérieures plus réduites avaient déjà donné à penser que des événements obstétricaux indésirables, comme l'épisiotomie,² les déchirures périnéales,³⁻⁵ les dystocies,^{2,5} les hémorragies du postpartum,^{3,5} la baisse de l'indice d'Apgar,^{2,5} pouvaient être plus fréquents chez les femmes ayant subi une mutilation génitale.^{3,5} Toutefois, des données fiables sur les effets des différents types de mutilations pour certains événements obstétricaux bien spécifiques sont rares, car les études précédentes ont abouti à des résultats contradictoires,^{3,4} ont rarement pris en compte les facteurs de confusion potentiels,^{2,5} n'ont pas porté sur les effets des différents types de mutilations^{2,3,5} ou se sont fondées sur les complications obstétricales signalées spontanément.^{3,4} Elles n'avaient pas non plus une puissance suffisante pour pouvoir porter sur des issues importantes comme la mortinatalité ou la mortalité néonatale précoce.

Le mécanisme par lequel les mutilations génitales pourraient entraîner des issues obstétricales néfastes n'est pas clair. Bien que les habitudes varient d'un pays à l'autre, on pratique en général les mutilations sur les petites filles de moins de 10 ans, mutilations qui entraînent la formation d'un tissu cicatriciel plus ou moins épais. La présence de ce tissu, moins souple que le tissu périnéal normal, pourrait provoquer divers degrés d'obstruction, des déchirures, ou rendre nécessaires des épisiotomies.⁶ La prolongation de la deuxième phase du travail, ainsi que des effets directs sur le périnée, pourraient être à l'origine des observations faisant état d'un risque accru de lésions périnéales, d'hémorragies du postpartum, de réanimation de l'enfant et de mort du fœtus pendant l'accouchement, associé aux mutilations génitales. On n'a pas pu mesurer d'une manière fiable la durée de la troisième phase du travail pour notre étude en raison du fait que la bonne pratique obstétricale impose de ne pas faire de touchers vaginaux trop fréquents. Par ailleurs, le risque accru de césarienne chez la femme ayant subi des mutilations génitales de type II ou III pourrait en théorie masquer un effet sur la durée de la troisième phase du travail chez ces femmes. Il apparaît que les mutilations génitales sont associées à une fréquence accrue des infections génito-urinaires, ce qui pourrait avoir aussi des répercussions sur les issues obstétricales.^{3,5,11}

Comme dans bien d'autres pays et régions où les mutilations génitales féminines sont répandues, les taux de base des issues néfastes pour la mère ou le nouveau-né sont élevés dans les pays de l'étude, avec une probabilité à la naissance de décès maternel allant de 1 femme sur 35 au Ghana à 1 femme sur 12 au Burkina Faso et des taux estimés de mortalité périnatale allant de 44 pour 1000 naissances vivantes au Soudan à 88 pour 1000 au Nigéria.⁸ L'augmentation du RR d'issues obstétricales néfastes accompagnant les mutilations génitales présentée ici se produit donc par rapport à des taux de base de morbidité et de mortalité déjà élevés. Il est donc probable que les mutilations génitales entraînent un nombre important de cas supplémentaires d'issues obstétricales néfastes dans de nombreux pays, les estimations présentées ici donnant à penser qu'elles pourraient être à l'origine d'un à deux décès périnataux supplémentaires pour 100 accouchements chez les Africaines ayant subi une mutilation. On peut donc rajouter les issues obstétricales et périnatales indésirables à la liste des effets néfastes immédiats et à long terme des mutilations sexuelles féminines. Ces informations sont importantes pour les communautés qui les pratiquent, que ce soit pour les femmes qui les ont subies ou pour les générations futures de femmes et de petites filles. La question des mutilations sexuelles féminines reste un problème pressant de droits de la personne et les données fiables que nous avons sur leurs effets néfastes, en particulier sur le plan du devenir obstétrical, devraient contribuer à l'abandon de ces pratiques.

Membres du groupe d'étude OMS sur la mutilation génitale féminine et les conséquences obstétricales

Groupe de rédaction : Emily Banks (National Centre for Epidemiology and Population Health, Australian National University, ACT, Australie), Olav Meirik (Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Santiago, Chili ; et département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse), Tim Farley (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse), Oluwole Akande (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse et College of Medicine, University College Hospital, Ibadan, Nigéria), Heli Bathija (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse) et Mohamed Ali (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse).

Groupe d'orientation : Oluwole Akande, Mohamed Ali, Emily Banks, Heli Bathija, Amel Fahmy (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse), Tim Farley et Olav Meirik.

Centres et chercheurs principaux : Michel Akotonga (Maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo, Ouagadougou, Burkina Faso), Djibril Diallo (Clinique gynécologique et obstétricale, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal), Isseu Diop Touré (Bureau de l'OMS à Dakar, Sénégal), Guyo Jaldesa (Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Nairobi, Nairobi, Kenya), Joseph Karanja (Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Nairobi, Nairobi, Kenya), Kwasi Odoi-Agyarko (Rural Help Integrated, Bolgatanga, Ghana), Friday Okonofua (Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Benin Teaching Hospital, Benin City, Nigéria), Mairo Mandara (Department of Obstetrics and Gynaecology, National Hospital for Women and Children, Garki, Abuja, Nigeria) et Mohamed El Fadil Saad (Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, University of Khartoum, Khartoum, Sudan).

Plan et conception de l'étude : Emily Banks, Olav Meirik, Oluwole Akande, Efu Dorkenoo (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse et Foundation for Women's Health Research and Development, Londres, Royaume-Uni), Harry Gordon (Consultant pour l'African Clinic, Central Middlesex Hospital, Londres, Royaume-Uni), Hermione Lovel (Department of Health, Cambridge, Royaume-Uni), Clare McGettigan (Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Manchester, Manchester, Royaume-Uni) et Zeinab Mohamed (University of Manchester, Manchester, Royaume-Uni).

Coordination centrale de l'étude : Heli Bathija, Amel Fahmy, Oluwole Akande, Tim Farley.

Coordination des données : Mohamed Ali, Annie Chevrot (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse), Emilie Diagne (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse), Shereen Hasan (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse et ONUSIDA, Genève, Suisse) et Alexander Peregodov (département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève, Suisse).

Analyse des données : Mohamed Ali, Emily Banks, Tim Farley.

Déclaration de conflit d'intérêts

Nous déclarons que nous n'avons pas de conflit d'intérêts.

Remerciements

Nous remercions les femmes qui ont pris part à cette étude, ainsi que le personnel des centres collaborateurs de l'étude sans qui le projet n'aurait pas pu être exécuté. Mark Clements (National Centre for Epidemiology and Population Health, Australian National University, Australie) a donné des conseils en statistique et Adrian Goodill (Cancer Research UK Epidemiology Unit, Université d'Oxford, Royaume-Uni) a produit les chiffres. Cette étude a été financée par la Fondation des Nations Unies et l'appui technique a été apporté par Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, département Santé et recherche génésiques, OMS.

Références

- 1 OMS. Les Mutilations sexuelles féminines : aperçu du problème. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1998.
- 2 Hakim LY. Impact of female genital mutilation on maternal and neonatal outcomes during parturition. *E Afr Med J* 2001; 78:255–58.
- 3 Jones H, Diop N, Askew I, Kabore I. Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes. *Studies in Family Planning* 1999; 30:219–30.

- 4 Larsen U, Okonofua FE. Female circumcision and obstetric complications. *Int J Gynecol Obstet* 2002; 77:255–65.
- 5 De Silva S. Obstetric sequelae of female circumcision. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1989; 32:233–40.
- 6 Shandall A. Circumcision and infibulation of females: a general consideration of the problem and a clinical study of the problem in Sudanese women. *Sudan Med J* 1967; 5:178–206.
- 7 Gulmezoglu A, Villar J, Ngoc N, et al. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet* 2001; 358:689–95.
- 8 OMS. Rapport sur la santé dans le monde : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2005.
- 9 Snow RC, Slinger TE, Okonofua FE, Oronsaye F, Wacker J. Female genital cutting in southern urban and peri-urban Nigeria: self-reported validity, social determinants and secular decline. *Trop Med Int Health* 2002; 7: 91–100.
- 10 UNICEF Innocenti Research Centre. Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting. Florence (Italie): UNICEF, 2005.
- 11 Morison L, Scherf C, Ekpo G, et al. The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. *Trop Med Int Health* 2001; 6:643–53.

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Département Santé et recherche génésiques
Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27
Suisse
Télécopie : +41 22 791 4171
Courriel : reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductive-health