

Année 2021-2022

Mémoire de fin d'études

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

MUTILATIONS GENITALES FEMININES : QUELLES COMPLICATIONS OBSTETRICALES ET NEONATALES A L'ACCOUCHEMENT EN FRANCE ?

***Etude quantitative, analytique,
rétrospective, cas-témoin,
monocentrique menée au CHU d'Angers
par analyse de dossiers
entre 2015 et 2020***

CLAIRES JOURNAULT

Sous la direction du Docteur Sébastien MADZOU

Jury

Guillaume LEGENDRE : président

Marion BONFILS : membre

Yolande ROSSARD : membre

Léa DELBOS : membre

Soutenu publiquement le 23 mai 2022

Document confidentiel



AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux des étudiant·es : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Claire Journault

déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, numérique ou papier, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

signé par l'étudiante le 24 / 04 / 2022

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier :

- le Docteur Sébastien Madzou, pour son aide et sa disponibilité tout au long de ce travail, ainsi que pour le partage de son expérience professionnelle.
- le Docteur Patrick Saulnier, biostatisticien, pour son expertise dans l'analyse de mes données.
- l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes d'Angers et les professionnels de santé responsables de nos enseignements.
- toutes les équipes soignantes, et notamment l'équipe du Centre Hospitalier de Laval, qui m'épaulent chaque jour afin de devenir une meilleure professionnelle de santé au service de mes patientes.
- toutes les femmes que j'ai pu accompagner et qui m'apprennent, elles aussi, à devenir une meilleure soignante.

Je remercie mes collègues de promotion, pour leur soutien, leur bonne humeur et leur amitié.

Enfin, je remercie les membres de ma famille pour leur soutien continu durant ces cinq années, ainsi que pour leurs conseils et leur accompagnement.

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS = Organisation mondiale de la santé

MGF = Mutilations génitales féminines

CNIL = Commission nationale de l'informatique et des libertés

DIM = Département d'information médicale

SA = Semaines d'aménorrhée

HPP = Hémorragie du post-partum

PPN = Petit poids de naissance

SOMMAIRE

Avertissement	2
Engagement de non plagiat.....	3
Remerciements	4
Liste des abréviations.....	5
Sommaire.....	6
Introduction	7
Matériel et méthode	9
1. Matériel.....	9
2. Méthode.....	10
Résultats	13
1. Flow chart	13
2. Caractéristiques générales de la population étudiée	14
3. Evaluation des complications périnatales	15
4. Evaluation des antécédents de violences	16
Discussion	17
Conclusion	19
Annexe.....	20
Attestation de validation du comité d'éthique	20
Bibliographie	21
Table des tableaux.....	23
Table des figures	24
Table des matières.....	25
Résumé	26
Abstract.....	26

INTRODUCTION

D'après l'OMS et l'UNICEF (1) (2), plus de 200 millions de filles et de femmes ont actuellement subi une mutilation génitale de type 1, 2 ou 3 et on considère que près de 60 000 femmes excisées vivent actuellement en France (3). Ces MGF sont pratiquées principalement dans une trentaine de pays africains, mais également au Moyen-Orient et en Asie. Si ces mutilations sont punies par la loi en France, de nombreuses jeunes filles vivant en France sont encore actuellement excisées.

Les MGF sont, d'après l'OMS (1), « des interventions qui altèrent ou lèsent intentionnellement les organes génitaux externes de la femme pour des raisons non médicales ». Elles sont reconnues internationalement comme une violation des droits des jeunes filles et des femmes. Elles sont de 4 types :

- Type 1 : ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie).
 - o Type 1a : ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement.
 - o Type 1b : ablation du clitoris et du prépuce.
- Type 2 : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision).
 - o Type 2a : ablation des petites lèvres uniquement.
 - o Type 2b : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres.
 - o Type 2c : ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres.
- Type 3 : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation).
 - o Type 3a : ablation et accolement des petites lèvres.
 - o Type 3b : ablation et accolement des grandes lèvres.
- Type 4 : toutes les interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

Les MGF entraînent de nombreuses complications immédiates (douleurs, infections, saignements, décès...). Elles aboutissent également à des complications sur le long terme : des complications physiques (douleurs, infections urinaires, difficultés sexuelles...) et/ou psychiques (dépression, anxiété, stress post-traumatique...) (4).

La sage-femme, par ses activités de gynécologie et d'obstétrique, est l'un des acteurs principaux dans le dépistage et la prise en charge d'une femme ayant subi une MGF. Elle peut dépister cette mutilation, guider la femme dans ses démarches de réparation (physique, psychique et judiciaire) et réaliser de la prévention (5). Elle peut également être confrontée à l'accouchement d'une patiente victime de MGF.

De nombreuses études ont été réalisées pour savoir si ces MGF pouvaient entraîner des complications à l'accouchement. Pour la majorité, ces études ont été conduites dans des pays africains n'ayant pas les mêmes prises en charge que les pays occidentaux. Une étude de l'OMS (6), réalisée dans 6 pays africains entre 2001 et 2003, a conclu que les femmes qui ont subi une MGF ont une probabilité plus élevée de complications périnatales que les femmes qui n'en ont pas subi. Une méta-analyse de 11 études a été publiée en 2020 (7). Celle-ci conclut que les morbidités maternelles et périnatales relatives aux MGF varient en fonction du plan d'étude, du contexte et des groupes de femmes étudiés. En effet, on retrouve un risque d'épisiotomie plus élevé en Europe, un risque d'hémorragie du post-partum plus important en Afrique et un risque accru de césarienne chez les primipares.

Comme il existe peu d'études françaises (8) mettant en évidence les complications périnatales liées aux MGF, l'objectif principal de notre étude était de déterminer les conséquences obstétricales et néonatales liées aux MGF lors d'un accouchement en France.

Une première hypothèse était que les patientes victimes de MGF n'avaient pas plus de risque d'avoir une extraction instrumentale lors de l'accouchement. Une seconde hypothèse était qu'il y avait davantage de lésions périnéales et de grade plus élevé chez les patientes victimes de MGF, et notamment plus d'épisiotomies médio-latérales. Une troisième hypothèse était un nombre plus important d'hémorragies du post-partum chez les patientes atteintes de MGF (notamment à cause des déchirures).

L'objectif secondaire de cette étude était de déterminer si les femmes ayant subi une MGF étaient plus à risque de subir d'autres violences (conjugales, familiales...).

L'hypothèse liée à cet objectif était que les femmes victimes d'une MGF étaient plus à risque d'avoir subi d'autres violences.

MATERIEL ET METHODE

1. MATERIEL

1.1 Schéma d'étude

Pour effectuer ce travail, une étude quantitative, analytique, rétrospective, cas-témoin et monocentrique a été réalisée au CHU d'Angers par une analyse de dossiers obstétricaux entre 2015 et 2020.

1.2 Population

La population source était composée de femmes africaines ayant subi une MGF (type 1, 2, 3, 4) et de femmes d'origine africaine n'ayant pas subi de MGF, les unes et les autres ayant accouché au CHU d'Angers entre 2015 et 2020.

La population cible, quant à elle, comprenait l'ensemble de la population féminine d'origine africaine vivant en France et ayant subi une MGF.

1.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les patientes incluses dans l'étude devaient remplir l'ensemble des critères suivants :

Cas :

- Origine géographique africaine précise.
- Accouchement au CHU d'Angers entre 2015 et 2020.
- Présence d'une MGF de type 1, 2, 3 ou 4.

Témoins :

- Origine géographique africaine précise.
- Accouchement au CHU d'Angers entre 2015 et 2020.

Les patientes exclues étaient celles qui présentaient au moins un des critères suivants :

Cas :

- Reconstruction clitoridienne effectuée.
- Antécédent de déchirure périnéale du 3^{ème} ou 4^{ème} degré.
- Grossesse multiple.
- Fœtus porteur d'une pathologie modifiant l'adaptation à la vie extra-utérine.
- Fœtus en position non céphalique.
- Accouchement prématuré (avant 37 SA).
- Utérus multicicatriciel.
- Interruptions médicales de grossesse.

Témoins :

- Antécédent de déchirure périnéale du 3^{ème} ou 4^{ème} degré.
- Grossesse multiple.

- Fœtus porteur d'une pathologie modifiant l'adaptation à la vie extra-utérine.
- Fœtus en position non céphalique.
- Accouchement prématuré (avant 37 SA).
- Utérus multicicatriciel.
- Interruptions médicales de grossesse.
- Présence d'une MGF de type 1, 2, 3 ou 4.
- Originaire d'Afrique du Nord ou du Sud (patientes cas originaires d'Afrique Centrale, d'Afrique de l'Est et d'Afrique de l'Ouest).

Un appariement a été réalisé sur l'âge et la parité afin de limiter ces facteurs confondants. Une femme cas était appariée à une femme témoin.

2. MÉTHODE

2.1 Sélection de dossiers

Pour réaliser cette étude, un effectif a été calculé et le nombre de patientes nécessaire était de 106 patientes témoins et de 106 patientes cas pour un risque $\alpha = 0,05$.

Pour réaliser cette étude, une autorisation d'accès aux dossiers patients a été sollicitée et acceptée par la CNIL (n° ar21-0108v0). Suite à cette demande, la sélection de dossiers « patiente cas » a été réalisée auprès du DIM du CHU d'Angers grâce aux codes diagnostics suivants :

- JQGA002 – Accouchement par césarienne programmée, par laparotomie.
- JQGA003 – Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie.
- JQGD010 – Accouchement céphalique par voie naturelle chez une primipare.
- JQGD012 – Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une multipare
- Z917 – Antécédent personnel de mutilation sexuelle féminine.

La période initialement estimée nécessaire était 2019-2020. Cependant, suite à un trop faible nombre de dossiers sur cette période, l'étude a finalement été réalisée sur une durée plus importante avec des dossiers allant de 2015 à 2020. 136 dossiers ont d'abord été sélectionnés. Ont ensuite été ajoutés 25 dossiers, à l'origine classés « patiente témoin » mais qui auraient dû être classés « patiente cas » car ils n'avaient pas été cotés correctement. Au total 161 dossiers ont donc été analysés. 18 patientes ont alors été exclues : 3 avaient bénéficié d'une reconstruction clitoridienne, 3 patientes présentaient une pathologie fœtale modifiant l'adaptation à la vie extra-utérine, 8 présentaient un utérus multicicatriciel et 4 présentaient des sièges. Il restait donc 143 dossiers « patiente cas ».

La sélection de dossiers « patiente témoin » a été réalisée grâce aux cahiers d'accouchement de 2019 et 2020. Les patientes ayant accouché prématurément, ayant vécu une IMG ou ayant présenté une grossesse multiple n'ont pas été retenues.

232 dossiers ont d'abord été analysés. 6 patientes n'étaient pas d'origine africaine ou étaient originaires du continent africain mais sans précision du pays : elles n'ont pas été retenues. Il restait alors 226 patientes répondant aux critères d'inclusion. 1 patiente présentait un antécédent de déchirure du 3^{ème} degré, 1 autre présentait une pathologie fœtale modifiant l'adaptation à la vie extra-utérine, 25 dossiers n'étaient pas correctement cotés - les patientes

présentant une MGF - et correspondaient donc à des dossiers « patiente cas », 77 dossiers correspondaient à des patientes d'Afrique du Nord ou d'Afrique du Sud. Au total, ce sont donc 104 dossiers qui ont été exclus des patientes témoins.

Par ailleurs, 9 n'ont pas été retrouvés et 7 ont été mal remplis. Finalement, ce sont donc 106 patientes qui ont été retenues pour l'étude.

Afin de choisir quelles patientes sélectionner parmi les 143 patientes cas, la fonction « ALEA ENTRE BORNE » a été utilisée sur Excel 2016. Finalement, 106 patientes ont été sélectionnées parmi les patientes cas.

Aucune sélection aléatoire n'a été nécessaire chez les patientes témoins puisque le nombre de dossiers restants était identique au nombre de dossiers nécessaires à cette étude.

2.2 Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé sur le logiciel Excel 2016 grâce à une analyse des dossiers obstétricaux et du dossier patient informatisé. Les informations recueillies étaient les suivantes :

- Âge de la patiente
- Mois et année d'accouchement
- Terme d'accouchement
- Gestité
- Parité
- Origine géographique
- Type de MGF
- Antécédent de violences hors excision
- Antécédent de reconstruction clitoridienne
- Présence ou absence d'un utérus multicicatriciel
- Antécédent(s) de lésions périnéales du 3^{ème} ou 4^{ème} degré
- Travail spontané ou déclenché
- Durée de travail
- Durée d'expulsion
- Présentation
- Mode d'accouchement
- Raison du mode d'accouchement
- Lésions périnéales
- Thérapeutiques utilisées pendant le travail
- Thérapeutiques utilisées dans le post-partum immédiat
- Raison pour l'utilisation d'oxytocine 10 UI dans 500 ml de G5% à 100 mui/min dans le post-partum
- Mode de délivrance
- Absence ou présence d'une hémorragie du post-partum (volume si présence)
- Apgar supérieur ou inférieur à 7 à 5 minutes de vie
- Nécessité d'une réanimation néonatale
- Pathologie néonatale modifiant l'adaptation à la vie extra-utérine
- Déroulement du post-partum à la maternité

2.3 Analyse de données

Les logiciels utilisés étaient Excel 2016, XLStat pour l'analyse ainsi que le site BiostaTGV.

Les variables retenues pour l'analyse étaient :

- Âge de la patiente
- Terme d'accouchement
- Parité
- Origine géographique
- Type de MGF
- Antécédent de violences hors excision
- Durée de travail
- Durée d'expulsion
- Mode d'accouchement
- Lésions périnéales
- Absence ou présence d'une hémorragie du post-partum (volume si présence)
- Apgar supérieur ou inférieur à 7 à 5 minutes de vie
- Déroulement du post-partum à la maternité

Les variables quantitatives et qualitatives ont été utilisées sous la forme numérique et en pourcentage arrondi au centième.

Le critère de jugement principal était le taux de complications obstétricales et néonatales périnatales.

Le seuil de significativité retenu était de 0,05. Les tests statistiques utilisés étaient le test de MacNemar et de Fisher pour les variables qualitatives nominales, le test des rangs signés de Wilcoxon pour les variables qualitatives ordinaires et le test de Student pour données appariées pour les variables quantitatives.

RESULTATS

1. FLOW CHART

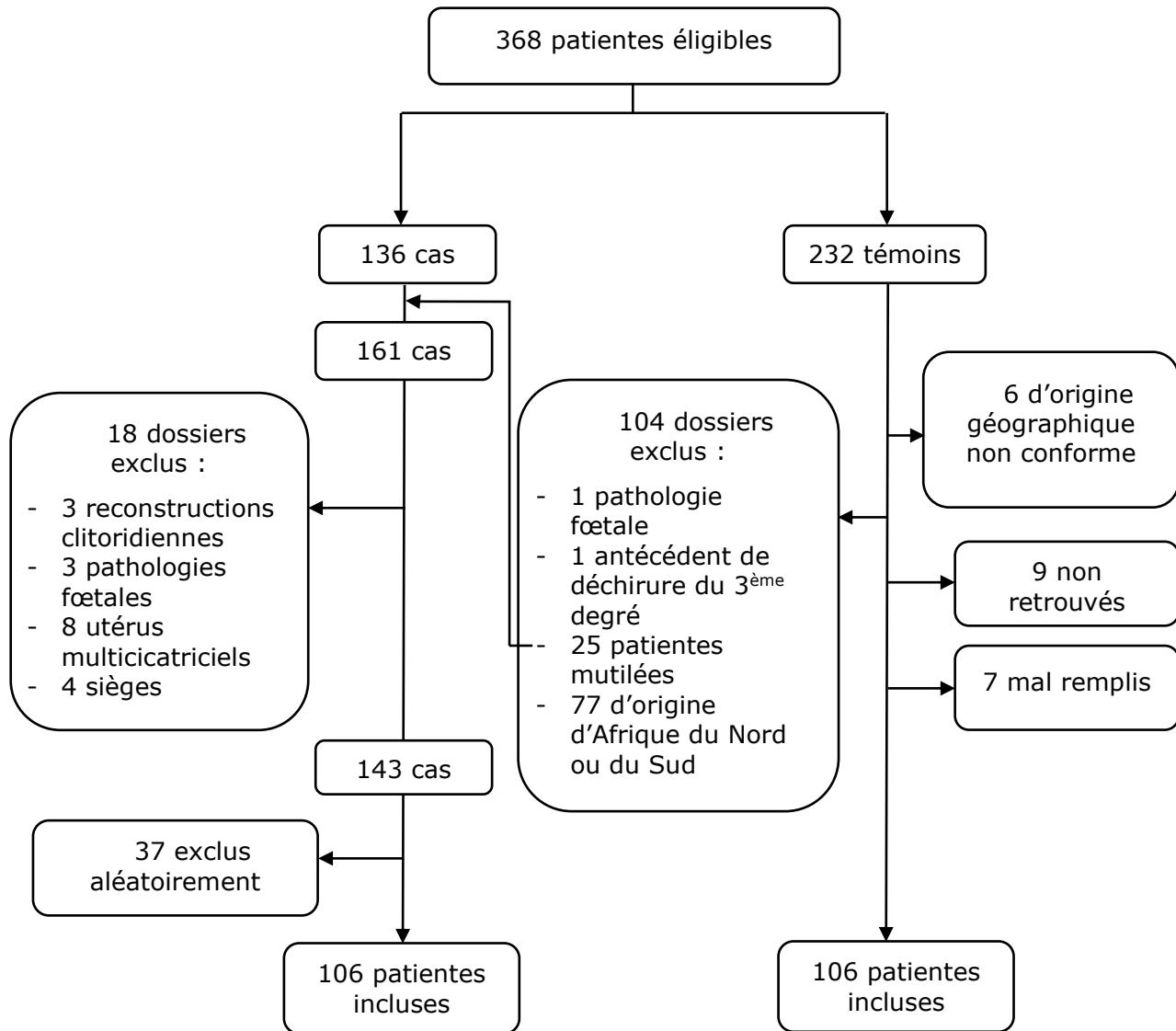


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude « Mutilations génitales féminines : quelles complications obstétricales et néonatales à l'accouchement en France ? » réalisée au CHU d'Angers par analyse de dossiers obstétricaux entre 2015 et 2020

2. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION ETUDIEE

Au total, 212 femmes ont été sélectionnées pour cette étude : 106 femmes témoins et 106 femmes cas.

Tableau I : Caractéristiques générales de la population (N=212)

	Groupe cas (n=106) (%)	Groupe témoin (n=106) (%)
Age moyen (années)	28,38	29,65
[15-25[34 (32,07)	20 (18,87)
[25-35[55 (51,89)	66 (62,26)
[35-45[17 (16,04)	20 (18,87)
Terme moyen d'accouchement (SA révolues)	39	39
Origine géographique		
Afrique de l'Est	18 (16,98)	29 (27,36)
Afrique de l'Ouest	78 (73,59)	49 (46,23)
Afrique Centrale	10 (9,43)	28 (26,42)
Parité		
1	22 (20,75)	22 (20,75)
2	30 (28,30)	21 (19,81)
3	21 (19,81)	28 (26,42)
4	15 (14,15)	22 (20,75)
5	10 (9,43)	4 (3,77)
6	5 (4,72)	5 (4,72)
7	1 (0,94)	2 (1,89)
8	2 (1,89)	1 (0,94)
9	0 (0,00)	1 (0,94)
Type de MGF		
0	0 (0,00)	106 (100)
1	37 (34,91)	0 (0,00)
2	52 (49,06)	0 (0,00)
3	16 (15,09)	0 (0,00)
4	0 (0,00)	0 (0,00)
Désinfibulée	1 (0,94)	0 (0,00)

3. EVALUATION DES COMPLICATIONS PERINATALES

3.1 Evaluation des complications obstétricales

Tableau II : Caractéristiques d'accouchement des femmes cas et témoin (N=212)

	Groupe cas (n=106) (%)	Groupe témoin (n=106) (%)	Pvaleur
Mode d'accouchement			0,02
AVB non instrumenté	72 (67,92)	84 (79,25)	
Ventouse	9 (8,49)	2 (1,89)	0,03
Spatules	3 (2,83)	8 (7,55)	0,35
Forceps	1 (0,94)	0 (0,00)	0,46
Césarienne programmée	3 (2,83)	0 (0,00)	0,10
Césarienne en urgence	18 (16,98)	12 (11,32)	0,23
Durée du travail (en heures)	6,27	6,15	0,89
Durée de l'expulsion (en minutes)	8,13	8,45	0,75
HPP			1, 00
Aucune	93 (87,74)	91 (85,85)	
Modérée	8 (7,55)	13 (12,26)	
Sévère	5 (4,72)	2 (1,89)	

Tableau III : Lésions périnéales des femmes cas et témoin (N=212)¹

	Groupe cas (n=106)	Groupe témoin (n=106)	Pvaleur
AVB NON INSTRUMENTE	72	84	0,19
Périnée intact	32	21	
Atteinte périnée antérieur	13	11	
1 ^{er} degré	33	25	
2 nd degré	13	13	
3 ^{ème} degré	0	1	
4 ^{ème} degré	0	0	
Episiotomie	5	1	
AVB INSTRUMENTE	13	10	0,02
Périnée intact	2	0	
Atteinte périnée antérieur	2	8	
1 ^{er} degré	1	3	
2 nd degré	1	1	
3 ^{ème} degré	0	0	
4 ^{ème} degré	1	1	
Episiotomie	7	1	

¹ Aucun pourcentage n'a été calculé sur ce tableau puisqu'une patiente peut avoir plusieurs types de lésions suite à un accouchement.

Une analyse des complications infectieuses du post-partum (dans le service de suites de couches) a également été réalisée. Le test de Fisher a été utilisé afin de déterminer s'il existait une relation entre les MGF et la présence d'une infection urinaire, d'une endométrite du post-partum, d'un abcès de paroi ou d'un syndrome infectieux. Il n'a pas été repéré de différence significative entre les groupes cas et témoin ($p=0.37$).

3.2 Evaluation des complications néonatales

Tableau IV : Apgar à 5 minutes des nouveau-nés de femmes cas et témoin (N=212)

	Groupe cas (n=106)	Groupe témoin (n=106)	Pvaleur
Apgar ≥ 7 à 5 min de vie	103 (97,17)	105 (99,06)	
Apgar < 7 à 5 min de vie	3 (2,83)	1 (0,94)	0,62

4. EVALUATION DES ANTECEDENTS DE VIOLENCES

Une analyse des antécédents de violences des patientes a été réalisée. Le test de Fisher a été utilisé afin de déterminer s'il existait une relation entre les MGF et la présence d'antécédents de violences (hors MGF). Sur 106 patientes cas, 28,30 % ont déjà été victimes de violences, 61,32 % n'ont pas subi de violences et 10,38% des patientes n'ont pas été interrogées sur le sujet. De la même manière, chez les patientes témoins, sur 106 patientes, 14,15 % ont déjà été victimes de violences, 71,70% n'ont jamais subi de violences et 14,15% n'ont pas été interrogées sur le sujet.

Il a été retrouvé une augmentation significative des antécédents de violences chez les femmes cas (**p=0,02**) avec un risque multiplié par 2,33 d'avoir été victime de violences (IC 95% 1,10 ; 5,09).

DISCUSSION

Cette étude portait sur les complications des mutilations génitales féminines à l'accouchement.

Elle a permis de mettre en évidence que, pour les femmes victimes d'une MGF, il existait une augmentation significative des complications du mode d'accouchement ($p=0,02$) et notamment une augmentation significative du taux de ventouse ($p=0,03$).

Par ailleurs, lors d'accouchements non instrumentés, aucune différence significative concernant les lésions périnéales n'est apparue ($p=0,19$), alors que, lors d'accouchements instrumentés, une augmentation significative de ces lésions a été mise en évidence ($p=0,02$).

Concernant le score d'Apgar néonatal, il n'est pas apparu de différence significative ($p=0,62$) entre le groupe cas et le groupe témoin dans notre étude.

De même, l'analyse des complications infectieuses de cette étude a permis de mettre en évidence que les patientes ayant subi une MGF n'étaient pas davantage à risque de développer une infection en post-partum ($p=0,37$).

Enfin, suite à l'évaluation des antécédents de violences (hors MGF), nous avons pu voir qu'il existait bien un lien entre la présence d'une MGF et les antécédents de violences (familiales, conjugales, ...) ($p=0,02$). En effet, les femmes victimes de MGF ont un risque multiplié par 2,33 d'avoir déjà subi d'autres formes de violences.

Cette étude présentait certains biais. En effet, on retrouve un biais de sélection puisque le nombre de femmes sélectionnées est certes non négligeable, mais limité. Un autre biais lié à la qualité rétrospective de cette étude est le biais d'information. En effet, il est possible que la MGF d'une patiente n'ait pas été notée dans son dossier, et qu'ainsi la femme ait été considérée comme témoin au lieu d'être considérée comme cas.

Un des points forts de cette étude était l'appariement sur l'âge et la parité, réalisé afin d'éviter un biais de confusion. De plus, les femmes originaires d'Afrique du Nord et d'Afrique du Sud n'ont pas été sélectionnées puisqu'aucune femme cas n'était originaire d'Afrique du Nord ou du Sud. Ce choix permettait d'obtenir des populations similaires.

La comparaison des résultats de cette étude avec la littérature montrait une différence quant au mode d'accouchement. En effet, notre étude soulignait une augmentation significative des accouchements instrumentés, notamment par ventouse, ou des césariennes, contrairement à certaines données de la littérature (9). Cependant, dans une étude réalisée en Suisse, une utilisation plus importante de forceps est signalée (10). Cette différence peut peut-être s'expliquer par l'utilisation préférentielle d'un mode d'extraction ou d'un autre, selon l'habitude de l'opérateur et les habitudes de service.

Dans une première étude de la littérature, un taux d'épisiotomie plus élevé apparaît (9). Dans une deuxième, un taux de déchirure du troisième degré plus élevé est mis en avant (10). Dans une autre étude française, le taux d'épisiotomie n'apparaît pas plus important mais, par contre, celui des déchirures est plus élevé pour les femmes ayant subi une MGF (8). L'étude réalisée par l'OMS (6) montre également un taux plus élevé de lésion périnéale

et d'épisiotomie. Or, notre étude a permis de mettre en évidence une augmentation significative des lésions périnéales lors d'accouchements instrumentés mais pas lors d'accouchements non instrumentés. Nos données sont donc, pour partie, en accord avec la littérature. La différence concernant les accouchements non instrumentés peut s'expliquer par le fait que la distinction entre accouchements instrumentés et non instrumentés n'a pas forcément été prise en compte dans toutes les études.

Dans notre étude, nous n'avons pas repéré d'augmentation significative du taux d'hémorragie du post-partum pour les situations de MGF. Cette donnée est en concordance avec les données de la littérature européenne (7) (9) (10). En revanche, il existe un taux plus élevé d'HPP en Afrique selon une étude de l'OMS (6). Ce décalage peut s'expliquer par le fait que l'étude réalisée par l'OMS a été effectuée dans les hôpitaux et il est donc probable qu'il y ait une surreprésentation des femmes ayant des accouchements à haut risque.

Notre étude n'a pas fait apparaître de complications néonatales. Sur ce point, les données de la littérature diffèrent. En effet, si en Europe, un impact significatif sur le nouveau-né n'apparaît pas (9), en Afrique par contre, un taux plus élevé de PPN, de réanimation néonatale et de décès périnatal est signalé pour les femmes ayant subi une MGF de type 2 ou 3 (6). Cette différence peut avoir la même explication que pour le taux d'HPP : il est probable qu'il y ait une surreprésentation des femmes ayant des accouchements à haut risque. Une étude réalisée au Burkina Faso montre un risque augmenté d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie (7). Cela peut s'expliquer par le fait que le suivi anté et périnatal est moins poussé que le suivi anté et périnatal en Europe.

La durée de travail et d'expulsion n'était pas plus élevée chez des femmes ayant vécu une MGF : ce constat est le même dans notre étude et dans la littérature (9) (10).

De même pour le taux d'infection du post-partum : il n'a pas été retrouvé d'augmentation significative dans notre étude, comme dans la littérature (11).

Dans notre étude apparaît une augmentation significative des antécédents de violences lorsque la femme a vécu une MGF. Cette augmentation figure également dans la littérature (12) (13).

Il pourrait être intéressant que les professionnels de la périnatalité s'intéressent à cette étude afin de connaître les conséquences, en France, des MGF.

Il serait également pertinent que les professionnels soient informés du lien entre MGF et antécédents de violences. En effet, il semble que de nombreuses femmes incluses dans cette étude n'avaient pas été interrogées sur la question des violences, question pourtant fondamentale surtout lors de la grossesse et de l'accouchement.

Suite à notre étude ayant mis en évidence certaines complications à l'accouchement liées aux MGF, nous pourrions également nous interroger sur les complications psychologiques lors d'un accouchement chez une femme victime d'une MGF. Nous pourrions aussi nous intéresser aux connaissances sur les MGF des professionnels de santé prenant en charge ces femmes. Enfin, il semblerait pertinent de s'interroger sur la présence ou non de complications à l'accouchement suite à une reconstruction clitoridienne.

CONCLUSION

Les MGF représentent un problème de santé publique et une atteinte aux droits de la femme. Cette pratique, bien qu'interdite dans la majorité des pays, reste encore d'actualité dans trop de pays.

De nombreuses études ont été réalisées afin d'en connaître les impacts psychologiques, physiques, sexuels... à court, à moyen et à long terme. En termes de complications lors de l'accouchement, des résultats variables sont retrouvés en fonction des lieux d'étude. En effet, les prises en charge étant différentes suivant les lieux, les complications elles aussi sont diverses.

Notre étude a pu mettre en évidence un risque plus élevé d'accouchement instrumenté et de césarienne lorsqu'une femme a subi des MGF. Une augmentation des lésions périnéales lors d'accouchements instrumentés a également été constatée. Cependant, il n'a pas été repéré, dans notre étude, un taux plus élevé de complication néonatale ni d'HPP.

Le rôle de la sage-femme est primordial dans la prise en charge d'une femme victime de MGF. En effet, elle est en première ligne pour l'accompagner pendant la grossesse, l'accouchement, et le post-partum. Les complications périnatales doivent donc, de ce fait, être portées à la connaissance des sages-femmes, et il pourrait être intéressant que les résultats de notre étude soient connus des professionnels tels que sages-femmes ou médecins en France. Une attention particulière doit être portée à ces complications périnatales mais il en va de même pour toutes les autres complications, physiques, psychiques, sexuelles... La sage-femme n'a pas seulement un rôle médical, elle a également un rôle d'accompagnement de la femme dans sa globalité.

Les MGF sont des pratiques qu'il est nécessaire de bannir car ce sont des agressions d'une violence non seulement immédiate mais ayant également des répercussions sur toute la vie d'une femme. Il est de notre rôle, en tant que professionnel de santé, de lutter contre ces actes et d'accompagner ces femmes dans leur chemin de réparation.

ANNEXE

ATTESTATION DE VALIDATION DU COMITE D'ETHIQUE



COMITE D'ETHIQUE

**Comité d'éthique
CHU d'Angers**

comite-ethique@chu-angers.fr

Angers, Le 21 octobre 2021

Claire JOURNAULT
Dr Sébastien MADZOU

Chers Collègues,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné en séance le 5 octobre 2021 votre étude « *Complications obstétricales et néonatales à l'accouchement liées aux mutilations génitales féminines (MGF) dans le cadre d'une prise en charge Française* », enregistrée sous le numéro 2021-175.

Après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Il est à noter que cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquitter des obligations réglementaires dans le cadre de cette recherche.

Je vous prie de croire, Chers Collègues, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Pour le comité d'éthique
Dr Astrid DARSONVAL
Vice-présidente du Comité d'éthique

CHU Angers
4, rue Larrey
49933 ANGERS Cedex 9

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Mutilations sexuelles féminines. 2022 [En ligne]. [cité 8 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
2. UNICEF. Female genital mutilation. 2021 [En ligne]. [cité 8 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.unicef.org/protection/female-genital-mutilation>
3. Gouvernement. 60 000 femmes excisées en France : le Gouvernement lance un plan contre. 2019 [En ligne]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/60-000-femmes-excisees-en-france-le-gouvernement-lance-un-plan-contre>
4. OMS. Mutilations sexuelles féminines. 2022 [En ligne]. [cité 8 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
5. HAS. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours. 2020 [En ligne]. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco307__recommandations_mutilations_sexuelles_feminines.pdf
6. WHO. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. 2006 [En ligne]. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.jstor.org/stable/resrep28083>
7. Sylla F, Moreau C, Andro A. A systematic review and meta-analysis of the consequences of female genital mutilation on maternal and perinatal health outcomes in European and African countries. *BMJ Glob Health*. déc 2020;5(12):e003307.
8. Andro A, Cambois E, Lesclingand M. Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Soc Sci Med*. avr 2014;106:177-84.
9. Balachandran AA, Duvalla S, Sultan AH, Thakar R. Are obstetric outcomes affected by female genital mutilation? *Int Urogynecology J*. 1 mars 2018;29(3):339-44.
10. Wuest S, Raio L, Wyssmueller D, Mueller M, Stadlmayr W, Surbek D, et al. Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland: Effects of Female Genital Mutilation on Birth Outcomes. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. août 2009;116(9):1204-9.
11. Gudu W, Md A. Labor, delivery and postpartum complications in nulliparous women with female genital mutilation admitted to Karamara hospital. *Ethiop Med J*. 1 janv 2017;Vol 55:11-7.
12. Peltzer K, Pengpid S. Female genital mutilation and intimate partner violence in the Ivory Coast. *BMC Womens Health*. 22 janv 2014;14:13.

13. Salihu H, August E, Salemi J, Weldeselasse H, Sarro Y, Alio A. The association between female genital mutilation and intimate partner violence. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2012;119(13):1597-605.

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques générales de la population (N=212)	14
Tableau II : Caractéristiques d'accouchement des femmes cas et témoin (N=212)	15
Tableau III : Lésions périnéales des femmes cas et témoin (N=212)	15
Tableau IV : Apgar à 5 minutes des nouveau-nés de femmes cas et témoin (N=212)	16

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude « Mutilations génitales féminines : quelles complications obstétricales et néonatales à l'accouchement en France ? » réalisée au CHU d'Angers par analyse de dossiers obstétricaux entre 2015 et 2020	13
---	----

TABLE DES MATIERES

Avertissement	2
Engagement de non plagiat.....	3
Remerciements	4
Liste des abréviations.....	5
Sommaire	6
Introduction	7
Matériel et méthode	9
1. Matériel.....	9
1.1 Schéma d'étude	9
1.2 Population	9
1.3 Critères d'inclusion et d'exclusion	9
2. Méthode	10
2.1 Sélection de dossiers	10
2.2 Recueil de données.....	11
2.3 Analyse de données.....	11
Résultats	13
1. Flow chart	13
2. Caractéristiques générales de la population étudiée	14
3. Evaluation des complications périnatales	15
3.1 Evaluation des complications obstétricales.....	15
3.2 Evaluation des complications néonatales	16
4. Evaluation des antécédents de violences	16
Discussion	17
Conclusion	19
Annexe.....	20
Attestation de validation du comité d'éthique	20
Bibliographie	21
Table des tableaux.....	23
Table des figures	24
Table des matières.....	25
Résumé	26
Abstract.....	26

RESUME

Mutilations génitales féminines : quelles complications obstétricales et néonatales à l'accouchement en France ?

Contexte : Les MGF représentent un problème de santé publique universel et leurs complications sont multiples (gynécologiques, urinaires, sexuelles, physiques, psychiques...). La littérature présente, en fonction des lieux d'études, différentes complications à l'accouchement. L'objectif principal de cette étude était donc de mettre en évidence les éventuelles complications obstétricales et néonatales des MGF à l'accouchement en France. L'objectif secondaire était de déterminer si les femmes victimes de MGF étaient plus à risque de présenter des antécédents de violences.

Matériel et méthode : Une étude quantitative, analytique, rétrospective, cas-témoin et monocentrique a été réalisée au CHU d'Angers par une analyse de dossiers obstétricaux entre 2015 et 2020. Chaque cas était apparié avec un témoin sur l'âge et la parité.

Résultats : 212 patientes ont été incluses dans cette étude (106 cas et 106 témoins). Il a été mis en évidence une augmentation significative des accouchements instrumentés et par césarienne dans le groupe cas ($p=0,02$) ainsi qu'une augmentation significative des lésions périnéales dans le groupe cas lors d'accouchements instrumentés ($p=0,02$). Il n'a pas été retrouvé d'autres complications obstétricales ou néonatales. Il a également été retrouvé un risque multiplié par 2,33 d'antécédents de violences chez ces femmes ($p=0,02$).

Conclusion : Dans notre étude, il a été mis en évidence des complications obstétricales liées aux MGF à l'accouchement mais pas de complications néonatales.

Mots-clés : Mutilation génitale féminine, mutilation sexuelle féminine, excision, accouchement, complications obstétricales, complications néonatales, France

ABSTRACT

Female genital mutilation: obstetric and neonatal complications during childbirth in France

Background: FGM are a universal public health problem, and they present various complications (gynecologic, urinary, sex-related, physical, psychological...). Scientific literature shows different birth complications depending on the location of the study. The main goal of this study was, therefore, to underline the possible obstetric and neonatal complications of FGM during childbirth in France. The secondary goal was to determine whether women with FGM were more at risk of having a history of violence.

Methods: A quantitative, analytic, retrospective, case-control, single-centered study was carried out at the Angers University Hospital through an analysis of obstetrical files between 2015 and 2020. Each woman with FGM was matched for age and parity with a woman without FGM.

Results: 212 patients were included in this study (106 controls and 106 cases). There was a significant increase in instrumental deliveries and caesarean section in the FGM group ($p=0,02$) and a significant increase of perineal tears in the FGM group ($p=0,02$) for instrumental deliveries. There were no other differences in obstetric or neonatal complications. It has also been detected that the risk of history of violence is multiplied by 2,33 in the FGM group ($p=0,02$).

Conclusions: In this study, FGM was associated with some obstetric complications but no neonatal complications.

Key words: Female Genital Mutilation, female circumcision, female cutting, childbirth, obstetric complications, obstetric outcomes, neonatal complications, neonatal outcomes, France