



HAL
open science

Mutilations génitales féminines chez les demandeuses d'asile : état des lieux médico-légal et revue de la littérature

Quentin Rébillard

► To cite this version:

Quentin Rébillard. Mutilations génitales féminines chez les demandeuses d'asile : état des lieux médico-légal et revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2024. <dumas-05036268>

HAL Id: dumas-05036268

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05036268v1>

Submitted on 16 Apr 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 - Attribution - Non-commercial use - ShareAlike - International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Quentin RÉBILLARD

Le 07 NOVEMBRE 2024 à 18h00

**MUTILATIONS GENITALES FEMININES CHEZ LES DEMANDEUSES D'ASILE : ETAT DES LIEUX MEDICO-LEGAL
ET REVUE DE LA LITTERATURE**

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric BACCINO

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Florent FUCHS

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE

Membre invité :

Madame le Professeur Stavroula PAPADODIMA

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Quentin RÉBILLARD

Le 07 NOVEMBRE 2024 à 18h00

**MUTILATIONS GENITALES FEMININES CHEZ LES DEMANDEUSES D'ASILE : ETAT DES LIEUX MEDICO-LEGAL
ET REVUE DE LA LITTERATURE**

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric BACCINO

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Florent FUCHS

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE

Membre invité :

Madame le Professeur Stavroula PAPADODIMA

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024
PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	GUI TER Pierre	NAVRATIL Henri
ALLIEU Yves	CAMU William	HEDON Bernard	OTHONIEL Jacques
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	HERTAULT Jean	PAGES Michel
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	HUMEAU Claude	PELISSIER Jacques
ASENCIO Gérard	CIURANA Albert-Jean	JAFFIOL Claude	PETIT Pierre
ASTRUC Jacques	CLOT Jacques	JARRY Daniel	POUGET Régis
AUSSILLOUX Charles	COSTA Pierre	KLEIN Bernard	PUJOL Henri
AVEROUS Michel	COTTALORDA Jérôme	LAFFARGUE François	RABISCHONG Pierre
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LAMARQUE Jean-Louis	REBOUL Jean
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RIEU Daniel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE ROUX Jean-Louis	ROCHEFORT Henri
BANSARD Nicole	DOMERGUE Jacques	LESBROS Daniel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BILLIARD Michel	DUBOIS Jean Bernard	LORIOT Jean	SAINT-AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	DUJOLS Pierre	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	DUMAZER Romain	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BONNEL François	ECHENNE Bernard	MARTY ANE Charles	SEGNARBIEUX François
BOULOT Pierre	FABRE Serge	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BOURGEOIS Jean-Marie	FRERE BEAU Philippe	MEYNADIER Jean	TOUITOU Isabelle
BOUSQUET Jean	GALIFER René Benoît	MICHEL François-Bernard	VIDAL Jacques
BRUEL Jean Michel	GODLEWSKI Guilhem	MION Charles	VISI ER Jean Pierre
BUREAU Jean-Paul	GUILHOU Jean-Jacques	NAVARRO Maurice	

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	DEDET Jean-Pierre	MESSNER Patrick
BASTIEN Patrick	DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel	MONNIER Louis
BLANC François	GUILLOT Bernard	PREFAUT Christian
BONAFE Alain	HERISSON Christian	PUJOL Rémy
BOULENGER Jean-Philippe	JEANDEL Claude	REYNES Jacques
BOURREL Gérard	JONQUET Olivier	RIBSTEIN Jean
BRINGER Jacques	LANDAIS Paul	ROSSI Jean-François
CANOVAS François	LARREY Dominique	SCHVED Jean-François
CLAUSTRES Mireille	LE QUELLEC Alain	TOUCHON Jacques
COMBE Bernard	MARES Pierre	VOISIN Michel
DAURES Jean-Pierre	MAUDELONDE Thierry	ZANCA Michel
DAUZAT Michel	MILLAT Bertrand	
DAVY Jean-Marc	MAURY Michèle	

Docteurs Emérites

PUJOL Joseph

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BACCINO Éric	Médecine légale et droit de la santé
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Éric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DERUELLE Philippe	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Éric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie
<u>PU-PH de 1^{re} classe</u>	
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
BOURGIER Céline	Cancérologie ; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William	Cancérologie ; radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUBILLE François	Cardiologie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VINCENT Thierry	Immunologie

PU-PH de 2^{ème} classe

AYRIGNAC Xavier	Neurologie
BELZEAUX Raoul	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
BERTRAND Martin	Anatomie
BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOMMART Sébastien	Radiologie et imagerie médicale
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DAIEN Claire	Rhumatologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DONNADIEU Hélène	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FRANDON Julien	Radiologie et imagerie médicale
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GANDET Thomas	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GELIS Anthony	Médecine physique et de réadaptation
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
LACHERETZ-SZABLEWSKI Vanessa	Anatomie et cytologie pathologiques
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOUBET Paul	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie

PANABIÈRES Catherine	Biologie cellulaire
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PERS Yves-Marie	Thérapeutique ; addictologie
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
STEPANIAN Alain	Hématologie ; transfusion
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIÈRE Laurent (Sociologie, démographie)

2^{ème} classe :

CHAZAL Nathalie (Biologie cellulaire)

MOREAUX Jérôme (Sciences biologiques fondamentales et cliniques)

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale

1^{er} classe :

AMOUYAL Michel

2^{ème} classe :

FOLCO-LOGNOS Béatrice

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BAUCHET Luc (Neurochirurgie)

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

DEBIEN Blaise (Médecine d'urgence)

GAUDARD Philippe (Anesthésiologie-réanimation)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

NOUGARET Stéphanie (Radiologie et imagerie médicale)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Éric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent Médecine légale et droit de la santé

RICHARD Bruno Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère Génétique

CARRIERE Christian Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-BLAIZOT Muriel Hématologie ; transfusion
RAVEL Christophe Parasitologie et mycologie

MCU-PH de 1^{re} classe

BRET Caroline Hématologie biologique
BROUILLET Sophie Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
CHIRIAC Anca Immunologie

COSSEE Mireille Génétique
DESHAYES Emmanuel Biophysique et médecine nucléaire
DU THANH Aurélie Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric Cancérologie ; radiothérapie
GATINOIS Vincent Histologie, embryologie et cytogénétique
GIRARDET-BESSIS Anne Biochimie et biologie moléculaire
GOUZI Farès Physiologie
LAVIGNE Géraldine Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier Médecine et Santé au Travail
MARIA Alexandre Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MATHIEU Olivier Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin Biochimie et biologie moléculaire
PANTEL Alix Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
SCHUSTER-BECK Iris Physiologie
THEVENIN-RENE Céline Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BARATEAU Lucie Physiologie
BERGOUIGNOUX Anne Génétique
BOETTO Julien Neurochirurgie
DEBOURDEAU Antoine Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DUFLOS Claire Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
DUPONT Chloé Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ENGELMANN Ilka Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FROUIN Éric	Anatomie et cytologie pathologiques
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
RANISAVELJEVIC Noémie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; Gynécologie médicale
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BECAMEL Carine	Neurosciences
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

Maîtres de Conférences de classe normale

BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
HERVE ANDRE Emilie	Maïeutique
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du médicament et des autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et des autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

CARBONNEL François

MILLION Elodie

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

BADIN Mélanie

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MINET Mathilde

SERAYET Philippe

URENA DORES Aurélie

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

DURAES Martha

Anatomie

FAVIER Valentin

Oto-Rhino-Laryngologie

GAVOTTO Arthur

Pédiatrie

POULEN Gaéтан

Neurochirurgie

ROCH Benoît

Pneumologie, addictologie

THERON Alexandre

Pédiatrie

URSIC BEDOYA José

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PH chargés d'enseignements

AGUILHON Sylvain	CARTIER César	FILLOLS Mélanie	LE BIHAN Clément	PICOT Marie Christine
AKKARI Mohamed	CASPER Thierry	FLORI Nicolas	LE GUILLOU Cédric	POQUET Hélène
ALRIC Jérôme	CATHALA Philippe	FOURNIER Philippe	LE MOINE DONY Marie-Christine	PRIN Pauline
AMEDRO Pascal	CAZABAN Michel	FRANC Nathalie	LETERTRE Simon	PUJOL Sarah-Lise
AMOUREUX Cyril	CHALARD Kévin	GAILLARD Nicolas	LOPEZ Régis	QUANTIN Xavier
ANTOINE Valéry	CHARBIT Jonathan	GALMICHE Sophie	LUQUIENS Amandine	RAFFARD Laurence
ATTALIN Vincent	CHEVALLIER Thierry	GARNIER Sylvain	MAILLE Olivier	RAINGEARD Isabelle
BADR Maliha	COLIN Olivier	GENY Christian	MANDOUL Caroline	RAPIDO Francesca
BAIS Céline	CONEJERO Ismael	GERONIMI Laetitia	MANZANERA Cyril	RAY Valéry
BARBAR Saber Davide	CONSEIL Mathieu	GINIES Patrick	MARGUERITTE Emmanuel	RIBRAULT Alice
BASSET Didier	CORBEAU Catherine	GONON DEMOULIAN Raphael	MARTIN Lucille	RICHAUD-MOREL Brigitte
BATIFOL Dominique	COROIAN Flavia-Oana	GOULABCHAND Radjiv	MATTATIA Laurent	RIDOLFO Jérôme
BATTISTELLA Pascal	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric	MAZARD Thibault	RIPART Sylvie
BELL Ariane	COUTUREAU Juliette	GRIVET Benjamin	MEROUEH Fadi	ROBERT Pierre
BENENATI Syvain	CUNTZ Danielle	GROSSIN Delphine	MESTREGODIN Sandrine	RONGIERES Michel
BENNYS Karim	DAVID Aurore	GUEDJ Anne Marie	MEUNIER Lucie	ROULET Agnès
BERNARD Nathalie	DE BOUTRAY Marie	HEDON Christophe	MEYER Pierre	RUBENOVITCH Josh
BERNIER Maud	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	HENRY Vincent	MICHEL Moïse	SANTONI Fannie
BERTCHANSKY Ivan	DEBIEN Blaise	HIRECHE Kheira	MILESI Christophe	SASSO Milène
BIBOULET Philippe	DEGRAVI Lauriane	INGHILLERI Marie-Laure	MONET Clément	SCHMITT David
BIRON-ANDREANI Christine	DELPONT Marion	JAMMET Patrick	MORAU Estelle	SCHULDINER Sophie
BLANC Brigitte	DENIS Hélène	JEDRYKA François	MORQUIN David	SEGURET Fabienne
BLANCHET Catherine	DEVILLE de PERIERE Gilles	JREIGE Riad	MOSER Camille	SENESSE Pierre
BLATIERE Véronique	DI CASTRI Alberto	JULIER Ingrid	MOUSTY Eve	SERRE Jean-Emmanuel
BOGE Gudrun	DJANIKIAN Flora	KADERBAY Akil	MOUTERDE Gaël	SKALLI El Medhi
BOURRAIN Jean Luc	DUCROCQ Vincent	KINNE Mélanie	NOU HOWALDT Monira	SOLA Christelle
BOUYABRINE Hassan	DUNYACH-REMY Catherine	LABARIAS Coralie	ORY Jérôme	SOUKSI MEDIONI Isabelle
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	ESTRIC Clémentine	LABORDE Caroline	PANTERA Eric	SOULLIER Camille
BRISOT Dominique	FAIDHERBE Jacques	LACAMBRE Mathieu	PERNIN Vincent	STEPHAN Robin
BRONER Jonathan	FATTON Brigitte	LARCHER Romaric	PERRIGAULT Pierre François	STOEBNER DELBARRE Anne
CAIMMI Davide Paolo	FAURE Elsa	LAURENT Jérémy	PEYRON Pierre-Antoine	SURCIN-TSEKOURAS Nicolas
CARR Julie	FILLERON Anne	LAZERGES Cyril	PICARD Eric	SZAFORS Paulina
TALEB ARRADA Ikram				

TARUFFI Floriane

TEOT Luc

TER SCHIPHORST Adrien

THIRION Marina

TUNEZ Virginie

VACHIERY-LAHAYE Florence

VERNES Eric

VIALA Maurice

VINCENT Laure

WAGNER Laurent

WALTHER LOUVIER Ulrike

WILLEMS Marjolaine

ZERKOWSKI Laetitia

REMERCIEMENTS

AUX MEMBRES DE MON JURY

A Monsieur le Professeur Éric BACCINO, qui me fait l'honneur de présider mon jury de thèse et sans qui je n'aurai peut-être jamais été aussi impliqué dans la prise en charge des demandeurs d'asile et des victimes de mutilations génitales. Merci pour vos enseignements et nos échanges pendant les présentations du staff interne. Merci également de m'avoir fait partager votre passion du tir sportif.

A Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE, pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse et de siéger dans mon jury. Merci d'avoir répondu à mes nombreuses questions sur l'art d'écrire un article, une thèse et de comment faire une bibliographie. Merci également de soutenir la Grande Motte à mes côtés quand des personnes aux goûts douteux critiquent sa belle architecture.

A Monsieur le Professeur Florent FUCHS, pour avoir accepté de de siéger dans ce jury et ainsi de le rendre transversal, chose indispensable face à un si vaste sujet.

A Madame le Professeur Stavroula PAPADODIMA, qui m'honore de sa présence dans ce jury et sans qui cette thèse n'existerait peut-être pas. Merci d'avoir travaillé avec Claire et moi sur la problématique des demandeurs d'asile alors que nous étions jeunes internes et merci de m'avoir permis de travailler sur les mutilations génitales féminines. En espérant te revoir rapidement en France ou moi en Grèce.

A MES PROCHEs

Ma famille

A ma petite sœur Klara, mon éternel soutien, une amie et confidente plus que merveilleuse ! A nos longues heures à discuter et à regarder des séries ! Merci de céder aussi souvent à mes caprices et de me supporter (je sais que je peux être un peu agaçant). Merci pour ces 23 dernières années et les nombreuses à venir !

A mes parents, sans qui je n'en serai certainement pas là, merci à tous les deux, je vous aime :

- A ma mère, **Katty**, merci pour tout, pour avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui et pour nous avoir tant donné à Klara et moi, merci !
- A mon père, **Gervais**, merci pour ton soutien et ta présence de toujours. Merci pour tout ce que tu as fait pour Klara et moi !

A mes tortues Zoé et Pichu

A mes grands-parents, Roselyne et Joseph ; Monique et Clément

A mes oncles (Guy et Dédé), mes tantes (Murielle, Evelyne et Nicole) et mes cousins (Julien, Pierre, Sébastien, Guillaume, Jean-Baptiste, Jean-François, Mathieu et Maxime).

Pas ma famille mais pas loin

A Patrick et Valéry, merci d'avoir toujours été présents pour moi et de nous avoir si longtemps accueillis à COMPS.

A Marielle, la marraine la plus cool de la création.

A Florian, mon meilleur ami depuis toujours ! Plus encore qu'un ami, un frère ! (Même si l'usage m'oblige à écrire ce remerciement dans la catégorie collègues et amis).

Aux familles Poitoux et Vigny, des amis pour la vie.

Aux résidents du camping du château de l'Hom, mon paradis perdu, à Jean-Paul, Simone et à Niska.

A MES COLLEGUES ET AMIS

Du service de médecine légale de Montpellier ...

A **Laetitia**, ma plus belle rencontre de l'internat. Merci pour ton soutien permanent pendant ces deux dernières années. Petite dédicace à ta Twingo et à nos longs voyages vers Toulouse et Tours.

A **Caroline**, ce fut un plaisir d'être ton chauffeur lors des gardes, en espérant vraiment n'avoir pas fait trop de dingeries au volant !

A **Claire**, ma première co-interne all time ! Merci pour ton accueil et d'avoir rendu mes débuts en médecine légale si agréables.

A **Marine**, ma partenaire de fou rire et de titres ! Au plaisir de pouvoir à nouveau travailler et rire avec toi !

A **Mado**, une année entière de co-internat c'est pas rien ! Merci à toi pour cette super année de coloc de bureau !

A **Fatma**, garde toujours ta bonne humeur et ta gentillesse à toute épreuve ! Merci encore de nous tous avoir pourri-gâté pendant un semestre entier !

A **Olympe**, j'admire ton courage de te relancer dans l'externat et je te souhaite plein de réussite !

Au **Docteur Emmanuel « Manu » Margueritte**, pour avoir été mon premier contact avec la médecine légale et m'avoir permis d'assister à mes premières consultations et à ma première autopsie. Merci également pour tes corrections !

Au **Docteur Kenza Laplace**. Tu n'approuves pas toujours mes blagues de qualité mais c'est pas grave je t'en veux pas et je continuerai à en faire jusqu'à ce que tu reconnaisse mon génie !

Au **Docteur Barbara Lormeau**, la pédiatrie dans toute sa splendeur, toujours de bonne humeur et avec toujours le mot pour rire.

Au **Docteur Maisy Lossois**, qui m'a donné mes meilleurs fous rires en autopsie !

Au **Docteur Sophie Colomb**, merci pour ta gentillesse ! J'admire ton art de la découpe de cerveau !

Au **Docteur Clarisse Dubois**, la jeune maman de la team ! Je souhaite plein de bonnes choses à ta petite famille et toi !

Au **Docteur Rhizlane Hammani**, toujours de bonne humeur, toujours chill, un vrai plaisir de travailler avec toi.

Au **Docteur Bérengère Deangeli**, pouvoir parler des Chevalier du Zodiaque en autopsie est une plus-value très appréciable !

Au **Docteur Thierry Casper**, permets-moi de rendre hommage à ta maîtrise du couteau en autopsie.

Au **Docteur Philippe Cathala**, Monsieur le Président du conseil de l'ordre des « Foramen\$ Ovale » perméables.

Au **Docteur Laurent Boismenu**, qui m'apprend énormément à chaque autopsie (au prix de quelques tapes derrière la tête)

Au **Docteur Yves Galéa**, fier représentant sétois !

Au **Docteur Elise Arbrefeuille**, merci pour ta gentillesse et nos longues discussions et argumentations médicales (et autre). Merci également pour ton expertise de la langue anglaise.

A **Madame Stéphanie Berthet**, merci pour votre disponibilité et votre efficacité à répondre à nos nombreuses demandes.

Aux Agents de la chambre mortuaire : **Frankie** (le S), **Fabien** (best mécano ever), **Stéphanie** (et ton accent chantant), **Kévin** (mon bougon préféré), **Jérémy** (Partenaire de soirée à Tours), **Anthony** (je ne sais pas ce que j'ai fait mais je l'ai fait), **Fred** (d'un amoureux de la langue à un autre), **Marie Pierre** (continue de chanter en autopsie, en vrai c'est sympa), **GuiGui** (et ta bonne humeur (non)), **Didier** (je sais que t'es mon ami en vrai) et **Aymeric aka WASSOU** (pour combien ?).

Aux infirmières de médecine légale : **Valérie** (la taulière !), **Céline** (jeu set et match) et **Lisa** (mieux qu'un psychiatre).

Aux secrétaires : **Marie, Magalie, Audrey, Monika** et **Marie-Pierre**. Merci pour votre disponibilité et pour votre bonne humeur !

... Et d'ailleurs

A mes co-internes des Urgences Psychiatriques, **Béatrice** et **Othmane** ! Merci à vous deux pour votre accueil et pour m'avoir fait découvrir votre belle spécialité ! Je garderai un souvenir impérissable de ces 6 mois.

A la promo de psychiatrie 2023, pour m'avoir adopté quand j'étais le seul et unique représentant de la médecine légale au milieu de tous ces néo-internes.

A l'équipe médicale des urgences psychiatrique de l'hôpital Lapeyronie : **Radu, Matthieu, Lucile, Jules, Rémi, Marie et Edith**, pour votre accueil au top et votre bonne humeur de tous les jours

A Malou, Laureen, Arthur et Victor ! Ma dream team de l'externat ! On en a vécu des choses en 5 ans (spécial dédicaces aux longues heures passées sur les conférences de D3) ! A toi **Malou** mon inséparable binôme depuis déjà 7 ans ! A **Laureen** pour ta bonne humeur constante et pour ce superbe stage de neuro, sûrement un des meilleurs de tout mon externat (après la médecine légale, chauvisme oblige) ! A toi Arthur et à ton art de lâcher la petite dinguerie qui vient sublimer toutes les conneries qu'on a pu dire avant ! Et à toi **Victor**, mon JOBRO du groupe, en espérant te revoir bientôt !

A Amandine, Lucie, Maria et Carmen ! Merci de m'avoir accompagné durant ces 5 années d'externat !

A Ketsia, ma nîmoise préférée !

Amoureux des blagues je terminerai en citant César Romero et en vous rappelant que « Une blague par jour rend le cœur moins lourd », voici donc une blague pour vous alléger le cœur aujourd'hui :

Comment appelle-t-on un blanc dans une conversation entre deux médecins légistes ? Un silence de mort.

Je dédie cette thèse à ma grand-mère Mamie Lyne, merci pour avoir été la grand-mère formidable que tu as été. Je suis triste que tu ne sois pas à mes côtés aujourd'hui et j'espère que tu me regardes là-haut.

« Le temps ne trahit pas les rêves !! Et les rêves ne doivent pas trahir le temps »

Leiji MATSUMOTO

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS.....	25
INTRODUCTION	26
ETAT ACTUEL DES CONNAISSANCES SUR LES MGF	28
OBJECTIF	46
MATERIEL ET METHODE.....	47
RESULTATS	50
DISCUSSION.....	58
CONCLUSION	72
BIBLIOGRAPHIE :.....	73
LISTE DES FIGURES.....	79
LISTE DES TABLEAUX.....	80
ANNEXE :.....	81
SERMENT :	84

LISTE DES ABREVIATIONS

CESEDA : Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

MGF : Mutilations Génitales Féminines

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OMS : Organisation Mondiale de la SANTE

ONU : Organisation des Nations Unies

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

UNICEF : Fonds Des Nations Unies Pour l'Enfance

INTRODUCTION

Une mutilation est définie dans le dictionnaire LAROUSSE comme une : « *Atteinte volontaire à l'intégrité physique d'une personne entraînant la perte d'un membre ou d'un organe* ». Ces mutilations peuvent intéresser diverses parties du corps et notamment les organes génitaux féminins externes et sont catégorisées en fonction des structures anatomiques atteintes. Il s'agit alors de Mutilations Génitales Féminines (MGF) ou excisions.

Les Mutilations Génitales Féminines constituent d'une part une violation des droits des femmes et des jeunes filles mais également un problème de santé publique majeur, particulièrement répandu et fréquent.

Effectivement, l'OMS estime, en 2016, à 200 millions le nombre de filles et de femmes vivantes et qui auraient été victimes de MGF en Afrique, au Moyen-Orient et en Asie qui sont les principales régions du monde où cette pratique est répandue (1) tandis qu'en 2024, l'UNICEF porte ce nombre à 230 millions (2), mettant en évidence le caractère croissant de cette problématique. La France, en tant que pays d'accueil, voit également croître le nombre de victimes de MGF vivantes sur son territoire, ces dernières étant actuellement estimées à plus de 60 000. Par ailleurs, il est estimé qu'une femme ou une jeune fille serait excisée toutes les 12 à 15 secondes dans le monde, ces chiffres mettant en exergue la fréquence de cet acte et l'importance d'une actualisation régulière des données (3,4).

Sur le plan de la santé, ces mutilations sont souvent délabrantes et présentent à la fois des complications aiguës, comme des infections bactériennes ou des hémorragies, pouvant être à l'origine de décès mais il existe également des complications chroniques avec des retentissements sur la vie sexuelle (dyspareunies, ...), génitales (troubles des menstruations, règles douloureuses, ...) (5) mais aussi psychologiques avec notamment des troubles anxieux et des syndromes de stress post-traumatique (6). Ces complications tardives sont par la suite à l'origine de dépenses de santé importantes et l'OMS estime que, dans 27 pays à forte prévalence, le coût des traitements des complications découlant

des MGF s'élève à 1,4 milliard de dollars américains par an et cela avec des projections en forte croissance à l'horizon 2050(1).

En France, l'examen des personnes demandant l'asile peut être réalisé au sein des Unités Médico Judiciaire (UMJ), c'est notamment le cas au CHU de Montpellier, constituant un échantillon de patientes conséquent que nous avons analysé dans ce travail afin de faire un état des lieux médico-légal des consultantes présentant des mutilations génitales féminines examinées de 2014 à 2023 à l'UMJ de Montpellier.

ETAT ACTUEL DES CONNAISSANCES SUR LES MGF

Il s'agira ici d'étudier les principaux enjeux concernant les mutilations génitales féminines et de tirer de la littérature scientifique et sociale les données s'y rapportant.

Epidémiologie et ethnologie :

Selon les données de l'OMS, de l'UNICEF et du Fonds des Nations Unies pour la population plus de 200 millions de filles et femmes vivantes ont été victimes de mutilations génitales dans le monde (1,2,7).

L'épidémiologie des mutilations génitales féminines peut par la suite se diviser en deux parties. D'abord, l'épidémiologie et l'étude des MGF dans les pays où ces dernières sont perpétrées et qui sont intimement liées à la culture de ces pays. Ensuite, l'épidémiologie des MGF dans les pays d'accueil des femmes victimes. Ces deux versants seront ici abordés successivement.

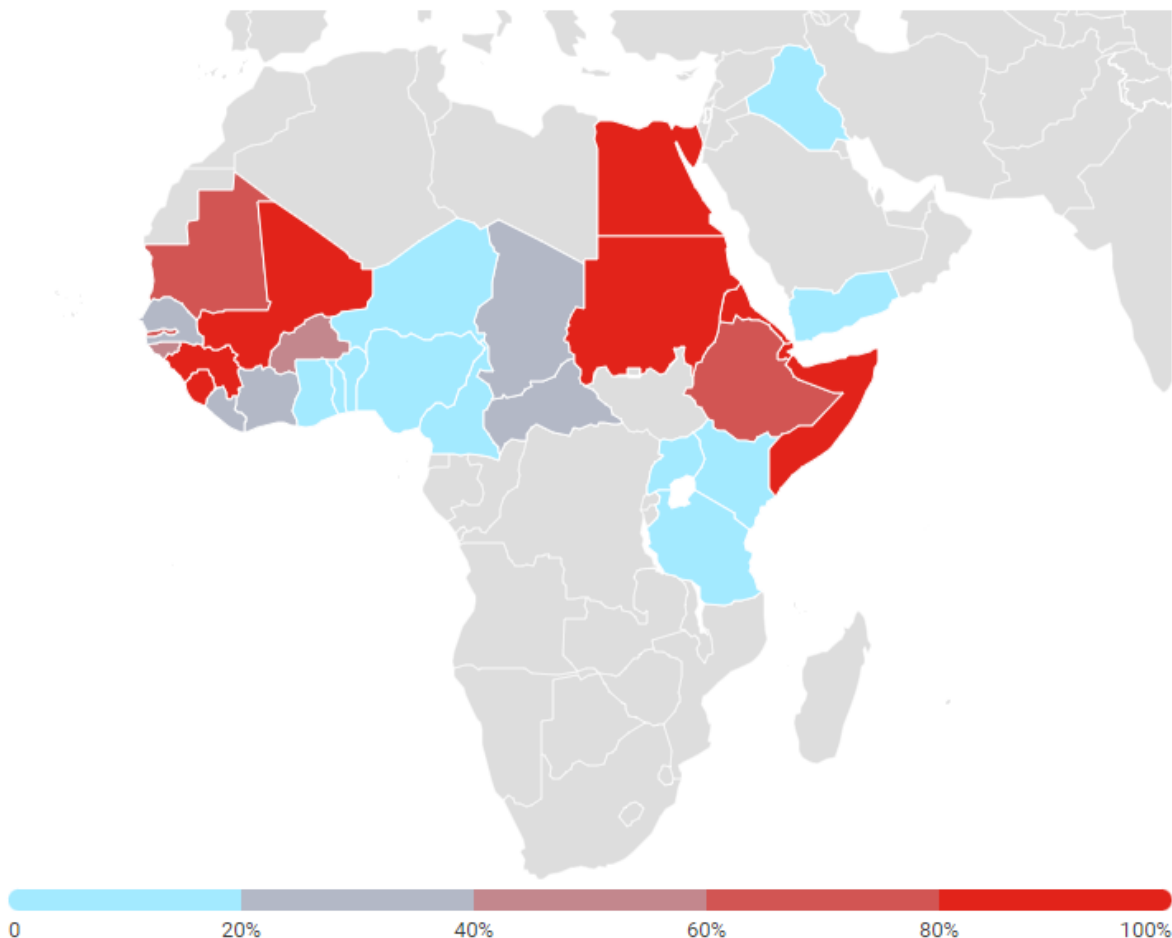
A. Epidémiologie et ethnologie des MGF dans les pays d'origine des femmes victimes.

Les pays les plus concernés sont de très loin les pays d'Afrique subsaharienne (figure1) où certains pays présentent une prévalence de filles et femmes de 15 à 49 ans ayant été excisées aux alentours de 90% (8). C'est notamment le cas de la Somalie, de la Guinée Conakry et de Djibouti qui sont les pays qui présentent la plus forte prévalence de filles et femmes excisées, respectivement 90%, 95% et 99%. (2).

Les données internationales sont régulièrement actualisées, notamment par l'UNICEF qui publie régulièrement une synthèse des données statistiques des MGF dans le monde. La publication de données est également assurée par la Division de l'information, de la documentation et des recherches (DIDR) de l'OFPRA qui a notamment publié en 2023 des rapports et synthèses détaillées sur la situation des MGF dans des régions à haute prévalence comme l'état d'EDO au NIGERIA et la CÔTE D'IVOIRE, avec respectivement 37,1% et 36,7% de femmes déclarant avoir été excisées sur la période 2016-2017. (9,10)

The prevalence of FGM varies greatly across countries with data

Percentage of girls and women aged 15 to 49 who have undergone FGM



This map does not reflect a position by UNICEF on the legal status of any country or territory or the delimitation of any frontiers.

Notes: In Liberia, girls and women who have heard of the Sande society were asked whether they were members; this provides indirect information on FGM since it is performed during initiation into the society. The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations.

Source: UNICEF global databases, 2024, based on DHS, MICS and other national surveys, 2004-2022.

Figure 1: Pourcentage de filles et femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une mutilation génitale féminine (source: Unicef global databases, 2024, based on DHS, MICS and other national surveys, 2004-2022)

Il est à noter que ces taux importants d'excision se retrouvent dans des pays dont les lois ou la Constitution interdisent la pratique de l'excision. Par exemple, à Djibouti, le code pénal dispose que « *la violence imposée par les mutilations génitales est passible de cinq ans d'emprisonnement et d'une amende d'un million de francs Djiboutiens* » (article 333), ainsi les trois pays cités plus haut interdisent l'excision tout en étant les pays à plus forte prévalence.

S'il est difficile de dater avec précision l'apparition de la pratique de l'excision que certains considèrent contemporaine de la circoncision, les premiers témoignages retrouvés datent du II^{ème} siècle avant notre ère et furent retrouvés sur des papyrus égyptiens (11).

Comme les scarifications rituelles, les mutilations génitales féminines ont une importante connotation culturelle. En Égypte, par exemple l'excision est associée à la pureté et est nommée « *tahara* », ce qui signifie « *purification* » (12). Un autre exemple est celui de l'excision dans l'ethnie MALINKE¹. Dans cette ethnie l'excision, correspond à une clitoridectomie, elle très bien documentée et codifiée avec notamment l'utilisation d'une lame de forme et de dimension précise, le port d'une tenue particulière, une chronologie très précise à respecter, rythmée par la récolte des cultures et s'accompagnant de festivités. Des codifications similaires sont retrouvées dans le cadre de la circoncision des jeunes garçons (13). Ainsi, ces dernières sont souvent acceptées par la population, certaines femmes craignant plus les conséquences sociales d'une absence d'excision que les conséquences propres à l'excision, au MALI par exemple certaines femmes pourront vous dire qu'un enfant ne peut pas rester un « *bilakoro* » toute sa vie. Ce terme bambara (principale langue maternelle du MALI) signifie en fait « *être incirconcis* » et son usage péjoratif permet de bien appréhender l'importance sociale de l'excision (14).

De plus, les premières tentatives de mettre un terme à la pratique de l'excision ont pu être vues selon plusieurs auteurs comme une « *intrusion* » des occidentaux au sein d'une culture qui n'est pas la leur, ceci menant à la création de groupe de résistance pro excision dès la deuxième partie des années 1950 avec notamment le mouvement *NGAITAMA*, dont le nom signifie « *je me circonciserai moi-même* » (15), un autre exemple frappant est celui de JOMO KENYATTA, qui deviendra président du Kenya en 1964 et se positionnera en faveur de l'excision (11).

Par ailleurs, cet aspect culturel est souvent remis en question par certaines femmes victimes d'excision par le biais de la littérature. Khady Koita, par exemple, se sert de son

¹ L'ethnie MALINKE est une ethnie présente en Afrique de l'Ouest, principalement au Mali (d'où elle tire l'origine de son nom) mais aussi en Guinée, en Côte d'Ivoire, en Gambie et au Sénégal.

histoire personnelle pour dénoncer l'excision dans son livre MUTILEE (16) ou encore Beryl Magoko dans son film In Search (référence ??)... où elle aborde le long voyage entrepris du jour de son excision jusqu'à celui de sa chirurgie gynécologique réparatrice, étape alors nécessaire pour évoluer vers une reconstruction plus globale (17). Le film de Beryl Magoko s'inscrit alors dans l'héritage du cinéma africain, qui bien que de naissance tardive, se montrera de tout temps particulièrement engagé, notamment au travers de réalisateurs comme Ousmane Sembène (Sénégal)² qui abordera lui aussi le sujet de l'excision et des traditions et coutumes de l'ethnie Peule dans son film MOLAIDE (2004) (18)

L'excision est également présentée par les sociologues comme une façon, indirecte, pour les hommes de contrôler la sexualité des femmes. Une façon indirecte car, bien que les sociologues y trouvent une façon d'asseoir une domination masculine, l'excision est avant tout une affaire dite « *de femme* », c'est-à-dire qu'elle est pratiquée par des femmes, sur des femmes et que les hommes n'interviennent que rarement voire jamais dans ce processus. (19)

Bien que la lutte contre l'excision soit un combat assez contemporain, les premières traces de lutte contre cette dernière se retrouvent toutefois au XV^{ème} lorsque le roi d'Ethiopie Zar'a Yā'eqob entreprenant de christianiser le pays, essaya de réprimer la pratique de l'excision (20).

Depuis plusieurs années nous sommes témoins d'une modification progressive de la perception des MGF dans les pays d'Afrique Subsaharienne. Ainsi, dans son dernier rapport, l'UNICEF divise-t-elle les progrès en la matière des différents pays concernés, sur les 30 dernières années, en trois catégories (forte amélioration, quelques progrès, aucun progrès). Nous observons alors 4 pays sur 24 où les progrès sont pratiquement inexistantes tandis que certains pays comme le BURKINA-FASSO sont passés d'une prévalence de plus de 80% il y a 30 ans à une prévalence de 30% à l'heure actuelle, montrant que des mesures

² Ousmane Sembène (1923-2007) est un écrivain, réalisateur et scénariste sénégalais. De par ses prises de position politiques et sociales ainsi que son militantisme, il est considéré comme l'une des personnalités majeures de l'Afrique contemporaine.

efficaces peuvent être mises en place. (2). Parmi les pays à forte prévalence, la Guinée Conakry montre des signes et une volonté de réduction de la pratique des mutilations génitales féminines en ratifiant aux côtés de 55 autres pays (dont la Somalie et Djibouti) le « *PROTOCOL TO THE AFRICAN CHARTER ON HUMAN AND PEOPLES' RIGHTS ON THE RIGHTS OF WOMEN IN AFRICA* » dont l'alinéa b de l'article 5 prohibe la pratique de l'excision (21). Par ailleurs, plusieurs groupes de recherche se réunissent régulièrement pour explorer des pistes d'amélioration de la situation des mutilations génitales féminines, en s'intéressant, notamment, à la compréhension des déterminants de la perpétuation des MGF. Par exemple, Barry, A. A. B. étudie notamment, au moyen de questionnaires, divers déterminants des MGF comme l'importance culturelle évoquée plus haut ainsi que la notion de contrôle de la sexualité des femmes. Il cherche également à savoir quels facteurs vont venir moduler ces déterminants et qui sont les acteurs des MGF. Ainsi, il propose à l'issue de cette étude des pistes pour inverser le nombre des MGF avec, par exemple, la mobilisation d'acteurs religieux comme les imams ou à travers une approche socio-anthropologique (22). DOUCET et al. ont également abordé des pistes pour réduire la prévalence des MGF en Guinée en préconisant également une approche globale socio-culturelle et sanitaire en faisant appel et en mobilisant des acteurs « clé » se montrant favorables à l'arrêt de ces pratiques (23).

Plus récemment, s'est posée la problématique grandissante des excisions dites médicalisées pratiquées par un professionnel de santé considérant comme un « *moindre mal* » la réduction des complications aiguës, parfois fatales de l'excision. Ainsi en Guinée 35% des jeunes filles entre 0 et 14 ans auraient été excisées par un professionnel de santé (médecin, infirmière ou sage-femme)(24). Parmi les pays pratiquant l'excision, l'Égypte se révèle le pays où la médicalisation de l'excision est la plus forte. Ainsi, selon le Docteur Ayman Sadek, 75% des MGF pratiquées en Égypte seraient effectuées par des médecins (25). En 2022 BALDE et al., ont noté un manque de connaissance et de formation des professionnels de santé au sujet des MGF. Ils ont également constaté que les professionnels de santé pouvaient percevoir des avantages en nature ou financiers, participant à leur implication dans la pratique des MGF. Le corollaire de ce constat est que l'intégration d'une formation spécifique aux MGF dans le parcours académique des

professionnels de santé ainsi qu'une sensibilisation de ces derniers en font de potentiels leviers majeurs à mobiliser dans la lutte contre les MGF (26).

B. Epidémiologie des MGF dans les pays d'accueil des femmes victimes.

Avec l'augmentation des flux migratoires à travers le monde, nous assistons à une modification constante de l'épidémiologie des MGF dans les pays d'accueil des femmes victimes de MGF. Ces pays d'accueil se retrouvent alors confrontés à des problématiques de santé publique inédites.

En effet, certaines projections, comme celles de ORTENSI et MENONNA (27), annoncent 1,3 millions de femmes migrant vers l'Europe sur la période 2016-2030, parmi elles 400 000 femmes seraient victimes de MGF (sans prendre en compte les filles de 0 à 14 ans, qui représenteraient 310 000 enfants)..

Plusieurs pays européens se sont penchés sur la question de la prévalence des MGF dans leur population migratoire afin d'en faire un état des lieux comme par exemple en Ile de France par MARQUES et al. (28) qui en 2023 a permis d'actualiser des données (pays d'origine, type de mutilations et de complications constatées) datant pour la plupart de 2010. Dès le début de leur étude nous pouvons constater la vitesse de l'évolution des populations victimes ou à risque de MGF en France avec un passage de moins de 500 filles et femmes examinées en 2018 à presque 2500 en 2021. Un travail similaire avait été réalisé en Italie, en 2016, par ORTENSI et al. (29). La multiplicité de ce type d'études nous montre l'importance d'une actualisation régulière des données, à une échelle locale, régionale et nationale afin de se préparer à répondre aux besoins des femmes victimes de mutilations génitales.

Le flux croissant de femmes victimes de MGF n'est par ailleurs pas l'apanage de l'Europe. En effet, depuis 1996 et l'affaire KASINGA (30), qui sera abordée dans la partie « *Rappel du cadre juridique* », le nombre de demandes d'asile au titre des MGF est en forte croissance et des états des lieux ont également été réalisés outre-atlantique, notamment par WIKHOLM et al. (31).

Enfin, une problématique importante à laquelle se heurtent les pays d'accueil de population migratoire est celle de la pratique des MGF par les populations migrantes au sein même des pays d'accueil. Ainsi, en Octobre 1984 une condamnation à un an de prison était-elle prononcée à l'encontre d'un malien accusé et reconnu coupable d'avoir excisé sa fille (14) ³et en 1988, la Cours d'assises du Val d'Oise avait jugé pour la première fois en France, une affaire d'excision⁴. C'est après ces affaires que l'on note la judiciarisation de l'excision en France bien que ce ne soit qu'en 1993 que l'ablation du clitoris a été reconnue par une jurisprudence de la Cour de Cassation comme une mutilation au sens du code pénal français⁵ (14,32). Il est également rapporté des cas de familles profitant d'un voyage « *au pays* » pour faire exciser leurs enfants en dehors du territoire français. La problématique de l'excision pratiquée en France ou dans le cadre de voyage au pays se heurte également à l'omerta entretenue par les familles de réfugiés. En 2004 la pédiatre et anthropologue Christine Bellas Cabane entreprit de recueillir le témoignage de filles et femmes originaires du MALI et ayant émigré en France; elle rapporte alors dans son livre « *La Coupure, L'excision ou les identités douloureuses* » s'être retrouvée confrontée à une vraie loi du silence dès que la question de l'excision était abordée, les visages de ses interlocutrices se fermant et la discussion tournant court car les femmes interviewées, conscientes des mesures de lutte contre l'excision en France prenaient soin d'éviter le sujet (14).

Rappel anatomique :

Les organes génitaux externes féminins (la vulve) sont formés par différentes structures qui sont : les grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris et son capuchon et le vestibule (cf. figure 2).

³ Ce père était alors condamné à un an de prison avec sursis

⁴ Le procès avait eu lieu 5 ans après le décès par hémorragie d'une fillette excisée en France

⁵ Il s'agira alors de la première condamnation à une peine de prison ferme à la suite d'une excision

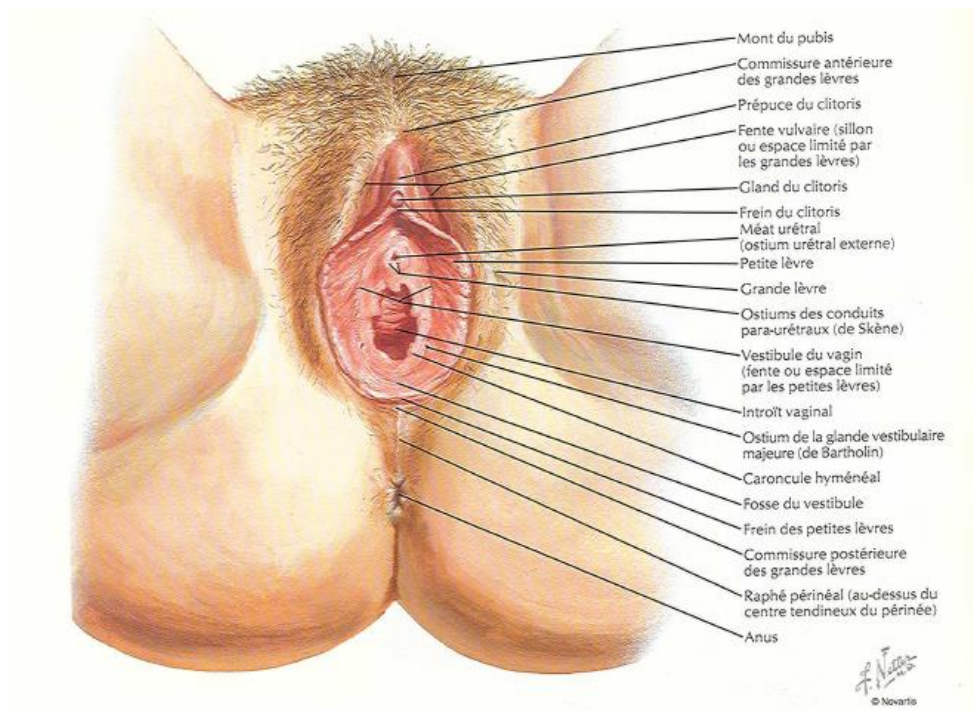


Figure 2: Organes génitaux féminins externes (Atlas d'Anatomie Humaine FRANK H. NETTER, MD)

L'OMS classe les MGF en 4 catégories selon les structures anatomiques atteintes et le type de lésions (1). Ainsi distinguons-nous :

- Les MGF de type 1 (figure 3) : atteinte du capuchon du clitoris (1a) plus ou moins son gland (1b).
- Les MGF de type 2 (figure 4) : atteinte des petites lèvres seules (2a) ou associée à une atteinte clitoridienne (2b) ou des grandes lèvres (2c).
- Les MGF de type 3 ou infibulation (figure 5) : suture entre elles des petites lèvres (3a) ou des grandes lèvres (3b).
- Les MGF de type 4 : elles regroupent les atteintes ne pouvant être classées parmi les groupes précédents.

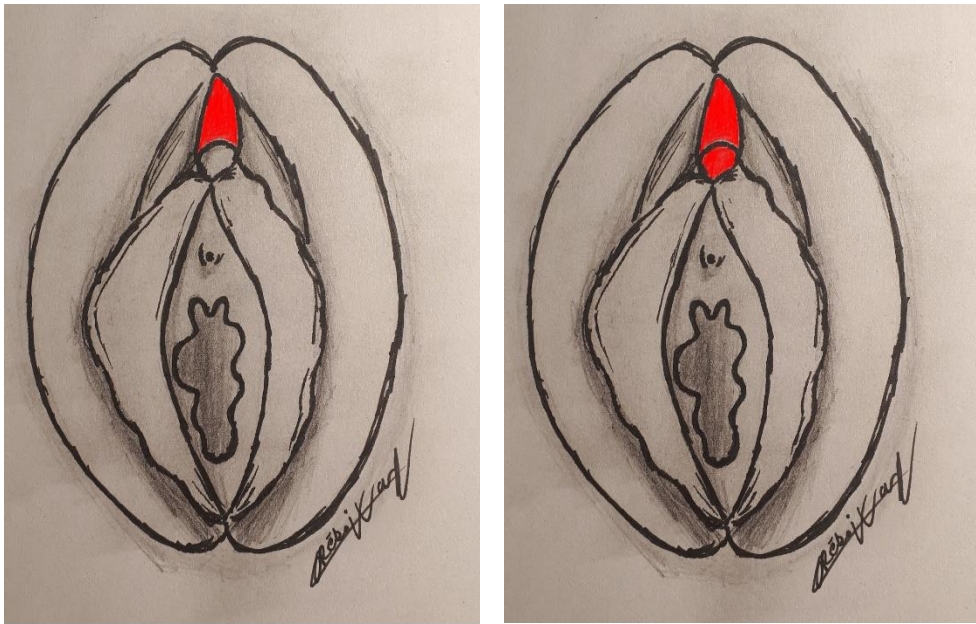


Figure 3:MGF de type 1 avec atteinte seule du capuchon clitoridien (1a) ou associée à l'atteinte du gland du clitoris (1b) (©Quentin REBILLARD)

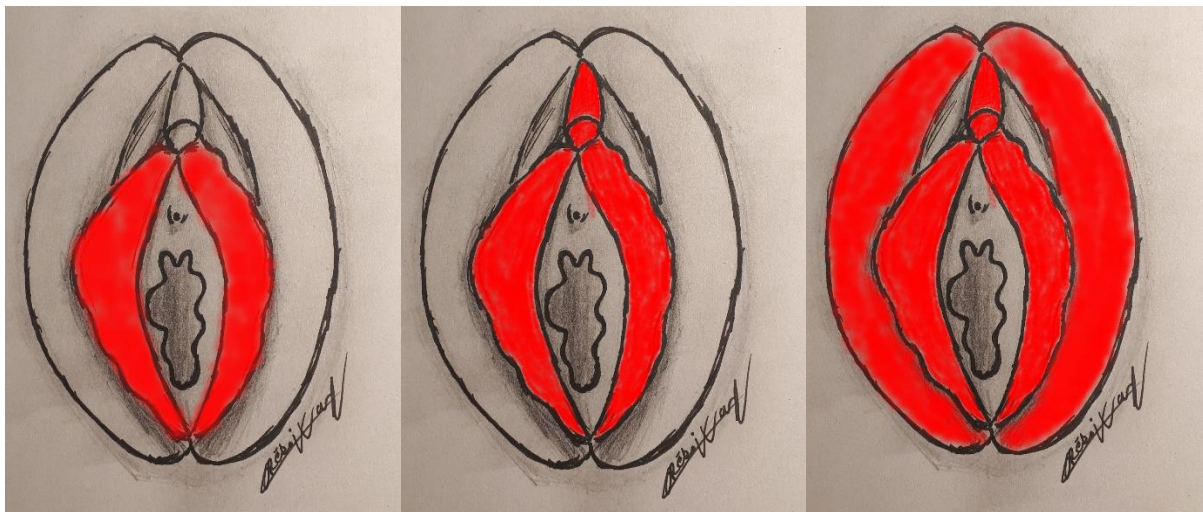


Figure 4: MGF de type 2 avec atteinte seule des petites lèvres (2a), associée à une atteinte du gland du clitoris ou de son capuchon (2b) ou associée à une atteinte des grandes lèvres (2c) (©Quentin REBILLARD)

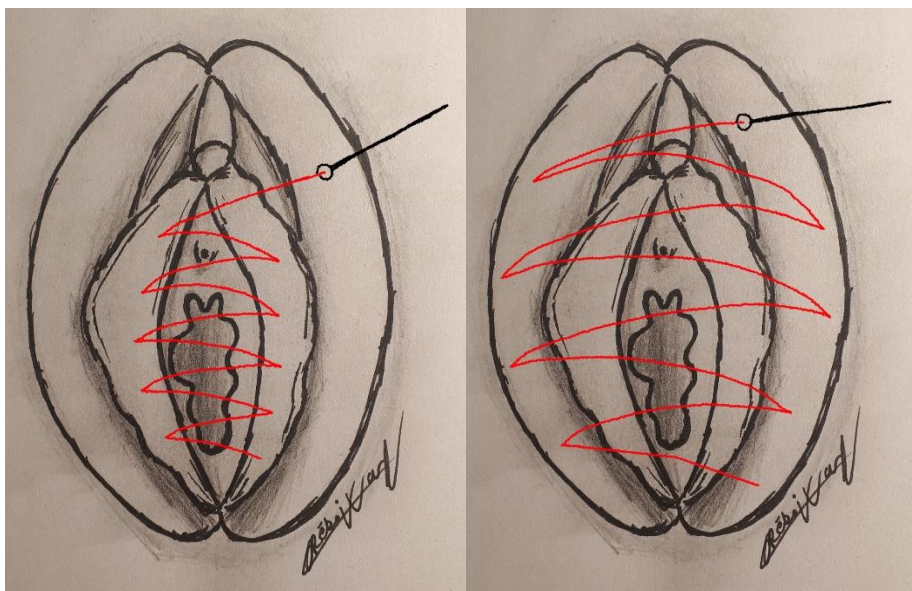


Figure 5: MGF de type 3 (infibulation) avec suture entre elles des petites lèvres (3a) ou des grandes lèvres (3b) (@Quentin REBILLARD)

Rappel du cadre juridique

Sur le plan juridique, en France, le Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile (CESEDA) prévoit l'examen gynécologique des mineures demandant l'asile au titre du risque de mutilations génitales (33), ce texte a principalement vocation à protéger les mineures d'un risque de mutilations génitales et peut faire écho à l'affaire KASINGA (30), au cours de laquelle, en 1996, le droit d'asile a été accordé pour la première fois, aux Etats-Unis, au titre du risque mutilation génitale. Si le cadre juridique est alors bien défini en France pour la protection des mineurs, concernant les personnes majeures le cadre juridique est moins clair.

Le CESEDA prévoit que l'OFPRA puisse demander aux personnes demandant l'asile de se soumettre à un examen médical dont les caractéristiques sont définies par le Protocole d'Istanbul (34). Cet examen est facultatif (35) hormis pour les mineures demandant l'asile au titre d'un risque de mutilation sexuelle (33), il doit alors être réalisé, selon un arrêté du 23 août 2017 par un médecin titulaire d'un droit d'exercice en médecine légale et exerçant au sein d'une unité médico-judiciaire (36). Il conduit au signalement judiciaire de tout enfant dont l'examen met en évidence une mutilation génitale féminine. Depuis

l'arrêté du 6 février 2024, cet examen peut être réalisé au sein d'unités spécialisées dans la prise en charge des femmes victimes de violences afin de toucher un plus grand nombre de personnes.

Concernant la lutte contre les mutilations génitales féminines en France, il est important de relever qu'il n'existe pas de texte de loi poursuivant spécifiquement l'excision. En effet, l'infraction poursuivie est celle de « *mutilation ou d'infirmité permanente* », punie par l'article 222-9 du code pénal : « *Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende* » (37). Cette peine passe à 15 ans si la victime est un mineur de moins de 15 ans et à 20 ans si l'auteur est un ascendant de la victime. Cependant, notons que la France n'a compétence que pour juger les excisions pratiquées sur des femmes de « *nationalité française ou résidant habituellement sur le territoire français* » selon l'article 222-16-2 du code Pénal.

La France s'inscrit dans une dynamique de lutte contre les excisions avec, en 2019, la publication d'un PLAN NATIONAL D'ACTION VISANT A ERADIQUER LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES, porté par la secrétaire d'Etat en charge de l'Egalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations, Marlène SCHIAPPA , avec entre autre une augmentation des subventions versées aux associations telle qu' « *Excision, parlons-en !* » qui avait alors perçu une subvention de 10 000€, représentant une augmentation de 300% de celle-ci (3).

Au niveau international, l'ONU a déclaré vouloir éradiquer totalement les Mutilations Génitales Féminines d'ici 2030. Cette déclaration s'inscrit dans l'esprit de l'Objectif de Développement Durable 5 : Egalité entre les sexes. En travaillant main dans la main avec l'UNICEF ce programme d'éradication des MGF a permis de soutenir, en 2022, plus de 11 000 organisations luttant contre la pratique des MGF, dont plus de 80% d'organisation de terrain. Par ailleurs, en 2012, l'Assemblée Générale des Nations Unies a désigné le 6 Février comme la Journée internationale de tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines (38).

Conduite de l'examen clinique d'une femme victime de mutilations génitales

Comme évoqué plus haut, l'évaluation des victimes de tortures est un examen particulier détaillé dans un protocole publié en 2001 par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Droits de l'Homme (OHCHR) et régulièrement mis à jour : le Protocole d'Istanbul (34), dont la dernière actualisation date de 2022. Ce protocole aborde, entre autre, des questions éthiques, légales et cliniques, détaillant l'examen clinique et les signes de torture pouvant être mis en évidence, système anatomique par système anatomique. Cependant, concernant les MGF, le Protocole d'Istanbul est assez concis, reprenant la classification des MGF proposée par l'OMS et y rajoutant une entrée sur les complications somatiques et psychologiques.

Ainsi, plusieurs équipes ont-elles proposé des protocoles et des guidelines concernant l'examen des femmes victimes de MGF, c'est notamment le cas de MISHORI et al (39) ou encore MUÑOZ et al (40) qui développent point par point la réalisation de l'entretien et le recueil d'informations, l'examen clinique et la rédaction du compte-rendu d'examen. Ainsi, toujours selon ces deux études, il convient d'investiguer, entre autres, l'âge de l'excision, l'ethnie d'origine, les conditions de l'excision et les complications aiguës puis tardives de l'excision.

Il est également intéressant de rechercher une notion d'excision dans le reste de la famille, notamment dans la fratrie car il n'est en effet pas rare que les victimes puissent rapporter avoir perdu une sœur à la suite d'une excision compliquée.

MUÑOZ et al (40) soulignent également un point important de l'entretien qui est la compréhension des termes utilisés. Ainsi, il n'est pas rare que les femmes examinées ne comprennent pas les termes « *excision* » ou « *mutilations génitales* ». Il conviendra alors de se faire comprendre autrement, en leur demandant par exemple si elles ont déjà été « *coupées* » au niveau des organes génitaux.

La consultation reposera sur une posture accueillante et compréhensive du soignant qui devra investiguer des types de violences auxquelles, selon sa formation, il pourra être peu habitué.

Ainsi, l'accent doit-il être mis sur la réalisation, avec l'accord de la patiente, de photographies qui sont souvent oubliées du fait de la localisation délicate des lésions alors qu'elles constituent un support précieux.

L'examen doit être complet et ne pas omettre les autres souffrances ou tortures rapportées et la conclusion gagnera à reprendre le codage de compatibilité proposé par le protocole d'ISTANBUL divisant cette dernière en cinq catégories (non compatible, compatible, fortement compatible, typique de et diagnostic de) (34).

Complications et prise en charge des Mutilations Génitales Féminines

Les Mutilations Génitales féminines sont à l'origine de complications multiples. D'une part nous retrouvons les complications aiguës et pouvant entraîner le décès de la personne excisée et d'autre part nous retrouvons les complications chroniques, tant somatiques que psychiques, qui vont avoir un retentissement sur toute la vie de la personne victime de mutilation.

Du fait du retentissement particulier de ces mutilations plusieurs prises en charge peuvent être proposées, notamment chirurgicales afin de reconstruire les organes génitaux externes lésés mais aussi psychologiques afin d'aider les victimes à faire face aux souffrances endurées.

A. Les complications des Mutilations Génitales Féminines

a. Complications aiguës

Les complications aiguës de l'excision surviennent par définition immédiatement à la suite ou dans les jours suivant cette dernière. Il s'agit le plus souvent de complications d'ordre hémorragique ou infectieuse pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Elles trouvent leur origine d'une part dans la spoliation sanguine induite par le geste de l'excision et la prise en charge de cette dernière par une médecine traditionnelle à l'efficacité discutable et, d'autre part, dans le risque infectieux directement en lien avec un geste pratiqué dans des conditions d'asepsie médiocres, quand elles ne sont pas

absentes, l'excision pouvant avoir lieu selon les ethnies dans la cour de la case maternelle, la future excisée assise sur une pierre (13).

Dans sa méta-analyse incluant plus de 180 études, BERG et al., décrit comme principales complications aiguës les saignements abondants, les rétentions urinaires, un gonflement des organes génitaux externes, une douleur importante et il identifie 3 cas de décès directement imputés à la pratique de l'excision (41). Dans son étude regroupant toutes les jeunes filles de 0 à 15 ans hospitalisées dans les 7 jours suivant leur excision, Diakaté et al., présente 17 cas recensés sur une période de 15 mois et rajoute aux complications aiguës les infections bactériennes mais également virales avec entre autre des cas d'infections par le VIH, il précise également que 2 des 17 patientes incluses seraient décédées suite à leur excision (42). Une augmentation de la prévalence des infections à herpès virus et des vaginoses bactériennes peut également être mise en évidence (43). Ces complications peuvent trouver une explication dans la réalisation même de l'excision. En effet, il s'agit d'un geste entouré de nombreuses traditions et réalisé de façon non stérile par des personnes sans formation médicale. Ainsi, il n'est pas rare que la même lame soit utilisée pour exciser plusieurs personnes et que ces dernières ne bénéficient que de soins traditionnels sommaires comme par exemple, chez les Malinkés, la simple application de fibre d'écorce de palmier et un lavage de la plaie en cas de saignement abondant (13).

b. Complications tardives et chroniques

Les complications chroniques sont des complications qui vont avoir une répercussion durant une grande partie de la vie de la femme victime de MGF. Là encore la prise en charge de la plaie induite par l'excision va jouer un rôle non négligeable dans le développement de complications impactant la sphère uro-génitale. Le psycho-traumatisme sera également de la partie, lorsque l'excision n'est pas pratiquée dans la petite enfance, avec le développement de troubles anxieux et thymiques.

Parmi les complications tardives et chroniques, viennent d'abord les troubles trophiques vulvaires avec entre autre la formation de cicatrices chéloïdes et l'apparition d'épisodes

d'irritation et de gonflements itératifs des organes génitaux externes pouvant entraîner une gêne à la marche (44).

La vie sexuelle des femmes victimes d'excision se trouve également très affectée avec l'apparition de dyspareunies (douleurs lors des rapports sexuels) et une absence de plaisir lors des rapports sexuels. Une étude comparative de la fonction et du désir sexuel entre des femmes excisées et non excisées a notamment été publiée en 2016 par Abdulcadir et al., montrant des scores inférieurs à la normale chez les femmes victimes d'excision (45). Des résultats similaires étaient retrouvés dans une étude cas-témoins comparant 140 femmes excisées et 140 femmes non excisées et réalisée par Biglu et al.(46).

Des complications obstétricales sont également retrouvées dans plusieurs études ayant fait l'objet d'une méta-analyse de Sylla et al (47). Ces complications se manifestent sous la forme d'un recours à une aide instrumentale, une césarienne ou une épisiotomie augmentée chez les femmes excisées. Les hémorragies du post-partum peuvent également être plus fréquentes et peuvent être mises en lien avec un remaniement et un rétrécissement cicatriciel du tractus génital, le rendant plus vulnérable lors du passage du nouveau-né. Par ailleurs, concernant le nouveau-né, des scores d'APGAR (évaluation des fonctions vitales du nouveau-né) plus faibles pouvaient également être constatés, l'association statistique entre un score inférieur à 7 et le fait que la mère soit excisée était alors positive, bien que non significative sur le plan statistique (47).

Sur le plan urologique, les complications sont fréquentes, présentes chez environ 30% des femmes excisées vivant en Allemagne (48). Ces complications sont principalement à type de dysuries et de cystites récidivantes (44,49).

Un retentissement psychologique est fréquemment retrouvé chez les populations demandeuses d'asile, il s'agit alors principalement de troubles anxieux (10-20%), de syndromes dépressifs (30%) et de syndromes de stress post-traumatique (30%) selon une méta-analyse publiée en 2020 par Blackmore et al. (50).

Les femmes victimes d'excisions constituent alors un groupe particulièrement à risque au sein d'une population déjà fortement sujette à la manifestation de troubles

psychologiques. En 2019, une méta-analyse de 16 études cherchant à mettre en évidence une association entre excision et prévalence de troubles psychologiques montrait une association positive dans 11 études sur 16 (6). Une seconde méta-analyse de 2018 mettait en évidence une diminution des scores de bien-être psychologique et sexuel chez les femmes victimes d'excision (51). En 2015, une étude réalisée sur 66 femmes victimes d'excision a permis de mettre en évidence des troubles psychologiques chez plus d'un tiers d'entre elles, majoritairement des syndromes dépressifs, des troubles anxieux et des syndromes de stress post-traumatique (52). Notons qu'un retentissement psychologique similaire peut être mis en évidence chez les victimes de scarifications rituelles forcées comme rapporté par BONNET et al. qui avait constaté le développement d'un syndrome de stress post-traumatique chez une jeune femme camerounaise appartenant à l'ethnie Bamiléké (53). Il est intéressant de noter que le syndrome de stress post-traumatique à proprement parler n'est pas retrouvé avec une fréquence plus élevée que les autres troubles en dépit de la violence du geste qu'est l'excision. Nous pouvons alors supposer qu'à l'instar des scarifications rituelles l'ancrage socio-culturel de l'excision constitue un élément protecteur sur le plan psychologique, certaines femmes pouvant même rapporter préférer être excisées plutôt que ne pas pouvoir être intégrées dans leur société.

B. La prise en charge des mutilations génitales féminines :

Devant les multiples complications abordées aux paragraphes précédents, une prise en charge spécifique et personnalisée doit être proposée aux femmes victimes de mutilations génitales féminines. Concernant les problématiques somatiques rapportées la clé de voûte de la prise en charge sera la chirurgie reconstructrice des organes génitaux externes. Sur le plan psychologique, un suivi régulier et un soutien moral seront souvent nécessaires.

Les prises en charges chirurgicales proposées peuvent varier en fonction du type d'atteintes présentées allant de la reconstruction clitoridienne à la défibulation.

Concernant la reconstruction clitoridienne, différentes techniques sont décrites comme la résection du tissu cicatriciel clitoridien et la mise à nu d'une portion initialement interne du clitoris grâce à la section du ligament suspenseur du clitoris, reliant ce dernier au pubis. Cette technique décrite par FOLDES et al., a montré des bons résultats concernant les douleurs chroniques et la fonction sexuelle ainsi qu'une certaine facilité technique lors d'une seconde étude rétrospective sur plus de 400 cas (54,55). Des résultats satisfaisants concernant la fonction sexuelle ont également été retrouvés avec des techniques alternatives comme l'utilisation d'un greffon de tissu vaginal (56). Ces techniques chirurgicales sont en constante évolution et des publications mettant en lumière les mises à jour des techniques chirurgicales existantes et proposant des nouvelles techniques sont fréquentes (57).

Concernant les femmes victimes de mutilation génitale de type 3 (infibulation), des techniques de défibulation qui permettent de rompre les cicatrices d'infibulation et de mettre à jour les structures des organes génitaux externes, noyées sous un amas cicatriciel (58). Ce geste souvent réalisé au laser à CO₂, peut être proposé avec des résultats satisfaisants sur la fonction génito-urinaire et des taux de complications faibles. (59,60)

La prise en charge chirurgicale des mutilations génitales féminines ne doit cependant pas être un acte thérapeutique isolé et doit s'inscrire dans une prise en charge globale et pluridisciplinaire avec, en particulier, une prise en charge psychologique voire psychiatrique. En effet TARASCHI et al., rapportent un cas de défibulation ante partum sans complication somatique avec à l'issue du geste la manifestation d'une symptomatologie de syndrome de stress post-traumatique déclenché par le geste chirurgical de défibulation, cette expérience mettant alors en évidence la complexité de la prise en charge des femmes victimes de mutilations génitales féminines et le besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire. (61)

Dans l'Hérault (34), un accompagnement pluridisciplinaire à destination des femmes victimes d'excision a été mis en place. Il s'agit du parcours *Kintsugi*, de l'art japonais éponyme qui consiste à réparer un objet en appliquant de la poudre d'or sur les fissures

sublimant les fêlures passées. Ce parcours propose, gratuitement, d'accompagner les femmes dans leur démarche de réparation chirurgicale de l'excision en leur offrant une prise en charge globale : psychologique, médico-chirurgicale, sur la santé sexuelle et en proposant également une aide juridique et un soutien par les pairs. Ce parcours a été mis en place par les équipes du centre Frantz Fanon, qui renforcent l'accès aux soins psychiques chez les personnes en situation de demande d'asile dans la région Occitanie, les gynécologues de la clinique Beau Soleil et le Planning Familial 34 (62). Les maisons des femmes, dont celles de Montpellier, coordonnent actuellement ce parcours de prise en charge

OBJECTIF

Notre objectif est ici de dresser le portrait de la population de patientes victimes de mutilations génitales féminines vue au CHU de Montpellier dans la cadre de leur demande d'asile et de comparer cette population aux données de la littérature actuelle afin de tendre vers une meilleure prise en charge des victimes de Mutilations Génitales Féminines.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective qui consistait en l'analyse des comptes rendus de patientes demandeuses d'asile vues à l'UMJ de Montpellier entre le 1^{er} Janvier 2014 et le 31 décembre 2023. La population étudiée s'inscrit comme un sous-groupe d'une étude réalisée au CHU de Montpellier et portant sur l'analyse des cas de demandeurs d'asile examinés en consultation à l'Unité Médico Judiciaire du CHU de MONTPELLIER (63) (IRB : IRB-MTP_2023_02_202301337).

Les critères d'inclusion étaient le fait de rapporter une excision (constaté ou non) ou de rapporter la volonté de fuir l'excision comme motif de demande d'asile.

Les critères d'exclusion concernaient les personnes mineures au moment de la réalisation de l'étude.

Ainsi, sur la période Janvier 2014-Décembre 2023, nous avons inclus 150 femmes demandeuses d'asile, reçues à l'UMJ à la demande de l'OFPPRA (n=150) que nous pouvons diviser en 3 groupes : les femmes se déclarant excisées pour qui une excision était retrouvée à l'examen clinique gynécologique (n=123), les femmes ayant quitté leur pays d'origine pour fuir une excision (n=22) et les femmes déclarant avoir été excisées et pour qui l'examen clinique gynécologique ne retrouvait aucune lésion (n=5).

Les enfants vus à l'UMJ dans le cadre d'un examen de non excision n'étaient pas éligibles à l'inclusion.

Nous avons relevé les données suivantes à partir des certificats :

- Pays d'origine : 18 pays étaient représentés dans notre population avec trois pays se détachant largement du reste en terme de représentation, à savoir : la GUINEE (indifférenciée entre KONAKRY et BISAU), le NIGERIA et la CÔTE D'IVOIRE. Les 17 pays restants seront regroupés sous la désignation « AUTRE ».
- Présence ou non d'une excision au sens de la classification OMS.
- Type d'excision, en suivant la classification OMS.

- Age au moment de l'excision que nous avons divisé en quatre groupes (< 1 an, < 13 ans, < 18 ans et > 18 ans) afin de permettre une meilleure lisibilité.
- Nombre d'excisions subies.
- Présence de complications somatiques :
 - Dyspareunies.
 - Absence de plaisir sexuel.
 - Douleurs chroniques.
 - Règles douloureuses.
 - Troubles urinaires.
- Présence de complications psychologiques. Cette variable étant constituée de différents symptômes rapportés par les patientes, à savoir : la présence d'anxiété, de reviviscences, la perte de l'appétit, le fléchissement thymique et les troubles du sommeil. Nous avons fait le choix de grouper ces variables en une seule pour permettre une meilleure lisibilité et une meilleure fiabilité du recueil de données.
- Association à un mariage forcé.
- Association à des violences conjugales.
- Association à des violences sexuelles.

Les violences associées que nous avons choisies d'étudier ici l'ont été à la suite du recueil de données préliminaires au présent travail et au cours duquel ces trois types de violences ont été fréquemment constatés.

Les analyses statistiques ont été réalisées par l'Unité de Recherche Clinique et Epidémiologie (Service d'Information Médicale, Epidémiologie et Données de Santé), CHU Montpellier, Univ Montpellier, France avec le logiciel R version 4.3.1.

La description des variables quantitatives consistait dans la description des effectifs de chaque catégorie associée à un pourcentage. Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé les statistiques usuelles (moyenne, écart-type, médianes et interquartiles) les valeurs maximales et minimales étaient également rapportées.

Nous avons également réalisé une comparaison des caractéristiques des mutilations génitales entre les pays avec les groupes décrits au chapitre précédent (Côte d'Ivoire, Guinée, Nigéria et Autre) ainsi qu'entre les différentes tranches d'âge de réalisation de l'excision. Les comparaisons ont été réalisées à l'aide du test du Chi² ou du test exact de Fisher (non-paramétrique) pour les variables qualitatives et à l'aide du test de Kruskal-Wallis pour les variables quantitatives. Nous avons fixé le seuil de significativité des tests à 5%.

RESULTATS

A. Description de la population :

Concernant la description de la population (tableau descriptif des données brutes disponibles en annexe), cette dernière se composait de 150 femmes entre 17 et 45 ans, réparties en 3 groupes (figure 6) et originaires de 18 pays différents (figure 7), pour l'une d'entre elle le pays n'était pas spécifié. Parmi ces 18 pays, 3 pays se détachaient par leur surreprésentation, il s'agissait de la Guinée (40,27%), le Nigéria (21,48%) et la Côte d'Ivoire (17,45%). Parmi cette population de 150 femmes, 122 rapportaient une excision retrouvée à l'examen clinique et 28 ne présentaient pas d'excision, soit car elles avaient quitté leur pays pour ne pas être excisées (23 femmes), soit car malgré une excision rapportée l'examen clinique s'était révélé normal (5 femmes).

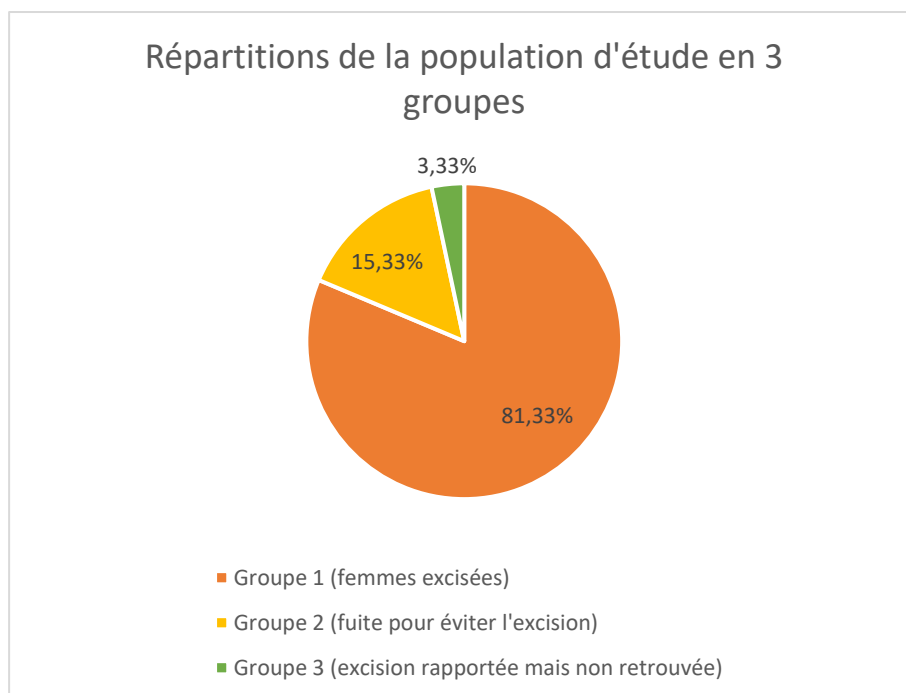


Figure 6: Répartition de la population

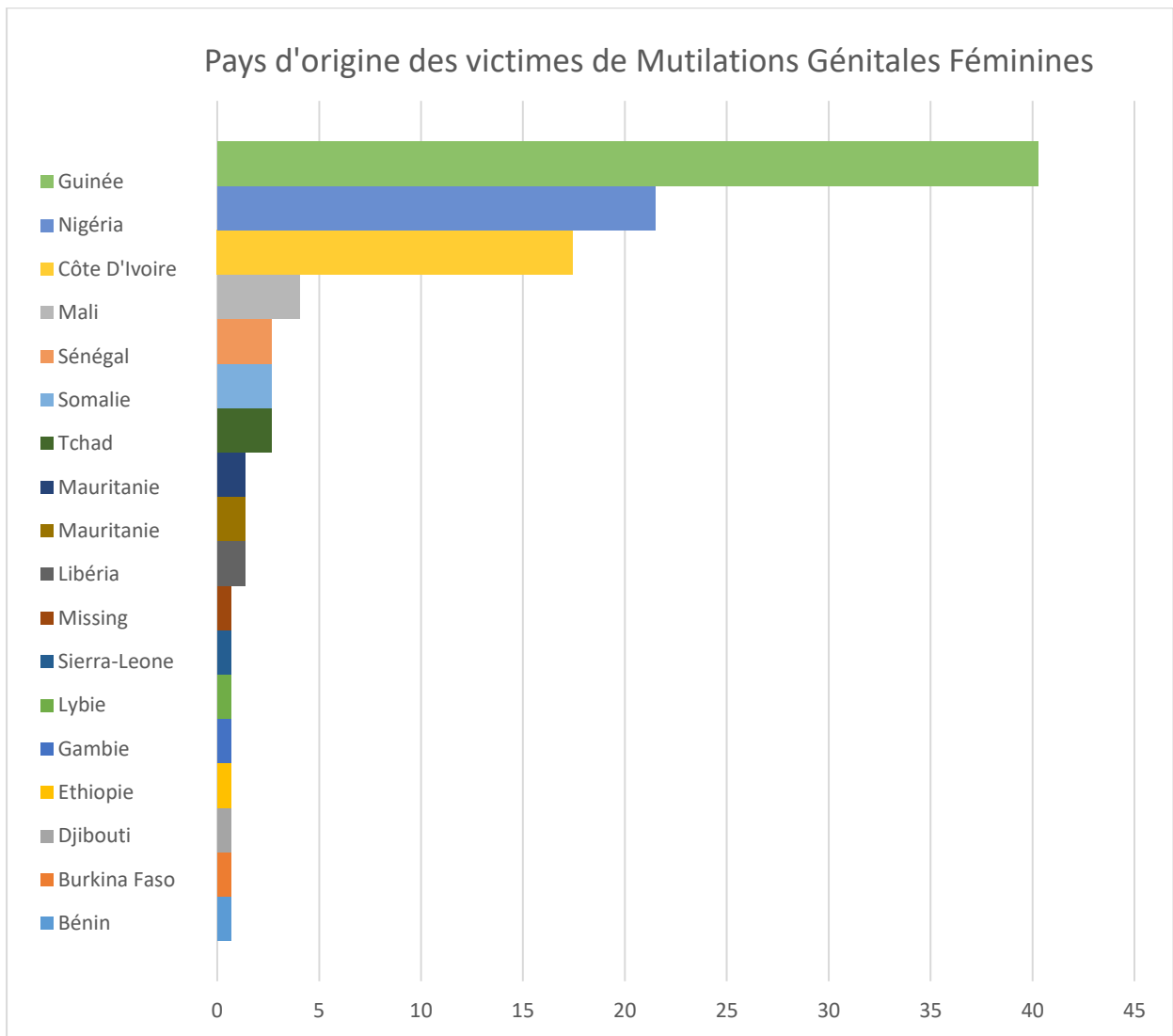


Figure 7 Pays d'origine des victimes de MGF

Concernant le type de mutilations génitales retrouvées et décrites selon la classification OMS, nous retrouvons une grande majorité de mutilations de type 2b (ablation partielle ou totale des petites lèvres associée à une atteinte clitoridienne) qui représentaient 56,52% des mutilations retrouvées chez les femmes excisées. Les mutilations les plus rares étaient les mutilations de type 3 (infibulation) qui ne constituaient que 1,74% des mutilations retrouvées et de type quatre (0,87%). La répartition des mutilations génitales en fonction de leur fréquence est représentée sur la figure 8.

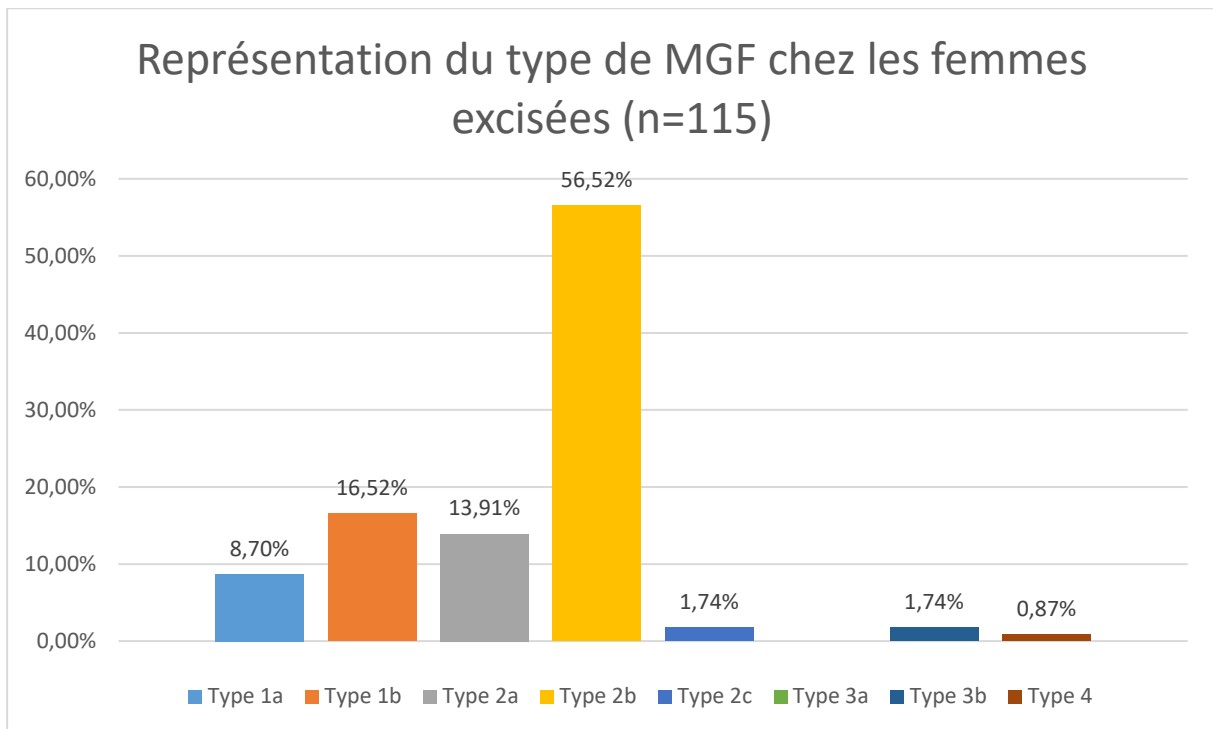


Figure 8: Représentation du type de MGF chez les femmes excisées

Les mutilations génitales ont pu être réalisées à différents âges de la vie des victimes. Nous avons alors pu constater que la majorité des 83 femmes excisées pour lesquels un âge d'excision était connu étaient excisées dans l'enfance, soit entre 1 an et 13 ans (55,42%). C'est à l'âge adulte que les mutilations génitales étaient les plus rares concernant alors 8,43% de la population (figure 9). Parmi les femmes excisées, 5 (soit 4%) ont subi une deuxième mutilation génitale au cours de leur vie, cette seconde mutilation survenait majoritairement au cours de l'adolescence, avant 18 ans (tableau n° 1).

Concernant les séquelles secondaires aux mutilations génitales féminines, celles-ci pouvaient être somatiques ou psychologiques. Des séquelles somatiques ont été recherchées chez 111 femmes interrogées et ont été retrouvées chez 52 d'entre elles soit 46,85%. Il pouvait alors s'agir de douleurs lors des rapports sexuels (dyspareunies), d'une perte de plaisir au cours des rapports, de douleurs chroniques abdomino-pelviennes, de règles douloureuses ou de dysuries. La répartition de ces séquelles, pouvant être présentes de façon simultanée chez une même personne, est visible dans le tableau n°2.

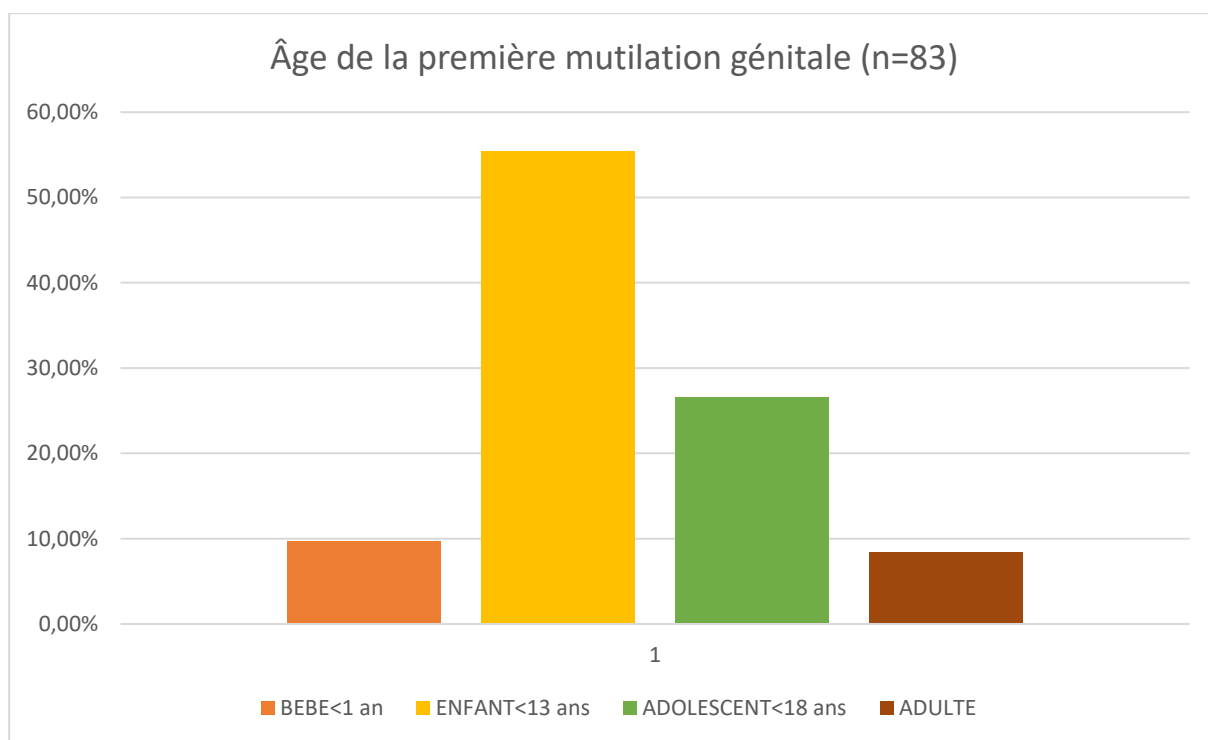


Figure 9: Âge lors de la première MGF

Âge lors de la seconde mutilation génitale	Nombre de femmes concerné (n=5)	Pourcentage de femmes concerné (%)
Bébé < 1 an	0	0%
Enfant < 13 ans	1	20%
Adolescente <18 ans	3	60%
Adulte	1	20%

Tableau 1: Âge lors de la seconde mutilation génitale

Les séquelles psychologiques ont été recherchées chez 114 des femmes interrogées et ont été retrouvées chez 94 d'entre elles, soit 82,46%. Un retentissement psychologique pouvait être retenu dès qu'une des femmes interrogées rapportait des troubles du sommeil, de l'appétit, de l'humeur ou un état anxieux.

Type de séquelles somatiques	Nombre de femmes concerné (n=111)	Pourcentage de femmes concerné (%)
Toutes séquelles confondues	52	46,85%
Dyspareunies	28	25,23%
Perte de plaisir	12	10,81%
Douleur/gêne chronique abdomino-pelvienne	36	32,43%
Règles douloureuses	5	4,50%
Dysuries	7	6,31%

Tableau 2: Répartition des types de séquelles somatiques

Type de séquelles psychologiques et effectif interrogé à ce sujet (n)	Pourcentage de femmes concerné (%)
Toutes séquelles confondues (n=114)	82,46%
Troubles du sommeil (n=106)	69,81%
Troubles de l'appétit (n=98)	28,57%
Fléchissement thymique (n=106)	32,08%
Anxiété (n=104)	66,35%
Reviviscences et flashbacks (n=105)	29,52%

Tableau 3: répartition de la symptomatologie psychologique chez les femmes interrogées

Les violences associées recueillies étaient les violences conjugales, les violences sexuelles et l'existence d'un mariage forcé. La forme de violence la plus recherchée était le mariage forcé, au sujet duquel 129 femmes ont été interrogées et que nous retrouvions alors chez 41,09% des femmes interrogées. Les violences conjugales étaient retrouvées chez 44% des 125 femmes interrogées et les violences sexuelles étaient retrouvées chez 57,26%

des femmes interrogées. Notons que ces violences étaient recueillies indépendamment de l'auteur et du contexte d'un mariage. Les femmes mariées ou en couple représentaient 66,13% des 124 femmes interrogées à ce sujet, le reste d'entre elles était soit célibataires (25,81%), veuves (4,84%) ou divorcées (3,23%). En moyenne, les femmes interrogées avaient 1,91 ($\pm 1,40$) enfants (minimum 0 et maximum 7).

Au-delà des caractéristiques de la population de patientes interrogées, nous avons pu recueillir l'évolution du nombre de consultations de femmes rapportant des mutilations génitales féminines ou ayant fui pour les éviter, représentée sur la figure 10.

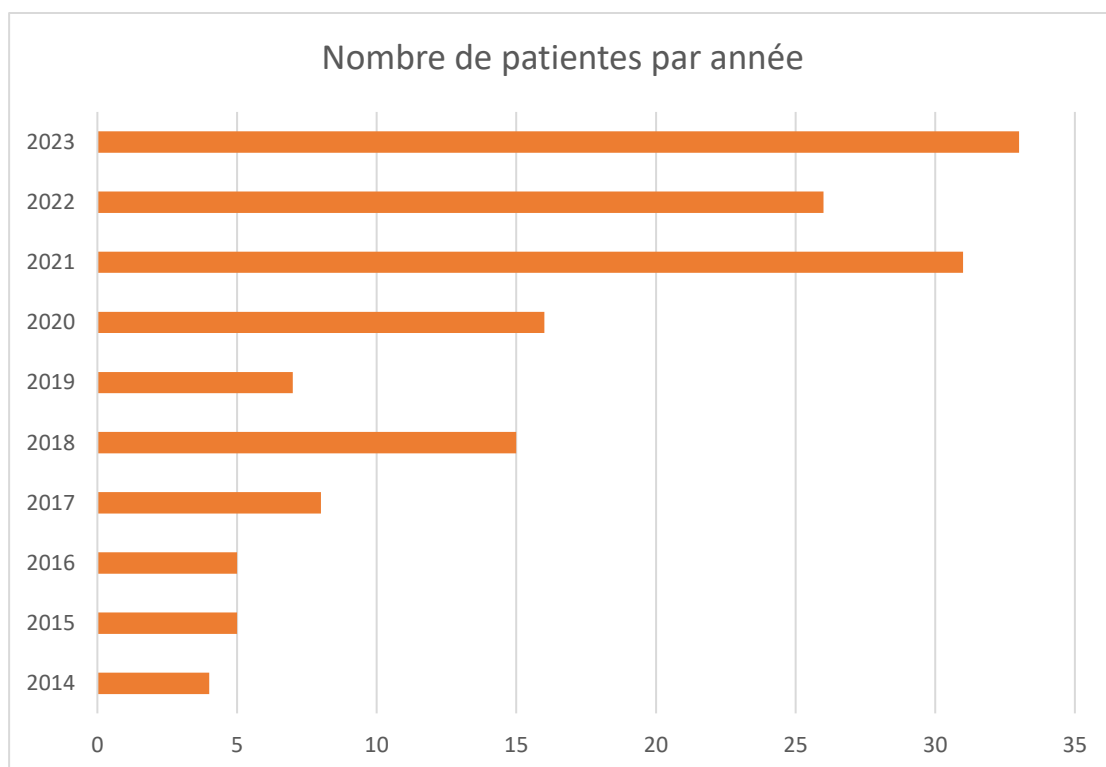


Figure 10: Nombre de patientes par année

B. Comparaison entre pays :

Nous avons réalisé des comparaisons des caractéristiques des mutilations génitales féminines entre les différents pays (Guinée, Nigéria, Côte d'Ivoire et Autres).

Parmi les résultats notables nous avons pu constater une différence statistique significative du pourcentage de femmes excisées selon les pays ($p < 0,001$). En effet, les tests multiples avec correction FALSE DISCOVERY RATE (FDR) pour tests multiples montrent un taux significativement plus élevé de femmes appartenant aux groupes « excisées » parmi celles originaires de Guinée en comparaison successivement avec le Nigéria, la Côte d'Ivoire et le groupement des autres pays. En effet, si dans les autres pays

certaines femmes n'étaient pas excisées car ayant pu fuir le pays avant, 100% des femmes d'origine guinéenne étaient excisées comme le montre la figure 11.

Nous avons également relevé une différence significative dans l'âge de réalisation de la première excision, cette dernière étant plus précoce au Nigéria que dans les autres pays ($p < 0,001$)

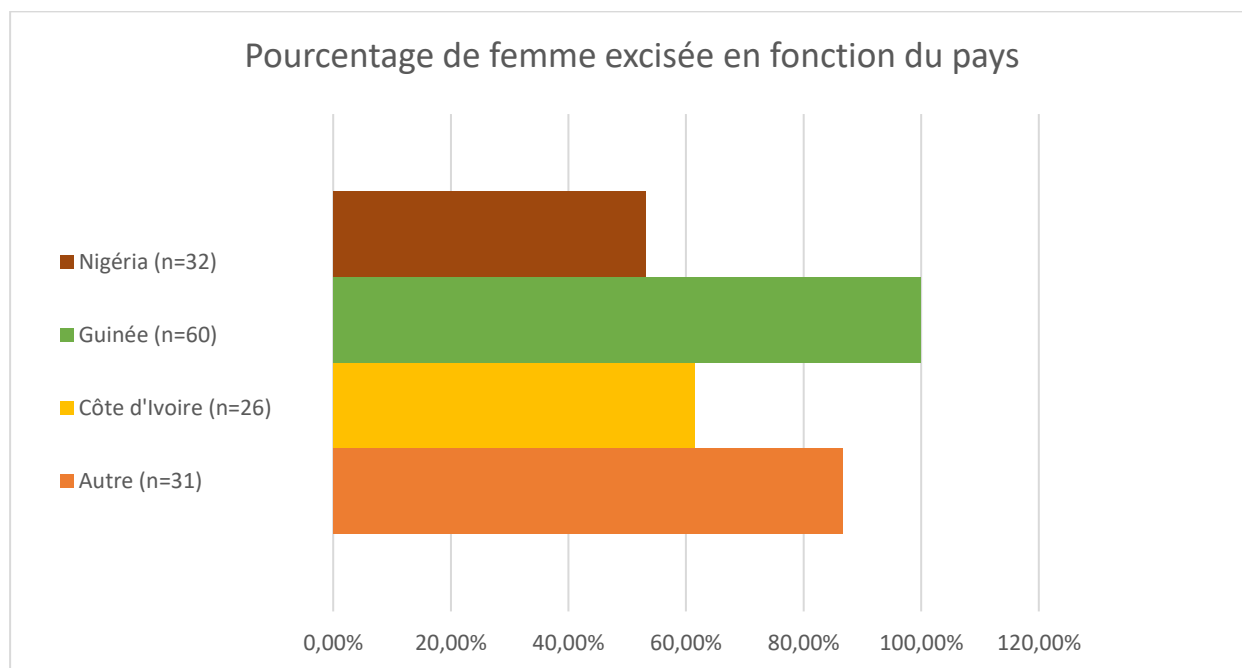


Figure 11: Pourcentage de femme excisée en fonction du pays. Le taux d'excision est significativement plus élevé en Guinée ($p < 0,001$)

Âge \ Pays	Total	Autre	Guinée	Côte d'Ivoire	Nigéria
< 1 an	8 (9,64%)	2 (10,53%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	6 (66,67%)
< 13 ans	46 (55,42%)	13 (68,42%)	26 (66,67%)	5 (31,25%)	2 (22,22%)
< 18 ans	22 (26,51%)	1 (5,26%)	12 (30,77%)	8 (50,00%)	1 (11,11%)
Adulte	7 (8,43%)	3 (15,79%)	1 (2,56%)	3 (18,75%)	0 (0,00%)
Donnée manquante	66	12	21	10	23

Tableau 4: âge de l'excision en fonction du pays (en gras l'âge le plus fréquent selon le pays). Le taux d'excision avant 1 an pour le Nigéria est significativement plus important que pour tous les autres pays ($p < 0,001$)

C. Comparaison en fonction de l'âge de la mutilation génitale :

Nous avons, enfin, comparé les différentes caractéristiques de notre population en fonction de l'âge de pratique de la mutilation génitale.

Nous avons à nouveau constaté une tendance statistiquement significative à la pratique de l'excision avant l'âge de 1 an au Nigéria par rapport aux autres pays ($p < 0,001$). Aucune autre différence statistiquement significative notable ou d'intérêt n'a pu être relevée.

DISCUSSION

Notre étude a permis d'appréhender la population des femmes victimes de mutilations génitales féminines ou à risque de mutilations examinée à l'Unité Médico Judiciaire du CHU de Montpellier entre 2014 et 2023. Nous avons alors pu observer la répartition géographique des demandeuses d'asile vues au CHU de Montpellier, centrée autour de trois principaux pays que sont la Guinée, le Nigéria et la Côte d'Ivoire, mais également les caractéristiques de leur excision tant au niveau du type d'excision que de l'âge, voire des âges, d'excision. Nous avons également pu étudier les complications, principalement à long terme, induites par l'excision tant sur le plan somatique que psychologique. Enfin nous avons pu étudier quelques exemples de violences fréquemment retrouvées chez les femmes victimes de mutilations génitales.

Concernant la comparaison des résultats aux données de la littérature et aux connaissances actuelles sur les Mutilations Génitales Féminines, nous avons pu constater dans un premier temps une tendance, bien qu'irrégulière, à l'augmentation du nombre de consultations de femmes victimes d'excision à la demande de l'OFPRA entre 2014 et 2023 (figure 7) avec un passage de 4 personnes en 2014 à 33 en 2023 soit une hausse de 825% en 9 ans. Une telle augmentation a également pu être constatée en Île de France avec un passage de moins de 300 filles et femmes en 2018 à presque 2500 en 2021 (28). La chute du nombre de consultations constatée en 2019 ne trouve pas vraiment d'explications en dehors de l'aléatoire, cette dernière ayant eu lieu avant la pandémie d'infection à SARS-COV 2 dont l'effet ne transparait pas particulièrement sur notre population, en dépit de l'impact du COVID sur les flux migratoires via les différents confinements et les fermetures de frontières (64).

Parmi les 150 femmes interrogées, 122 avaient effectivement été excisées, 23 rapportaient avoir fui leurs pays pour éviter de se faire exciser et 5 rapportaient avoir été excisées mais l'examen clinique n'avait retrouvé aucune atteinte des organes génitaux externes. Ces quelques femmes rapportant êtres excisées peuvent trouver leur origine dans le refus de certaines mères de faire exciser leurs filles mais qui pour préserver les

apparences et l'intégration sociale de leur fille, feront croire à leur communauté ainsi qu'au reste de la famille qu'elles sont excisées (11). Certaines des femmes interrogées lors de notre étude ont même pu rapporter que certaines exciseuses pratiquaient une « *fausse excision* » ne réalisant qu'une entaille superficielle afin de préserver le plus possible l'intégrité des organes génitaux.

Nous observons une surreprésentation de 3 pays parmi les 18 pays représentés dans notre échantillon, ces pays sont par ordre d'importance : la Guinée, le Nigéria et la Côte d'Ivoire. En effet sur 150 femmes interrogées 60 (40,27%) étaient guinéennes, 32 (21,48%) étaient nigérianes et 26 (17,45%) étaient ivoiriennes. Ces 3 pays représentaient donc à eux seuls 78,6% de la population d'étude. Cette répartition des pays est en accord avec les tendances migratoires constatées et les projections de ces tendances évoquées par Ortensi et Menonna en 2017 qui avait déjà souligné l'existence de couloirs migratoires Guinée-France et Côte d'Ivoire-France comme comptant parmi les 15 principaux couloirs migratoires vers l'Europe empruntés par les femmes victimes d'excision (27). Une explication logique à la surreprésentation de ces 2 pays est évidemment le fait que le français soit la langue officielle de ces pays. Concernant le Nigéria, il avait été décrit par Ortensi et al. en 2018 comme le principale pays d'où étaient originaires les femmes excisées demandeuses d'asile présentes en Italie, avec un nombre estimé de 21 847 femmes excisées d'origine nigériane vivant en Italie en 2018 (29). La proximité de l'Italie avec le sud de la France permet là aussi de trouver une explication logique à l'importante population nigériane vue à Montpellier.

La Guinée est, dans la ville de Montpellier, le pays d'origine de la majorité de la population migrante vue en consultation dans le cadre de la demande d'asile (63). Ce pays est également fortement représenté dans la population migratoire présente aux Etats-Unis où il représente la plus grande part des demandeuses d'asile victimes d'excision (19,7%) parmi 22 nationalités dans une étude de Wikholm et al. (31).

Notons que la « Guinée » peut être divisée en deux Guinées distinctes, la Guinée Conakry et la Guinée Bissau. Nous n'avons pas fait de différenciation entre ces deux entités devant l'écrasante majorité des demandeurs d'asile originaires de Guinée Conakry en

comparaison à ceux originaires de Guinée Bissau. La majorité de demandeurs d'asiles originaire de Guinée Conakry peut là-encore s'expliquer par la barrière de la langue. En effet si la Guinée Conakry est francophone, la langue officielle de la Guinée Bissau est le portugais.

En Île de France, Marques et al. ont réalisé un travail de description de la population des femmes victimes d'excision dans lequel le pays le plus représenté était la Côte d'Ivoire avec 49,86 % de l'effectif. Sur un panel de 31 pays la Guinée et le Nigéria restaient également parmi les 5 pays les plus représentés chez les femmes victimes d'excision (28).

Parmi les pays étudiés nous avons également pu observer que la prévalence de l'excision n'était pas la même. En effet notre population d'étude comprenait, en plus des victimes d'excision, des femmes ayant quitté leur pays pour fuir l'excision mais également des femmes déclarant être excisées mais dont l'examen clinique s'est révélé normal. C'est la Guinée qui là encore se démarque par la prévalence de femmes excisées que nous y retrouvons. En effet, toutes les femmes originaires de Guinée vues en consultation et qui rapportaient une excision étaient effectivement excisées.

Les constatations que nous avons pu faire au sujet de la Guinée sont alors en accord avec les données internationales (Figure 12). En effet selon les données de l'UNICEF, la Guinée est en 2024 le 2^{ème} pays avec la plus forte prévalence de filles et femmes excisées dans le monde. Ces dernières représenteraient environ 95% pour la population féminine de la Guinée (2). Des données similaires concernant la Guinée sont retrouvées par Marie Lesclingand et al. qui classe ce pays parmi ceux à forte prévalence de risque d'excision (4).

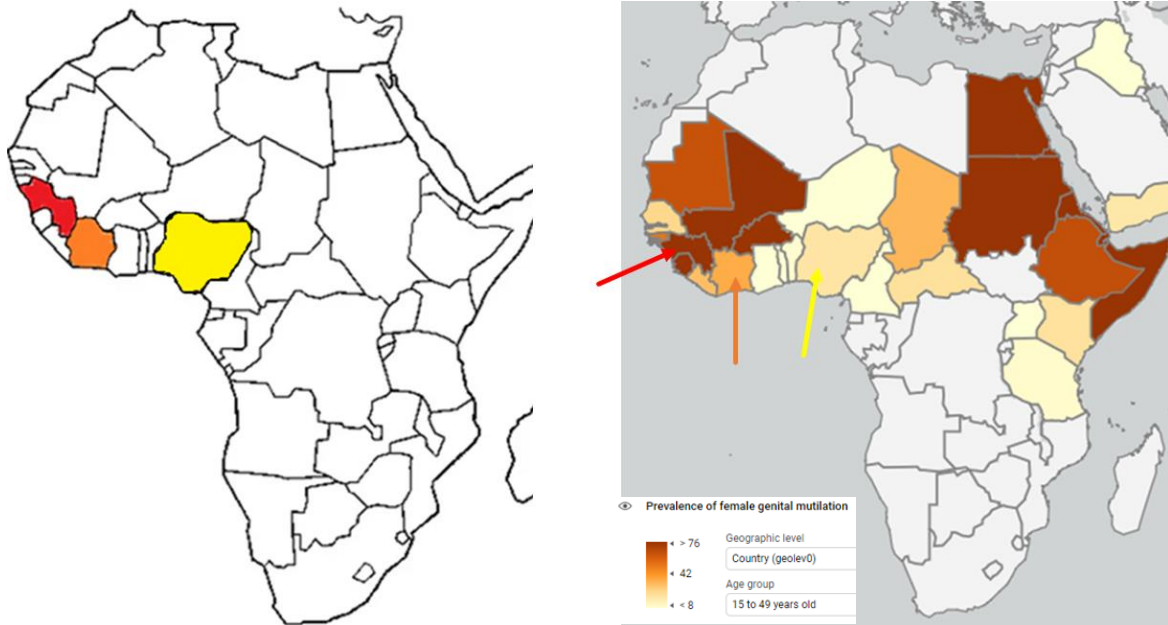


Figure 12: Comparaison des principaux pays de notre études aux pays d'Afrique subsaharienne en fonction de leur taux d'excision, en rouge : la Guinée, en orange : le Nigéria et en jaune : la Côte d'Ivoire (carte de droite issue du Fonds des Nations Unies pour la population)

Nous avons pu constater une répartition disparate du type de mutilations génitales présenté par les victimes examinées. En effet, nous notons une grande majorité de femmes victimes d'une mutilation génitale de type 2b (consistant en l'atteinte de petites lèvres et du clitoris et/ou de son capuchon). Ce type d'excision représente en effet 56,52% des excisions. Il s'agit également du type d'excision le plus retrouvé en Île de France où il représente 76,35% des excisions retrouvées (28).

Dans l'ethnie Peule⁶, qui est une ethnie fréquemment rencontrée en consultation de demandeurs d'asile au CHU de Montpellier, c'est en revanche la clitoridectomie qui est la forme d'excision la plus pratiquée, elle concerne alors 79% des personnes excisées (65).

Dans un rapport de l'OFPPRA de 2023 faisant l'état des lieux des mutilations génitales féminines en Côte d'Ivoire, le type 2 était également le plus représenté tandis que l'infibulation comme dans notre étude était très rare (10). En effet sur 122 femmes excisées vues en 9 ans seulement 2 avaient été victimes d'une infibulation.

⁶ Les peuls sont un groupe ethnique d'Afrique de l'Ouest particulièrement présent au Nigéria mais aussi en Guinée, au Cameroun, au Sénégal, au Mali et en Mauritanie.

L'âge de réalisation de l'excision était majoritairement situé dans l'enfance (avant l'âge de 13 ans) (55,42%) ou dans l'adolescence (avant l'âge de 18 ans) (26,51%). Ces résultats semblent logiques lorsque nous approchons l'excision sous l'angle de rite de passage à l'âge adulte ou comme rituel prémarital. Chez les MALINKE par exemple, qui est une ethnie très présente en Afrique subsaharienne et notamment au Soudan, l'excision des jeunes filles a lieu entre 13 et 15 ans (13). Cette excision permet alors de faire de la petite fille une « *femme* », ce passage d'un âge à l'autre et cette « *création* » d'une femme à partir d'une enfant se traduit par le nom traditionnellement donné aux exciseuses maliennes : les « *forgeronnes* »(14). Le mariage est souvent précédé d'une excision qui est présentée comme une « *purification* » nécessaire au mariage (66). Le mariage ayant souvent lieu, dans les pays d'Afrique subsaharienne, au cours de l'adolescence il est là encore logique que l'âge le plus fréquent de l'excision soit avant 15 ans. Au Nigéria selon une étude conjointe du Bureau National des Statistiques du Nigéria et de l'UNICEF réalisée entre 2016 et 2017, 20,5% des femmes de 20 à 49 ans se sont mariées avant l'âge de 15 ans (67).

Nous avons également constaté, en moindre nombre, des excisions réalisées avant l'âge de 1 an, souvent réalisées dans un contexte de baptême. La majorité des personnes excisées avant 1 an vues dans notre étude étaient originaires du Nigéria qui présentait un taux de 66,67% de femmes entrant dans cette catégorie. Le grand nombre de données manquantes concernant l'âge d'excision en population nigériane pourrait expliquer ce taux particulièrement haut qui semble peu habituel avec les données de la littérature.

Nous avons relevé 5 cas de seconde excision, survenant préférentiellement à l'adolescence ou à l'âge adulte. De tels cas sont peu renseignés dans la littérature mais nous pouvons supposer l'existence d'une première excision dans l'enfance, dans un contexte de baptême et celle d'une seconde excision, prémaritale ou synonyme de passage à l'âge adulte.

Nous ne pouvons exclure un biais de mémorisation de la part des femmes victimes, en lien avec d'une part le traumatisme de l'excision et d'autre part l'âge jeune de réalisation de l'excision, expliquant le faible nombre de femmes excisées avant 1 an.

Si les séquelles précoces des excisions n'ont pas pu être étudiées, nous avons pu étudier celles à long terme que ce soit les séquelles somatiques, qui ont été retrouvées chez 111 femmes interrogées et intéressaient particulièrement la sphère génitale urinaire mais également les séquelles psychologiques, qui intéressaient 114 des femmes interrogées.

Un retentissement sur la sexualité a pu être constaté. En effet des dyspareunies et une perte de plaisir étaient retrouvées chez 25,23 % et 10,81% des femmes rapportant des séquelles somatiques. Abdulcadir et al. ont montré dans leur étude que les femmes excisées présentaient un taux significativement plus élevé de dyspareunies (45) et Biglu et al. ont retrouvé dans une étude comparant 140 femmes excisées à 140 femmes non excisées des scores significativement plus bas chez les femmes excisées lors de la réalisation du Female Sexual Function Index (FSFI) avec un score total de 17.9 ± 5.39 (femmes excisées) contre 25.3 ± 4.34 (femmes non excisées) ($p < 0.000$) (46). Le score FSFI aborde 19 différents domaines de la sexualité des femmes comme par exemple : le désir sexuel, les douleurs lors des rapports ou la qualité de l'orgasme et donne un score total sur 95, plus le score est élevé plus la vie sexuelle des femmes est jugé qualitative(68).

Sur le plan des complications urinaires, nous avons réuni les dysuries et les infections urinaires récurrentes, celles-ci étaient présentes chez seulement 7 femmes interrogées. Elles ont pu être mises en évidence en plus grand nombre par Berg et al. qui dans sa méta-analyse en a retrouvé 1243 pour un total de 9414 femmes réparties sur 5 études. Un ratio de risque positif avait par ailleurs pu être mis en évidence(41) .

Des douleurs chroniques ont pu être retrouvées chez 36 femmes, sans précision sur la nature et l'origine de ces douleurs, variables dans la littérature. Hadid et Dahan avaient rapporté en 2015 le cas d'une femme de 38 ans, victime d'un infibulation et dont la nature des douleurs avait pu être qualifiée d'origine neuropathique (69) tandis que Bazoun et al. mettaient en lien les douleurs vulvaires avec la présence de cicatrices et dans un moindre nombre avec des neurinomes post-traumatiques (70).

Les séquelles psychologiques ont pu être particulièrement mises en évidence dans notre étude. Il faut cependant y apporter une nuance importante qui se retrouve dans toute

évaluation des séquelles psychologique. En effet les femmes victimes d'excision sont souvent victimes de violences associées, physiques, psychologiques ou sexuelles qui peuvent également être la source de ces séquelles. Ainsi, les séquelles constatées ne sauraient être imputées à la seule réalisation d'une excision. Il est vraisemblable que certains troubles, notamment les troubles anxieux, puissent être en lien avec d'autres types de tortures ou de mauvais traitements, les patientes examinées dans le service de médecine légale du CHU de Montpellier le sont dans un contexte plus global de demande d'asile.

Des séquelles psychologiques (tous types confondus) ont été recherchées chez 114 des femmes interrogées (les autres certificats n'en mentionnant pas, nous n'avons pu considérer s'il s'agissait de l'absence de séquelles psychologiques ou d'un oubli lors de l'interrogatoire) et ont été retrouvées chez 82,46% d'entre elles. Ce risque augmenté de troubles psychologiques avait déjà été mis en évidence par van Moorst et al (51) qui avait fait la méta-analyse de 14 études portant sur le bien être psychologique et sexuel Parmi ces 14 études 9 évaluaient le bien-être psychologique et retrouvaient une augmentation du taux de syndromes de stress post-traumatique, de trouble anxieux et de dépression.

Des troubles anxieux étaient retrouvés chez 66,35% des femmes interrogées, ce qui est bien supérieur aux 10 à 20% retrouvés par la méta-analyse de Blackmore et al. Concernant la symptomatologie dépressive et les troubles thymiques, nos résultats sont proches de ceux de la méta-analyse de Blackmore et al. Avec, dans notre étude, une prévalence de 32,08 % de fléchissement thymique retrouvé pour un peu plus de 30% dans la méta-analyse. Nous n'avons retrouvé aucun trouble psychotique ce qui est cohérent avec l'étude de Blackmore et al. qui retrouvait un taux proche de 0% (50).

Contrairement à plusieurs études, nous n'avons pas recherché la présence de syndrome de stress post-traumatique⁷ étant donné l'absence de diagnostic psychiatrique formellement posé dans nos certificats. Nous avons tout de même mis en évidence la

⁷ Le Syndrome de Stress Post Traumatique est un trouble anxieux développé à la suite d'un évènement traumatique. Il se caractérise par la présence de pensées intrusives, des cauchemars, des flash-backs, des troubles du sommeil, des cognitions négatives, une hypervigilance et l'évitement d'éléments (lieu, personnes, ...) rappelant l'évènement traumatique.

présence de flashbacks et de reviviscences qui étaient retrouvés chez 29,52 % des femmes interrogées.

Nous retrouvons souvent dans la littérature des taux de séquelles psychologiques qui peuvent paraître faibles en comparaison au traumatisme subi. Plusieurs hypothèses peuvent être proposées pour l'expliquer. Tout d'abord, l'âge précoce de réalisation de l'excision. Effectivement, une excision avant l'âge de 1 an pourrait moins impacter le psychisme qu'une excision faite de force sur une adolescente. Par ailleurs, à l'image des scarifications rituelles, l'importance culturelle et sociale de l'excision peut être si importante que ce serait plutôt le fait de ne pas être excisée ou scarifiée qui sera mal vécu. Comme nous l'avons évoqué au début de notre travail, en mentionnant notamment les observations de Christine Bellas Cabane lors de son d'immersion ethnographique au MALI où le terme désignant le fait de ne pas être excisé, « *BILAKORO* », était prononcé à demi-mot, tant il paraissait vulgaire (14).

Un autre exemple de l'importance culturelle que peuvent revêtir certaines pratiques se retrouve du côté des scarifications rituelles où le fait de les effacer en y apposant de nouvelles cicatrices dites « *palimpsestes*⁸ ». Ce terme indique un acte de torture utilisé dans les guerres ethniques, effaçant jusqu'à l'identité culturelle de la victime en plus de la douleur infligée (71).

Concernant la prise en charge des patientes vues en consultations, ces dernières bénéficiaient souvent d'un suivi psychologique, voire psychiatrique. Cependant nous n'avons rencontré que peu de femmes bénéficiant d'une prise en charge somatique ou transversale quand bien même un parcours de soin spécifique, le parcours KITSUNGI était mis à leur disposition (62).

La prise en charge des mutilations génitales féminines peut rencontrer plusieurs entraves, notamment lorsque vient la question de la chirurgie reconstructrice. En effet, si Foldes et al. retrouve dans ses études des résultats très prometteurs à la reconstruction

⁸ Parchemin dont on a effacé la première écriture pour pouvoir écrire un nouveau texte (dictionnaire Le Robert), du grec *palimpsestos*, « gratté de nouveau »

clitoridienne avec une restauration convenable d'un gland clitoridien dans 87% des cas, une récupération fonctionnelle dans 75% des cas (chez 453 patientes), une diminution des douleurs vulvaires et une amélioration de la vie sexuelle (54,55), certaines femmes peuvent s'y montrer réticentes.

Dans In Search..., le documentaire de Beryl Magoko plusieurs femmes ont été interrogées au sujet de la chirurgie reconstructrice. Ces dernières rapportent alors avoir peur d'une opération impliquant leurs organes génitaux, cette dernière leur évoquant leur excision passée. Nous retrouvons alors une symptomatologie post-traumatique avec des femmes à risque de revivre leur excision. Un tel cas a été décrit en 2017 par Abdulcadir et al. qui rapportent qu'à la suite d'une chirurgie de reconstruction clitoridienne compliquée d'une infection et de douleurs post-opératoires, la patiente aurait présenté une rechute d'un syndrome de stress post-traumatique. Une prise en charge pluridisciplinaire associant l'aspect somatique et psychologique de la symptomatologie rapportée aurait permis un retour à un état normal (72). La chirurgie reconstructrice doit alors se profiler comme l'aboutissement d'un parcours de soins complexe, complet et pluridisciplinaire, autant social que médical.

L'exemple décrit ci-dessus nous remet en mémoire l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire qui doit également être adaptée au profil de la patiente, proposer la bonne prise en charge à la bonne patiente et au bon patient, soit un renvoi direct aux règles de pertinence des soins proposés par la HAS (73). Actuellement, les maisons des femmes proposent une prise en charge pluridisciplinaire de ces situations complexes.

Parmi les violences associées à l'excision, nous avons décidé d'étudier en particulier les violences sexuelles (tous types confondus), les violences conjugales et l'existence d'un mariage forcé. Notons que ces violences sont intrinsèquement liées, le mariage forcé étant un terrain propice au développement de violences conjugales et sexuelles (74).

Les mariages forcés ont été recherchés chez 129 femmes et retrouvés chez 41,09% d'entre elles. Ces chiffres sont concordants avec les données récentes de l'UNICEF qui rapporte qu'en Afrique Subsaharienne, 34% de femmes seraient mariées avant l'âge de

18 ans et que ce chiffre pourrait monter à plus de 50% selon les pays (75). En revanche, si le Nigéria est un des pays affichant un des plus hauts taux de mariage forcé dans le monde avec environ 30% de femmes mariées ou promises en mariage avant 18 ans et 12% de femmes mariées avant l'âge de 15 ans, selon l'organisation GIRLS NOT BRIDES, qui lutte contre le mariage des enfants (76), il était dans notre étude l'un des pays où était rapporté le moins de mariages forcés, retrouvés chez seulement 7,41% des femmes nigérianes interrogées. 82 des femmes interrogées ont été déclarées mariées, que ce soit dans le cadre d'un mariage forcé ou non. Il est possible que le nombre de femmes mariées ait pu être sous-estimé, certaines femmes victimes d'un mariage forcé ayant pu se déclarer célibataires.

Des violences conjugales ont été retrouvées chez 44% des 125 femmes interrogées, qui rapportaient par ailleurs souvent que ces violences avaient lieu dans un contexte de mariage forcé. Il est intéressant de remarquer la superposition des chiffres retrouvés pour ces deux types de violences.

Les violences sexuelles sont les violences associées les plus fréquemment retrouvées dans notre étude (57,26% des 117 femmes interrogées). Elles ont pu être exercées dans le contexte d'un mariage forcé comme en dehors de ce dernier, ceci pouvant expliquer le taux plus élevé constaté par rapport au taux de mariage forcé et de violences conjugales. En effet, Araujo et al. ont montré dans une revue de la littérature regroupant 60 articles que les violences sexuelles sont des violences courantes chez les réfugiés, certaines études affichant des prévalences de violences sexuelles de 90% (77).

Les violences, dont les violences sexuelles, ayant eu lieu dans les pays de transit ou d'accueil n'ont pas été prises en compte dans notre étude, en accord avec notre méthodologie d'analyse. Il reste cependant important de souligner leur existence, même sur le territoire français. A Marseille, Khouani et al. ont retrouvé, sur une période de 1 an et demi que 84 des 273 femmes réfugiées qu'ils avaient interrogées avaient été victimes de violences sexuelles (78).

Un point commun de toutes les femmes vues en consultations au sujet de la demande d'asile, et parfois même de certains hommes, est leur rejet et leur critique de l'excision. Ainsi, comme Khady Koita l'indique dans son livre « *MUTILEE* », les femmes victimes d'excision rapportent comment cette critique a pu briser leur vie de femme (16).

Certaines femmes évoquent aussi un cheminement dans leur pensée sur l'excision. Elles rapportent que c'est souvent d'avoir constaté les conséquences de l'excision chez une sœur ou une cousine qui les a amenées à rejeter l'excision. Dans son film « *In Search...* », Beryl Magoko explique qu'elle pensait, enfant, que toutes les filles étaient excisées, nous renvoyant à la notion de norme sociale évoquée. C'est seulement après avoir été excisée et après un long cheminement qu'elle finira par aborder la question de la chirurgie reconstructrice (17).

Notre étude présente plusieurs limites. Tout d'abord notre effectif bien que regroupant toutes les femmes victimes d'excision examinées au CHU de Montpellier reste relativement faible en comparaison à d'autres études comme celle de MARQUES et al. où, sur 4 ans, 2422 femmes et filles victimes d'excision ont pu être recensées en région Île de France. Au CHU de Montpellier, les demandeurs d'asile sont vus au nombre de 4 patients par semaine faute de créneaux de consultation disponibles et observe un taux de carence en consultation en moyenne de 58% et, certaines semaines, pouvant monter à 75% d'absence. Ces carences peuvent trouver une explication dans le délai important entre la prise de rendez-vous et la consultation, pouvant monter à plusieurs mois. Il faut également souligner la difficulté d'accès des victimes, ces dernières pouvant venir de centres d'hébergement comme Avignon, situés à plus de 80 kilomètres de Montpellier. De ce fait, si nous avions la possibilité de recevoir plus de demandeurs d'asiles à la consultation, le nombre de femmes victimes de MGF aurait probablement été beaucoup plus élevé sur la période d'étude.

Nous avons également été confrontés à certaines difficultés concernant le recueil des données du fait d'une certaine hétérogénéité des comptes-rendus de consultation. En effet, la façon de mener ce type de consultation n'est pas consensuelle entre les différents médecins amenés à recevoir les demandeurs d'asile en consultation et les

recommandations du protocole d'ISTANBUL, notamment concernant la compatibilité, ne sont pas toujours respectées (34). Nous constatons aussi un certain nombre de données manquantes, principalement concernant les doléances somatiques et psychologiques. Enfin, la classification OMS des mutilation génitales féminines (1) n'a pas été utilisée dans certains comptes rendus, ces derniers mentionnant simplement la présence d'une mutilation génitale féminine, d'autres décrivaient la mutilation sans donner la classification OMS qui a été définie a posteriori lors du recueil de données.

Nous ne pouvons également pas exclure le risque que certaines femmes excisées n'aient pas été questionnées au sujet de l'excision et n'aient donc pas bénéficié d'un examen gynécologique.

Notons tout de même une tendance très encourageante à retrouver des compte-rendus de plus en plus complets au fil du temps.

Les limites de notre étude ont cependant pour mérite de souligner l'importance de la mise en place de lignes de conduite de l'examen des femmes victimes d'excision comme le proposent MISHORI et al. (39) ou encore MUNOZ et al (40). Cela souligne aussi l'importance de la formation des personnels soignants à l'évaluation des mutilations génitales féminines.

Concernant la question de l'examen des victimes d'excision, SALMON et al. ont évalué les connaissances et l'aisance des internes de différentes spécialités. Son étude a notamment relevé que si la majorité des internes interrogés avaient révélé avoir des difficultés à aborder ce sujet en consultation, l'ensemble d'entre eux, soit 98,8%, souhaitaient bénéficier d'une formation sur ce sujet qui est totalement absente des deux premiers cycles de formation des études médicales (79).

La barrière de la langue a pu se poser comme une limite dans la réalisation de l'examen des victimes. En effet, certains entretiens ont été menés avec l'aide d'un interprète et parfois les entretiens ont pu être réalisés en anglais. Lorsque nous posions d'emblée la question « *Avez-vous été excisée ?* » rares étaient les personnes répondant spontanément « *oui* » ou « *non* ». Le meilleur moyen de se faire comprendre pouvait alors

être de désigner l'entre jambe et de demander aux femmes si elles avaient été « *coupées* » à ce niveau-là. Cette limitation et les adaptations qui en découlent ne sont pas sans rappeler les préconisations de MUNOZ et al. sur la réalisation de l'entretien et de l'examen des victimes d'excision (40).

Ainsi, plusieurs perspectives peuvent s'ouvrir pour améliorer la prise en charge des victimes d'excision.

Tout d'abord comme cela est suggéré par l'étude de SALMON et al., il conviendrait de répondre à la demande de formation des internes pouvant être confrontés à la problématique de l'excision (79). Ceci pourrait passer dans un premier temps par la simple introduction de ce sujet au programme des études médicales, ce qui permettrait aux internes et jeunes médecins confrontés à une victime d'excision d'avoir plus d'aisance dans ce domaine, que ce soit pour aborder le sujet avec la patiente ou encore pour constater les lésions et les décrire.

La formation des maïeuticiennes au sujet des Mutilations Génitales Féminines est également un axe important de développement, ces dernières effectuent en effet 80% des accouchements en France et sont en première ligne pour constater les MGF et orienter leur prise en charge. Elles peuvent par ailleurs bénéficier d'un relationnel différent avec les victimes en comparaison aux médecins, notamment hommes. Là encore, selon une étude de LACOMBE Diane, une majorité des sage-femmes (98,6%) estiment avoir un besoin de formation supplémentaire au sujet de l'excision. Par ailleurs, précisons que les sage-femmes sont habilitées à pratiquer une désinfibulation en urgence au cours de l'accouchement si une gêne à la délivrance est observée (80).

Renforcer l'alliance entre les médecins amenés à recevoir les patientes excisées et les structures de prise en charge psychologique et somatiques comme celles du parcours

KITSUNGI (62) ou encore les Maisons des Femmes⁹ qui présentent, parmi leurs principaux axes, la prise en charge des femmes victimes de mutilations sexuelles (81). La place des Maisons des Femmes dans la formation à ce sujet est également à souligner.

Renforcer le lien entre les personnels soignants amenés à constater des mutilations génitales féminines et les structures citées précédemment pourrait ainsi permettre d'inclure dans un parcours de soin les patientes vues dans le cadre de leur demande d'asile. Rappelons d'ailleurs qu'il s'agit d'une population dont l'accès aux soins peut être limité et que la consultation à l'Unité Médico Judiciaire est, au-delà de la rédaction d'un certificat descriptif, une porte d'entrée pour insérer les victimes d'excision, et les demandeurs d'asile de façon plus globale, dans un parcours de soin structuré et pluridisciplinaire. Ceci nécessitera cependant de renforcer les liens entre l'Unité Médico Judiciaire et les différents acteurs de soins, dont les Maisons des Femmes, pouvant être impliqués dans la prise en charge des excisions, tant sur le plan somatique que psychologique.

⁹ Fondées en 2016 par le Dr Ghada Hatem, les Maisons des Femmes sont des lieux de prise en charge des femmes victimes de violences ou en difficultés. Elles comportent notamment des unités de soins autour de la santé sexuelle des femmes, des violences physiques, des violences sexuelles et des Mutilation Génitales Féminines.

CONCLUSION

La question de l'excision est une problématique au croisement de plusieurs disciplines que sont l'anthropologie, l'ethnologie, la sociologie, l'éthique, le droit et bien évidemment la médecine. Ceci en fait une problématique majeure et d'actualité au centre de laquelle se trouvent des femmes dont les besoins en soins et en prise en charge sont bien particuliers.

Notre étude a permis de caractériser la population de femmes victimes de mutilations génitales féminines examinées au CHU de Montpellier entre 2014 et 2023. Cette étude se veut exhaustive quant aux données disponibles et permet de mettre en évidence, au-delà de caractéristiques comme le pays d'origine ou le type d'excision, les problématiques et les besoins de ces victimes bien particulières notamment en recueillant leurs doléances et les séquelles somatiques et psychologiques impactant pleinement la vie de ces femmes.

Avoir connaissance de ces séquelles, permet de proposer aux mieux des parcours de prise en charge à ces femmes. Pouvoir proposer de telles pistes de prise en charge nécessitera de développer des relations entre l'Unité Médico Judiciaire et les différents acteurs de santé pouvant être concernés, notamment les Maisons des Femmes et les parcours de prise en charge spécialisés. Ceci pourrait permettre de faire de la consultation en Unité Médico Judiciaire un relai de soin pour une population dont l'accès à la santé est toujours compliqué.

Cette étude permet donc, in fine, de poser des bases de compréhension de la problématique des mutilations génitales féminines dans la région montpelliéraine et pourra ouvrir la porte à des travaux plus approfondis sur le sujet, à développer en lien avec les autres acteurs de la santé des femmes.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Mutilations sexuelles féminines [Internet]. [cité 21 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
2. Hassfurter K. UNICEF DATA. 2024 [cité 23 mai 2024]. Female Genital Mutilation: A global concern. Disponible sur: <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-a-global-concern-2024/>
3. mutilations_sexuelles_feminines_2019_plan_national.pdf [Internet]. [cité 21 mai 2024]. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/mutilations_sexuelles_feminines_2019_plan_national.pdf
4. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 23 mai 2024]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/21/2019_21_1.html
5. Byard RW, Behnia-Willison F. Female genital mutilation – An overview for forensic practitioners. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. janv 2024;101:102624.
6. Abdalla SM, Galea S. Is female genital mutilation/cutting associated with adverse mental health consequences? A systematic review of the evidence. *BMJ Glob Health*. juill 2019;4(4):e001553.
7. Mutilations génitales féminines [Internet]. [cité 23 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.unfpa.org/fr/mutilations-g%C3%A9nitales-f%C3%A9minines>
8. Population Data Portal [Internet]. [cité 23 mai 2024]. Disponible sur: https://pdp.unfpa.org/?_ga=2.267646025.699903041.1716470810-1257445914.1686836133&data_id=dataSource_8-2%3A749%2CdataSource_8-5%3A19774&indicator=42&page=Explore-Indicators
9. 2301_nga_mgf_edo_156153_web.pdf [Internet]. [cité 27 mai 2024]. Disponible sur: https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/ofpra_flora/2301_nga_mgf_edo_156153_web.pdf
10. 2303_civ_msf_158204_web.pdf [Internet]. [cité 27 mai 2024]. Disponible sur: https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/ofpra_flora/2303_civ_msf_158204_web.pdf
11. Couchard F. L'excision: [Internet]. Presses Universitaires de France; 2003 [cité 16 août 2024]. (Que sais-je ?). Disponible sur: <https:// Cairn.info/l-excision-2003-3686-9782130520627.htm>
12. Abdelshahid A, Campbell C. 'Should I Circumcise My Daughter?' Exploring Diversity and Ambivalence in Egyptian Parents' Social Representations of Female Circumcision. *Community & Applied Soc Psy*. janv 2015;25(1):49-65.
13. Chéron G. La circoncision et l'excision chez les Malinké. *Journal des Africanistes*. 1933;3(2):297-303.
14. Bellas Cabane C. La coupure: l'excision ou les identités douloureuses. Paris: Dispute; 2008.

15. Landa E. L'excision imposée, l'excision choisie et la haine de soi: Le Coq-héron. 14 mai 2018;N° 232(1):63-74.
16. Khady Koita. Mutilée. Oh Editions. 2005. 237 p.
17. In Search... 2018 film de Beryl Magoko.
18. Delmas L. Cinéma: la grande histoire du 7e art. Paris: Larousse; 2020. 383 p. (Essais et documents).
19. Carillon S, Petit V. La pratique des mutilations génitales féminines à Djibouti : une « affaire de femmes » entre les mains des hommes: Autrepart. 28 déc 2009;n° 52(4):13-29.
20. Derat ML. La circoncision et l'excision en Éthiopie du XVe au XVIIIe siècle : lectures d'un rituel. afriques [Internet]. 21 avr 2010 [cité 27 août 2024];(01). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/afriques/415>
21. 37077-treaty-charter_on_rights_of_women_in_africa.pdf [Internet]. [cité 10 juin 2024]. Disponible sur: https://au.int/sites/default/files/treaties/37077-treaty-charter_on_rights_of_women_in_africa.pdf
22. Analyse socioanthropologique des déterminant MGF_E en Guinée (2015) UNICEF.pdf [Internet]. [cité 10 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.docdroid.net/OW1Poso/analyse-socioanthropologique-des-determinant-mgf-e-pdf>
23. Doucet MH, Delamou A, Manet H, Groleau D. Beyond will: the empowerment conditions needed to abandon female genital mutilation in Conakry (Guinea), a focused ethnography. *Reprod Health*. déc 2020;17(1):61.
24. Balde MD, O'Neill S, Sall AO, Balde MB, Soumah AM, Diallo B, Pallitto CC. Attitudes of health care providers regarding female genital mutilation and its medicalization in Guinea. *PLoS One*. 2021 May 13;16(5):e0249998.
25. Egypte : la médicalisation des mutilations génitales féminines subsiste. Fond des Nations Unies pour la Population. 2019 Oct 02 [Internet]. [cité 25 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.unfpa.org/fr/news/egypte-la-medicalisation-des-mutilations-genitales-feminines-subsiste>
26. Balde MD, Soumah AM, Diallo A, Sall AO, Mochache V, Ahmed W, et al. Involving the health sector in the prevention and care of female genital mutilation: results from formative research in Guinea. *Reprod Health*. déc 2022;19(1):156.
27. Ortensi LE, Menonna A. Migrating with Special Needs? Projections of Flows of Migrant Women with Female Genital Mutilation/Cutting Toward Europe 2016–2030. *Eur J Population*. oct 2017;33(4):559-83.
28. Marques S, Dufayet L, Deguet C. Prévalence, conséquences des mutilations sexuelles féminines chez les demandeuses d'asile en Île-de-France et caractéristiques sociodémographiques: *Santé Publique*. 2 août 2023;Vol. 35(2):115-26.

29. Ortensi LE, Farina P, Leye E. Female genital mutilation/cutting in Italy: an enhanced estimation for first generation migrant women based on 2016 survey data. BMC Public Health. déc 2018;18(1):129.
30. In re Fauziya KASINGA 3278.pdf [Internet]. [cité 21 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.justice.gov/sites/default/files/eoir/legacy/2014/07/25/3278.pdf>
31. Wikholm K, Mishori R, Ottenheimer D, Korostyshevskiy V, Reingold R, Wikholm C, et al. Female Genital Mutilation/Cutting as Grounds for Asylum Requests in the US: An Analysis of More than 100 Cases. J Immigrant Minority Health. août 2020;22(4):675-81.
32. Moreau de Bellaing L. Martine Lefevre-Déotte, L'excision en procès : un différend culturel ?, Paris, L'Harmattan, 1997, Coll. « Logiques sociales ». 1998 [cité 27 août 2024]; Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/homso_0018-4306_1998_num_127_1_3577
33. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, Art L. 561-8 - Légifrance [Internet]. [cité 21 mai 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006070158/2020-08-01
34. Vereinte Nationen, éditeur. Istanbul protocol: manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Rev. 2. New York, N.Y. Geneva: United Nations; 2022. 212 p. (Professional training series / Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights).
35. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, Art L. 531-11 - Légifrance [Internet]. [cité 21 mai 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006070158/2020-08-01
36. Arrêté du 6 février 2024 pris pour l'application des articles L. 531-11 et L. 561-8 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile et définissant les modalités de l'examen médical prévu pour les personnes susceptibles de bénéficier ou qui bénéficient d'une protection au regard des risques de mutilation sexuelle qu'elles encourent - Légifrance [Internet]. [cité 21 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000049101857/>
37. Code pénal, Art 222-9 - Légifrance [Internet]. [cité 27 juin 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417617
38. Nations U. United Nations. United Nations; [cité 17 oct 2024]. Journée internationale de tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines | Nations Unies. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/observances/female-genital-mutilation-day>
39. Mishori R, Ottenheimer D, Morris E. Conducting an asylum evaluation focused on female genital mutilation/cutting status or risk. Intl J Gynecology & Obste. avr 2021;153(1):3-10.
40. Muñoz JM, Beausang J, Finley E, Wolf S. Protocol for evaluating women with female genital mutilation seeking asylum. Int J Legal Med. juill 2020;134(4):1495-500.
41. Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. nov 2014;4(11):e006316.

42. Diakité FLF, Coulibaly O, Sidibé LN, Konaté D, Traoré K, Traoré NL, et al. Excision in girls: Life-threatening acute complications in girls within 7 days of excision. *Archives de Pédiatrie*. oct 2022;29(7):497-501.
43. Morison L, Scherf C, Ekpo G, Paine K, West B, Coleman R, et al. The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. *Tropical Med Int Health*. août 2001;6(8):643-53.
44. Reyners M. Health consequences of female genital mutilation. *Reviews in Gynaecological Practice*. déc 2004;4(4):242-51.
45. Abdulcadir J, Botsikas D, Bolmont M, Bilancioni A, Djema DA, Bianchi Demicheli F, et al. Sexual Anatomy and Function in Women With and Without Genital Mutilation: A Cross-Sectional Study. *The Journal of Sexual Medicine*. févr 2016;13(2):226-37.
46. Biglu MH, Farnam A, Abotalebi P, Biglu S, Ghavami M. Effect of female genital mutilation/cutting on sexual functions. *Sexual & Reproductive Healthcare*. déc 2016;10:3-8.
47. 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.
48. Pycha A, Pycha A, Ladurner C, Comploj E, Palermo S, Danuser H, et al. Urologische Folgen der weiblichen Beschneidung. *Urologe*. oct 2018;57(10):1214-20.
49. Libretti A, Bianco G, Corsini C, Remorgida V. Female genital mutilation/cutting: going beyond urogynecologic complications and obstetric outcomes. *Arch Gynecol Obstet*. 27 janv 2023;308(4):1067-74.
50. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *Spiegel P, éditeur. PLoS Med*. 21 sept 2020;17(9):e1003337.
51. van Moorst BR, das Dores S, van Lunsen RHW, Laan ETM. [Sexual and psychological well-being after female genital mutilation: a narrative systematic review]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 18 mai 2018;162:D2196.
52. Knipscheer J, Vloeberghs E, Van Der Kwaak A, Van Den Muijsenbergh M. Mental health problems associated with female genital mutilation. *BJPsych Bull*. déc 2015;39(6):273-7.
53. Bonnet AS, Gorio MCF, Magli F, Martrille L, Cattaneo C. Case study: Lesions due to forced ritual scarification in Cameroon – A warning from cultural anthropology to forensic medicine. *Legal Medicine*. nov 2021;53:101913.
54. Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *The Lancet*. juill 2012;380(9837):134-41.
55. Foldes P, Louis-Sylvestre C. Résultats de la réparation chirurgicale du clitoris après mutilation sexuelle: 453 cas. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. déc 2006;34(12):1137-41.
56. Mañero I, Labanca T. Clitoral Reconstruction Using a Vaginal Graft After Female Genital Mutilation. *Obstetrics & Gynecology*. avr 2018;131(4):701-6.

57. Botter C, Sawan D, SidAhmed-Mezi M, Spanopoulou S, Luchian S, Meningaud JP, et al. Clitoral Reconstructive Surgery After Female Genital Mutilation/Cutting: Anatomy, Technical Innovations and Updates of the Initial Technique. *The Journal of Sexual Medicine*. mai 2021;18(5):996-1008.
58. Abdulcadir J, Marras S, Catania L, Abdulcadir O, Petignat P. Defibulation: A Visual Reference and Learning Tool. *The Journal of Sexual Medicine*. 1 avr 2018;15(4):601-11.
59. Krause E, Brandner S, Mueller MD, Kuhn A. Out of Eastern Africa: Defibulation and Sexual Function in Woman with Female Genital Mutilation. *The Journal of Sexual Medicine*. mai 2011;8(5):1420-5.
60. Nour NM, Michels KB, Bryant AE. Defibulation to Treat Female Genital Cutting: Effect on Symptoms and Sexual Function. *Obstetrics & Gynecology*. juill 2006;108(1):55-60.
61. Azadi B, Tantet C, Sylla F, Andro A. Women who have undergone female genital mutilation/cutting's perceptions and experiences with healthcare providers in Paris. *Culture, Health & Sexuality*. 1 avr 2022;24(4):583-96.
62. Parcours Kintsugi [Internet]. Centre Frantz Fanon. [cité 4 sept 2024]. Disponible sur: <https://centrefrantzfanon.org/parcours-kintsugi/>
63. Stavroula Papadodima. Self-reported history of torture in a cohort of asylum seekers examined in Montpellier, France : a 4-year-retrospective study. 26th Congress of the International Academy of Legal Medicine; 2024 mai 21; Athènes , Grèce.
64. Aumond F, Petit V, Robin N. Éditorial : COVID-19, migrations et parcours : ruptures et continuités. *remi*. 1 juill 2022;38(1-2):7-36.
65. 10Chapitre10.pdf [Internet]. [cité 2 oct 2024]. Disponible sur: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR98/10Chapitre10.pdf>
66. Andro A, Lesclingand M. Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances: *Population*. 14 sept 2016;Vol. 71(2):224-311.
67. Canada I and RB of. <https://irb-cisr.gc.ca/fr/renseignements-pays/rdi/Pages/index.aspx?doc=457971&pls=1>. 2019 [cité 18 sept 2024]. Nigéria : information sur les mariages forcés, y compris sur les mariages d'enfants; leur fréquence, les lois qui s'y rapportent, la protection offerte par l'État, les services de soutien et la possibilité de refuser un mariage forcé (2016-novembre 2019) [NGA106371.EF]. Disponible sur: <https://www.ecoi.net/en/document/2021307.html>
68. Meston CM, Freihart BK, Handy AB, Kilimnik CD, Rosen RC. Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use? *The Journal of Sexual Medicine*. 1 janv 2020;17(1):17-25.
69. Hadid V, Dahan MH. A Case of Chronic Abdominal Neuropathic Pain and Burning after Female Genital Cutting. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*. 2015;2015:1-4.
70. Bazzoun Y, Aerts L, Abdulcadir J. Chronic Vulvar Pain After Female Genital Mutilation/Cutting: A Retrospective Study. *Sexual Medicine*. 1 oct 2021;9(5):1-1.

71. Charlier P, Bou Abdallah F, Mostefai Dulac Y, Deo S, Jacqueline S, Brun L, et al. Cicatrices « palimpsestes » en contexte de torture (Darfour, Soudan). *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. nov 2017;144(11):696-9.
72. Abdulcadir J, Bianchi Demicheli F, Willame A, Recordon N, Petignat P. Posttraumatic Stress Disorder Relapse and Clitoral Reconstruction After Female Genital Mutilation. *Obstetrics & Gynecology*. févr 2017;129(2):371-6.
73. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 1 oct 2024]. Pertinence des soins – Les professionnels en action. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974225/fr/pertinence-des-soins-les-professionnels-en-action
74. Asile en France [Internet]. [cité 1 oct 2024] Le mariage forcé. Disponible sur : https://asile-en-france.com/index.php?option=com_content&view=article&id=4:le-mariage-force&catid=8&showall=1&Itemid=117
75. UNICEF [Internet]. [cité 1 oct 2024]. Mariage Forcé des enfants. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/protection/mariage-force/>
76. Girls Not Brides [Internet]. 2024 [cité 1 oct 2024]. Nigeria. Disponible sur: <https://www.girlsnotbrides.org/learning-resources/child-marriage-atlas/regions-and-countries/nigeria/>
77. Araujo JDO, Souza FMD, Proença R, Bastos ML, Trajman A, Faerstein E. Prevalence of sexual violence among refugees: a systematic review. *Rev saúde pública*. 17 sept 2019;53:78.
78. Khouani J, Landrin M, Boulakia RC, Tahtah S, Gentile G, Desrues A, et al. Incidence of sexual violence among recently arrived asylum-seeking women in France: a retrospective cohort study. *The Lancet Regional Health - Europe*. nov 2023;34:100731.
79. Salmon E, Abramowicz S, Crequit S, Buchaillet C. Connaissances des internes de gynécologie, de pédiatrie, de médecine générale et de médecine légale d'Île-de-France sur les mutilations sexuelles féminines. *Archives of Legal Medicine*. juin 2024;200502.
80. Diane Lacombe. La pratique des sages-femmes concernant les mutilations sexuelles féminines en salle de naissances : Évaluation des connaissances, des pratiques et des besoins professionnels dans quatre structures de soins. *Gynécologie et obstétrique*. 2019
81. Montpellier CHU de. CHU de Montpellier : Site Internet. [cité 16 oct 2024]. Maison des femmes. Disponible sur: <https://www.chu-montpellier.fr/fr/mdf>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Pourcentage de filles et femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une mutilation génitale féminine (source : Unicef global databases, 2024, based on DHS, MICS and other national surveys, 2004-2022)

Figure 2 : Organes génitaux féminins externes (Atlas d'Anatomie Humaine FRANK H. NETTER, MD)

Figure 3 : MGF de type 1 avec atteinte seule du capuchon clitoridien (1a) ou associé à l'atteinte du gland du clitoris (1b) (©Quentin REBILLARD)

Figure 4 : MGF de type 2 avec atteinte seule des petites lèvres (2a), associé à une atteinte du gland du clitoris ou de son capuchon (2b) ou associé à une atteinte des grandes lèvres (2c) (©Quentin REBILLARD)

Figure 5 : MGF de type 3 (infibulation) avec suture entre elles des petites lèvres (3a) ou des grandes lèvres (3b) (©Quentin REBILLARD)

Figure 6 : Répartition de la population

Figure 7 : Pays d'origine des victimes de MGF

Figure 8 : Représentation du type de MGF chez les femmes excisées

Figure 9 : Âge lors de la première MGF

Figure 10 : Nombre de patientes par année

Figure 11 : Pourcentage de femme excisée en fonction du pays. Le taux d'excision est significativement plus élevé en Guinée ($p < 0,001$)

Figure 12 : Comparaison des principaux pays de notre étude aux pays d'Afrique subsaharienne en fonction de leur taux d'excision (carte de droite issue du Fonds des Nations Unies pour la population)

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Âge lors de la seconde mutilation génitale

Tableau 2 : Répartition des types de séquelles somatiques

Tableau 3 : Répartition de la symptomatologie psychologique chez les femmes interrogées

Tableau 4 : Age de l'excision en fonction du pays (en gras l'âge le plus fréquent selon le pays). Le taux d'excision avant 1 an pour le Nigéria est significativement plus important que pour tous les autres pays ($p < 0,001$)

ANNEXE :

Annexe 1 : Descriptif de la population

Variable	n	Population
Année, n (%)	150	
2014		4 (2.67)
2015		5 (3.33)
2016		5 (3.33)
2017		8 (5.33)
2018		15 (10.00)
2019		7 (4.67)
2020		16 (10.67)
2021		31 (20.67)
2022		26 (17.33)
2023		33 (22.00)
Groupe, n (%)	150	
Excision		122 (81.33)
Fuite pour éviter l'excision		23 (15.33)
Excision rapportée mais non retrouvée		5 (3.33)
Age à la consultation	150	
Mean (\pm SD)		27.28 (\pm 5.81)
Median (25% ; 75%) [Minimum ; Maximum]		26.00 (23.00 ; 30.00) [17.00 ; 45.00]
Statut marital, n (%)	124	
Célibataire		32 (25.81)
En couple / marié		82 (66.13)
Veuve		6 (4.84)
Divorcée		4 (3.23)
Missing		26
Nombre d'enfants	138	
Mean (\pm SD)		1.91 (\pm 1.40)
Median (25% ; 75%) [Minimum ; Maximum]		2.00 (1.00 ; 3.00) [0.00 ; 7.00]
Missing		12
Pays d'origine, n (%)	149	
Bénin		1 (0.67)
Burkina Faso		1 (0.67)
Côte d'Ivoire		26 (17.45)
Djibouti		1 (0.67)
Ethiopie		1 (0.67)
Gambie		1 (0.67)
Guinée		60 (40.27)
Libéria		2 (1.34)
Lybie		1 (0.67)
Mali		6 (4.03)
Mauritanie		2 (1.34)
Nigéria		32 (21.48)
Sénégal		4 (2.68)
Sierra-Leone		1 (0.67)
Somalie		4 (2.68)
Soudan		2 (1.34)
Tchad		4 (2.68)
Missing		1
Pays d'origine (regroupement), n (%)	149	
Autre		31 (20.81)
Côte d'Ivoire		26 (17.45)
Guinée		60 (40.27)
Nigéria		32 (21.48)
Missing		1
Excision, n (%)	149	
Non		29 (19.46)

Variable	n	Population
Oui		120 (80.54)
Missing		1
Conséquences génitales, n (%)	111	
Non		59 (53.15)
Oui		52 (46.85)
Missing		39
Dyspareunies, n (%)	111	
Non		83 (74.77)
Oui		28 (25.23)
Missing		39
Perte de plaisir, n (%)	111	
Non		99 (89.19)
Oui		12 (10.81)
Missing		39
Douleur/gêne chronique, n (%)	111	
Non		75 (67.57)
Oui		36 (32.43)
Missing		39
Règles douloureuses, n (%)	110	
Non		105 (95.45)
Oui		5 (4.55)
Missing		40
Urinaire, n (%)	111	
Non		104 (93.69)
Oui		7 (6.31)
Missing		39
Séquelles psychologiques, n (%)	114	
Non		20 (17.54)
Oui		94 (82.46)
Missing		36
Sommeil, n (%)	106	
Non		32 (30.19)
Oui		74 (69.81)
Missing		44
Appétit, n (%)	98	
Non		70 (71.43)
Oui		28 (28.57)
Missing		52
Dépression, n (%)	106	
Non		72 (67.92)
Oui		34 (32.08)
Missing		44
Anxiété, n (%)	104	
Non		35 (33.65)
Oui		69 (66.35)
Missing		46
Revivissances/flashbacks, n (%)	105	
Non		74 (70.48)
Oui		31 (29.52)
Missing		45
Age lors de la mutilation (1^{ère}), n (%)	83	
Bébé < 1 an		8 (9.64)
Enfant < 13 ans		46 (55.42)
Adolescent < 18 ans		22 (26.51)
Adulte		7 (8.43)
Missing		67
Age lors de la mutilation (2nd), n (%)	5	
Enfant < 13 ans		1 (20.00)
Adolescent < 18 ans		3 (60.00)
Adulte		1 (20.00)
Missing		145
Premier âge lors de la mutilation non-manquant, n (%)	84	
Bébé < 1 an		8 (9.52)
Enfant < 13 ans		46 (54.76)

Variable	n	Population
Adolescent < 18 ans		22 (26.19)
Adulte		8 (9.52)
Missing		66
Type de mutilation sexuelle, n (%)	115	
Ia : Ablation du capuchon du clitoris		10 (8.70)
Ib : Ablation du gland du clitoris avec le capuchon		19 (16.52)
IIa : Ablation des petites lèvres uniquement		16 (13.91)
IIb : Ablation partielle ou totale du gland du clitoris et des petites lèvres		65 (56.52)
IIc : Ablation partielle ou totale du gland du clitoris, des petites et des grandes lèvres		2 (1.74)
IIIb : Retrait et repositionnement des grandes lèvres		2 (1.74)
IV : Toutes les autres procédures nuisibles aux organes génitaux féminins à des fins non médicales		1 (0.87)
Missing		35
Violences conjugales, n (%)	125	
Non		70 (56.00)
Oui		55 (44.00)
Missing		25
Mariage forcé, n (%)	129	
Non		76 (58.91)
Oui		53 (41.09)
Missing		21
Violences sexuelles, n (%)	117	
Non		50 (42.74)
Oui		67 (57.26)
Missing		33

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

MUTILATIONS GENITALES FEMININES CHEZ LES DEMANDEUSES D'ASILES : ETAT DES LIEUX MEDICO-LEGAL ET REVUE DE LA LITTERATURE

RESUME

INTRODUCTION :

Les Mutilations Génitales Féminines constituent d'une part une violation des droits des femmes et des jeunes filles mais également un problème de santé publique majeur particulièrement répandu et fréquent avec, en 2024, plus de 200 millions de filles et femmes vivantes qui auraient été victimes d'une mutilation génitale féminine. Devant l'augmentation constante des flux migratoires cette problématique dépasse les frontières de l'Afrique et du Moyen-Orient pour devenir un enjeu international dans le domaine de la santé et du droit des femmes.

Afin de mieux appréhender cette problématique à échelle locale, nous avons procédé à un état des lieux médico-légal des cas de mutilations génitales féminines examinés à l'unité médico-Judiciaire (UMJ) du CHU de Montpellier.

METHODES :

Nous avons analysé les compte-rendus de consultation de 150 femmes ayant été examinées à l'UMJ du CHU de Montpellier entre 2014 et 2023 et ayant rapporté avoir été excisées ou rapportant avoir quitté leur pays afin de fuir l'excision.

RESULTATS :

Principales caractéristiques de la population de femmes victimes d'excision en demande d'asile : la nationalité Guinéenne est la plus représentée (40,27%) suivi des nationalités Nigériennes (21,48%) et Ivoiriennes (17,45%). Le type de mutilation le plus fréquemment retrouvé était la mutilation de type de2b de la classification OMS (56,52%). La plupart des femmes vues avaient été excisées avant l'âge de 13 ans et 46,85% d'entre elles présentaient des séquelles somatiques alors qu'elles étaient 82,46% à rapporter des séquelles psychologiques.

CONCLUSION :

Sujet au cœur des débats en France comme dans les pays d'Afrique Subsaharienne où elle est pratiquée, l'excision constitue une problématique à la frontière de multiples domaines. Nous avons pu dans ce travail de recueil et d'étude de données sur 9 ans dresser le profil de la population de femmes demandeuses d'asile victime d'excision ou ayant quitté leur pays pour ne pas rejoindre ces trop nombreuses victimes. Ce portrait permet de mieux comprendre la population des victimes de mutilations sexuelles féminines examinées à l'UMJ du CHU de Montpellier et de répondre aux besoins de ces victimes.

MOTS CLES

Mutilations génitales féminines, Médecine légale humanitaire, Droit des femmes, Demande d'asile, Torture