

PROJET MSF-PREVAL : SYNTHÈSE DU RAPPORT

I. LE PROJET MSF-PREVAL

CONTEXTE

Aujourd'hui dans le monde, au moins **200 millions de femmes** adultes et mineures ont subi une forme de "**mutilation génitale ou sexuelle féminine**". Ces pratiques sont aujourd'hui observées sur presque tous les continents. Dans les pays historiquement concernés par la pratique, des données d'enquêtes socio-démographiques permettent d'avoir une mesure directe de la prévalence de celle-ci. Dans les pays de migration, ce type de données n'existe pas et les estimations sont alors réalisées de manière indirecte. Le projet MSF-PREVAL propose de **tester un nouvel outil de collecte de données** de suivi des "mutilations sexuelles féminines" permettant une mesure directe du niveau de la pratique.

Objectifs de l'enquête :

- **Expérimenter un outil de collecte** permettant une production régulière de données sur l'évolution de la prévalence des "mutilations sexuelles féminines" en France (enquête de prévalence).
- **Tester le dispositif dans des territoires différents** selon le niveau attendu de la prévalence de la pratique (élevé / moyen / faible) afin d'évaluer sa pertinence et son éventuelle réplcation à l'échelle nationale.

L'ÉQUIPE DE RECHERCHE

Le comité scientifique. Deux responsables scientifiques du projet : Armelle ANDRO (Professeure à l'Université Paris 1, CRIDUP) et Marie LESCLINGAND (Maîtresse de conférences à l'Université Côte d'Azur, URMIS), également coordinatrice du projet.

Ce comité intègre également deux doctorantes : Sarah BOISSON (CNRS-Université Côte d'Azur, URMIS) et Fatoumata SYLLA (Université Paris Saclay, CESP-Inserm).

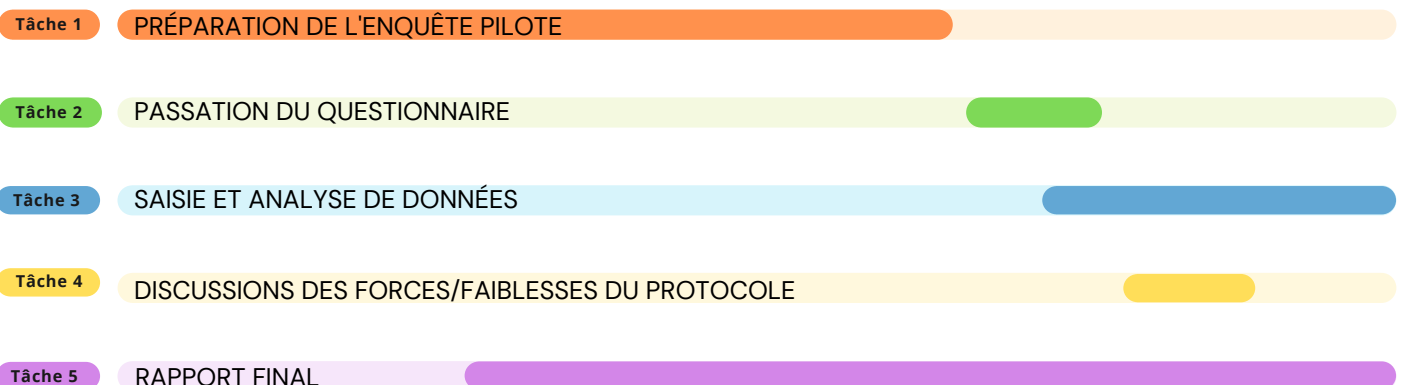
Le comité de pilotage. Constitué de représentant-es de l'administration (SDFE, DGOS, DGCS), de professionnel-les de santé et de personnalités issues des milieux associatifs et universitaire, toutes expertes dans le domaine des MSF/E.

LA MÉTHODOLOGIE ENVISAGÉE

- ✓ **Où ?** Dans des établissements de santé permettant d'avoir une large couverture des femmes âgées entre 18 et 49 ans : maternités, centres de Planning Familial, centres de protection Materno-Infantile, centres de prévention universitaires, centres de vaccinations internationales.
- ✓ **Qui ?** Toute femme fréquentant un des lieux d'enquête identifiés précédemment.
- ✓ **Comment ?** A travers l'administration, par les professionnel-les de santé, d'un questionnaire de format très court qui puisse s'intégrer facilement dans la pratique médicale et sur un temps limité (1 mois).

CALENDRIER

NOV-20 DEC-20 JANV-21 FEV-21 MAR-21 AVR-21 MAI-21 JUIN-21 JUI-21 AOÛT-21 SEPT-21 OCT-21 NOV-21 DEC-21 JANV-22 FEV-22 MARS-22 AVRIL-22
M1 M2 M3 M4 M5 M6 M7 M8 M9 M10 M11 M12 M13 M14 M15 M16 M17 M18



II. LA PRÉPARATION DE LA COLLECTE DES DONNÉES

IDENTIFICATION DE LA POPULATION CIBLE

La population cible regroupe les **femmes originaires d'un « pays à risque*»**, soit parce qu'elles y sont nées (« premières générations »), soit parce qu'elles ont au moins un de leurs parents qui y est né (« deuxièmes générations »).

La population cible est partiellement identifiable à partir des données du recensement qui ont mis en évidence deux résultats :

- la population cible est **très minoritaire** au sein de la population féminine en France : elle représente 1,8% de la population féminine âgée entre 18 et 50 ans ;
- la population cible est **très inégalement répartie** sur le territoire : 53 % vit en Île-de-France, notamment les départements de la Seine-Saint-Denis et de Paris qui regroupent 20% de la population cible.

CHOIX DES DÉPARTEMENTS PILOTES

À partir de la répartition géographique de la population cible sur le territoire, trois départements pilotes ont été sélectionnés :

- **La Seine-Saint-Denis**, département le plus concerné avec 11% de l'ensemble des femmes nées dans un pays à risque. Prévalence attendue : **supérieure à la moyenne nationale**.
- **Le Rhône**, premier département hors de l'Île de France à être concerné, avec 3% de l'ensemble des femmes nées dans un pays à risque. Prévalence attendue : **proche de la moyenne nationale**.
- **Les Alpes-Maritimes**, département peu concerné avec 1% de l'ensemble de la population à risque. Prévalence attendue : **inférieure à la moyenne nationale**.

MÉTHODES D'ÉCHANTILLONNAGE

Taille espérée des échantillons : Environ **1 000 femmes par département** pour réaliser des estimations avec un risque d'erreur limité (autour de 5 %) et une assez grande précision (marge d'erreur autour de 3 %).

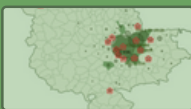
S'agissant d'une enquête de prévalence d'une pratique « rare » en population générale féminine adulte, la méthode d'échantillonnage devait répondre à une double contrainte :

- **Avoir une représentativité de l'ensemble** de la population féminine âgée de 18 à 49 ans ;
- **Identifier les lieux de la population cible** (femmes originaires d'un « pays à risque ») population globalement minoritaire et qui répond aux caractéristiques des « populations difficiles à joindre ».

Des méthodes d'échantillonnage différentes selon les départements pilotes :



Seine-Saint-Denis : La répartition homogène sur le territoire tant de l'offre de soins que de la population cible a impliqué de faire le choix d'un échantillonnage aléatoire par type de centre. L'échantillon était composé par **15 établissements de santé**. L'effectif théorique attendu était d'environ **1 500 femmes** pour le département.



Rhône : Le département du Rhône présente une concentration très forte autour de Lyon tant au niveau de l'offre de soins qu'au niveau de la population cible dont près de la moitié vit à Lyon et 80 % dans les communes limitrophes. L'échantillon était composé par **14 établissements de santé**. L'effectif théorique attendu était d'environ **1 800 femmes** pour le département.



Alpes-Maritimes : La population cible est très concentrée sur deux communes, Nice et Cannes, mais elle est également sur-représentée dans quatre autres communes : Antibes, Grasse, Mandelieu-la-Napoule et Beausoleil. Ainsi, l'échantillon final était composé par **14 établissements de santé** repartis dans les 6 communes cibles. L'effectif théorique attendu était d'environ **1 500 femmes** pour le département.

Les **types d'établissements sélectionnés** étaient les suivants :

Maternités publiques et privées, centres de Planning Familial, centres de protection Materno-Infantile (PMI-CPEF), les centres de prévention universitaires, CVI, CeGGID.

LE QUESTIONNAIRE

L'élaboration du questionnaire a été réalisée par le comité scientifique et validé par le comité de pilotage. Afin d'être intégré facilement à la pratique médicale, un format très court a été adopté **comportant moins de 15 questions**. La passation s'est fait en format digital via le logiciel LimeSurvey.

Le questionnaire est structuré en **trois parties** :

- **Volet consentement** (qui recueille le consentement de l'enquêtée) ;
- **Volet santé** (qui concerne les questions sur les différentes formes de modifications génitales féminines) ;
- **Volet socio-démographique** (qui recueille différentes informations tels que l'âge, niveau d'étude, pays de naissance, etc.).

*Pays où la pratique de l'excision est statistiquement documentée. On identifie ainsi 30 pays dans le monde où on dispose de données statistiques fiables permettant d'avoir une mesure du niveau de la pratique via les enquêtes démographiques et de santé, les enquêtes à indicateurs multiples ou d'autres enquêtes réalisées sur des échantillons représentatifs.

LE PROTOCOLE D'ENQUÊTE

Le protocole de l'enquête impliquait un processus en **quatre étapes** :

- **La présentation** de l'enquête ;
- **Le recueil** du consentement ;
- **L'administration** du questionnaire ;
- **La remise** d'un flyer avec des contacts d'associations.

Initialement pensé pour être complètement **intégré à l'entretien médical** avec un questionnaire administré par le ou la professionnel-le de santé, il a été nécessaire d'ajuster le protocole initial aux contraintes des établissements de santé :

- **Un protocole modifié** : des enquêtrices ont été chargées de faire la passation du questionnaire ;
- **Un protocole hybride** : des enquêtrices et professionnel-les de santé ont été chargés de faire la passation du questionnaire.

PRÉPARATION ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE DE TERRAIN

Le protocole nécessitait une formation des professionnel-les de santé et des enquêtrices pour présenter le protocole d'enquête et faire la passation des questionnaires. Nous avons donc préparé et mis en ligne des **vidéos explicatives** destinées aux professionnel-les de santé des établissements enquêtés.

Vidéo 1. Contexte et objectifs Vidéo 2. Méthodologie et protocole Vidéo 3. Le questionnaire



La réalisation de l'enquête MSF-PRREVAL a été réalisée selon différents calendriers dans les trois départements :

- **Alpes-Maritimes** : du 8 novembre 2021 au 3 décembre 2021 ;
- **Rhône** : du 15 novembre 2021 au 24 décembre 2021 ;
- **Seine-Saint-Denis** : du 22 novembre 2020 au 17 décembre 2021.

Documents fournis aux enquêteurs ou aux femmes enquêtées

- **Les formulaires de consentement** (à signer par chaque femme enquêtée) ;
- **Le glossaire médical** ;
- **L'aide à la passation du questionnaire** (version vulgarisée du glossaire médical) ;
- **Les questionnaires en version papier** (au cas où il y aurait des problèmes de connexion internet) ;
- **Les flyers remis aux femmes enquêtées** (contacts d'associations spécialisées sur les violences faites aux femmes).



III. LE BILAN DE LA COLLECTE DES DONNÉES

CHIFFRES CLÉS ET BILANS DÉPARTEMENTAUX

- **41 établissements** de santé ;
- **58 personnes** impliquées dans la collecte des questionnaires : 47 professionnel-les de santé et 11 enquêtrices ;
- **3120 femmes adultes sollicitées** dont 2507 ont accepté de répondre au questionnaire, soit un taux de réponse de 80%.

SEINE-SAINT-DENIS

- **8 communes** : Aulnay, Bobigny, Le Blanc Mesnil, Montreuil, Saint-Denis, Sevran, Stains et Villetaneuse ;
- **15 établissements** de santé impliqués dans l'enquête ;
- **12 professionnel-es de santé** impliqués dans la collecte et 2 enquêtrices ;
- **942 femmes sollicitées** dont 748 ont accepté de répondre au questionnaire (**taux de réponse de 79%**)

RHÔNE

- **6 communes** : Lyon, Givors, Vénissieux, Bron, Pierre-Bénite et Vaulx-en-Velin ;
- **12 établissements** de santé impliqués dans l'enquête ;
- **14 professionnel-es de santé** impliqués dans la collecte et 2 enquêtrices ;
- **1171 femmes sollicitées** dont 905 ont accepté de répondre au questionnaire (**taux de réponse de 77%**)

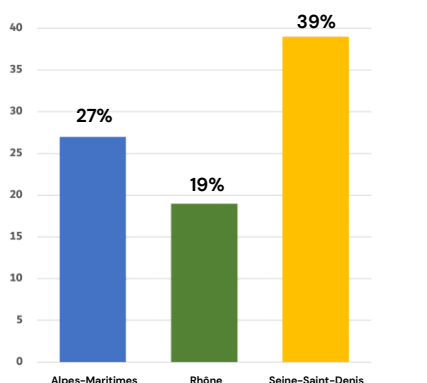
ALPES - MARITIMES

- **6 communes** : Nice, Cannes, Grasse, Antibes, Menton et Beausoleil ;
- **14 établissements** de santé impliqués dans l'enquête ;
- **21 professionnel-es de santé** impliqués dans la collecte et 7 enquêtrices ;
- **1007 femmes sollicitées** dont 854 ont accepté de répondre au questionnaire (**taux de réponse de 85%**)

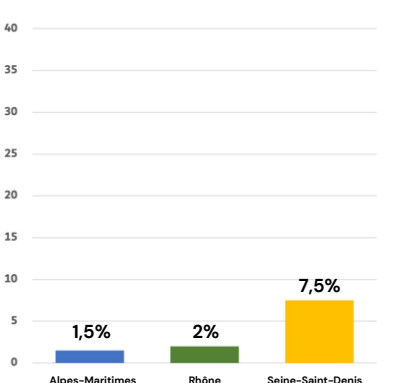
IV. LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES FEMMES ENQUÊTÉES

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

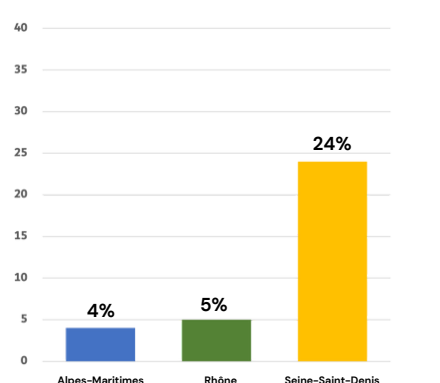
Part des femmes nées d'un pays à l'étranger (%)



Part des femmes nées d'un pays à risque (%)



Part des femmes originaires d'un pays à risque (%)



Âge moyen : 30 ans.

Origine des femmes nées à l'étranger :

- **Seine-Saint-Denis** : il s'agit essentiellement de pays du continent africain dont deux pays à risque (Mali et Côte d'Ivoire) ;
- **Rhône** et **Alpes-Maritimes** : les pays du Maghreb représentent à chaque fois le trio de tête suivi par des pays d'Afrique subsaharienne pour le Rhône et une plus grande diversité d'origine pour les Alpes-Maritimes (Europe, Chine, Russie).

Parmi les femmes originaires d'un pays à risque, les 10 principaux pays sont différents selon les départements :

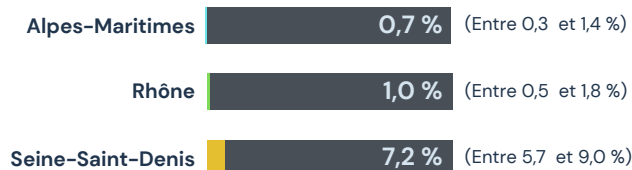
- **Seine-Saint-Denis** : les femmes originaires du Mali représentent près de la moitié (42%) suivies par les femmes originaires de Côte d'Ivoire et du Sénégal et ces trois pays représentent finalement près de 70% de l'ensemble des femmes originaires d'un pays à risque.
- **Rhône** et **Alpes-Maritimes** : on observe une plus grande diversité des origines sans prédominance d'un pays spécifique.

Ces **spécificités territoriales** sont importantes à noter car elles révèlent la plus ou moins grande présence de femmes à risque dans les trois départements et elles **permettent d'expliquer les différences de niveaux de prévalence estimés**.

V. LES PRÉVALENCES ET LES RISQUES D'EXCISION

PRÉVALENCES ESTIMÉES DE L'EXCISION ET POPULATIONS À RISQUE

Prévalence de l'excision : pourcentage de femmes ayant déclaré une excision parmi l'ensemble des femmes âgées de 18 à 44 ans résidant dans le département. Avec un risque d'erreur de 10 %, nous obtenons les estimations par intervalles de confiance suivantes :



Les prévalences estimées dans les trois départements correspondent aux trois niveaux de prévalence attendus :

- **Un niveau élevé en Seine-Saint-Denis** et supérieur à la moyenne nationale ;
- **Un niveau moyen dans le Rhône** et proche de la moyenne nationale ;
- **Un niveau faible dans les Alpes-Maritimes** et inférieure à la moyenne nationale.

Dans les trois départements le risque d'excision varie très fortement selon le rang générationnel de migration et selon l'année de naissance. Ainsi, le risque d'excision est beaucoup **plus élevé parmi les femmes migrantes** (nées dans un pays à risque) que parmi les femmes nées en France (deuxièmes générations). En outre, les **femmes nées avant 1995 ont des risques plus élevés** d'être excisées que les générations les plus jeunes. Finalement, dans les trois départements, pour les **femmes de la seconde génération et nées après 1995, le risque d'excision est quasi-nul**.

