

Prévalence, conséquences des mutilations sexuelles féminines chez les demandeuses d'asile en Île-de-France et caractéristiques sociodémographiques

Serge Marques, Laurène Dufayet, Céline Deguette

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2023/2 Vol. 35 , PAGES 115 À 126
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.232.0115

Date de mise en ligne : 10/08/2023

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2023-2-page-115?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://stm.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Prévalence, conséquences des mutilations sexuelles féminines chez les demandeuses d'asile en Île-de-France et caractéristiques sociodémographiques

Prevalence, consequences of female genital mutilation among asylum seekers in Ile-de-France and socio-demographic characteristics

Serge Marques^{1,2}, Laurène Dufayet^{3,4,5,6}, Céline Deguette³

⇒ Résumé :

Introduction : Une Mutilation Sexuelle Féminine (MSF) est une intervention sur les organes génitaux sans justification médicale. En France, un octroi d'asile est possible pour les mineures à risque de MSF dans leur pays d'origine. La procédure prévoit un examen médico-légal de l'enfant.

But de l'étude : Décrire la prévalence des MSF et les caractéristiques sociodémographiques des mineures et de leurs mères examinées à l'UMJ de l'Hôtel-Dieu à Paris.

Résultats : Entre 2018 et 2021, 2 422 entretiens de famille ont été réalisés. Les mères étaient majoritairement originaires de Côte d'Ivoire, du Mali et de la Guinée Conakry. Des MSF ont été mises en évidence chez 84,4 % des 1 838 femmes examinées, majoritairement de type IIb. Les mères rapportaient des complications immédiates (21,2 % : hémorragie, douleurs) et à long terme (31,8 % : troubles sexuels, complications obstétricales). Les familles comportaient souvent plusieurs enfants, 3 307 mineures ont été examinées. Elles étaient majoritairement nées en France (72 %). Une MSF a été objectivée chez 61 d'entre elles (1,8 %, majoritairement de type IIb) ; elle était déjà connue de la famille dans la moitié des cas. Trois de ces mineures étaient nées en Europe.

Conclusions : Les MSF sont un problème de santé publique à l'échelle mondiale mais également en France du fait des parcours migratoires. Cette étude descriptive a permis de réaliser un premier état des lieux médical des MSF chez les demandeuses d'asile reçues à l'UMJ Hôtel-Dieu de Paris, et des difficultés au diagnostic de MSF. D'autres études seraient utiles pour corroborer et comparer nos résultats.

Mots-clés : Mutilation sexuelle féminine ; Protection ; Asile ; Femmes ; Migrations ; Prévalence.

⇒ Abstract:

Introduction: Female Genital Mutilation (FGM) is an intervention on the female genital organs for non-medical reasons. In France, asylum is possible for girls at risk of FGM in their country of origin. The procedure includes a forensic examination of the child.

Purpose of research: To describe the prevalence of FGM and the sociodemographic characteristics of girls and their mothers examined at the Department of Forensic Medicine of Paris.

Results: Between 2018 and 2021, 2422 family interviews were conducted. The mothers were mainly from Côte d'Ivoire, Mali, and Guinea Conakry. A FGM was found in 84.4% of the 1838 women examined, mostly of type IIb. The mothers reported immediate complications (21.2%: hemorrhage, pain) and long-term complications (31.8%: sexual disorders, obstetrical complications) due to these FGM. The families often included several children, and 3307 girls were examined. They were mostly born in France (72.0%). An FGM was identified in 61 of these girls (1.8%, mostly type IIb); it was already known by the family in half of the cases. Three of these girls were born in Europe.

Conclusions: FGM is a public health problem on a global scale, but also in France due to migratory pathways. This descriptive study carried out an initial medical assessment of FSM in female asylum seekers examined at the Department of Forensic Medicine of Paris, and difficulties in the diagnosis of FSM. Other studies are useful to corroborate and compare our results.

Keywords: Female genital mutilation; Protection; Asylum; Women; Migrations; Prevalence.

¹ Pédiatrie, Centre Hospitalier de Saint Palais – Saint Palais – France.

² Pédiatrie, Centre Hospitalier de la Côte Basque – Bayonne – France.

³ Unité médico-judiciaire, Hôtel-Dieu, AP-HP Centre Paris – France.

⁴ Centre Antipoison de Paris, Groupe hospitalier Saint-Louis-Lariboisière-Fernand Widal – Paris – France.

⁵ Université de Paris, UFR de médecine – Paris – France.

⁶ INSERM UMRS 1144, Faculté de Pharmacie de Paris – France.

Les MSF constatées ont été classifiées suivant les catégories définies par l'OMS [1] :

- Type I ou « clitoridectomie » : ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce du clitoris.
- Type II ou « excision » : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres vulvaires, avec ou sans excision des grandes lèvres vulvaires :
 - IIa : ablation des petites lèvres seulement,
 - IIb : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres,
 - IIc : ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres.
- Type III ou « infibulation » : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres vulvaires, avec ou sans excision du clitoris.
- Type IV : tout autre procédé de mutilation génitale féminine pour des raisons non médicales (la ponction, l'étirement, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation) qui peut entraîner des conséquences génito-urinaires graves, immédiates et à long terme, pour la santé.

L'ensemble des données recueillies lors de l'entretien et de l'examen clinique ont été inscrites dans le dossier médical confidentiel de la mineure et/ou de la mère. Des trames homogènes de recueil de données étaient utilisées par les praticiens. À l'issue de l'examen, les parents étaient informés des conclusions de celui-ci et un certificat était rédigé suivant le modèle prévu par l'arrêté précisant uniquement « présence ou absence de MSF » sans mention des données recueillies précédemment [7]. En cas de MSF objectivée chez la mineure, un signalement était transmis au procureur de la République, avec copie à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes, tel qu'exigé par la loi [10].

Les données analysées dans cette étude ont donc été recueillies à partir des trames remplies par les praticiens. Les informations ont été recueillies selon un mode déclaratif concernant les caractéristiques sociodémographiques, le parcours migratoire, et les dires concernant un vécu ou non de MSF, ainsi que leurs éventuelles complications (question ouverte du type : avez-vous eu des complications après la MSF ? Avez-vous encore ce jour des complications ou gênes en lien avec la MSF ?). Les données objectives de l'examen clinique avec classification de la MSF, lorsqu'elle était mise en évidence, ont été extraites de la description de l'examen clinique médical objectif. L'ensemble de ces données a été colligé dans un fichier Excel® après anonymisation, avant d'être analysé.

Résultats

Durant la période étudiée au CHU de l'Hôtel-Dieu, 2 422 entretiens ont été réalisés avec les femmes et/ou parents se présentant pour un examen clinique à la demande de l'Ofpra, pour leur enfant mineure, voire pour elles-mêmes (Figure 1).

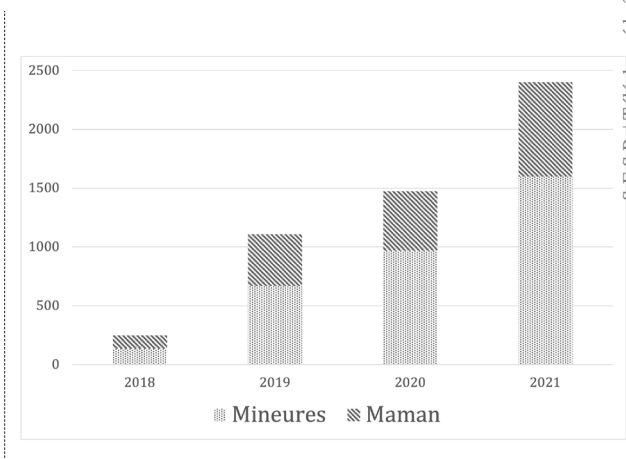


Figure 1 : Effectifs des consultations des mineures et des mères réalisées par année.

Mères

Origine des femmes

Les principaux pays d'origine des mères (Tableau I) étaient : pour près de la moitié (49,9 %) la Côte d'Ivoire, pour 15 % le Mali, pour 14,1 % la Guinée Conakry, pour 5,9 % le Sénégal et pour 4,6 % le Nigéria. Les pays de la corne de l'Afrique (Somalie, Érythrée et Éthiopie) représentaient 3,2 % des femmes. Dans environ 8,1 % des cas (196 femmes), cette information n'a pas été retrouvée dans les trames.

Niveau d'études

Le niveau d'étude a été renseigné pour plus de la moitié des femmes vues en entretien (54,5 %). Parmi elles, près de la moitié (48,5 %) n'avaient jamais été scolarisées. Pour celles qui l'avaient été, 14,7 % d'entre elles avait été jusqu'en primaire, 22,4 % jusqu'en secondaire et 0,6 % en filières techniques (BEP, CAP). Seules 101 femmes (7,7 %) ont déclaré avoir fait des études universitaires. Pour 6,1 % des femmes, il était rapporté soit un passage en école coranique soit une réponse peu précise (« un peu »).

Tableau I : Pays d'origine des mères de mineures examinées

Pays d'origine renseigné	Effectif	%
Azerbaïdjan	1	0,05
Bénin	4	0,18
Burkina Faso	15	0,67
Cameroun	5	0,22
Centrafrique	3	0,13
Côte d'Ivoire	1110	49,86
Congo	6	0,27
Égypte	9	0,40
Érythrée	13	0,58
Éthiopie	15	0,67
France	2	0,09
Gabon	2	0,09
Gambie	19	0,85
Guinée Bissau	6	0,27
Guinée Conakry	314	14,10
Haïti	1	0,05
Irak	1	0,05
Kénya	1	0,05
Mali	334	15,00
Maroc	1	0,05
Mauritanie	56	2,51
Niger	1	0,05
Nigéria	102	4,58
Rép Démocratique du Congo	1	0,05
Sénégal	132	5,93
Sierra Leone	1	0,05
Somalie	44	1,98
Soudan	21	0,94
Tchad	4	0,18
Tunisie	1	0,05
Yemen	1	0,05
TOTAL	2226	100,00

Arrivée en France

Le motif ayant précipité le départ du pays d'origine était renseigné dans un peu plus d'un tiers des dossiers (31,4 %). Le motif le plus fréquemment rapporté était le désir de protéger leur fille d'une MSF (27,4 %). Un autre motif

presque aussi souvent déclaré était la fuite face à un mariage forcé (25,9 %), suivi par la fuite devant le risque de la MSF pour elle-même (9,3 %).

Le mode de transport du continent africain vers l'Europe était connu dans 57,5 % des cas. Les types de trajets déclarés étaient l'avion (39,7 %) ; un trajet via le Maroc et l'Espagne (30,1 %) ou *via* la Libye et l'Italie (28,1 %).

L'information concernant le délai entre l'arrivée en France et l'examen à l'UMJ était connue dans moins de 50 % des cas (46,5 %). Pour 38,3 % d'entre elles, l'arrivée sur le territoire français datait de moins de 2 ans, avec un délai inférieur à un an dans 19,4 % des cas, et inférieur à 4 mois dans 4,9 % des cas. A contrario, dans 46 % des cas, les femmes déclaraient être arrivées en France depuis 2 à 5 ans. Certaines d'entre elles (11,1 %) étaient arrivées depuis 5 à 10 ans, et 4,6 % d'entre elles étaient sur le territoire depuis plus de 10 ans.

Femmes examinées (n=1 838)

Sur les 2 422 femmes reçues, 1 838 ont été examinées à visée de rédaction d'un certificat descriptif (75,9 %). Leur âge était compris entre 18 et 56 ans, avec un âge moyen et médian de 29 ans.

Sur ces 1 838 femmes examinées, 1 335 avaient déclaré avoir été victime d'une MSF (72,6 %), 223 ne pas avoir subi de MSF (12,1 %), et quatorze avaient déclaré ne pas savoir si elles avaient été victimes d'une MSF (0,8 %). Pour 266 femmes, l'information n'avait pas été mentionnée (14,5 %).

Les examens cliniques pratiqués avaient permis de mettre en évidence une MSF chez 1 552 femmes (84,4 %), l'absence de MSF chez 279 femmes (15,2 %), et un doute clinique chez 5 femmes qui avaient toutes déclaré avoir subi une MSF. La présence ou non d'une MSF à l'examen n'a pas été renseignée dans deux cas. Pour ces deux cas, les femmes avaient déclaré avoir subi une MSF dans l'enfance.

Parmi les femmes se déclarant mutilées, aucune mutilation n'était retrouvée à l'examen pour 27 d'entre elles (2 %). Pour cinq femmes, l'examen laissait place au doute, sans pouvoir être affirmatif sur une éventuelle MSF (0,4 %).

Concernant les 27 femmes pour lesquelles il n'était pas retrouvé de MSF cliniquement, quatre rapportaient qu'il leur avait été dit qu'elles auraient été « excisées » « petites » ou « bébés », et cinq dans l'enfance entre 2 et 5 ans. Six d'entre elles déclaraient avoir subi une MSF entre 6 et 10 ans, quatre entre 11 et 15 ans et une femme rapportait en avoir été victime à l'âge adulte. Deux femmes déclaraient savoir qu'elles avaient subi une MSF mais ne pouvait en préciser l'âge. Pour cinq d'entre elles, l'information n'était pas connue.

Parmi ces 27 femmes pour lesquelles il n'était pas retrouvé de MSF cliniquement, cinq rapportaient des complications immédiates (deux à type de douleurs importantes, deux à type d'hémorragies et une à type d'infection locale durant 6 semaines). Quatre femmes rapportaient également des complications tardives (deux à type de complications sexuelles, deux de type obstétrical, une complication gynécologique et une à type de douleur locale persistante).

L'examen a conclu à la présence d'une MSF chez 12 des 223 femmes se déclarant non « excisées » (5,4 %).

Concernant les 14 femmes ne sachant pas si elles avaient été excisées, l'examen avait mis en évidence une MSF chez neuf femmes et l'absence de MSF chez les cinq autres.

Les différents types de MSF retrouvés à l'examen, selon la classification OMS, sont décrits dans le tableau II. La majorité des femmes présentaient une MSF de type II, dont 95 % étaient de type IIb.

Le tableau III compile le pays d'origine des femmes en fonction du type de MSF retrouvé à l'examen. Il a été noté que 42,7 % des femmes présentant une MSF type II, étaient d'origine ivoirienne (Tableau III).

Tableau II : Types de MSF retrouvés chez les mères

Type de MSF	I	II (sp ^a)	IIa	IIb	IIc	III	IV	Non classé	TOTAL
Effectif	159	17	44	1185	1	76	17	53	1552
%	10,24	1,10	2,84	76,35	0,06	4,90	1,10	3,41	100

^a sp = absence de précision sur le sous-type de MSF de type II

Tableau III : Pays d'origine des mères en fonction du type de MSF constatée

PAYS	Type de MSF selon classification OMS (effectif)								TOTAL	
	I	II sp ^a	IIa	IIb	IIc	III	IV	Non classé	Effectif	%
Bénin				1					1	0,07
Burkina Faso	1			8					9	0,67
Centrafrique				1		1			2	0,15
Côte d'Ivoire	61	8	24	500	1	20	8	4	626	46,34
Égypte	2		1	3					6	0,44
Érythrée	1		1	4		3	2		11	0,81
Éthiopie	1		1	6		2			10	0,74
Gambie	1			11					12	0,89
Guinée Bissau				4		1			5	0,37
Guinée C	52	2	6	146		10	3	3	222	16,43
Irak	1								1	0,07
Mali	10	2	1	196		13			222	16,43
Mauritanie		2	1	37		1		1	42	3,11
Nigéria	9		7	44			2		62	4,59
Sénégal	6	2	2	52		3	1	1	67	4,96
Somalie	2	1		23		11			37	2,74
Soudan	4			8		4			16	1,19
Total	151	17	44	1044	1	69	16	9	1351	100

^a sp = absence de précision sur le sous-type de MSF de type II

Les MSF de type III ne représentait que 3,2 % des MSF des femmes originaires de Côte d'Ivoire, 4,5 % pour celles de Guinée et 5,8 % pour celles du Mali. A contrario, le type III représentait 27,6 % des femmes examinées originaires d'un pays de la corne de l'Afrique.

Les MSF de type IV isolées étaient observées chez 1,1 % des femmes ayant subi une MSF.

Pour neuf femmes, il n'a pas été possible de classer les MSF observées selon la classification de l'OMS. En effet, elles pourraient être classifiées comme étant un « mélange » de type I ou II et de type IV. Ces cas sont décrits ci-dessous :

- Ablation du clitoris + perforation de la petite lèvre (n=2 : Côte d'Ivoire, Guinée)
- Cicatrice sur clitoris + ablation partielle des petites lèvres (n=3 : Côte d'Ivoire, Mauritanie, Sénégal)
- Ablation du clitoris + incision des petites lèvres sans ablation (n=1 : Côte d'Ivoire)
- Ablation du clitoris et des petites lèvres + cicatrice sur la grande lèvre gauche (n=1 : Côte d'Ivoire)
- Incision du capuchon + ablation de la petite lèvre droite (n=1 : Guinée)
- Ablation du clitoris + cicatrice au niveau du sillon entre la grande et la petite lèvre droite (n=1 : Guinée)

Complications déclarées des MSF chez les mères (n=2 422)

Parmi les 2 422 femmes rencontrées lors de l'étude, 1 776 (73,3 %) ont déclaré avoir subi une mutilation génitale. Parmi elles, 28 femmes déclaraient avoir subi deux épisodes de MSF et une femme à cinq reprises. Dans la population de l'étude, 343 femmes (14,2 %) ont déclaré ne pas avoir été victimes de MSF. Quatorze femmes (0,6 %) ont rapporté ne pas savoir si elles ont été mutilées sexuellement. Cette donnée n'était pas renseignée dans les dossiers de 289 femmes (11,9 %).

Parmi les 1 776 femmes déclarant une MSF, 376 d'entre elles ont rapporté avoir eu des complications immédiates au geste (21,2 %) et 565 des complications au long terme (31,8 %). Seules trente-cinq femmes n'ont pas rapporté de complication, ni immédiate ni à distance, de leur mutilation génitale (2 %). Parmi celles-ci, deux ont exprimé le refus d'évoquer le sujet. L'item « complications post MSF » n'était pas renseigné dans les dossiers de 200 femmes (11,3 %).

Sont résumées dans le tableau IV, les complications des MSF rapportées spontanément par les mères lors de l'entretien. Il est à noter qu'une femme peut évoquer différents types de complications.

Mineures

Pendant la période étudiée, 3307 mineures ont été examinées.

Âge des mineures

Les mineures examinées avaient des âges compris entre 7 jours et 17 ans et 10 mois. L'âge moyen de ces enfants était de 3 ans 6 mois et l'âge médian de 20 mois. La répartition par tranche d'âge était relativement homogène chaque année. Parmi les mineures examinées, 30,2% avaient moins de 12 mois ; 56,4% étaient des nourrissons de moins de 2 ans ; 34,3% avaient entre 2 et 10 ans et 9,1% avaient plus de 10 ans.

Pays de naissance des mineures

Parmi les 3 307 mineures examinées, le pays de naissance était renseigné pour 2 394 d'entre elles (72,4 %).

Les mineures étaient nées en France dans la majorité des cas (72 %), le pourcentage de mineures nées en France était plus important parmi les jeunes enfants (98 % pour les 0 à 1 an).

Le lieu de naissance était le pays d'origine de la mère pour 24 % des mineures, représenté par la Côte d'Ivoire dans près de la moitié des cas. Le pourcentage de mineures nées dans le pays d'origine de leurs mères augmentait avec l'âge (73,8 % pour les mineures âgées de 6 ans et plus).

MSF constatées à l'examen

Parmi les 3 307 mineures examinées, une MSF a été objectivée chez 61 d'entre elles (1,8 %). Pour 12 mineures, l'examen clinique était atypique et ne permettait pas de conclure formellement à la présence ou non d'une MSF. Dans trois cas, l'information était manquante à l'étude des dossiers. Sur les 61 enfants avec une MSF objectivée, on dénombrait 57 familles différentes, dont 4 fratries de 2 sœurs.

L'âge à l'examen à l'UMJ, pour ces 61 enfants, était en majorité supérieur à 6 ans (80,3 % ; 49 mineures).

Pour plus de la moitié des mineures pour lesquelles une MSF était objectivée, les parents en avaient déjà connaissance (52,5 %, 32 mineures). Pour huit des enfants présentant une MSF, les parents rapportaient au contraire que leur fille n'avait pas subi de mutilation sexuelle (13,1 %). Dans 21 cas, l'information sur la connaissance des parents de l'existence d'une MSF était manquante (34,4 %).

Sur les 32 enfants dont les parents avaient déclaré avoir connaissance d'une MSF chez leur fille, l'âge de la réalisation

Tableau IV : Complications des MSF rapportées par les mères

Type de complications immédiates (n=376) ^a	TOTAL	
	Effectif	%
Hémorragie	303	80,58%
Douleur	80	21,27%
Malaise / perte de connaissance	17	4,52%
Infection	23	6,11%
Hospitalisation	8	2,12%
Cicatrisation longue	18	4,78%
Trouble mictionnel	7	1,86%
Alitement prolongé > 1 semaine	5	1,33%
Marche difficile	2	0,53%
Désinfibulation en urgences pour troubles mictionnels	1	0,26%
Autre : peur, lésion par couteau, brûlure cutanée	6	1,59%
« oui » sans précision	12	3,19%
Type de complications à long terme (n=565)^a		
Sexuelle	301	53,27%
Dyspareunie	199	66,11%
Absence de plaisir sexuel	119	39,53%
Absence de libido	31	10,30%
« problèmes aux rapports sexuels » sans précision	35	11,63%
Obstétricale	240	42,47%
Accouchement voie basse qualifié de « difficile »	27	11,25%
Douleur à l'accouchement par voie basse	32	13,33%
Césarienne	66	27,50%
Déchirure périnéale et/ou épisiotomie	79	32,92%
Hémorragie à l'accouchement	17	7,08%
Désinfibulation en urgence à l'accouchement par voie basse	4	1,67%
Fausse couche spontanée	1	0,42%
« problème » au cours de la grossesse sans précision	8	3,33%
Autres : infection materno-foetale, prématurité	6	2,50%
Gynécologique	75	13,27%
Menstruations (longues, douloureuses, abondantes)	46	61,32%
Pertes vaginales	15	20,00%
Infections vulvo-vaginales	16	21,33%
Douleurs locales	30	40,00%
Urinaire	58	10,26%
Troubles mictionnels	37	63,79%
Infections urinaires répétées	21	36,21%
Autre (somatique)		
Douleurs (abdominales, comme sans précision)	64	
Fatigue	22	
Retentissement psychologique	24	4,25%

^a rapportées spontanément

de la MSF n'était connu que pour 18 d'entre elles (56,3 %). Treize de ces mineures auraient subi la mutilation génitale avant l'âge de 6 ans, dont neuf avant l'âge de 2 ans et quatre avant l'âge de 2 mois.

Parmi les 3 307 enfants examinées, 37 parents avaient déclaré lors de l'entretien que leur enfant avait subi une MSF. Une MSF a été confirmée à l'issue de l'examen pour 32 des 37 enfants. Il était conclu à une absence de MSF identifiable pour trois des mineures. Dans deux cas, l'examen clinique ne permettait pas d'affirmer formellement la présence ou non de MSF.

Une seule famille avait déclaré ne pas savoir si l'enfant avait subi une MSF. L'examen n'avait pas constaté de MSF sur cette mineure.

Le type de MSF le plus souvent retrouvé sur les enfants examinées au CHU Hôtel-Dieu était une MSF de type IIb chez 38 mineures (62 %). Les MSF de type I concernaient 14 enfants (23 %) et les MSF de type IV, cinq (8 %). Une seule mineure présentait un MSF de type IIa et une seule une MSF de type III. Pour deux mineures, l'information permettant de classer le type de MSF n'était pas mentionnée.

Le pays de naissance des enfants présentant une MSF est résumé dans le tableau V. Dans huit cas, la donnée était manquante. Les pays d'origine les plus représentés étaient la Côte d'Ivoire, puis le Mali, et ensuite la Guinée Conakry. Trois de ces mineures étaient nées en Europe : deux en France et une en Italie.

Tableau V : Pays de naissance des mineures présentant une MSF

Pays	Type de MSF selon la classification OMS (effectif)						TOTAL	
	I	IIa	IIb	III	IV	Non renseigné	effectif	%
Bénin	1						1	1,64
Burkina Faso			1				1	1,64
Côte d'Ivoire	2	1	11		2		16	26,22
France			1		1		2	3,28
Gambie			1				1	1,64
Guinée Conakry	3		7				10	16,34
Italie	1						1	1,64
Mali	2		10	1		1	14	22,95
Mauritanie	1		2		1		4	6,55
Sénégal	1		1				2	3,28
Soudan	1						1	1,64
Non Renseigné	2		4		1	1	8	13,11
TOTAL	14	1	38	1	5	2	61	100

Cas particuliers : ré-examen des mineures à la suite d'un examen initial ne permettant pas de conclure

Dans certains cas, devant la difficulté de conclure sur la présence ou l'absence de MSF, un autre examen clinique a été pratiqué par un 2^e médecin légiste, avec l'accord des parents et de la mineure.

Vingt-neuf mineures de notre cohorte ont bénéficié d'au moins un autre examen clinique. Pour 21 d'entre elles, un

2^e avis médical a été donné au cours de l'examen initial, par un autre médecin légiste présent au sein de l'UMJ, et ce avec l'accord des parents et de la mineure. Pour quatre d'entre elles, le 1^{er} examen avait été pratiqué auparavant dans une autre UMJ. Pour quatre autres mineures, un rendez-vous pour un 2^e avis avec un spécialiste endocrino/gynécopédiatre avait directement été prévu.

La réalisation de ces examens a permis de confirmer l'absence de stigmate de MSF chez 17 des 29 mineures (59 %). La présence d'une MSF a été affirmée pour neuf mineures

(31 %). Pour trois de ces 29 mineures, il n'a pas été possible de certifier l'absence d'une MSF (10 %).

Discussion

Cette étude avait pour objectif de faire un premier état des lieux de la prévalence des MSF et des caractéristiques de la population des demandeurs d'asile à visée de protection des mineures face à un risque de MSF en cas de retour au pays d'origine. Le grand nombre de populations migrantes résidant en région parisienne, ainsi que l'arrêté du 23 août 2017 désignant les médecins spécialisés en médecine légale pour la réalisation des certificats nécessaires dans ce cadre, a permis de réaliser cette première étude objective avec une cohorte importante. Il n'existe pas en population française, comme en population européenne, d'étude de ce type ni de cette ampleur, permettant de les discuter et de les comparer.

En grande majorité, les études existantes datent d'avant 2010 et sont basées sur des estimations voire des extrapolations de données après sondage, ou sont issues des pays d'origine avec des projections sur la population française [11]. Ces projections sont à l'origine du chiffre de « 53 000 femmes mutilées ou menacées de l'être » repris, depuis 2007, par les médias [11]. La dernière étude européenne, datant de 2017, évaluait, qu'en Europe, 500 000 filles et femmes migrantes seraient exposées au risque de mutilation sexuelle, et ce, en n'évaluant que les populations migrantes de 1^{re} génération [13]. Selon une autre estimation, en se basant sur les décomptes des titres de séjour en cours de validité par nationalité, il serait dénombré au moins 20 000 femmes et 10 000 mineures mutilées ou menacées de l'être, résidant sur le territoire français [14]. Trois quarts de ces familles vivaient en Île de France [15]. Une étude récente de 2019 a estimé à plus de 124 000 les femmes vivant en France et mutilées, et ce en intégrant les « 2^e générations », soit les filles de migrants [16]. Toutefois, cette étude se base sur des estimations « indirectes » dont une partie issue des hypothèses de l'enquête Excision et handicap [11] et sur des études de recensement. Il existe donc peu de données objectives. Parmi celles-ci, celles de l'Ofpra sont intéressantes. À l'issue de l'année 2018, l'Ofpra avait déjà octroyé l'asile à 7 550 mineures en raison du risque de mutilation sexuelle féminine qu'elles encourent en cas de retour dans leur pays d'origine [17]. Lors d'une rencontre récente Ofpra/UMJ, l'Ofpra a indiqué que 14 123 fillettes bénéficiaient de cette protection au 31/12/2021.

Malgré ce manque de données comparatives, la population étudiée apparaît concordante, de manière générale, avec la population de demandeurs d'asile, tous motifs confondus, auprès de l'Ofpra. Ainsi, selon les chiffres de 2021, la Côte d'Ivoire est le pays d'Afrique pour lequel les demandes d'asile sont les plus importantes, suivi de la Guinée Conakry [18]. D'après l'Ofpra, fin 2018, les mineures protégées depuis 2005 provenaient pour la plupart d'Afrique de l'Ouest : Mali (35 %), Guinée (32 %), Côte d'Ivoire (14 %) [19]. Dans notre étude, près de 80 % des familles provenaient de ces mêmes pays, mais les proportions étaient nettement différentes : Côte d'Ivoire 49,9 %, Mali 15 % et Guinée Conakry 14,1 %. Cette différence peut être en lien avec la méthodologie de recueil de données par l'Ofpra : elles sont cumulatives sur 13 ans et sur une période antérieure à notre étude, période où les proportions des différentes populations migrantes pouvaient être différentes.

D'autre part, au sein des pays les plus représentés dans notre étude (la Côte d'Ivoire, le Mali et la Guinée Conakry), une MSF de type II était la plus souvent constatée, ce qui est homogène avec les données connues [20, 21]. De même, selon l'étude de Gynécologie Sans Frontière de 2010, les MSF de type II et III représenteraient respectivement 80 % et 15 % des mutilations au sein de ces pays [22]. Dans notre étude, des MSF de type II sont constatées dans la même proportion. Les MSF de type III ne représentent cependant que 4,9 % des MSF objectivées dans notre étude, et les MSF de type I 10,2 %. Cette différence peut s'expliquer du fait de la population migratoire française et plus spécifiquement de la région parisienne. En effet, les pays pratiquant les MSF de type III ont tendance à choisir des parcours migratoires vers le Royaume Uni et les pays d'Europe du Nord, où sont basées des communautés originaires de leur pays. En France, les associations connues de ces pays sont, par ailleurs, les plus souvent basées en province et non en région parisienne. Dans son rapport établi en 2017, l'Institut national d'études démographiques indiquait que l'infibulation est surtout pratiquée en Afrique de l'Est (Corne de l'Afrique), notamment en Somalie et en Érythrée [13]. Dans notre étude, les femmes originaires de ces pays sont peu représentées. Néanmoins, nous y avons constaté que la proportion de MSF de type III est beaucoup plus importante que chez les femmes provenant des pays d'Afrique de l'Ouest. Elle représente de 20 % à 30 % des MSF constatées, ce qui est concordant avec les études locales déclaratives [23]. Les femmes y subissent aussi bien la forme « Sunnah » (type II) que la « pharaonique » (type III). En se basant sur ces différents éléments, notre étude apparaît représentative des parcours migratoires actuels en France et des pratiques observées au sein des pays d'origine.

Notre étude a mis également en avant la présence de discordances entre les déclarations des familles et les examens cliniques réalisés, chez les mineures comme chez les mères. Cette discordance est source de difficultés, notamment chez la mineure. En effet, la découverte d'une MSF chez une mineure entraîne une annonce de diagnostic particulièrement difficile. De même, l'explication donnée à la mineure, si elle possède la compréhension et la maturité suffisante pour assimiler les explications données, nécessite de choisir les mots avec soin afin de ne pas être stigmatisant, ni traumatisant. Cette découverte de MSF est également soumise à un signalement au procureur de la République [10]. Ce signalement peut être difficilement compris par la famille, puisque selon les déclarations recueillies, la majorité des MSF constatées lors de notre étude ont eu lieu avant l'arrivée en Europe. Toutefois, la découverte dans notre étude de MSF chez trois mineures nées en Europe confirme la nécessité de formation et d'information du personnel médico-social sur les facteurs de risques de subir une MSF tels que décrits par l'HAS [24]. Les moyens préventifs, dont l'examen médical génital régulier et le repérage du risque de MSF, apparaissent indispensables.

Notre étude a également montré la difficulté de ces examens, y compris pour des professionnels formés. Selon des associations présentes en Afrique, les MSF de type IV seraient par ailleurs en augmentation. Ce type de mutilations est parfois plus difficile à appréhender pour les professionnels, mais n'est pas exempt de complications à long terme.

Dans notre étude, pour les mineures, lorsqu'un nouvel examen ne permettait pas de conclure à l'absence de MSF, il était conclu à un examen atypique, ne permettant pas d'affirmer ou d'infirmer une MSF. Il était alors systématiquement proposé un réexamen dans un délai d'un an.

En cas de doute, l'avis d'un confrère est nécessaire, le jour même ou à l'occasion d'un nouvel examen. Si cet avis n'est pas contributif, un examen spécialisé complémentaire est alors recommandé : un examen par un endocrino/gynécopédiatre, voire une échographie clitoridienne en fonction de l'âge de l'enfant. Si ces consultations complémentaires ne permettent toujours pas de conclure, un réexamen à un an est impératif, afin d'apprécier l'évolutivité de l'aspect de la région vulvaire. Il est, pour ces cas, souhaitable de réaliser des clichés photographiques lors de l'examen initial, avec l'accord des parents et de l'enfant elle-même, si elle est en âge de consentir.

Dans notre étude, plusieurs mères nous ont rapporté avoir été victimes de MSF, sans que celle-ci ne soit objectivée à l'examen clinique. Cette discordance interroge sur la réalisation effective de la MSF, d'autant que celle-ci aurait

eu lieu dans la petite enfance, et serait donc connue de la patiente uniquement par les déclarations de la famille et des parents. Cette discordance interroge également sur la qualité de notre examen, en particulier chez les femmes évoquant une MSF subie à un âge permettant un souvenir individuel, personnel. Sommes-nous passés à côté de stigmates peu ou pas visibles ? Est-ce une MSF de type IV non identifiée mais génératrice de saignement lors du geste et de douleur à long terme ? Et quid des femmes évoquant des complications à long terme, en particulier gynéco-sexopsychologique, malgré l'absence de stigmates traumatiques visibles ? Dans ce cas plus particulier, une discussion plus large sur le parcours de vie de la femme nous semble important. Les MSF s'intègrent souvent, en effet, dans un continuum de violences faites aux femmes, dont les complications peuvent s'intriquer et se confondre : mariages forcés, viols, violences physiques et familiales. Cette discordance ne serait-elle pas un point de départ pour une prise en charge plus globale de la femme ?

Cette étude présente plusieurs limites et/ou biais pouvant impacter sa représentativité. D'une part, elle est rétrospective, et de nombreuses données recueillies sont déclaratives. Certaines données sont manquantes. L'absence de ces informations peut être en lien avec une absence de réponse de la part des parents présents. Par exemple, lorsque le père accompagne seul sa fille au rendez-vous, celui-ci peut ne pas toujours répondre aux questions plus spécifiques sur le parcours de vie de la mère. De même, la mère et/ou les parents peuvent ne pas souhaiter répondre aux questions. La barrière de la langue peut également limiter la compréhension des familles aux questions posées.

Ces données manquantes peuvent également être liées au médecin réalisant la consultation. En l'absence de protocole de recherche prospectif expliqué et diffusé aux praticiens, il apparaît difficile, en effet, d'avoir une homogénéité et une régularité de l'ensemble de ces questions. Par ailleurs, en fonction des représentations du praticien, certaines questions (origine géographique, niveau d'étude, parcours migratoire...) peuvent ne pas avoir été posées aux familles. Cette problématique pourrait faire l'objet d'une étude complémentaire sur les représentations des praticiens face aux MSF et aux parcours des familles faisant la demande d'asile.

L'autre principal biais de cette étude est son caractère monocentrique. Malgré l'importante cohorte populationnelle étudiée, celle-ci ne concerne que très majoritairement des familles résidant sur Paris et région parisienne (grande et petite couronne). D'une part, cette étude ne représente qu'une fraction des populations ayant demandé l'asile en Île-de-France, puisque d'autres UMJ effectuent également

ces examens. De plus, il est connu que les populations migrantes rejoignent généralement, sur le territoire français comme européen, des groupes sociaux et ethniques d'origine proche. Il existe donc sur le territoire français une hétérogénéité dans les proportions de pays d'origine en fonction des départements et des régions. Une étude prospective et multicentrique serait intéressante à mener pour être le plus représentatif possible sur le territoire français.

Conclusion

Les mutilations sexuelles féminines sont un problème de santé publique à l'échelle mondiale, mais également en France et en Europe du fait des parcours migratoires des familles issues de pays où sont pratiquées les MSF.

Cette étude descriptive sur quatre années a permis de recenser l'origine des familles et leur parcours de vie, et de réaliser un état des lieux médical des MSF chez les mineures et leurs familles demandeuses d'asile, reçues à l'UMJ Hôtel-Dieu de Paris.

Cette étude permet une première photographie objective d'une population de mineures à risque de mutilation et de femmes mutilées vivant en Île-de-France. Elle est concordante avec les populations migratoires décrites comme demandeuses d'asile face à la problématique des MSF (origine, type de MSF prédominant...). Toutefois, nos résultats ne permettent pas de renseigner précisément et objectivement la prévalence des MSF en population générale. En effet, d'une part elle n'intègre pas les disparités migratoires régionales françaises. D'autre part, le recrutement au sein d'une UMJ n'inclut pas les populations à risque de MSF ne demandant pas l'asile (descendants d'immigrés de 2^e ou de 3^e génération). Il serait donc important de compléter notre travail par d'autres études pour corroborer et comparer les résultats obtenus, ainsi que pour estimer de manière plus fiable la prévalence de MSF en population générale.

Nous avons également mis en évidence la difficulté du diagnostic de MSF en particulier de type I et de type IV, nécessitant de renforcer la formation des professionnels de santé. De même, le diagnostic de MSF sur des mineures nées en Europe au cours de notre étude, est en faveur du développement de campagnes de prévention, comme de formations au dépistage, ne devant pas être uniquement centrées sur les populations demandeuses d'asile, ni sur les enfants nées au pays d'origine.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Références

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Mutilations sexuelles féminines. [Page internet]. OMS. c2022. [visité le 15/12/2022] En ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.
2. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). État de la population mondiale 2020. Mutilations génitales féminines : une violence basée sur le genre acceptée par la société. [Page internet]. UNFPA. 2020. [visité le 15/12/2022]. En ligne : https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2020_FR_Etat_de_la_Population_Mondiale.pdf.
3. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Les mutilations génitales féminines/l'excision : un problème mondial. New York : UNICEF ; 2016.
4. Fonds des Nations Unies pour la population - Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNFPA-UNICEF) Joint Programme on the Elimination of Female Genital Mutilation. [Page internet]. UNFPA-UNICEF. c2022 [visité le 15/12/2022]. En ligne : <https://reliefweb.int/report/world/unfpa-unicef-joint-programme-elimination-female-genital-mutilation-accelerating-change>.
5. République Française. Code pénal. Article 227-24-1, Modifié par LOI n° 2021-1109 du 24 août 2021 – art. 31. En ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043982343.
6. République Française. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Article L723.5, modifié par Loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018 – art. 3. Abrogé par Ordonnance n°2020-1733 du 16 décembre 2020 – art. 1 (V). En ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006335345.
7. République Française. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Article 4 de l'arrêté du 23 août 2017 pris pour l'application des articles L. 723-5 et L. 752-3 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 féminine qu'elles encourrent. JORF n° 0203 du 31 août 2017. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000035468390/>.
8. Court L. Répartition départementale des immigrés en 2016. Département des statistiques, des études et de la documentation (DSED). Infos Migrations. [Page internet] 2020;100 [visité le 15/12/2022] En ligne : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Actualites/Focus/Repartition-departementale-des-immigres-en-2016>.
9. Jourdan V, Prévot M. Les primo-arrivants en 2019, un an après leur premier titre de séjour : premiers résultats de l'enquête ELIPA 2. Département des statistiques, des études et de la documentation. (DSED) Infos Migrations. [Page internet] DSED. 2020 ; 98. [visité le 15/12/2022] En ligne : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Etudes/Etudes/Infos-migrations#Num%C3%A9ros%20parus%20en%202019> ; 98. [visité le 15/12/2022] En ligne : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Etudes/Etudes/Infos-migrations#Num%C3%A9ros%20parus%20en%202019>.
10. République Française. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Article 6 de l'arrêté du 23 août 2017 pris pour

- l'application des articles L. 723-5 et L. 752-3 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 féminine qu'elles encourent. JORF n° 0203 du 31 août 2017. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000035468390/>.
11. Andro A, Lesclingand M, Cambois E, Cirbeau C. Rapport final. Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH). Excision et Handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice [Rapport de recherche]. Université Paris 1. INED ; 2009. 87p. hal-02110998.
 12. Andro A, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France. *Population & Sociétés*. 2007;438(9):1-4. Doi : 10.3917/popsoc.438.0001.
 13. Andro A, Lesclingand M. Les mutilations génitales féminines dans le monde. *Population & Sociétés*. 2017;543 (4):1-4. dDoi : 10.3917/popsoc.543.0001.
 14. Haut Conseil à l'Intégration. Le contrat et l'intégration. Rapport à Monsieur le Premier ministre. 2003. En ligne : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/044000033.pdf>.
 15. Fédération Nationale Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS). Où observe-t-on les mutilations sexuelles féminines ? [page internet] GAMS. c01/2020 [visité le 05/04/2022]. En ligne : <https://federationgams.org/excision-2/#msf%7C3>.
 16. Lesclingand M, Andro A, Lombart T. Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(21):392-99.
 17. Office de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA). Données de l'asile 2018. [page internet]. OFPRA. c01/2019 [visité le 05/04/2022]. En ligne : <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/les-donnees-de-l-asile-a-l-ofpra-en>.
 18. Office de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA). Premières données de l'asile 2021 à l'OFPRA [page internet]. OFPRA. c01/2022 [visité le 01/08/2022]. en ligne : <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/premieres-donnees-de-l-asile-2021-a>.
 19. Office de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA). Protection des mineures menacées de mutilation sexuelle : Convention entre l'AP-HP et l'Ofpra [page internet]. OFPRA. c12/2018 [visité le 05/04/2022]. En ligne : <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/protection-des-mineures-craignant>.
 20. Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA). Rapport de mission en République de Côte d'Ivoire [page internet]. OFPRA. c11-12/2019 [visité le 01/08/2022]. En ligne : https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/19121_civ_rapport_de_mission.pdf.
 21. Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA). Rapport de mission : les mutilations génitales féminines au Mali. [page internet]. OFPRA. c11/2008 [visité le 01/08/2022]. En ligne : https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/3_ofpra_rapport_de_mission_sur_les_mutilations_genitales_feminines_au_mali_du_12_au_18_novembre_2008.pdf.
 22. Gynécologie sans frontières. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines. [page internet]. Nantes : GSF. c2010. [visité le 01/08/2022]. En ligne : <https://www.gynsf.org/MSF/praticien-faceauxmsf2010.pdf>.
 23. Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA). Mali : Les mutilations génitales féminines au Mali. Mission de l'Ofpra, Bamako - Kayes, 12-18 novembre 2008. [page internet]. OFPRA. c2008. [visité le 01/08/2022]. En ligne : <https://www.refworld.org/docid/500d24502.html>.
 24. Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours. [page internet]. HAS. c2020. [visité le 15/12/2022]. En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco307_argumentaire_mutilations_sexuelles_feminines.pdf.