

## PROJET DE THESE

### CONDITIONS GENERALES

- **Activité concomitante à la thèse :**  non  oui  
si « oui », préciser :
  - o le type de contrat :  CDD  CDI  Fonction publique
  - o l'employeur : INSERM.....
  - o le poste (intitulé, court descriptif) : Doctorant.....
  - o la durée du contrat : 12 mois.....
  - o la durée hebdomadaire de travail : 35h.....
- Disponibilité pour le travail de thèse :  temps plein  autre  
si « autre », préciser la disponibilité hebdomadaire pour la thèse : .....

### INTITULE DE LA THESE

Conséquences obstétricales et gynécologiques des mutilations génitales féminines dans le contexte européen. Le cas de la France.

### PROBLEMATIQUE SCIENTIFIQUE GENERALE

L'existence de conséquences systématiques et durables des mutilations génitales féminines (MFG) a fait l'objet de nombreux débats dans les dernières décennies (Obermeyer, 1999, 2003, 2005). Si le premier enjeu de la lutte contre les MGF est de montrer l'ampleur de ces pratiques néfastes dans le monde en produisant des mesures de prévalence, le second est bien d'apporter les preuves épidémiologiques de leur effet délétère sur la santé. Publié en 1999 dans la revue *Medical Anthropology Quarterly*, un article pointait, à partir d'une synthèse de la littérature disponible alors, le manque de connaissances empiriques valides permettant de mesurer la nature et l'ampleur des conséquences de ces pratiques (Obermeyer, 1999). Il mettait en évidence que les conséquences des MGF restaient mal connues et pouvaient donc tout à la fois être minimisées et/ou exagérées.

Si les premières études sur les conséquences médicales des MGF ont été menées dans le cadre d'études cliniques dans les années 1980, c'est seulement au début des années 2000

que le corpus de travaux est devenu suffisamment important pour permettre d'étudier plus précisément les risques de santé liés aux MGF. Ces études se sont intéressées aux conséquences à la fois physiques et psychologiques de ces pratiques. Elles ont été menées essentiellement dans les pays d'Afrique où la pratique est répandue et où les systèmes de soins sont par ailleurs souvent défaillants. Dans ce contexte, il a longtemps été difficile de faire la part entre les risques de santé directement imputables aux MGF et ceux consécutifs aux carences des systèmes de soins. Dans les dernières années, plusieurs publications ont proposé des synthèses sur ces études mettant en évidence le caractère parfois équivoque des résultats, et notamment la difficulté à quantifier précisément la prévalence des différentes pathologies (Obermeyer, 2005), mais confirmant malgré tout l'association systématique entre la pratique des MGF et l'augmentation d'un certain nombre de risques de santé pour les femmes concernées (Berg et al., 2014 ; Berg et Denison, 2012). L'OMS a synthétisé les résultats de ces recherches cliniques en élaborant une typologie des différentes conséquences (OMS, 2000, 2008), qui sert aujourd'hui de référentiel aux politiques de santé publique dans la prise en charge des femmes.

L'OMS distingue trois types de complications sanitaires liées aux MGF : les risques immédiats qui sont encourus au moment même de l'acte, les risques de long terme qui peuvent survenir à n'importe quel moment de la vie et les risques spécifiques aux mutilations de type III, c'est-à-dire aux MGF conduisant à une suture des grandes lèvres.

Les risques de long terme sont nombreux et s'ils ne sont pas systématiques, ils restent extrêmement fréquents. L'élaboration de ce tableau clinique global par l'OMS s'est basée sur la synthèse des multiples études menées au cours des deux dernières décennies. Il a largement contribué à soutenir le plaidoyer pour l'abandon des MGF, dans les régions où l'argumentaire des droits des femmes et des enfants était peu entendu. S'il a été possible de dresser un panorama détaillé des conséquences néfastes des MGF, elles ne sont pas toutes encore assez documentées et étudiées pour mesurer le poids des différents risques de santé. Certaines études récentes permettent cependant d'aller au-delà de la présentation de cas cliniques parce qu'elles ont été menées sur des échantillons importants de femmes et/ou de filles.

Les complications obstétricales liées aux MGF (césariennes, hémorragies post-partum, déchirures, voire des fistules obstétricales) sont les plus étudiées, à l'initiative de l'OMS qui s'appuie fortement depuis le début des années 2000 sur ce dramatique constat pour plaider

pour l'abandon de ces pratiques. L'enquête menée dans 6 pays africains<sup>1</sup>, auprès de 28 393 femmes ayant accouché, a produit des résultats solides sur les conséquences obstétricales des MGF dans les pays historiquement concernés (WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome, 2006). Cette étude d'envergure montre que les femmes ayant subi des MGF connaissent des risques obstétricaux plus importants que les femmes n'ayant pas subi de MGF en termes de césarienne, d'hémorragies post-partum, de détresse respiratoire des nourrissons, de mortalité néo-natale, de faible poids de naissance et d'allongement du séjour à l'hôpital.

Ces résultats rendent à la fois compte du risque plus élevé pour la santé lors de l'accouchement pour les femmes excisées mais aussi plus généralement des conditions sanitaires souvent mauvaises dans lesquelles ces femmes ont accouché. Cependant, dans une étude menée en Suisse auprès de femmes excisées ayant accouché dans un environnement sanitaire de qualité, certains risques pour la santé perdurent, notamment de césariennes en urgence et de déchirures profondes (Wuest et al., 2009). En France aussi, les risques à l'accouchement restent significatifs pour les déchirures (Andro et al., 2014). Une étude récente menée à nouveau en Suisse dans une clinique spécialisée dans la prise en charge des femmes ayant subi des MGF montre néanmoins que l'ensemble de ces risques peut être réduit quand l'équipe médicale est spécialisée dans la prise en charge de ces femmes (Abdulcadir et al., 2015).

Dans une synthèse sur ces enquêtes, Berg et ses collègues (2014) ont recensé plus de 180 études portant sur les conséquences des MGF, dont les résultats ont fait l'objet de publications répertoriées dans des bases de données bibliographiques anglophones. Cette synthèse sous-estime vraisemblablement le nombre total d'études, omettant celles qui n'accèdent pas à ce type de référencement. Sur les 140 études quantitatives recensées, il s'agit surtout d'enquêtes mettant en évidence des différences de risque de santé entre les femmes ayant subi des MGF et les autres femmes vivant dans le même contexte, ou encore des différences de risques de santé selon les types de MGF pratiquées (Almroth, Elmusharaf et al., 2005 ; Brewer et al., 2007 ; Elmusharaf, Elhadi et Almroth, 2006 ; Kaplan et al., 2011 ; Larsen et Okonofua, 2002 ; Morison et al., 2001). Les autres études cliniques sont soit des études de séries de femmes accueillies en consultation<sup>2</sup>, soit des enquêtes de santé

---

<sup>1</sup> Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Sénégal et Soudan.

<sup>2</sup> Recensements des pathologies ou des dysfonctions diagnostiquées dans un échantillon de femmes excisées généralement accueillies au fil de consultations médicales, mais sans

transversales, décrivant à un moment t l'état de santé d'un échantillon de femmes excisées évalué à partir d'un diagnostic médical ou d'une auto-déclaration. Enfin, il existe quelques études de type cas-témoins pour lesquelles l'évaluation des sur-risques pour la santé est plus fiable et précise d'un point de vue statistique (Alsibiani et Rouzi, 2010 ; Andro et al., 2014).

Globalement, plus de la moitié de ces enquêtes produisent des résultats fiables ou relativement fiables (Berg et al., 2014 ; Berg et Underland, 2013). La plupart de ces études ont été menées dans les pays d'origine. Depuis la fin des années 2000, quelques enquêtes ont été menées dans les pays européens (Abdulcadir et al., 2015 ; Andro et al., 2014 ; Vloeberghs et al., 2012 ; Wuest et al., 2009; Ortensi et Farina, 2014). Les enquêtes menées en France et en Italie permettrait de mener une analyse comparative de la situation des femmes dans ces deux pays, l'un étant un pays d'installation ancienne des populations concernées et plutôt confronté à la question des femmes de « seconde génération » (France) et l'autre étant un pays d'installation récente et plutôt confronté à la question des primo-migrantes.

Dans le contexte français, l'enquête Excision et handicap menée en 2007-2009 a permis de montrer en première analyse que certains risques de santé sont effectivement plus importants chez les femmes excisées (Andro et al., 2014) mais l'analyse des risques obstétricaux à partir des données de cette enquête, inédite en Europe, reste à mener.

### **OBJECTIFS SCIENTIFIQUES DE LA THESE**

Objectif 1: revue systématique de la littérature et méta-analyse consistant à comparer à l'échelle internationale les risques obstétricaux liés aux MGF en tenant compte des caractéristiques des systèmes de soins de santé des pays dans lesquels les femmes accouchent et de leurs caractéristiques individuelles.

Objectif 2: analyse de l'histoire génésique et des conditions d'accouchement en France des femmes ayant subi des MGF à partir des données de l'enquête ExH.

Objectif 3: analyse du lien entre le risque de complications obstétricales et gynécologiques et le type de mutilation subi par les femmes concernées à partir de l'élaboration d'une nouvelle classification de séquelles des MGF. Classification et score élaborés à partir d'une revue de la littérature et des données de l'enquête ExH.

---

comparaison avec des femmes témoins (Akotionga *et al.*, 2001 ; Al-Hussaini, 2003)

Objectif 4: Estimer les besoins de prise en charge spécifique dans les systèmes de santé reproductive à travers l'estimation de la prévalence des MGF en France.

### TRAVAUX PROJETES - METHODES & MOYENS

Enquêtes mobilisées :

- ExH : Enquête Excision et handicap, menée en 2009 dans 5 régions françaises auprès de 2880 femmes dont 714 femmes ayant subi des MGF.
- Enquête "Indagine sulla presenza nel territorio lombardo di popolazione a rischio in relazione alla salute sessuale e riproduttiva e alle mutilazioni genitali femminili" menée en Lombardie auprès de 1000 femmes originaires des pays à risques.
- Enquête de prévalence des MGF menée par la DGS en 2019 (5<sup>ème</sup> plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes)

### CALENDRIER PREVISIONNEL DES TRAVAUX ET DES PUBLICATIONS

(La thèse doit représenter le volume de 3 articles signés en 1<sup>ère</sup> position par le doctorant, dont au moins 2 doivent être acceptés pour publication au moment de la soutenance)

- Septembre 2017-2018 : Méta-analyse des données sur les risques obstétricaux en Europe et analyse des données de l'enquête ExH. Soumis à publication dans *Social science and Medecine* et/ou *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.
- Septembre 2018-septembre 2019 : Analyse comparative des enquêtes ExH et FGM in Lombardie. Soumis à publication dans *European Journal of Public Health* et/ou *BMC International Health Human Rights*
- Septembre 2019-septembre 2020 : Analyser les résultats de l'enquête de prévalence menée par la DGS dans le cadre du 5<sup>ème</sup> plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes. Soumis à publication au *BEH* et/ou *European Journal of Public Health*

### BIBLIOGRAPHIE

Abdulcadir, Jasmine, Maria I. Rodriguez, and Lale Say  
2015 A Systematic Review of the Evidence on Clitoral Reconstruction after Female Genital Mutilation/Cutting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 129(2): 93–97.

Akotionga, M, O Traore, J Lakoande, and B Kone

2001 [External Genital Excision Sequelae at the Yalgado Ouedraogo National Central Hospital: Epidemiology and Surgical Treatment]. *Gynecologie, Obstetrique & Fertilité* 29(4): 295–300.

Al-Hussaini, Tarek K

2003 Female Genital Cutting: Types, Motives and Perineal Damage in Laboring Egyptian Women. *Medical Principles and Practice* 12(2): 123–128.

Almroth, Lars, Susan Elmusharaf, Nagla El Hadi, et al.

2005 Primary Infertility after Genital Mutilation in Girlhood in Sudan: A Case-Control Study. *The Lancet* 366(9483): 385–391.

Alsibiani, Sharifa A, and Abdulrahim A Rouzi

2010 Sexual Function in Women with Female Genital Mutilation. *Fertility and Sterility* 93(3): 722–724.

Andro, Armelle, Emmanuelle Cambois, and Marie Lesclingand

2014 Long-Term Consequences of Female Genital Mutilation in a European Context: Self Perceived Health of FGM Women Compared to Non-FGM Women. *Social Science & Medicine* 106: 177–184.

Berg, Rigmor C, and Eva Denison

2012 Does Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Affect Women's Sexual Functioning? A Systematic Review of the Sexual Consequences of FGM/C. *Sexuality Research and Social Policy* 9(1): 41–56.

Berg, Rigmor C, and Vigdis Underland

2013 The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obstetrics and Gynecology International* 2013.

Berg, Rigmor C., Vigdis Underland, Jan Odgaard-Jensen, Atle Fretheim, and Gunn E. Vist

2014 Effects of Female Genital Cutting on Physical Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMJ Open* 4(11): e006316.

Brewer, Devon D, John J Potterat, John M Roberts, and Stuart Brody

2007 Male and Female Circumcision Associated with Prevalent HIV Infection in Virgins and Adolescents in Kenya, Lesotho, and Tanzania. *Annals of Epidemiology* 17(3): 217-e1.

Elmusharaf, Susan, Nagla Elhadi, and Lars Almroth

2006 Reliability of Self Reported Form of Female Genital Mutilation and WHO Classification: Cross Sectional Study. *BMJ* 333(7559): 124–0.

Fillo, GF, and T Leone

2007 Female Genital Cutting Reproductive Tract Infections and Perinatal Outcome in Burkina Faso. *In* . [Unpublished] 2007. Presented at the Population Association of America 2007 Annual Meeting New York New York March 29-31 2007.

Kaplan, Adriana, Suiberto Hechavarría, Miguel Martín, and Isabelle Bonhoure

2011 Health Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting in the Gambia, Evidence into Action. *Reprod Health* 8(26): 1–6.

Larsen, Ulla, and Friday E Okonofua

2002 Female Circumcision and Obstetric Complications. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 77(3): 255–265.

Morison, L., C. Scherf, G. Ekpo, et al.

2001 The Long-Term Reproductive Health Consequences of Female Genital Cutting in Rural Gambia: A Community-Based Survey. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH* 6(8): 643–653.

Obermeyer, Carla Makhlouf

1999 Female Genital Surgeries: The Known, the Unknown, and the Unknowable. *Medical Anthropology Quarterly* 13(1): 79–106.

2003 The Health Consequences of Female Circumcision: Science, Advocacy, and Standards of Evidence. *Medical Anthropology Quarterly* 17(3): 394–412.

2005 The Consequences of Female Circumcision for Health and Sexuality: An Update on the Evidence. *Culture, Health & Sexuality* 7(5): 443–461.

Vloeberghs, Erick, Anke van der Kwaak, Jeroen Knipscheer, and Maria van den Muijsenbergh

2012 Coping and Chronic Psychosocial Consequences of Female Genital Mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health* 17(6): 677–695.

WHO

2000 A Systematic Review of the Health Complications of Female Genital Mutilation Including Sequelae in Childbirth.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66355/1/WHO\\_FCH\\_WMH\\_00.2.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66355/1/WHO_FCH_WMH_00.2.pdf?ua=1), accessed June 8, 2015.

2008 Eliminer Les Mutilations Sexuelles Féminines. Déclaration Inter-Institutions.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43902/1/9789242596441\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43902/1/9789242596441_fre.pdf?ua=1), accessed June 8, 2015.

WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome

2006 Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome: WHO Collaborative Prospective Study in Six African Countries. *Lancet (London, England)* 367(9525): 1835–1841.

Wuest, S., L. Raio, D. Wyssmueller, et al.

2009 Effects of Female Genital Mutilation on Birth Outcomes in Switzerland. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 116(9): 1204–1209.