



HAL
open science

Rapport final. Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH).

Armelle Andro, Marie Lesclingand, Emmanuelle Cambois, Christelle Cirbeau

► To cite this version:

Armelle Andro, Marie Lesclingand, Emmanuelle Cambois, Christelle Cirbeau. Rapport final. Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH).. [Rapport de recherche] Université Paris 1; INED. 2009. hal-02110998

HAL Id: hal-02110998

<https://hal.science/hal-02110998v1>

Submitted on 25 Apr 2019

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.

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

**Armelle Andro - Marie Lesclingand – Emmanuelle Cambois –
Christelle Cirbeau**

mars 2009

L'enquête quantitative du projet ExH est soutenue par :

Sommaire

PARTIE 1	Historique et méthodologie de l'enquête	1
1.1	Les objectifs du projet ExH :	1
1.1.1	Trois Opérations complémentaires	1
1.1.2	L'estimation nationale : Fournir un référentiel	1
1.1.3	L'enquête qualitative : Mieux comprendre les dynamiques familiales	3
1.1.4	L'enquête quantitative : Appréhender l'excision sous l'angle du handicap	4
1.2	Historique de l'enquête quantitative nationale.	8
1.2.1	Une équipe de recherche pluri-disciplinaire et une inscription institutionnelle multiple	8
1.2.2	D'une enquête départementale à une enquête nationale	8
1.2.3	Le comité de pilotage	9
1.3	Enjeux méthodologiques de l'enquête quantitative nationale.	9
1.3.1	Les enjeux méthodologiques autour de la population concernée	9
1.3.2	Les enjeux éthiques autour de la question abordée	11
1.4	Le protocole de l'enquête quantitative nationale.	12
1.4.1	Une enquête multicentrique	12
1.4.2	Une collecte réalisée en milieu médical	12
1.4.3	Un échantillon de femmes adultes francophones	13
1.5	Les modalités de collecte des données dans les consultations gynécologiques.	13
1.5.1	Phase 1 : préparation de la collecte dans le centre de santé	13
1.5.2	Phase 2 : la collecte des données individuelles	14
1.5.3	Phase 3 : le volet complémentaire	14
1.6	Les deux questionnaires.	15
1.6.1	Volet individuel	15
1.6.1	Volet complémentaire médical	16
1.7	Les enquêtrices	16
1.8	Le bilan de la collecte des données : la quasi totalité des objectifs atteints.	17
1.8.1	Un taux de refus proche des enquêtes du même type et un taux d'abandon extrêmement faible	19
1.8.2	Les bilans régionaux	21
1.9	Elaboration de la base de données : un travail concomitant et mené par l'équipe de collecte.	26
PARTIE 2	Les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon	27
2.1	Profil de l'échantillon global	27
2.1.1	Situations démographique et familiale des femmes enquêtées	28
2.1.2	Situations sociale et professionnelle	30
2.1.3	Origine géographique	32
2.2	Caractéristiques des femmes excisées par rapport à celles des femmes non excisées.	33
2.2.1	Construction de la variable définissant le statut de femme excisées	33
2.2.2	Mise en place du cadre d'analyse cas/témoins	35
2.2.3	Spécificités des femmes cas par rapport aux femmes témoins	37
PARTIE 3	Premiers résultats d'une analyse cas/témoins des conséquences de l'excision sur la santé et la sexualité des femmes.	41
3.1	Les conséquences de l'excision sur la santé des femmes	41
3.1.1	Quelles mesures de la santé ?	41
3.1.2	Les maladies et symptômes	42
3.1.3	Des maladies et symptômes liés à l'excision ?	43
3.1.4	Les conséquences sur les conditions d'accouchement	45

3.1.6	La santé fonctionnelle	47
3.2	Quelles conséquences de l'excision sur la sexualité des femmes ?	49
3.1.1	Les questions sur la sexualité	49
3.1.2	L'entrée en sexualité	50
3.1.3	Vie sexuelle	52
3.1.4	Sexualité récente	53
PARTIE 4	Premiers résultats sur le vécu des femmes concernées par l'excision.	57
4.1	Le risque d'excision	57
4.1.1	Parmi les femmes enquêtées.....	57
4.1.2	Parmi les filles des femmes enquêtées.....	58
4.2	Circonstances de l'excision	62
4.2.1	Les circonstances de l'excision.....	62
4.2.2	L'initiative de l'excision	66
4.3	Conséquences perçues de l'excision	68
4.3.1	Le vécu dans la vie quotidienne.....	68
4.3.2	Le vécu dans la sexualité.....	69
4.4	Les contours de la demande en chirurgie réparatrice	71
4.4.1	Connaissance de la pratique.....	71
4.4.2	L'intérêt ou non pour l'opération.....	72
4.4.3	Les femmes qui ont eu recours à l'opération (ou qui sont en cours)	75
PARTIE 5	Synthèse, pistes de travail et recommandations	79
5.1	Les principaux résultats de l'enquête ExH	79
5.1.1	La faisabilité d'une enquête de grande ampleur sur ce thème est établie.	79
5.1.2	Des premiers résultats à affiner en termes de conséquences sur la santé.	79
5.1.3	Des premiers résultats très nets en termes de conséquences sur la vie sexuelle.....	80
5.1.4	La complexité de la mesure du risque d'excision.....	80
5.1.5	Les contours d'une demande de chirurgie réparatrice	81
5.2	Le programme de travail de production des résultats secondaires	81
5.3	Quelques propositions de recommandations	84
5.3.1	Travailler à la définition d'une prise en charge systématique des femmes ayant subi une excision.....	84
5.3.2	Inscrire la prise en charge des mutilations sexuelles dans le cadre migratoire.	85
BIBLIOGRAPHIE.....		86
ANNEXES.....		88

Ce rapport rassemble les résultats de la partie quantitative du projet de recherche « Exh : excision et handicap », qui se propose de faire un état des lieux de la situation des mutilations sexuelles en France. Soutenu par l'ANR, la DGS, l'Ined et l'ACSE, ce projet a été initié en janvier 2006 dans le cadre du premier appel d'offre blanc « Jeunes chercheuses, jeunes chercheurs » de l'ANR (ANR-05-JCJC-0237). Ce rapport est construit autour de 5 parties qui rassemblent les principaux résultats de cette recherche.

Dans un premier temps, il rappelle l'historique et les objectifs de cette recherche en décrivant le protocole de recherche mis en place pour la réalisation de l'enquête nationale quantitative.

Les deux parties suivantes sont consacrées à la présentation des premiers résultats. D'une part, l'analyse des données collectées sur les conséquences des mutilations sexuelles féminines sur la santé des femmes concernées par le phénomène. D'autre part, l'analyse des déclarations des femmes sur le vécu de leur sexualité. L'analyse est basée sur la mise en œuvre d'une étude de type cas-témoins permettant de mesurer la prévalence de différentes pathologies gynécologiques et génésiques dans les deux échantillons.

La quatrième partie présente l'expérience particulière des femmes ayant subi une mutilation sexuelle et propose une mesure des attentes en matière de prise en charge et notamment en matière de chirurgie réparatrice.

Enfin, la dernière partie du rapport expose le programme d'analyse et de valorisation scientifique des résultats de cette enquête pour la suite ainsi que les propositions de recommandations en termes de réflexion sur une politique de prise en charge des femmes excisées.

PARTIE 1 HISTORIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

1.1 Les objectifs du projet ExH :

1.1.1 Trois Opérations complémentaires

La question des mutilations sexuelles féminines en France soulève plusieurs problèmes de santé publique différents : l'évaluation du nombre de femmes concernées, la définition des contours d'une prise en charge adaptée des femmes déjà excisées d'une part, et enfin, la prévention de l'excision des filles. Or, on manque à ce jour d'information suffisante, au niveau national, pour concevoir des stratégies d'action publique concertées dans ces différents domaines. Le projet *ExH* se propose d'apporter un certain nombre d'éclairages sur ces deux problèmes de santé publique, à travers trois opérations complémentaires : une estimation nationale du nombre de femmes adultes concernées, une enquête qualitative permettant de mieux saisir les logiques familiales encadrant cette pratique en situation de migration, une enquête quantitative nationale, inédite sur les conséquences de cette mutilation pour les femmes concernées.

1.1.2 L'estimation nationale¹ : Fournir un référentiel.

Initiées dans les années 1960, les migrations africaines vers la France se sont peu à peu féminisées et les femmes sont, en 2004, majoritaires chez les nouveaux entrants d'Afrique Sub-saharienne. Dès le début des années 1980, la pratique de l'excision sur des fillettes nées en France a suscité la réaction des pouvoirs publics et des associations. La première réponse apportée par l'État a pris la forme judiciaire, celle des associations étant avant tout préventive et informative. La France est le premier pays européen à avoir intenté des procès pour des faits de mutilations sexuelles féminines dès 1979 : ces faits relèvent de l'article 222 du code pénal sur les violences. Les peines encourues par les parents et les personnes pratiquant la mutilation peuvent aller jusqu'à 20 ans de réclusion criminelle. En outre, dans le cadre de la protection de l'enfance, les professionnels sont soumis à un devoir de signalement (article 223-6 du code pénal).

Le nombre de femmes concernées en France restait pourtant mal connu, les femmes concernées étant difficilement repérables dans les statistiques publiques². De plus, les mutilations sexuelles touchent en premier lieu des femmes migrantes et donc souvent de nationalité étrangère mais aussi des jeunes femmes nées en France de parents originaires de pays où l'excision est encore pratiquée. Ces dernières sont encore plus difficilement comptabilisables du fait de leur invisibilité statistique : de nationalité française, c'est seulement à travers la nationalité d'origine de leurs parents qu'il est possible d'estimer le risque qu'elles aient été victimes de mutilations sexuelles. La pratique de l'excision s'est très vraisemblablement perpétuée en France chez les filles de migrants jusqu'au début des années 1980, elle a sans doute régressé ensuite, et a même été abandonnée dans certaines familles, les générations les plus récentes ayant pu bénéficier des campagnes de prévention ciblées sur les petites filles.

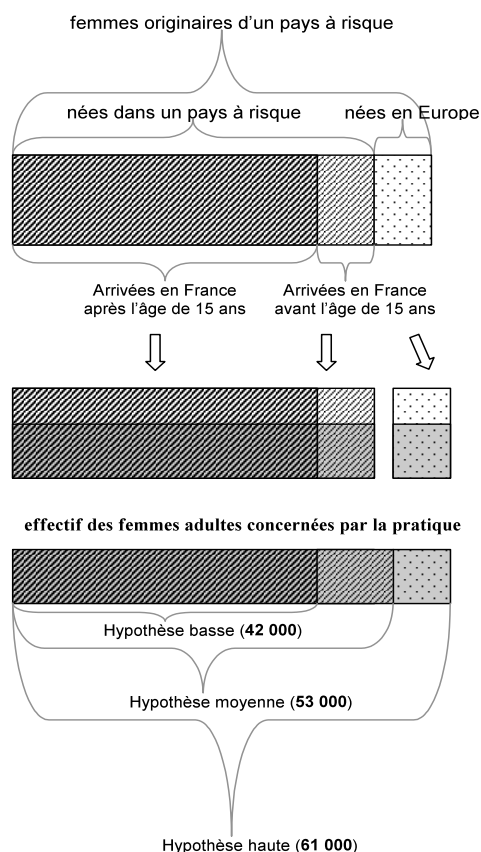
L'estimation du nombre de femmes concernées est difficile mais nous avons cependant proposé une méthode statistiquement valide pour estimer, à partir des données disponibles, le nombre de **femmes majeures** ayant subi une mutilation et vivant en France aujourd'hui. En effet, actuellement, on ne dispose pas de données statistiques nationales permettant d'estimer le nombre de femmes

¹ Les résultats de cette estimation ont été publiés dans le numéro 438 de la revue « Populations et sociétés » de l'Ined (Andro, Lesclingand, octobre 2007) http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1333/publi_pdf1_438.pdf

² Il est difficile d'avoir accès à des données statistiques fournissant la nationalité détaillée par pays des migrantes originaires d'Afrique Sub-saharienne notamment à cause de la faiblesse des effectifs concernés.

concernées dans ces générations plus jeunes. La seule estimation fiable doit donc se limiter à la population adulte, c'est-à-dire âgée de 18 ans et plus.

Figure 1. Estimation du nombre de femmes adultes, vivant en France, victimes de mutilations sexuelles féminines



L'estimation du nombre de femmes adultes concernées par le phénomène en France s'est faite en deux étapes. Dans un premier temps, on a estimé l'effectif de femmes âgées de 18 ans et plus vivant en France, nées dans un pays à risque, ou filles de parents nés dans l'un de ces pays³. Cette population est repérable dans l'enquête sur l'« Étude de l'Histoire Familiale », (EHF), enquête complémentaire au recensement de 1999, réalisée auprès de 380 000 hommes et femmes. L'effectif de 1999 a été actualisé avec les données publiées par l'Insee pour l'année 2004 sur les flux de migrants depuis 1999 définis à partir des données du recensement rénové. Dans un second temps, le nombre de femmes excisées parmi cette population a été calculé en appliquant à chaque sous-groupe de femmes originaires d'un même pays à risque, le taux d'excision observé dans le pays concerné (cf. annexe). On a cependant distingué les femmes nées dans le pays d'origine (8 sur 10) de celles nées en Europe (2 sur 10). Et, au sein des premières, celles arrivées en France après l'âge de 15 ans de celles arrivées avant l'âge de 15 ans, sachant que les mutilations sexuelles féminines sont essentiellement pratiquées avant cet âge.

Trois hypothèses résultent de ce raisonnement : seules les femmes nées dans le pays d'origine et arrivées après l'âge de 15 ans ont connu le risque de mutilation (hypothèse a) ; seules les femmes

³ La définition retenue pour la population de femmes originaires d'un pays à risque est très restrictive : seules les femmes dont le père et la mère sont originaires d'un pays à risque sont comptabilisées.

nées dans le pays d'origine ont connu le risque de mutilation (hypothèse b) ; toutes les femmes originaires du pays d'origine ont connu le risque de mutilation (hypothèse c).

Sous l'hypothèse haute (c), le risque de mutilation est le même quel que soit le lieu de naissance : on applique les taux de prévalence, par pays d'origine, à toutes les femmes originaires d'un pays à risque. Sous l'hypothèse moyenne (b), on suppose que le risque de mutilation est nul pour les femmes nées en Europe : on applique les taux de prévalence uniquement aux femmes originaires et nées dans un pays à risque. Enfin, sous l'hypothèse basse (a), on considère que seules les femmes arrivées en France après l'âge de 15 ans ont été soumises au risque.

En s'appuyant sur une définition relativement restrictive de la population féminine à risque, **on peut estimer qu'en 2004, il y avait près de 53 000 femmes adultes excisées en France**. Pour ces femmes et ces jeunes filles qui ont subi une mutilation et qui en supportent aujourd'hui les conséquences, une politique de prise en charge reste encore largement à définir. L'enquête nationale « Excision et Handicap » (ExH) présentée dans la suite de ce rapport apporte une meilleure connaissance des conséquences sanitaires, sociales et psychologiques des mutilations afin de fournir les éléments d'une prise en charge systématique et adaptée aux femmes mutilées vivant aujourd'hui en France.

La prévention auprès des fillettes et jeunes filles vivant en France doit continuer à être soutenue par les pouvoirs publics. Si les excisions sont désormais très rarement pratiquées sur le sol français, elles restent une menace bien réelle dans la plupart des pays d'origine concernés. Ces nouvelles formes de risque de mutilation doivent donc être systématiquement prises en compte dans les cas de séjour temporaire ou de reconduite dans les pays d'origine. Afin d'apporter des éléments de compréhension des logiques sociales et familiales qui entourent la perpétuation ou l'abandon de ces pratiques, le projet ExH comporte aussi un volet qualitatif basé sur l'analyse d'entretiens avec des femmes et des hommes migrants ou descendants de migrants en prise avec ce phénomène.

1.1.3 *L'enquête qualitative⁴ : Mieux comprendre les dynamiques familiales.*

Les pouvoirs publics français sont donc confrontés à la nécessité de poursuivre des politiques de prévention des excisions des filles et jeunes filles originaires de pays à risque. Mais ils doivent le faire en tenant compte du contexte familial dans lequel cette pratique s'exerce. De notre point de vue, il s'agit d'une part de convaincre certains responsables légaux (le père et la mère) d'abandonner cette pratique, et d'autre part de soutenir ceux qui sont déjà convaincus en leur donnant les moyens de s'en tenir à leur décision. Pour mener à bien ce travail de prévention, il est nécessaire de comprendre de manière fine le sens et les enjeux de cette pratique dans les milieux familiaux concernés aujourd'hui, de saisir les motivations et les stratégies des familles afin de comprendre pourquoi certaines d'entre elles envisagent d'exciser leurs filles et d'autres non. L'enquête qualitative du projet ExH, menée auprès de femmes et d'hommes concernés par l'excision, a permis de mettre en avant différents constats.

Tout d'abord, le caractère néfaste et illégal de telles pratiques est mis en avant par tous les enquêtés, hommes et femmes même si certains pensent que cette pratique peut se justifier. Les conséquences pour la vie génésique des femmes sont plus ou moins bien connues mais sont reconnues. La question de l'existence de « droits à la sexualité » pour les femmes n'est pas toujours évidente pour les hommes, notamment quand ils parlent de leurs filles. La question de l'identité et la place de la sexualité dans celle-ci est centrale dans les problématiques des femmes excisées et donc est un facteur central dans la construction du risque de perpétuation de ces pratiques. En effet, ce sont

⁴ Ce volet du projet ExH a été soutenu par l'ACSE et a fait l'objet d'un rapport intitulé « Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine Africaine vivant en France: Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène » (Andro, Lesclingand, Pourette, février 2009). Il s'agit d'une enquête socio-anthropologique basée sur 20 entretiens menés auprès de femmes et 7 entretiens menés auprès d'hommes.

particulièrement les difficultés rencontrées dans leur vie sexuelle qui conduisent les femmes interrogées à aborder la question de l'excision soit dans une perspective de réparation pour elles ou dans une perspective de prévention pour leurs filles. Le droit à la sexualité est sans doute une des dimensions importantes pour l'argumentaire de prévention. La notion de droit à une sexualité épanouie fait sens pour la très grande majorité des femmes interrogées et pour une partie des hommes aussi. Mais le positionnement parfois ambivalent des hommes sur le rôle de l'excision dans le contrôle de la sexualité de leurs filles ou futures filles est un facteur de risque.

La communication autour de la pratique de l'excision est quasi inexistante au sein des familles dans lesquelles des femmes et des filles ont pourtant subi cette mutilation. Parallèlement à cette carence de dialogue dans les familles, les acteurs de santé – gynécologues, médecins, etc... – se montrent souvent peu ou pas informés sur cette pratique et inaptes ou mal préparés à aborder la question avec leurs patientes. Les entretiens ont souligné l'importance des médias et notamment de la télévision comme vecteurs d'information. L'importance de la communication avec les paires – sœurs, amies, cousines – a aussi été mise en évidence. Les femmes regrettent néanmoins l'absence de lieux spécifiques ou de groupes de paroles où elles pourraient rencontrer d'autres femmes excisées et échanger avec elles à propos de leur expérience de l'excision et plus largement celle de la sexualité.

Les femmes interrogées souhaitent protéger leurs filles du risque d'excision. Si elles ne formulent pas de craintes sur le fait que leurs filles puissent être excisées en France, le risque d'excision pour les filles résidant en France aujourd'hui est donc très clairement lié aux voyages dans le pays d'origine. Selon leur parcours, les mères se sentent plus ou moins vulnérables aux pressions familiales. Le risque est fort pour celles qui ont été socialisées en Afrique, indépendamment de leur ancienneté de résidence en France car elles sont encore considérées, par leur famille d'origine, comme des femmes africaines ; de même pour les femmes qui sont ballottées entre les deux univers de référence et qui ne vivent pas très bien leur double appartenance, il persiste un risque latent pour leurs filles. En revanche, le risque est quasiment nul pour les femmes socialisées en France.

C'est principalement autour de l'entrée dans la sexualité que les écarts entre les normes parentales-familiales et les normes sociales de la société d'accueil peuvent être les plus éloignés. L'éducation à la sexualité pour les jeunes adolescents est essentielle, mais il serait aussi important d'y intégrer les parents : informer les familles à la question des droits sexuels est sans doute un enjeu important. Dans ces dispositifs de prévention, il est essentiel de réussir à impliquer davantage les hommes. Même si ces derniers se déclarent souvent peu concernés par le sujet, les entretiens menés auprès des femmes montrent bien leur rôle prépondérant dans les prises de décisions.

Un autre axe primordial de la prise en charge des mutilations sexuelles féminines reste la formation des praticiens médicaux (médecins, gynécologues, sages femmes, infirmières, etc..). La connaissance des conséquences médicales de l'excision doit se renforcer. C'est la démarche initiée par le Ministère de la Santé avec le concours de Gynécologie Sans Frontière et les résultats de l'enquête quantitative *ExH* sont là pour renforcer les connaissances et l'efficacité des protocoles de prise en charge.

1.1.4 L'enquête quantitative : Appréhender l'excision sous l'angle du handicap.

Qu'elles l'aient été avant d'arriver en France ou lors de séjours dans leur pays d'origine, de nombreuses femmes et jeunes filles issues de l'immigration africaine sont excisées. Les conséquences de cette mutilation sont importantes même si elles sont encore mal connues : les femmes victimes d'une excision peuvent souffrir d'infections susceptibles d'entraîner la stérilité ; elles risquent des complications obstétricales au moment des accouchements ; elles peuvent souffrir de problèmes sévères d'incontinence ; au delà de ces complications physiques, elles risquent un état de mal être et des difficultés constantes dans le vécu de leur sexualité. Récemment, une étape importante a été

franchie avec la mise au point d'un protocole de chirurgie réparatrice remboursé par l'assurance maladie. Actuellement, une quinzaine d'hôpitaux et cliniques propose l'opération. Cette avancée médicale ouvre la voie à la réversibilité des lésions qu'entraîne l'excision et il reste là aussi à identifier les situations pour lesquelles cette offre de soins est adaptée.

La mise en œuvre d'une enquête nationale sur ce sujet est un projet inédit en Europe. L'enquête quantitative ExH s'est donnée pour objectif d'étudier les conséquences des mutilations sexuelles féminines sur la santé et la qualité de vie de ces femmes concernées et de mesurer les besoins en chirurgie réparatrice. Au-delà de sa visibilité médiatique et du réel succès des politiques de prévention, l'ampleur du phénomène en France reste mal connue. Cette méconnaissance est en partie due à l'invisibilité statistique des populations concernées (femmes migrantes et issues de l'immigration, originaires de pays à risque) mais aussi au manque de prise en compte et de prise en charge par la santé publique de cette situation. La mise en œuvre d'une enquête de type cas/témoins permet donc d'envisager une mesure de la sur-prévalence de certaines pathologies chez les femmes excisées.

L'enquête quantitative cas/témoin ambitionnait d'interroger 3000 femmes dont 1000 femmes excisées et de 2000 femmes « témoins » afin d'apporter un socle de connaissances sur la santé de la reproduction, le vécu de la sexualité des femmes excisées et le cas échéant, sur l'existence de pathologies spécifiques. On verra par la suite que si l'objectif des 3000 femmes interrogées a été atteint, seules 700 d'entre elles ont été victimes d'une mutilation sexuelle.

L'originalité du projet « ExH » réside avant tout dans le fait d'aborder sous l'angle du handicap et de la réparation, la question des mutilations sexuelles féminines. En effet, c'est un phénomène qui a encore été très peu étudié comme relevant d'un état de mauvaise santé⁵. Les mutilations sexuelles exposent les femmes qui les ont subies à des problèmes de santé chroniques mais aussi à des difficultés quotidiennes dans leur vie sexuelle et affective. Les premiers sont bien établis mais rarement quantifiés ; les secondes sont beaucoup plus mal connues et les besoins en chirurgie réparatrice restent à estimer.

Les conséquences pour la santé des femmes dépendent évidemment du type de mutilation pratiquée (Encadré 1). L'OMS classe les conséquences en matière de santé des mutilations sexuelles féminines en trois catégories : conséquences médicales à court terme (douleur, hémorragie, rétention urinaire, infection et choc lié à l'événement) ; conséquences médicales à long terme (infections pelviennes, stérilité, difficultés menstruelles et problèmes obstétricaux tels que déchirures périnéales, souffrances fœtales, les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales entraînant des problèmes

⁵Depuis le début des années 1990, la prévalence de l'excision dans les pays d'origine est relativement bien mesurée par les Enquêtes démographiques et de santé (EDS), grâce à un module de questions spécifiques aux mutilations sexuelles féminines, qui a déjà été administré dans plus de vingt pays africains (Yoder, 2004). Outre la mesure de la pratique, ces modules permettent d'appréhender les motifs de la perpétuation de la pratique et de mieux en connaître les circonstances (type de mutilation, âge des victimes) et les conséquences pour la santé des femmes. Il existe également de nombreuses études locales, traitant des conséquences des mutilations sexuelles féminines sur les conditions d'accouchement. Nombre d'études réalisées dans des pays à risque portent essentiellement sur les conséquences gynécologiques et obstétricales des mutilations sexuelles (Nour, 2006 ; Morison, 2001 ; Jones, 1999 ; Dare, 2004 ; Collinet, 2002 ; Larsen, 2002). Elles ont permis de dresser un inventaire précis des complications liées à l'excision. Les gênes dans la vie sexuelle et sociale au quotidien des femmes ne sont que très rarement abordées. Des travaux plus anthropologiques mettent en évidence la complexité et la diversité des justifications de la pratique dans les pays africains (Gruenbaum, 2001). Si les mutilations sexuelles sont bien documentées dans les pays d'origine, elles le sont beaucoup moins bien dans les pays d'immigration. En Europe, on recense quelques travaux en Suède, en Grande-Bretagne (Essen, 2005 et 2002) et en Italie (Catania et al., 2007). En France, les études réalisées sur ces questions sont relativement parcellaires et ne concernent quasi-exclusivement que l'Île-de-France. Elles sont axées sur l'évaluation des campagnes préventives et ont été essentiellement réalisées dans les Yvelines, dans les années 1980 et 1990 (Allal, 1985 ; Amara, 2006 ; Gillette-Faye, 2002), et, plus récemment, en Seine-Saint-Denis. Dans les Yvelines, des études faites par les centres de PMI ont montré qu'après plusieurs années de prévention la proportion de fillettes excisées avait diminué de manière significative.

d'incontinence) ; conséquences sexuelles, mentales et sociales (altération de la sensibilité sexuelle, complications psychiatriques telles qu'angoisses ou dépression).

Encadré 1. Les différents types de mutilations sexuelles féminines et leurs conséquences sur la santé des femmes

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue quatre types de mutilations sexuelles féminines :

- type I : excision du capuchon, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris,*
- type II : excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres,*
- type III : excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation),*
- type IV : autre (piqûre, perforation ou incision).*

Les conséquences pour la santé des femmes sont liées au type de mutilation pratiquée. L'OMS les classe en trois catégories :

- les conséquences médicales à court terme, telles que la douleur, les hémorragies, le risque de rétention urinaire, les infections et l'état de choc consécutif à l'événement,*
- les conséquences médicales à long terme, comme les infections pelviennes, la stérilité, les difficultés menstruelles et les problèmes pendant la grossesse et l'accouchement (déchirures périnéales plus fréquentes et souffrances fœtales), les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales entraînant des problèmes d'incontinence,*
- les conséquences sexuelles, mentales et sociales comme l'altération de la sensibilité sexuelle ou les complications psychiatriques (angoisses, dépression).*

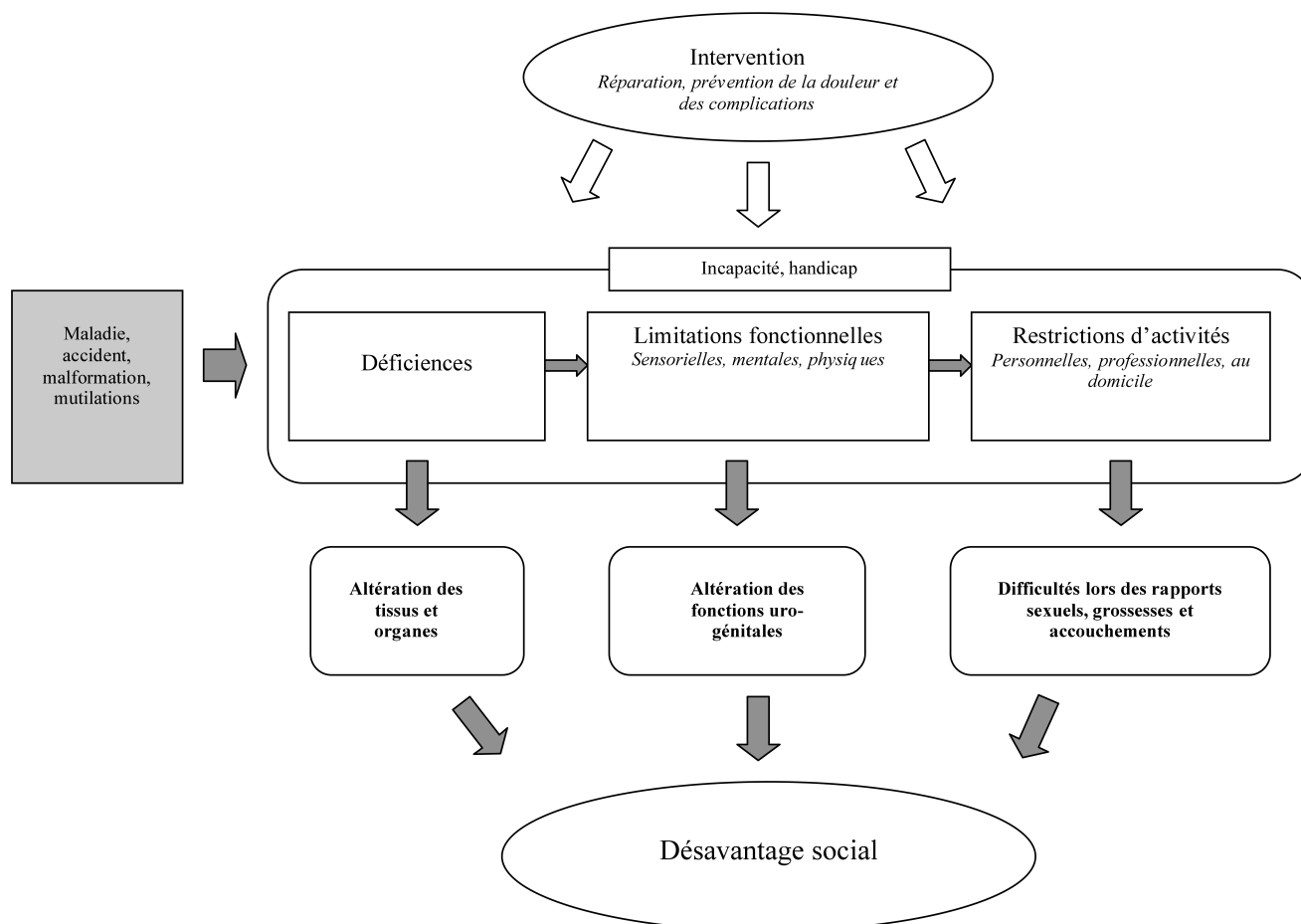
Source : OMS, 2006

Cette catégorisation correspond aux différentes dimensions de l'analyse fonctionnelle de l'état de santé : la déficience (« *problème dans la fonction organique ou la structure anatomique, tel un écart ou une perte importante* »)⁶, l'incapacité (« *toute réduction, résultant d'une déficience, partielle ou totale, de la capacité à accomplir une activité dans les limites considérées comme normales pour un être humain* ») et le désavantage social (« *résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal* ») (WHO, 1993)⁷. Cette approche est très pertinente pour mesurer des conséquences physiologiques des mutilations sexuelles. Par ailleurs elle permet aussi de mesurer, de façon beaucoup plus subjective, la manière dont les femmes restituent et énoncent les conséquences de l'excision sur leur vie sexuelle, notamment, la manière dont elles se sentent contraintes dans leur vie sexuelle et reproductive, mais aussi la façon dont elles se sentent perçues par les institutions de santé en charge des questions de reproduction. Cette approche nécessite de prendre en compte les cadres sociaux et normatifs qui structurent les représentations et les ressentis des femmes concernées. C'est à ce niveau que l'expertise née de l'analyse sociodémographique des sociétés d'origine s'avère incontournable et centrale. Pour saisir dans toute leur complexité les conséquences des mutilations sur la vie matrimoniale et affective des femmes concernées, les catégories d'analyse élaborées dans le cadre des recherches menées en Afrique sub-saharienne sont essentielles. C'est particulièrement important pour comprendre les enjeux liés à la perpétuation des systèmes de genre à ethos inégalitaire qui structurent les sociétés d'origine.

⁶On est ici dans la logique du modèle médical de mesure de l'état de santé, c'est-à-dire qui relève du diagnostic du médecin et permet de mesurer la prévalence des conséquences en terme de santé, directement liées à l'excision (par exemple, prévalence des complications obstétricales au moment des accouchements, chez les femmes excisées).

⁷

Figure 2. Analyse fonctionnelle des conséquences des mutilations sexuelles sur la santé des femmes.



La mesure, à la fois objective et subjective des complications sanitaires et sociales de l'excision permet alors de mettre en évidence, de discuter et d'identifier le profil des femmes susceptibles de recourir à la chirurgie réparatrice et de proposer une mesure de ces besoins.

Pour évaluer les répercussions de l'excision sur la santé des femmes, on abordera la santé dans ces trois dimensions :

- **la morbidité** : c'est à dire les maladies et troubles cliniques rapportées par les femmes et le médecin.
- **la santé fonctionnelle** : c'est à dire les conséquences de ces maladies et troubles cliniques pouvant se traduire par des déficiences, handicaps, limitations fonctionnelles dans la vie reproductive et sexuelle.
- **la santé perçue** : c'est à dire le ressenti des femmes concernées quand à leur état de santé.

La finalité du projet étant de faire explicitement entrer la question des mutilations sexuelles féminines dans le domaine de la santé publique afin d'améliorer la prise en charge des femmes concernées et de définir des protocoles de suivi adaptés à leurs pathologies, il est nécessaire d'interroger de manière approfondie un nombre important de femmes afin de disposer d'une puissance statistique suffisante pour valider la prévalence des différentes maladies, troubles etc... liées à l'excision. D'où la mise en œuvre, par étape d'une enquête de grande ampleur dans plusieurs régions françaises.

1.2 Historique de l'enquête quantitative nationale.

Initié par Armelle Andro et Marie Lesclingand dans le cadre de leurs activités de recherche en 2006, le projet de mener une enquête inédite en Europe auprès de femmes migrantes ou descendantes de migrantes sur leur vécu des conséquences des mutilations sexuelles, a rencontré les préoccupations des acteurs de la lutte contre ce type de violence et du ministère de la santé. La conjonction de volonté scientifique, politique et financière a permis de développer et de porter dans la durée ce projet d'enquête. On est ainsi passé d'un projet d'enquête départemental (en Seine Saint Denis) à un projet d'enquête nationale (dans 5 régions) grâce au soutien institutionnel et financier de plusieurs acteurs.

1.2.1 Une équipe de recherche pluri-disciplinaire et une inscription institutionnelle multiple.

L'équipe de recherche s'est constituée autour du centre de recherche du CRIDUP⁸ à l'Université de Paris 1, centre de recherche qui a depuis plusieurs années une expertise reconnue sur la question des violences faites aux femmes et sur l'analyse des comportements sexuels⁹. Les collaborations scientifiques étant régulières entre l'Université de Paris 1 et l'INED, l'unité de recherche « Démographie, Genre et Sociétés » de cet institut s'est fortement impliqué dans le projet. Enfin, l'expertise en matière de migrations du laboratoire de l'URMIS à l'Université de Nice Sophia Antipolis a été aussi mobilisée. L'équipe ExH est donc formée de 6 chercheuses : deux enseignantes chercheuses de l'Université de Paris 1, rattachées au Cridup, Armelle ANDRO, responsable du projet et Maryse JASPARD, une enseignante chercheuse de l'Université de Nice, Marie LESCLINGAND ; Emmanuelle CAMBOIS, chargée de recherche à l'Ined , spécialiste des questions de santé publique et de handicap ; Dolorès POURLETTE, anthropologue, spécialiste de l'étude des femmes migrantes a coordonné l'enquête qualitative et Christelle CIRBEAU, experte démographe, chargée d'étude sur le projet ExH, a coordonné l'enquête quantitative.

1.2.2 D'une enquête départementale à une enquête nationale

C'est tout d'abord l'Agence Nationale de la Recherche (ANR) qui a soutenu financièrement (120 000 €) le projet ExH, dans le cadre de l'appel d'offre « Jeunes chercheuses-jeunes chercheurs » de 2005. Il s'agissait alors de mener une enquête sur le département de la Seine Saint Denis. A l'initiative d'Emmanuelle Piet, médecin responsable des PMI du département de la Seine Saint Denis, nous avons alors envisagé de proposer un projet d'enquête de plus grande ampleur à la Direction Générale de la Santé.

En effet, dans la suite au rapport du Docteur Jacques Lebas sur les questions de « Genre et violence » mené dans le cadre des travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé, le Ministère de la Santé, en association avec le secrétariat d'Etat à la Cohésion Sociale et à la Parité a initié une réflexion visant à définir un plan d'action dans la lutte contre les mutilations sexuelles féminines et dans la prise en charge des femmes concernées, au niveau national d'une part¹⁰ et régional d'autre part¹¹. Dans le cadre de ce plan national d'action pour l'abolition des mutilations

⁸ Centre de Recherche de l'Institut de Démographie de l'Université de Paris 1.

⁹ Le Cridup, par l'intermédiaire de Maryse Jaspard, enseignante-chercheuse à l'Université de Paris 1 a notamment été le porteur de projet de l'enquête ENVEFF, première enquête nationale sur les violences envers les femmes. Par ailleurs, Armelle Andro a fait partie de l'équipe de recherche de l'enquête CSF, contexte de la sexualité en France.

¹⁰ Colloque « Pour en finir avec les mutilations sexuelles féminines », 4 décembre 2006, Institut Pasteur

¹¹ C'est ainsi que neuf colloques ont eu lieu entre juin 2006 et décembre 2008 en Ile de France, Provence Alpes Côte d'Azur, Nord Pas de Calais, Pays de Loire, Haute Normandie, Picardie, Poitou Charente, Rhône Alpes et Champagne Ardenne. Les services déconcentrés des ministères chargés de la santé, la Jeunesse, des sports et de la vie associative, ceux du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, des 9 régions les plus concernées, en collaboration avec les associations "Gynécologie Sans Frontières" et le "GAMS", ont organisé des séminaires de sensibilisation sur les Mutilations Sexuelles Féminines.

sexuelles féminines, la Direction Générale de la Santé (DGS) a apporté son soutien institutionnel et financier (70 000€) à l'enquête quantitative ExH, lui permettant de prendre une dimension nationale. Enfin, l'implication financière et logistique de l'Ined (70 000 €) a permis d'asseoir définitivement la faisabilité de ce projet.

1.2.3 Le comité de pilotage.

Le comité de pilotage a été mis en place en février 2007 et a été régulièrement réuni lors des phases de préparation, de test et de collecte des données de l'enquête. Ainsi les questionnaires et le protocole de collecte ont été élaborés sous l'égide du comité de pilotage et validé par ce dernier. Ses membres sont à la fois des experts des questions de santé publique, des acteurs incontournables du champ de la lutte contre les mutilations et des acteurs de la santé publique dans les régions impliquées dans l'enquête.

Le comité est présidé par Henri Jean Philippe (Gynécologie Sans Frontière). Il est constitué de : Nicole Matet (Direction Générale de la Santé), Dominique Chanaud et Hélène Lansade (DRASS Provence Alpes Côtes d'Azur), Stéphanie Gentile (INSERM), Muriel Prudhomme (Conseil Général de Seine Saint Denis), Emmanuelle Piet (Conseil Général de Seine Saint Denis), Nathalie Bajos (INSERM). Isabelle Gillette-Faye (GAMS), Marie-France Casalis (Droit des femmes), Valérie Ledour (Conseil Général Essonne), Annie Robert (Conseil Général du Val de Marne), Brigitte Dutilleux (Conseil Général du Val de Marne), Sandra Charpentier (DRASS Haute Normandie), Mélanie Horoks.

Ce comité sera à nouveau sollicité pour discuter et valider le rapport de l'enquête quantitative dans les prochaines semaines.

1.3 Enjeux méthodologiques de l'enquête quantitative nationale.

La mise en œuvre d'une enquête sur un tel sujet soulève de nombreuses difficultés méthodologiques mais aussi et avant tout éthiques. Première difficulté, la population enquêtée est rare et difficile à échantillonner. Deuxième obstacle, le statut de femme excisée n'est pas toujours connu par les femmes concernées ou par les personnels de santé qui les reçoivent et n'ont pas toujours l'expertise nécessaire pour établir un diagnostic, ce qui rend difficile l'identification des femmes à enquêter. Le choix des lieux d'enquête est donc déterminant pour la réussite de la collecte des données. Mais au delà des questions méthodologiques, ce sont surtout les enjeux éthiques et déontologiques qui se posent avec acuité lorsque l'on enquête sur une expérience intime dramatique souvent taboue et source de souffrances. Il est essentiel de préserver les femmes qui acceptent de répondre au questionnaire en mettant en œuvre un dispositif d'enquête qui évite de manière très claire de les mettre en difficulté.

1.3.1 Les enjeux méthodologiques autour de la population concernée.

L'enquête cumule donc plusieurs difficultés méthodologiques liées à la nature de l'événement étudié ainsi qu'à la rareté et à l'invisibilité statistique de la population concernée. Ce sont à la fois les femmes migrantes (nées à l'étranger) originaires de pays où l'excision est traditionnellement pratiquée et les femmes nées de parents (un parent ou les deux) originaires de ces pays qui sont susceptibles d'avoir été excisées (toutes ne le sont évidemment pas). Il s'agit d'une sous-population relativement rare dans l'ensemble de la population française et surtout très difficilement repérable dans les bases de données de la statistique publique. L'identification d'un échantillon à partir d'une base de sondage est donc impossible.

Les données agrégées fournies par l'actualisation du recensement de 2004 ont permis d'estimer le nombre total de femmes adultes concernées en France. Il s'agit des femmes majeures, nées dans un pays à risque ou nées de parents originaires d'un pays à risque à qui on a appliqué les risques d'excision existant dans les pays d'origine (la prévalence de la pratique étant établie à travers les enquêtes EDS) (Andro, Lesclingand, 2007). Mais ces femmes ne sont pas identifiables individuellement.

Par ailleurs seule une partie des régions françaises est confrontée au problème des mutilations sexuelles : l'Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Rhône-Alpes, Haute-Normandie, Picardie et Nord-Pas-de-Calais sont les 6 régions dans lesquelles les populations concernées ont été le plus identifiées. Trois nouvelles régions, les Pays de la Loire, le Poitou-Charentes et la Champagne-Ardenne rejoignent depuis peu les précédentes, suite à l'installation de nouvelles populations originaires des pays à risque. La prise en charge de cette question de santé publique varie donc beaucoup selon les départements : seuls certains d'entre eux ont mis en place des politiques volontaristes sur la lutte contre les mutilations sexuelles en sensibilisant les professionnels de santé, en faisant des formations sur le thème, en ouvrant des consultations spécifiques, etc... Dans d'autres cas, le phénomène reste encore mal appréhendé et une réelle mobilisation a du mal à émerger.

C'est en tenant compte de ces deux dimensions (présence de population concernée et mobilisation du secteur de la santé publique), que 5 régions ont été retenues pour participer à l'enquête ExH :

- L'Ile de France,
- la Provence Alpes Côtes d'Azur,
- le Nord Pas de Calais,
- la Haute Normandie,
- les Pays de Loire.

D'après nos propres calculs, basés sur les données de l'enquête « Etude de l'Histoire Familiale » de l'Insee¹², près de 60% des femmes migrantes originaires de pays à risque résidait en Ile de France. Les pourcentages dans les autres régions étaient inférieurs à 10%. Sur ces bases, nous avons donc envisagé d'enquêter 600 femmes excisées en Ile de France et 100 dans chacune des autres régions. Pour mettre en œuvre notre étude cas-témoins, nous avons donc proposé d'interroger 1 200 femmes témoins en Ile de France et 200 dans chacune des autres régions.

Ces choix étant effectués, il s'agissait alors de définir une méthode d'identification des femmes cibles qui soit compatible avec le respect de leur vie privée et notamment de la connaissance ou non qu'elles ont de leur statut. En effet, le statut de femme excisée n'est pas toujours connu ni par les femmes concernées, ni par les professionnels de santé susceptibles de les avoir auscultées. Les femmes concernées n'ont pas forcément de souvenir personnel de l'événement et compte tenu des non-dits entourant ces pratiques, elles ne savent pas nécessairement qu'elles ont subi cette mutilation. C'est principalement le cas des plus jeunes d'entre elles, nullipares et donc non encore suivies dans le cadre d'une grossesse. De plus, les personnels de santé ont souvent des difficultés à aborder la question avec les femmes et ne les informent pas automatiquement de leur statut de femme excisée. Parfois, ils ne sont pas en capacité d'établir le diagnostic de mutilation par manque de formation et de connaissances sur le sujet.

¹² Barre, Vanderschelden, « L'enquête Etude de l'histoire familiale, résultats détaillés », INSEE Résultats Sociétés, n°33, Août 2004.

Il est donc nécessaire de construire un dispositif de collecte qui permette de trouver les femmes considérées et de les interroger mais *sans savoir de manière certaine avant l'entretien* si elles sont ou non concernées par les mutilations sexuelles féminines. L'enjeu central est alors de ne surtout pas mettre les femmes enquêtées en difficulté vis à vis de cette question très difficile. Ce sont ces précautions qui expliquent le nombre assez élevé de questionnaires qui ont finalement été déclassés (Cf. 1.7) parce que certaines femmes ont répondu à l'ensemble des questions alors qu'elles ne faisaient pas partie de la population cible mais l'enquêtrice ne les a pas interrompues.

1.3.2 *Les enjeux éthiques autour de la question abordée.*

La question de l'excision est très rarement, voir jamais, abordée par les femmes qui sont interrogées dans le cadre de cette enquête. C'est un sujet très sensible et intime, source de souffrances souvent indicibles. De plus, dans le cas particulier de la situation de migration et de la confrontation aux normes de la société d'accueil, la crainte de la stigmatisation est importante pour les enquêtées. Les entretiens et questionnaires exploratoires ont cependant tout de suite montré une demande forte de parole sur cette question de la part de la plupart des femmes ayant subi une mutilation. L'enjeu autour de la passation du questionnaire est donc double : les femmes peuvent avoir des réticences à aborder la question avec une enquêtrice mais ont aussi des attentes fortes vis à vis de cet entretien.

La prise en compte et la gestion de l'interaction enquêtrice-enquêtée doit donc être très clairement élaborée et cadrée au niveau des attentes réciproques. Les enquêtrices craignent le caractère intrusif et potentiellement déstabilisant du questionnement et peuvent être confrontées à des situations de détresse (sociales, psychologiques, etc...) qui rendent la mise à distance et la posture d'enquêtrice compliquée. Les enquêtées peuvent avoir des attentes d'écoute et de réponse très importantes qui dépassent le simple cadre du questionnaire d'une enquête socio-démographique et qui ne doivent absolument pas être occultées.

Par ailleurs, les femmes qui ne sont pas informées de leur statut, qui ne savent pas, ou pas encore qu'elles sont excisées, qui ne veulent pas savoir si elles le sont ou non, ne doivent en aucun cas être mises en difficulté par l'enquête. L'annonce d'une telle situation ne doit se faire que dans le cadre d'une consultation médicale ou sociale et dans tous les cas avec un professionnel formé.

Enfin, autre dimension très importante, les mutilations sexuelles féminines sont des pratiques interdites, condamnables et lourdement sanctionnées pénalement en France. Les professionnelles du secteur socio-sanitaires et de l'éducation notamment ont un devoir de signalement des cas de mutilations connus sur les mineures et plus largement des cas de mineures ou de familles à risque. Ce cadre légal est très bien connu par les femmes concernées. Par ailleurs, la collecte de données statistiques sur des questions de santé publique nécessite un strict respect de l'anonymat des personnes enquêtées. Il est donc nécessaire de réussir à élaborer un protocole de collecte qui respecte à la fois le cadre légal lié aux mutilations et la confidentialité des informations fournies par les enquêtées. Par ailleurs, d'un point de vue plus technique, les enquêtrices sont souvent confrontées à une population pour partie non francophone. Il serait alors nécessaire de faire intervenir un tiers interprète pour questionner des femmes ne maîtrisant pas le français mais cette possibilité a finalement été écartée.

1.4 **Le protocole de l'enquête quantitative nationale.**

Le questionnaire et le protocole de collecte mis en place ont cherché à résoudre de la manière la plus rigoureuse possible ces différentes difficultés. Afin de lever les difficultés éthiques et méthodologiques posées par un tel projet d'enquête sur les mutilations sexuelles féminines, plusieurs choix se sont imposés :

- L'échantillon est conçu sur une base multiculturelle plutôt que nationale.

- L'enquête est réalisée en milieu médical, lors de consultations gynécologiques c'est à dire dans un cadre dévolu à la santé sexuelle et reproductive.
- Seules les femmes migrantes ou nées de parents migrants, majeures et francophones sont enquêtées. Parmi ces dernières, on trouve notre population cible (les femmes excisées) et notre population témoin (les femmes non excisées).
- Le questionnaire est construit en entonnoir afin de n'aborder la question des mutilations sexuelles que dans un dernier module spécifique et il est passé seulement après avoir recueilli le consentement explicite des enquêtées pour chaque sujet abordé.
- Enfin, des informations et des recours sont proposés aux enquêtées à la fin de l'entretien.

Le protocole de l'enquête et ces questionnaires ont été soumis pour avis au Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé et a reçu un avis favorable qui a été transmis à la Cnil.

1.4.1 Une enquête multicentrique

Les femmes ont donc été enquêtées dans cinq régions (Ile de France, Nord Pas de Calais, Provence Alpes Côtes d'Azur, Haute Normandie, Pays de Loire) dans lesquelles on a sélectionné les secteurs de peuplement les plus susceptibles d'accueillir la population concernée. Dans chaque région, l'enquête a eu lieu dans un ou plusieurs départements, essentiellement ceux dans lesquels la densité de population originaire d'Afrique Sub-saharienne est la plus importante. Dans chaque département, il a été nécessaire d'obtenir les autorisations des services en charge de la santé materno-infantile dans les conseils généraux pour mettre en place la collecte. Les DRASS ont aussi été dans certaines configurations des interlocuteurs importants de la mise en œuvre de l'enquête.

Au sein des départements impliqués et avec la collaboration des acteurs locaux de la santé, une liste des centres de protection materno-infantile (PMI) et des services hospitaliers de maternités pertinents a été constituée. Il s'agit à la fois des centres de santé où la proportion des usagères patientes appartenant à la population concernée est importante et des centres dans lesquels les équipes soignantes étaient en capacité de nous accueillir pour effectuer l'enquête dans des conditions compatibles avec le protocole.

1.4.2 Une collecte réalisée en milieu médical.

Pour accéder à la population concernée, nous avons donc choisi de mener l'enquête en milieu médical, lors d'une consultation en gynécologie ou en planification familiale, c'est à dire **dans un cadre spécifique où les femmes sont disposées à aborder des questions relatives à la sexualité et à la santé sexuelle et où elles sont entourées de professionnels** (gynécologues, sage femmes, conseillères conjugales, psychologues, assistantes sociales, etc...) qui peuvent immédiatement suppléer à l'enquêtrice en cas de nécessité. L'enquête a donc eu lieu dans des centres de Protection Materno-Infantile (PMI) mais exclusivement lors de consultations de gynécologie, dans les services de maternités des centres hospitaliers ayant accepté de participer à l'enquête.

La passation des questionnaires se fait en amont (lors de l'attente) ou en aval (à la sortie du cabinet) d'une consultation au cours de laquelle le médecin ou la sage-femme propose à la femme potentiellement enquêtée de participer à une enquête. Le médecin ou la sage femme propose l'enquête aux femmes qu'ils savent excisées (à la suite d'un examen ou d'une discussion) ou qu'ils pensent excisées (s'il ne l'a pas examiné) ou qu'ils pensent appartenir au groupe témoin (migrantes ou filles de migrants). Si les femmes acceptent de participer à l'enquête annoncée comme une enquête de santé publique, elles sont orientées vers l'enquêtrice qui leur présente le sujet de manière plus précise (voir ci-dessous).

Cette enquête nécessite la collaboration active des professionnels de santé présents sur le site. Ils doivent être convaincus de l'intérêt de l'enquête et d'accord pour répondre aux demandes des femmes suite à l'enquête. Une première période d'observation du fonctionnement des centres dans lesquels a lieu l'enquête a été de ce point de vue essentielle. Elle a permis la prise de contact avec différents personnels et la présentation de la démarche et la préparation de la collecte (fonctionnement des consultations, plannings, évaluation du nombre de femmes susceptibles d'être enquêtées, disponibilités des locaux, etc...).

1.4.3 Un échantillon de femmes adultes francophones...

Seules les femmes majeures sont enquêtées afin de ne pas mettre en difficulté les professionnels impliqués dans la collecte des informations. La prise en charge des femmes mineures victimes de mutilations sexuelles rend quasiment impossible la mise en œuvre d'un questionnaire leur garantissant un strict anonymat. Ce choix méthodologique est de plus motivé par le fait que la chirurgie réparatrice n'est à l'heure actuelle accessible qu'aux femmes majeures et que c'est l'une des finalités de l'enquête que de mesurer la demande potentielle de prise en charge chirurgicale.

Enfin, suite à l'enquête pilote, il a été décidé que seules les femmes francophones seraient interrogées pour éviter l'implication d'un tiers dans l'interaction d'enquête. La présence d'une interprète ne s'est pas avérée concluante, renforçant trop souvent le caractère tabou du discours sur l'excision. Il s'agit cependant d'un biais de sélection important quand au profil de la population finalement interrogée et dont il faut tenir compte à l'analyse.

1.5 Les modalités de collecte des données dans les consultations gynécologiques.

La collecte s'est déroulée dans chaque site selon la procédure suivante qui peut se décrire en trois phases : D'abord la préparation sur le site de la collecte des données, ensuite la passation des questionnaires auprès des femmes et enfin par le remplissage du volet complémentaire par le médecin.

1.5.1 Phase 1 : préparation de la collecte dans le centre de santé.

La première prise de contact avec l'équipe soignante se déroulait généralement lors de la présentation du projet de recherche « ExH ». La coordinatrice de l'enquête a systématiquement présenté l'étude aux différents personnels de l'équipe, répondant à leurs interrogations tant sur le sujet des MSF en général que sur leurs craintes vis à vis de l'opération de collecte.

Cette enquête nécessitant la collaboration des professionnels de santé (médecins, sages-femmes, conseillers conjugaux, puéricultrices et auxiliaires de puériculture), c'est seulement quand l'équipe était d'accord que la collecte se mettait effectivement en place. Les plannings de rendez-vous des centres étant généralement définis un mois à l'avance, le nombre de femmes susceptibles de répondre à l'enquête pouvait être évalué en amont et les jours de collecte planifiés.

1.5.2 Phase 2 : La collecte des données individuelles :

Dans chaque centre, la collecte s'est généralement étalée sur une période de 4 à 12 semaines, à raison de 2 à 3 journées par semaine. Un local était nécessairement dévolu à l'enquête afin de préserver l'intimité de l'entretien. Le questionnaire durait généralement de 15 à 60 minutes.

Une fois la femme potentiellement identifiée comme concernée, elle était orientée vers l'enquêtrice. Le questionnaire est introduit par l'enquêtrice auprès de l'enquêtée par la présentation suivante :

Bonjour, je suis XXX, je travaille pour l'Université de Paris I et l'INED. Nous réalisons une grande enquête sur la santé reproductive et sur tous les problèmes gynécologiques que les femmes peuvent rencontrer au cours de leur vie. Cette enquête est menée dans toute la France auprès de 3000 femmes âgées de 18 ans et plus.

Le but de cette enquête est de mettre en évidence les problèmes particuliers que peuvent rencontrer les femmes afin de mieux former les professionnels de la santé sur ces questions.

Ce questionnaire est strictement anonyme. Vos réponses sont recueillies sans aucune mention de votre nom ou de vos coordonnées. Toutes les réponses que vous pourrez nous apporter resteront totalement confidentielles. Conformément à la loi n°57 711 du 07 juin 1951, les résultats de cette recherche ne peuvent être utilisés que pour produire des statistiques. De plus vous disposez d'un droit de rectifications des informations vous concernant auprès du laboratoire de recherche de l'Université de Paris I (CRIDUP) dont je peux vous donner les coordonnées téléphoniques (contact : CRIDUP, 01 44 07 86 52).

Le questionnaire dure une quinzaine de minutes et je vous remercie d'avance du temps que vous voudrez bien nous accorder.

La première partie du questionnaire est commune à toutes les femmes interrogées et c'est seulement dans une deuxième partie que la question de l'excision est investiguée. Lors du passage au module sur les mutilations sexuelles, l'enquêtrice introduit le sujet sous la forme suivante :

Je voudrais maintenant vous parler d'une pratique qui concerne les femmes dans certaines régions du monde (et notamment en Afrique) et qui consiste à couper certaines parties du sexe des filles. On parle souvent d'excision ou de purification.

Avez vous déjà entendu parlé de cette pratique ?

Si non, => fin du questionnaire

Si oui, vous même avez vous été coupée/excisée/vous a-t-on enlevé quelque chose en bas/avez-vous été purifiée ?

Si non=> information sur les MSF, fin du questionnaire

Si oui=> suite du module sur les MSF

En fin de questionnaire, l'enquêtrice proposait à l'enquêtée plusieurs supports d'informations sur les institutions publiques ou associatives susceptibles de répondre à leurs questions sur les mutilations sexuelles. Ces supports, émanant des services de l'État ou des associations spécialisées ont été validés par les membres du comité de pilotage de l'enquête. L'enquêtrice si nécessaire, proposait à l'enquêtée, de poursuivre si elle le souhaitait la discussion sur ce sujet avec le médecin ou la sage femme lors de la consultation.

1.5.3 Phase 3 : Le volet complémentaire :

A la fin du questionnaire individuel, l'enquêtée se voyait par ailleurs proposer de faire remplir par le médecin ou la sage femme un volet médical complémentaire comportant des informations de diagnostic sur certaines pathologies uro-génitales notamment.

A ce niveau, le consentement explicite de l'enquêtée était sollicité par écrit. Si l'enquêtée donnait son autorisation, elle signait le formulaire de consentement suivant.

J'accepte de participer au volet complémentaire médecin de l'enquête ExH et j'atteste que je suis informée que cette enquête a pour but de mieux connaître les complications de santé liées aux mutilations sexuelles.

J'accepte que les données de ce volet complémentaire fassent l'objet d'un traitement informatisé totalement anonyme.

Date : __/__/____

Signature :

A ce stade, la garantie de l'anonymat était particulièrement soignée. Le volet complémentaire, numéroté, lui était remis dans une enveloppe à son nom sur laquelle était collé le formulaire de consentement signé. Elle la remettait au médecin ou à la sage femme pour que ces derniers le complètent ultérieurement. Après avoir rempli la fiche, le médecin mettait l'enveloppe-consentement dans une urne et le volet complémentaire dans une autre urne. L'anonymat est ainsi respecté : le volet

complémentaire n'étant associé au questionnaire individuel qu'à travers le numéro de l'enquêtée. La confidentialité du dossier médical est ainsi respectée.

Les volets complémentaires n'ont pas pu être remplis dans tous les sites enquêtés. Dans les services hospitaliers notamment, le rythme et l'organisation des consultations n'ont pas toujours permis aux médecins de consacrer le temps nécessaire au remplissage de cette feuille. Elle n'est donc finalement disponible que pour une partie de l'échantillon.

Dans le cadre de ce rapport, les résultats émanant du volet complémentaire médecin n'ont pas été analysés. Le travail de recodage des diagnostics établis par les médecins et l'analyse du taux de réponses des médecins reste à mener.

1.6 Les deux questionnaires.

Le questionnaire individuel de l'enquête ExH est à la fois un questionnaire innovant mais aussi déjà en partie validé scientifiquement. Il s'appuie en effet sur des modules déjà utilisés dans les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) réalisées en Afrique Sub-saharienne depuis une vingtaine d'années, ainsi que dans de grandes enquêtes nationales (enquête nationale périnatale, enquête HID, enquête santé et soins médicaux, enquête événements de vie et santé, enquête Enveff). Certaines questions, notamment celles portant sur la sexualité ont été construites de manière à fournir des résultats comparables avec ceux de l'enquête sur le « Contexte de la Sexualité en France » (CSF) menée en 2006 en population générale¹³.

Le questionnement est construit dans une logique en « entonnoir » permettant d'amener petit à petit les femmes sur la question des mutilations sexuelles en commençant par des questions plus générales sur la santé reproductive. Ainsi la première partie du questionnaire concerne l'ensemble des femmes enquêtées (les cas et les témoins) alors que la deuxième partie ne s'adresse qu'aux femmes ayant subi une mutilation sexuelle. Enfin, le questionnaire individuel est complété par un volet complémentaire médical.

1.6.1 Volet individuel

Dans ce volet individuel, on cherche, après avoir recueilli le profil socio-démographique des enquêtées, à connaître et mesurer les pathologies notamment liées à l'appareil uro-génitale mais aussi à l'état psychologique ainsi qu'aux handicaps ressentis. On s'intéresse d'une part aux dysfonctionnements physiques (complications au moment de l'accouchement, problèmes d'incontinence, vie sexuelle) et aux conséquences sociales et psychologiques (vécu de la sexualité). Dans un deuxième temps et seulement pour les femmes concernées et qui acceptent d'aborder le sujet, on s'intéresse à l'histoire de leur excision, à leur vécu de cette situation, à leurs éventuelles attentes en matière de prise en charge. Ce questionnement se structure dans 6 modules dont 3 spécifiques aux seules femmes excisées.

¹³ N Bajos, M Bozon, N Beltzer 2008 – « Enquête sur la sexualité en France, pratiques, genre et santé », La Découverte.

Les 3 premiers modules sont communs et posés à toutes les femmes sans que l'on sache si elles sont « cas » ou « témoins » :

- Module 1 : Caractéristiques socio-démographiques de l'enquêtée et notamment un tableau des grossesses très détaillé.
- Module 2 : Questions de santé générale comprenant une partie détaillée sur les maladies et symptômes potentiellement en lien avec l'excision.
- Module 3 : Questions sur la vie sexuelle comprenant une partie détaillée sur les difficultés.

Les trois modules suivants sont spécifiques et posés exclusivement aux femmes « cas » :

- Module 4 : Description des circonstances de l'excision si les femmes s'en souviennent
- Module 5 : Perception de la pratique de l'excision et intentions vis à vis des filles si elles en ont.
- Module 6 : Connaissance et perception de la chirurgie reconstructrice/réparatrice.

On rappelle ici qu'à la fin du questionnaire, les femmes se voyaient systématiquement proposer de la documentation sur les recours possibles en cas de mutilation et étaient réorientées vers les intervenants du centre de santé si besoin.

1.6.2 Volet complémentaire médical

Les médecins et les sages femmes qui reçoivent les femmes pour un suivi de grossesse, pour un suivi de contraception ou pour un suivi médical autre étaient sollicités par les enquêtrices pour remplir une fiche pour chaque enquêtée qui en avait accepté explicitement le principe. Il s'agissait dans le cadre de ce volet complémentaire d'établir un diagnostic médical sur le statut de la femme vis à vis de l'excision et de recenser les pathologies et les complications qui peuvent lui être liées.

La qualité de remplissage de ce volet médecin est très variable d'un cas à l'autre. Le manque de temps explique en grande partie les difficultés rencontrées par les enquêtrices pour récupérer les volets complémentaires auprès des professionnels. Cependant, dans le cadre de ce rapport, nous n'avons pas encore exploité ces données, elles le seront ultérieurement.

1.7 Les enquêtrices :

Le sujet de l'enquête étant particulièrement sensible, le recrutement, la formation et le suivi des enquêtrices ont été particulièrement soignés tout au long du projet ExH. Compte tenu des conditions d'enquête (des déplacements nombreux dans les différents centres de PMI et hôpitaux) et de la difficulté du sujet abordé, les enquêtrices ont été embauchées sur des contrats à mi-temps. L'équipe a été exclusivement de femmes pour des raisons évidentes de facilitation de l'interaction enquêteur-enquêté.

29 enquêtrices ont travaillé pendant des durées diverses, allant de 1 à 6 mois, à la collecte des données ExH. Elles étaient étudiantes dans des cursus en lien avec les enquêtes sociales, enquêtrices de l'INSEE ou professionnelles de santé (sage-femme, interne, etc.). Dans l'équipe d'enquêtrices, 7 d'entre elles étaient africaines ou d'origine africaine et ont pu, dans certaines situations, introduire des éléments de traduction dans la passation du questionnaire.

Tout au long de la collecte, des débriefings ont été organisés collectivement ou individuellement avec la coordinatrice du terrain pour permettre aux enquêtrices de partager leur expérience et dans la mesure du possible, de gérer leur exposition dans l'interaction d'enquête.

1.8 Le bilan de la collecte des données : la quasi totalité des objectifs atteints.

La collecte des données de l'enquête « ExH » s'est terminée à la fin du mois de février 2009. **3093 femmes** ont été interrogées entre février 2007 et février 2009 dans **74 sites** de consultations gynécologiques, dans **5 régions**.

Sur ces 3093 questionnaires, **195 questionnaires** ont dû être déclassés, les femmes concernées n'appartenant finalement pas à la population cible : elles ne pouvaient pas faire partie de l'échantillon n'étant pas migrantes ou filles de migrants. Il s'agit dans la majorité des cas de femmes originaires des départements d'outre mer ou de femmes descendantes de descendants de migrants. Sur les 2898 questionnaires restant, **16 questionnaires** ont été considérés comme des abandons (Cf. 1.7.1) C'est donc finalement un échantillon de **2882 femmes** qui est exploitable. Sur ces 2882 femmes, **714 femmes excisées** ont été interrogées, ainsi que **2168 femmes non excisées**, entrant donc dans la catégorie de femmes « témoins ». Parmi, les 714 femmes excisées, 29 femmes ont déclarées ne pas savoir si elles étaient excisées et l'information a été reconstruite par ailleurs (Cf. Partie 2, 2.1).

Les objectifs en terme d'échantillon escompté (Tableau 1) ont été atteint pour les femmes témoins : le nombre de 2000 femmes « témoins » a finalement été dépassé. En revanche, le nombre de 1000 femmes excisées interrogées a dû être revu à la baisse malgré le prolongement de la collecte sur plusieurs mois. Cet écart par rapport aux prévisions initiales est lié à la difficulté à atteindre les objectifs fixés dans certaines régions (tableau 1) : Si la collecte des données a été très proches des objectifs en Ile de France (95% de l'échantillon cas et 111% de l'échantillon témoin prévus) et dans une moindre mesure en Haute Normandie (74% des cas et 53% des témoins), elle a par contre été plus décevante dans les autres régions, notamment en ce qui concerne la population des cas.

Cependant, la taille de l'échantillon atteint est néanmoins suffisante pour mettre en œuvre l'analyse « cas-témoins » envisagée pour mesurer les conséquences des mutilations sexuelles sur la santé des femmes. De plus, un échantillon de ce type est à l'heure actuelle une source de données totalement inédite dans un pays d'accueil de populations concernées par les mutilations sexuelles féminines.

Tableau 1. Bilan final de la collecte de l'enquête « ExH » au 28 février 2009

		Echantillon prévu	Echantillon réel	%
Ile de France	Cas	600	572	95
	Témoins	1200	1336	111
Haute Normandie	Cas	100	74	74
	Témoins	200	106	53
Pays de Loire	Cas	100	32	32
	Témoins	200	53	27
P A C A	Cas	100	15	15
	Témoins	200	433	217
Nord-Pas-de-Calais	Cas	100	21	21
	Témoins	200	240	120
Total		3000	2882	

Les questionnaires ont été collectés en majorité (63% pour les témoins et 66% pour les cas) dans les centres de protection materno-infantile (PMI) et plus marginalement à l'hôpital (37% pour les témoins et 34% pour les cas) (Tableau 2). La passation des questionnaires s'est avérée beaucoup plus

simple en centre de PMI qu'en milieu hospitalier : La taille beaucoup plus petite des structures, le rythme beaucoup moins tendu des consultations et, par voie de conséquence, la plus grande disponibilité des personnels dans les centres de PMI a facilité la passation des questionnaires.

Il était cependant essentiel de mettre en place des opérations de collectes à l'hôpital malgré les difficultés rencontrées pour des raisons de représentativité de notre échantillon : Les questionnaires collectés à l'hôpital concernent une population de consultantes qui sont souvent en suivi de grossesse ou en suivi post-natal et cette population est beaucoup plus diversifiée socialement que celles des centres de PMI. Ces derniers drainent essentiellement une population locale qui peut être très homogène du point de vue socio-économique ou du point de vue des origines géographiques dans certains quartiers.

Tableau 2. Bilan de la collecte « ExH » par région

Région	Hôpital		PMI	
	Cas	Témoins	Cas	Témoins
Ile de France	160 (28%)	288 (22%)	412 (72%)	1048 (78%)
Haute Normandie	25 (34%)	38 (36%)	49 (66%)	68 (64%)
Pays de Loire	32 (100%)	47 (89%)	0 (-)	6 (11%)
P A C A	8 (53%)	196 (45%)	7 (47%)	237 (55%)
Nord-Pas-de-Calais	21 (100%)	240 (100%)	0 (-)	0 (-)
Total	246 (34%)	809 (37%)	468 (66%)	1359 (63%)

1.8.1 Un taux de refus proche des enquêtes du même type et un taux d'abandon extrêmement faible.

La population ciblée est difficile à enquêter pour plusieurs raisons : comme on l'a explicité précédemment, c'est une population rare, qui peut avoir des difficultés de communication liées à la maîtrise de la langue, et c'est un sujet sensible et intime dont il est difficile de parler en situation d'enquête. Malgré ces obstacles théoriques initiaux, la collecte s'est très bien passée dans l'ensemble des centres impliqués et le protocole mis en place s'est avéré très opérationnel.

Les refus ont été enregistrés de manière systématique. Ainsi, **776 femmes ont refusé**, après présentation de l'enquête, de répondre à notre questionnaire, soit un taux de refus de **20,1%**. Ce taux de refus est plutôt plus faible que celui des enquêtes portant sur la santé et la sexualité (Tableau 3) : Il est très proche de celui de l'enquête CSF par exemple.

Tableau 3. Comparaison des taux de réponse de l'enquête ExH avec d'autres enquêtes (%)

Enquête	Taux de refus	Soit un taux de réponse
Enquête ExH (2008)	20,1	79,9
Contexte de la Sexualité en France (2006)	21,8	78,2
Baromètre Santé (2005)	39,7	60,3
Connaissances, attitudes, croyances et comportement face au VIH (2004)	16,9	83,1
Analyse des comportements sexuels en France (1992)	24,0	76,0

Note: Ces enquêtes sont généralement des enquêtes téléphoniques et les taux de refus concernent ici les abonnés téléphoniques sur liste blanche.

Avec un taux de réponse de **79,9%**, l'enquête Exh, compte tenu de la difficulté de sujet et de la spécificité de la population enquêtée, est une enquête qui a eu une acceptation très satisfaisante.

Il faut de plus ajouter que le taux d'abandon est très faible : Sur les 3093 femmes interrogées, 16 femmes ayant accepté de répondre au questionnaire ont finalement abandonné en cours d'entretien¹⁴ soit un taux d'abandon de **0,5%**.

Pour chaque refus, les enquêtrices ont noté l'âge, l'origine géographique et le motif invoqué par la femme, si cette dernière était d'accord pour donner ces précisions. Les refus ont été plus nombreux dans la population la plus jeune. Les refus sont plus nombreux pour les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne (Tableau 4).

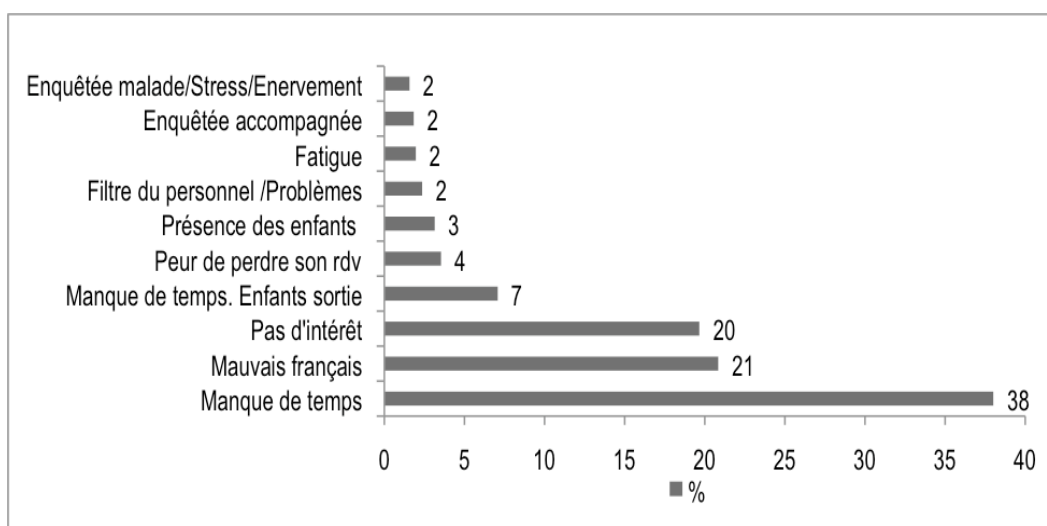
¹⁴ 6 d'entre elles ont été trop gênées par les questions, le mauvais état de santé de 3 autres femmes ne leur a pas permis d'aller au bout du questionnaire, 4 ont abandonné pour des questions de compréhension linguistique, Les 3 dernières ont interrompu le questionnaire pour des raisons autres.

Tableau 4. Bilan des refus par département, âge, origine géographique

Département	Nombre de refus	%
Alpes Maritimes (06)	83	11
Bouches du Rhône (13)	90	11
Eure (27)	7	1
Loire Atlantique (44)	4	1
Nord (59)	17	2
Paris (75)	158	20
Seine Maritime (76)	38	5
Seine et Marne (77)	28	4
Essonne (91)	131	17
Seine Saint Denis (93)	165	21
Val de marne (94)	55	7
Age		
18-29 ans	204	26
30-39 ans	220	28
40 et plus	59	8
Non réponse	293	38
Origine		
Originaire d'Afrique sub-saharienne	430	55
Origine Hors ASS	246	32
Non réponse	100	13
Total	776	100

Parmi les motifs invoqués pour ne pas répondre à l'enquête (Figure 3), on retrouve en premier lieu le manque de temps pour 38% des femmes. Les difficultés dans la maîtrise de la langue viennent ensuite pour 21% des patientes, puis le désintérêt pour cette étude dans 20% des cas.

Figure 3. Motifs invoqués par les femmes pour expliquer leur refus



1.8.2 Les bilans régionaux

L'échantillon envisagé dans chaque région était de 100 femmes cas et 200 femmes témoins sauf en région Ile de France où l'objectif était d'enquêter 600 femmes cas et 1200 femmes témoins. Ces estimations ont été décidées au vu de la répartition de la population cible sur le territoire national (cf. 1.3.1), répartition établie à partir des données de la statistique publique disponible c'est à dire les données des dernières enquêtes de l'INSEE donnant des informations sur l'origine des personnes vivant en France.

La mise en place de la collecte des données sur le terrain a été plus ou moins rapide selon les régions. Ces différences sont liées en partie à une mobilisation plus ou moins importante des structures de santé à la suite des colloques régionaux initiés par le ministère de la santé. Mais elles sont aussi liées aux difficultés d'accès aux interlocuteurs susceptibles d'autoriser la mise en œuvre de l'enquête et enfin à des lenteurs liées au contexte organisationnel de la santé publique en France. Nous avons été confrontées au cours de l'enquête à de nombreuses réorganisations de service, fermetures de centres, changements de personnel, etc.... Ces événements perturbent la disponibilité des personnels vis à vis des enquêtes de santé.

Tableau 5. Bilan de la collecte en mois, enquêtrice et lieu

Région	Nombre d'enquêtrices	Nombre total de mois de collecte	Nombre de lieux de collecte
Ile de France	18	43	48
Haute Normandie	4	4	13
Pays de Loire	2	3	3
Provence Alpes Côtes d'Azur	3	4	8
Nord-Pas-de-Calais	2	3	2
Total	29	57	74

➤ En Ile de France, la collecte s'est très bien déroulée. Après une première vague de collecte dans le Val de Marne et en Seine et Marne au premier semestre 2007, la collecte s'est poursuivie dans l'Essonne et la Seine Saint Denis à l'automne 2008. A Paris, la collecte a débuté à l'automne 2007 et s'est poursuivie de manière plus intensive jusqu'en février 2009. Plusieurs centres hospitaliers ont été impliqués dans l'enquête ExH : l'hôpital inter-communal André Gégouire de Montreuil, le centre hospitalier Robert Ballanger d'Aulnay sous bois, l'hôpital Bichat-Claude Bernard de l'APHP, l'hôpital Jean Verdier de Bondy, le centre hospitalier de Meaux. Par ailleurs une quarantaine de centres de PMI des différents départements franciliens ont participé à cette l'enquête.

Tableau 6. Bilan de collecte Ile de France par département (Effectifs)

Département	Cas	Témoins	Total
Paris (75)	127	258	385 (20%)
Seine et Marne (77)	17	88	105 (6%)
Essonne (91)	79	209	288 (15%)
Seine Saint Denis (93)	265	622	887 (46%)
Val de Marne (94)	84	159	243 (13%)
Total	572	1336	1908

La collecte s'est globalement déroulée dans de bonnes conditions d'accueil de la part des équipes soignantes. Les seules difficultés rencontrées ont souvent été d'ordre logistique : il est difficile de trouver un local disponible dans les consultations qui puisse accueillir une enquêtrice tous les jours. Le manque de locaux a souvent restreint notre temps de présence. C'est particulièrement le cas dans les services hospitaliers qui ont accepté de nous accueillir.

Tableau 7. Bilan de collecte Ile de France par lieu de collecte

Lieu de collecte	Cas	Témoins	Total
Hôpital	160	288	448 (23%)
PMI	412	1048	1460 (77%)
Total	572	1336	1908

La collecte des données dans les autres régions s'avère plus compliquée. La rareté de la population et sa dispersion sur le territoire régional fait chuter la probabilité de rencontrer une femme « cas » dans une consultation. La collecte en milieu hospitalier est alors primordiale car les consultations hospitalières concernent toutes les femmes du secteur. On s'est aperçu que la collecte en PMI n'est pertinente que si les populations ciblées sont dans un habitat ségrégué. Enfin le maillage des territoires par les structures de santé de PMI varie beaucoup d'un département et d'une région à l'autre.

➤ En Haute-Normandie, la collecte a été facilitée par une forte motivation des cadres de la santé publique suite au colloque régional sur les mutilations organisé par le ministère en 2007. Par ailleurs, les populations ciblées par l'enquête ExH résident dans cette région dans des secteurs très spécifiques et regroupés ce qui facilite grandement le travail de collecte des données. Cette collecte a eu lieu entre le mois de juin 2007 et le mois de mai 2008 dans 12 lieux différents (le CHU Charles Nicolle de Rouen, le CHI d'Evreux, 9 centres de PMI et 1 CDAG), de manière plus ou moins continue au rythme des consultations proposées dans les centres impliqués. Elle a mobilisé 4 enquêtrices qui se sont succédées. L'équipe « ExH » a été en mesure d'enquêter finalement 74 femmes cas et 106 femmes témoins. Comparativement aux autres régions impliquées dans l'enquête, il s'agit d'un résultat très satisfaisant.

Tableau 8. Bilan de collecte Haute-Normandie par département

Lieu de collecte	Cas	Témoins	Total
Eure (27)	11	23	34 (19%)
Seine Maritime (76)	63	88	146 (81%)
Total	74	106	180

Le nombre de cas enquêtés est plus important dans le département de la Seine Maritime (63 cas sur les 74). La collecte des données s'est avérée plus facile dans les centres de PMI qu'en milieu hospitalier. C'est un résultat que l'on trouve presque dans toutes les régions impliquées : le rythme de fonctionnement de l'hôpital s'adapte moins bien à la passation d'un questionnaire de ce type.

Tableau 9. Bilan de collecte Haute-Normandie par lieu de collecte

Lieu de collecte	Cas	Témoins	Total
Hôpital	25	38	63 (35%)
PMI	49	68	117 (65%)
Total	74	106	180

Il faut noter que dans certains centres de PMI du département de l'Eure, la collecte a été effectuée lors des consultations de pédiatrie bien que le protocole ne prévoit qu'une collecte exclusive en consultation de gynécologie. Mais les centres de PMI de ce département ne proposant pas ce type de consultation, il a été décidé, avec les équipes soignantes d'organiser la collecte dans des conditions proches du protocole standard (possibilité de faire appel à un professionnel en fin de questionnaire).

➤ Dans les Pays de Loire, la collecte n'a été finalement possible que dans un département malgré les démarches menées par ailleurs. En Loire Atlantique, après des débuts difficiles, la collecte est devenue plus efficace dans les derniers mois. Elle a eu lieu entre le mois d'avril 2008 et le mois de novembre 2008 dans 3 lieux différents (l'hôpital Mère-enfant de Nantes et 2 centres de PMI). Elle a mobilisé 2 enquêtrices qui se sont succédées.

Tableau 10. Bilan de collecte Pays de Loire

Lieu de collecte	Cas	Témoins	Total
Loire Atlantique (44)	32	53	85
Total	32	53	85

La population ciblée par l'enquête était donc présente dans les consultations hospitalières et elle n'a pas été repérée dans la clientèle de centres de PMI particuliers. Des contacts ont été pris avec d'autres villes de la région, mais la population cible étant peu présente, la collecte n'y a pas eu lieu. Compte tenu du type d'organisation du secteur de la santé materno-infantile dans le département Loire Atlantique, seuls 2 centres de PMI proposent des consultations en gynécologie. Après l'expérience précédente dans le département de l'Eure en Haute-Normandie, on a pris la décision de ne pas réaliser

l'enquête dans les centres de PMI lors des consultations de pédiatrie, cela étant difficilement compatible avec le protocole de passation des questionnaires.

Tableau 11. Bilan de collecte Pays de Loire par lieu de collecte

Lieu de collecte	Cas	Témoins	Total
Hôpital	32	47	79 (93%)
PMI	0	6	6 (7%)
Total	32	53	85

Le cas de la région Pays de Loire est intéressant : depuis peu, elle rejoint d'autres régions confrontées aux problèmes des mutilations sexuelles féminines avec l'installation, notamment à Nantes, de populations originaires de pays à risque. Ainsi, 32 femmes excisées ont pu être interrogées à l'hôpital dans le cadre des consultations de gynécologie et d'obstétrique. La mobilisation pour la prise en charge de cette population dans cette région a commencé rapidement.

➤ En région Provence Alpes Côte d'Azur, la collecte a commencé en mars 2008 à l'hôpital et dans plusieurs centres de PMI à Nice. Elle s'est mise en place en mai 2008 à Marseille et s'est poursuivie jusqu'au mois de novembre 2008. Les conditions de collecte étaient bonnes. Cependant le nombre de cas collectés reste faible au regard des prévisions et du nombre de témoins effectivement interrogés. La collecte a eu lieu à Nice à l'Hôpital de l'Archet de Nice et dans 4 centres de PMI, et, à Marseille, à l'Hôpital Nord de Marseille et 2 centres de PMI. Sur l'ensemble de la région, 3 enquêtrices ont passé des questionnaires.

Tableau 12. Bilan de collecte PACA par département

Lieu de collecte	Cas	Témoins	Total
Alpes Maritimes (06)	13	221	234 (52%)
Bouches du Rhône (13)	2	212	214 (48%)
Total	15	433	448

Au cours de l'été 2008, d'autres lieux de collecte ont été investigués pour voir si la population cible était réellement peu présente dans la région ou si les enquêtrices n'avaient pas été bien positionnées sur les aires géographiques pertinentes. Cependant, le nombre de cas collectés est resté le même. On rappelle que l'enquête de prévalence menée au printemps sous la direction de Stéphanie Gentile (Inserm) a donné des résultats provisoires proches de ceux d'ExH.

Tableau 13. Bilan de collecte PACA par lieu de collecte

Lieu de collecte	Cas	Témoins	Total
Hôpital	8	196	204 (46%)
PMI	7	237	244 (54%)
Total	15	433	448

➤ Dans le Nord-Pas-de-Calais, la collecte a été longue à mettre en place par manque d'interlocuteurs au début. Rapidement, le département du Pas-de-Calais n'a pas été concerné de part l'absence de la population cible dans cette zone géographique. Au printemps 2008, 2 hôpitaux ont finalement accepté d'accueillir cette étude. Une période de test de faisabilité de la collecte a eu lieu à Lille et à Roubaix en juin 2008. La collecte a débuté en septembre et s'est terminée en février 2009 à l'hôpital Jeanne de Flandre à Lille et la maternité Paul Gellé de l'hôpital de Roubaix

Tableau 14. Bilan de collecte Nord-Pas-de-Calais

Lieu de collecte	Cas	Témoins	Total
Nord (59)	21	240	261
Total	21	240	261

L'effort a été concentré sur les hôpitaux, car au niveau des PMI, les populations cibles ne résidaient pas dans des secteurs spécifiques et regroupés. En réalisant les entretiens dans les hôpitaux, nous avons rencontré ainsi la population présente aussi dans les PMI. Les 2 hôpitaux ont mis à disposition pendant cette période un local pour que 2 enquêtrices réalisent la collecte dans de bonnes conditions. Ainsi, 21 femmes excisées ont été interrogées à l'hôpital dans le cadre des consultations de gynécologie et d'obstétrique.

Tableau 15. Bilan de collecte Nord-Pas-de-Calais par lieu de collecte

Lieu de collecte	Cas	Témoins	Total
Hôpital	21	240	261
PMI	(-)	(-)	(-)
Total	21	240	261

Suite à la réunion du comité de pilotage du mois de juin 2008, il a été décidé de prolonger la collecte des questionnaires en quelques mois : initialement prévue pour se terminer en novembre 2008, elle a pu être prolongée jusqu'à la fin du mois de février 2009 grâce au soutien de la direction générale de la santé. Compte tenu du peu d'efficacité des opérations de collecte en région, les dernières semaines de collecte se sont concentrées sur la région parisienne et se sont prolongées dans le Nord Pas de Calais.

Cette prolongation a permis d'atteindre un nombre de 714 femmes excisées interrogées.

1.9 Elaboration de la base de données : Un travail concomitant et mené par l'équipe de collecte.

La collecte des données s'étant achevée à la fin du mois de février 2009, il a été nécessaire de conduire l'élaboration de la base en données en parallèle à la collecte. Cette dernière était finalement opérationnelle moins d'une semaine après la clôture du terrain.

En effet, pour garantir la qualité de l'information collectée, nous avons codifié et saisi les questionnaires au fur et à mesure de la collecte pour éviter toute perte d'information liée aux effets de mémoire. Ces étapes essentielles de la préparation de la base de données (codification des questionnaires et saisie des données) ont été prises en charge par certaines enquêtrices qui ont pu ainsi vérifier et corriger si nécessaire les réponses enregistrées dans les questionnaires.

L'enquête Exh ayant été contextualisée et le bilan technique détaillé dans cette première partie, il s'agit dans un deuxième temps de présenter les caractéristiques de l'échantillon de femmes enquêtées en essayant d'en mesurer les spécificités et les éventuels biais.

PARTIE 2 LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON

2.1 Profil de l'échantillon global

L'enquête a donc été menée dans un nombre limité de régions, dans des secteurs particulièrement concernés par la présence de populations migrantes originaires de pays où l'excision est pratiquée et dans des structures de santé relevant du secteur public de la santé de la reproduction.

Compte tenu de ce dispositif particulier de collecte, dont on a précédemment justifié la pertinence (cf. partie 1), l'échantillon n'est pas, par construction, représentatif de la population migrante ou d'origine migrante en France. Il n'est représentatif, compte tenu du caractère systématique de la sélection des enquêtées, que *des femmes francophones, majeures, consultant en gynécologie dans les centres de PMI et les services hospitaliers publics*.

Il n'existe pas à l'heure actuelle de base de sondage disponible permettant éventuellement de redresser notre échantillon par rapport à une population comptabilisée de manière exhaustive. Les données du recensement rénové de la population pourraient dans une certaine mesure nous permettre de connaître les écarts entre notre échantillon de femmes migrantes et la population des femmes migrantes réellement présente sur le territoire français. Mais il reste relativement délicat d'accéder à des données détaillées par pays de naissance et il n'est pas certain que nous soyons autorisées à y recourir. Par ailleurs, le recensement rénové ne permettra pas de connaître le degré de représentativité de notre échantillon de filles de migrantes, cette dernière information n'étant pas, à l'heure actuelle disponible dans les données du recensement. La future enquête « Trajectoires et Origines (TEO) » de l'INSEE pourra par contre nous apporter, lorsqu'elle sera disponible, des informations de cadrage sur les migrants et descendants de migrants, sur un gros échantillon représentatif au niveau national. De même, les femmes venant d'arriver sur le territoire français et ne maîtrisant pas la langue française pourront être mieux étudiées à travers l'enquête primo-migrant de la DRESS qui a interrogé un échantillon de nouveaux arrivants, dans le cadre des procédures d'accueil dans les ANAEM. Des analyses complémentaires allant dans ce sens sont inscrites à notre programme de travail.

En l'état, nous devons nous contenter de définir le plus précisément possible les possibles biais de notre échantillon et de définir alors quelle en est la couverture. Dans l'échantillon ExH, par rapport à la population cible théorique, nous n'avons pas interrogé les femmes qui ne consultent pas en gynécologie dans les centres de PMI ou dans les services de maternité des centres hospitaliers. Les raisons de cette « non-consultation » sont de différents ordres :

- Il faut avoir ou envisager d'avoir une activité sexuelle et reproductive pour consulter en gynécologie. Les femmes qui n'ont pas encore entamé leur vie sexuelle ou qui ont « terminé » leur vie sexuelle et reproductive ne sont pas représentées dans l'échantillon.
- De même que les femmes qui n'ont pas de suivi gynécologique régulier, parce qu'elles n'en ont pas besoin. L'échantillon doit donc sur-représenter les femmes qui, si elles ne sont pas suivies pour des grossesses ou pour leur vie contraceptive, ont des problèmes de santé qu'elles ont identifiés et pour lesquels elles sont venues en consultation. On concentre de ce fait les femmes (cas et témoins) qui gèrent plus facilement leurs problèmes de santé.
- En effet, les femmes qui sont plus en difficultés en termes d'accès aux soins sont sans doute

sous représentées, parce qu'en situation de grande précarité ou parce que non francophone.

- Par ailleurs, les femmes qui s'adressent à d'autres structures de soins, en particulier celles qui sont suivies par des gynécologues de ville, en cabinet, ou qui effectuent leur suivi de grossesse dans des cliniques privées n'ont pas non plus été interrogées.

On peut raisonnablement penser que les femmes les plus jeunes, sans enfants, en bonne santé, issues de milieux sociaux plus favorisés sont peu représentées dans notre échantillon. Mais c'est aussi le cas des primo-migrantes en grande précarité. Le biais n'est significatif que si ces femmes sont nombreuses et ont vraiment des caractéristiques socio-démographiques différentes des femmes de l'échantillon. La comparaison avec les femmes migrantes ou descendantes de migrants interrogées dans le cadre de l'enquête nationale TEO et dans le cadre de l'enquête de la DRESS, permettra par la suite de voir si les femmes de l'enquête ExH présentent un profil familial, social, économique et sanitaire différent ou non de la population de même origine vivant sur l'ensemble du territoire.

Dans tous les cas, les biais d'échantillonnage sont a priori les mêmes pour les femmes « cas » et les femmes « témoins » de notre échantillon. L'échantillon ExH nous permet donc pour l'instant, compte tenu du dispositif d'enquête de type cas/témoin, de mesurer les écarts de déclarations entre les femmes excisées et les femmes non excisées interrogées dans des conditions absolument identiques sur les questions de santé génésique et sur le vécu de la sexualité. La base de données ExH n'est utilisable que pour identifier des sur-risques santé/handicap liés à l'excision et détecter les variables sociales qui expliquent ces sur-risques. Ces sur-risques concernent bien *la population des femmes excisées et consultant de PMI et de services hospitaliers*.

Ces précautions étant posées, on va dresser le portrait des femmes ayant accepté de répondre à notre questionnaire. Il s'agit ici de voir si le lieu de collecte, autrement dit les centres de PMI d'un côté et les services hospitaliers de l'autre sont fréquentés par des femmes ayant des profils différents ou du moins, si les femmes ayant répondu à l'enquête en milieu hospitalier ont les mêmes caractéristiques socio-démographiques que les femmes interrogées lors des consultations en centre de PMI.

2.1.1 Situation démographique et familiale des femmes enquêtées.

Le module « caractéristiques socio-démographiques » du questionnaire était succinct pour ne pas prendre trop de temps dans l'interview et pour ne pas mettre en difficulté des femmes se trouvant souvent dans des situations de grande précarité sociale et économique. Les questions posées permettent cependant de définir un profil familial et démographique assez précis pour les femmes enquêtées.

L'échantillon est constitué très majoritairement de femmes âgées de moins de 35 ans (72%). Les femmes qui ont été interrogées en milieu hospitalier sont en moyenne plus jeunes que les femmes enquêtées en centre de PMI. Cependant la proportion de moins de 25 ans est plus importante dans les centres de PMI : 30% contre 24% à l'hôpital. Cet écart est lié au type de consultation : à l'hôpital, il s'agit en priorité de femmes suivi lors de leur grossesse alors que les plus jeunes qui consultent pour la contraception le font plus souvent dans les consultations de planification familiale des centres de PMI (tableau 1).

Tableau 1. Profil démographique et familial des femmes enquêtées en centre de PMI et à l'hôpital

Âge de l'enquêtée	Hôpital		PMI		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
De 18 à 24 ans	252	24	551	30	803	28
De 25 à 29 ans	285	27	426	23	711	25
De 30 à 34 ans	240	23	333	18	573	20
De 35 à 39 ans	157	15	290	16	447	16
40 ans et plus	121	11	227	12	348	12
Total	1055	100	1827	100	2882	100
<i>Kh² = 20,96 ***</i>						
Statut marital						
Célibataire	433	41	665	37	1098	38
Mariée ou fiancée	544	52	1035	57	1579	55
Divorcée/Séparée/Veuve	71	7	118	6	189	7
Total	1048	100	1818	100	2866	100
<i>Kh² = 7,02 **</i>						
Ecart d'âge entre partenaires						
Partenaire plus jeune	73	8	130	8	203	8
Partenaire plus âgé de 0 à 4 ans	372	41	581	37	953	39
Partenaire plus âgé de 5 à 9 ans	256	29	446	29	702	29
Partenaire plus âgé de 10 à 14 ans	139	15	248	16	387	16
Partenaire plus âgé de 15 à 19 ans	31	3	98	6	129	5
Partenaire plus âgé de 20 à 39 ans	27	3	57	4	84	3
Total	898	100	1560	100	2458	100
<i>Kh² = 12,06 **</i>						
Nombre d'enfants						
Aucun enfant	374	35	475	26	849	29
1 à 2 enfants	447	42	733	40	1180	41
3 à 4 enfants	179	17	456	25	635	22
5 enfants et plus	54	5	160	9	214	7
Total	1054	100	1824	100	2878	100
<i>Kh² = 52,41***</i>						
Champ : Ensemble des femmes enquêtées excluant les femmes non concernées pour l'écart d'âge entre partenaires et les non réponses (n = 2 878)						

On retrouve par ailleurs plus de femmes célibataires dans l'échantillon collecté en milieu hospitalier : 41% contre 37% en centre de PMI. Au delà de ce statut matrimonial, 85% des femmes interrogées ont déclaré avoir déjà eu un partenaire sexuel/conjoint. Ces femmes qui ont ou ont eu des partenaires ont, de manière attendue, des relations avec des hommes plus âgés qu'elles : Leur dernier partenaire a entre 0 et 4 ans de plus qu'elles dans près de 40% des cas. Les écarts d'âge entre partenaires peuvent être cependant beaucoup plus importants : on trouve dans notre échantillon 8% de femmes dont le dernier partenaire a au moins 15 ans de plus qu'elles (10% en PMI et 6% à l'hôpital) (tableau 1).

Enfin, 70% des femmes enquêtées ont déjà au moins un enfant. Les femmes nullipares sont cependant plus nombreuses dans l'échantillon recueilli à l'hôpital puisque 35% des enquêtées n'ont pas d'enfant. Les descendance nombreuses (femmes ayant 3 enfants et plus) représentent 29% de l'échantillon, soit 34% en PMI et 22% dans l'échantillon hospitalier (tableau 1).

Du point de vue démographique et familial, les profils des femmes sont donc sensiblement

différents selon qu'elles ont été interrogées à l'hôpital ou en centre de PMI. Le fait d'avoir ainsi diversifié les lieux de collecte permet donc d'avoir un échantillon finalement plus représentatif de l'ensemble des situations de notre population cible.

2.1.2 *Situation sociale et professionnelle*

La mesure du niveau d'éducation de notre échantillon est relativement compliquée. En effet, au delà des difficultés habituelles liées à l'évolution du système éducatif national qui rend difficile la comparaison des niveaux éducatifs entre les générations, nous sommes confrontées ici à des femmes qui pour certaines ont effectué leur scolarité dans leur pays d'origine alors que d'autres ont été scolarisées en France. Dans le questionnaire, deux questions différentes permettaient de tenir compte des diverses situations. A partir de ces deux variables, une variable synthétique a été construite afin de décrire le profil éducatif des femmes enquêtées, à travers leur niveau de diplôme.

Dans cet échantillon, une petite minorité de femme n'a jamais été scolarisée : 7% au total (5% à l'hôpital, 9% en PMI). A ces dernières, on peut ajouter les 10% de femmes qui ont seulement été scolarisées jusqu'au niveau primaire pour constater qu'une partie de notre échantillon a un capital scolaire très faible. Le reste de l'échantillon se répartit entre 65% de femmes qui ont un diplôme de niveau secondaire ou le baccalauréat et 20% de femmes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat. Les femmes enquêtées en PMI sont en moyenne moins diplômées que les femmes enquêtées à l'hôpital (tableau 2).

En ce qui concerne leur activité économique, les femmes enquêtées sont en emploi pour 35% d'entre elles. Si 30% des femmes enquêtées déclarent avoir déjà travaillé, elles sont seulement 3% à se déclarer chômeuses. 22% de l'échantillon n'a jamais travaillé et 10% sont étudiantes. Globalement les femmes sans emploi et les étudiantes sont plus présentes dans l'échantillon enquêté en centres de PMI (tableau 2).

Les femmes enquêtées sont par ailleurs très homogènes du point de vue de la catégorie socio-professionnelle : elles sont très majoritairement employées (65%) puis étudiantes (13%) et appartiennent aux professions intermédiaires (11%). Leurs partenaires, quand elles en ont un, sont plus souvent ouvriers (51%) ou employés (21%) (tableau 2).

Le profil socio-économique de l'échantillon est donc de manière très attendu un profil de classes populaires. Il restera nécessaire de mener une analyse plus approfondie des statuts d'emploi et des professions exercées par les enquêtées. Les secteurs d'activités dans lesquels ces femmes travaillent peuvent en effet avoir une influence sur leur capacité à recourir plus ou moins facilement au système de santé. L'enquête qualitative montre en effet que des femmes migrantes travaillant dans le secteur des soins à la personne ou dans le milieu de la santé semblent avoir plus de ressources pour formuler des demandes de prise en charge de leurs problèmes de santé en général et particulièrement pour leur santé reproductive.

Tableau 2. Situation socio-professionnelle des femmes enquêtées

Diplôme de l'enquêtée	Hôpital		PMI		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Non scolarisée	54	5	160	9	214	7
Niveau primaire	88	8	206	11	294	10
Niveau secondaire	421	40	776	43	1197	42
Baccalauréat	241	23	362	20	603	21
Baccalauréat et plus	245	23	307	17	552	19
Autres	0	0	8	0	8	0
Total	1049	100	1819	100	2868	100
<i>Khi² = 34,07***</i>						
Emploi de l'enquêtée						
En emploi	415	40	599	33	1014	35
Sans emploi et n'a jamais travaillé	200	19	436	24	636	22
Sans emploi et à déjà travaillé	306	29	546	30	852	30
Retraite	6	1	3	0	9	0
Chômage	46	4	38	2	84	3
Étudiante	77	7	202	11	279	10
Total	1050	100	1824	100	2874	100
<i>Khi² = 40,84***</i>						
PCS de l'enquêtée						
Agricultrices exploitantes	1	0	2	0	3	0
Artisanes, commerçantes et cheffes d'entreprise	15	2	13	1	28	1
Cadres et professions intellectuelles supérieures	37	5	52	4	89	4
Professions intermédiaires	101	12	141	10	242	11
Employées	530	65	858	63	1388	64
Ouvrières	43	5	68	5	111	5
Étudiantes	77	9	202	15	279	13
Petits boulots	2	0	3	0	5	0
Intérim	12	1	17	1	29	1
Total	818	100	1356	100	2174	100
<i>Khi² = 17,75***</i>						
Emploi du partenaire						
Emploi	794	84	1327	81	2121	82
Sans emploi et n'a jamais travaillé	27	3	36	2	63	2
Sans emploi et à déjà travaillé	55	6	122	7	177	7
Retraite	8	1	36	2	44	2
Chômage	35	4	51	3	86	3
Étudiant	31	3	65	4	96	4
Total	950	100	1637	100	2587	100
<i>Khi² = 11,82**</i>						
PCS du partenaire						
Agriculteurs exploitants	0	0	1	0	1	0
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	41	5	66	4	107	5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	69	8	82	5	151	6
Professions intermédiaires	94	11	145	10	239	10
Employés	198	23	306	20	504	21
Ouvriers	400	47	792	53	1192	51
Étudiants	31	4	65	4	96	4
Petits boulots	4	0	13	1	17	1
Intérim	19	2	32	2	51	2
Total	856	100	1502	100	2358	100
<i>Khi² = 15,18**</i>						
Champ : Ensemble des femmes enquêtées excluant les femmes non concernées par les questions sur le partenaire et les non réponses (n = 2 358)						

2.1.3 Origine géographique

Notre échantillon étant par construction un échantillon de femmes migrantes ou descendantes de migrants, la question de l'origine géographique des enquêtées est essentielle. Dans le questionnaire, de nombreuses questions ont tenté de répertorier de manière la plus précise possible la situation des femmes vis à vis de leur pays d'origine. Au delà du pays de naissance de l'enquêtée, des ses parents et de sa nationalité, nous nous sommes intéressés à l'ancienneté de la présence sur le territoire français et dans un deuxième temps, à la fréquence des retours dans le pays d'origine.

Tableau 3. Origine géographique des femmes enquêtées

Ancienneté de la présence sur le territoire français	Hôpital		PMI		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Enfance en Europe ¹	296	28	483	27	779	27
Enfance à l'étranger, en Europe depuis - de 10 ans	505	48	865	48	1370	48
Enfance à l'étranger, en Europe depuis + de 10 ans	243	23	470	26	713	25
Total	1044	100	1818	100	2862	100
<i>Khi² = 2,6 ns</i>						
Pays de naissance						
Europe	266	25	441	24	707	25
Amérique	27	3	59	3	86	3
Asie et Moyen Orient	14	1	67	4	81	3
Afrique septentrionale	144	14	393	22	537	19
Afrique occidentale	339	32	534	29	873	30
Afrique centrale	211	20	257	14	468	16
Afrique orientale	54	5	76	4	130	5
Total	1055	100	1827	100	2882	100
<i>Khi² = 54,26***</i>						
Champ : Ensemble des femmes enquêtées (n = 2 882)						

Près de la moitié de l'échantillon a grandi à l'étranger et ne réside en Europe que depuis moins de 10 ans (48%). L'autre moitié de l'échantillon se répartit entre des femmes qui ont grandi en Europe (27%) et des femmes qui ont grandi à l'étranger mais résident en Europe depuis plus de 10 ans. A ce niveau, l'échantillon des femmes enquêtées en centres de PMI et en milieu hospitalier est similaire (tableau 3).

En ce qui concerne les pays d'origine (c'est à dire pays de naissance de l'enquêtée ou pays de naissance des parents), un quart des femmes interrogées est né en Europe, un tiers, en Afrique de l'Ouest, 19% en Afrique de l'Est et 16% en Afrique centrale (tableau 3).

¹ A plus de 95 %, il s'agit de femmes qui ont grandi en France.

2.2 Caractéristiques des femmes excisées par rapport à celles des femmes non excisées.

Dans l'ensemble de l'échantillon enquêté, il s'agissait de repérer les femmes ayant subi une mutilation sexuelle. La question leur a été posée explicitement dans la deuxième partie du questionnaire et les 3 modalités de réponses de réponses étaient alors possible : « oui », « non » ou « ne sait pas ». Il existe en effet une partie des femmes qui ne sont pas au courant de leur statut vis à vis de l'excision. Pour ces dernières, c'est à travers le volet complémentaire rempli par le médecin qu'il est théoriquement possible d'identifier celles qui sont excisées et qui ne le savent pas et celles qui ne sont pas excisées.

2.2.1 Construction de la variable définissant le statut de femme excisées

La construction de la variable définissant le statut de femme excisée est fondamentale pour l'analyse des résultats de l'enquête et nous présentons ici la logique qui a présidé à notre définition. Elle est liée à la fois à des données objectives permettant de définir, dans la plupart des cas de manière sûre l'excision, mais aussi à ces choix dictés par les conditions d'enquête.

Tableau 4. Disponibilité du volet complémentaire médecin

	Disponible		Non disponible		Total
	Rempli	Refus de la femme	Refus du médecin	Non rempli	
Effectifs	1 688	317	25	852	2 882
Pourcentages	59	11	1	30	100

Champ : Ensemble des femmes enquêtées (n = 2 882)

En effet, compte tenu des conditions de collecte, le volet complémentaire médical n'a pu être rempli dans toutes les situations (de rares médecins ont refusé de le remplir mais plus souvent, en milieu hospitalier essentiellement, l'organisation des consultations n'a pas permis de le remplir). Pour 60% des femmes de l'échantillon, le volet complémentaire est disponible. Pour celles dont le volet complémentaire n'est pas disponible (1 194 femmes), dans la majorité des cas (71%), les femmes avaient accepté le principe de ce volet complémentaire mais ce dernier n'a pas été rempli par le médecin. Finalement, les femmes ayant refusé le volet complémentaire ne représentent que 11% de la population enquêtée. Il n'y a pas de différence entre les femmes excisées et non excisées en ce qui concerne refus du volet complémentaire médecin (tableau 4).

Tableau 5. Statut vis à vis de l'excision et la disponibilité du volet médecin

Statut vis à vis de l'excision	Disponibilité du volet complémentaire rempli par le médecin				Total
	Rempli	Refus de la femme	Refus du médecin	Non rempli	
Non excisée	1236	247	19	700	2202
Excisée	432	65	5	133	635
Ne sait pas	20	5	1	19	45
Total	1688	317	25	852	2882

Champ : Ensemble des femmes enquêtées (n = 2 882)

En se basant sur les réponses directes collectées dans le questionnaire individuel, sur les 2882 femmes qui ont répondu au questionnaire, 2 202 ont déclaré ne pas être excisées, tandis que 635 ont déclaré l'être et 45 ont déclaré ne pas savoir si elles l'étaient (tableau 5).

Dans certains cas, la femme a déclaré ne pas être excisée alors que le médecin pose un diagnostic d'excision. Il s'agit alors de femmes qui ne connaissent pas leur statut (37 cas). Mais l'inverse est aussi possible : la femme déclare être excisée et le médecin dit qu'elle ne l'est pas. Il existe donc finalement un certain nombre de cas pour lesquels le statut de la femme par rapport à l'excision ne peut pas être défini objectivement par le médecin. Ce résultat a priori surprenant pose question et fera l'objet d'analyses approfondies. Il semble en effet que si dans certains cas, le médecin n'a pas été en mesure de poser un diagnostic par manque de connaissances et de formation sur la question, dans d'autres situations, ce sont les séquelles physiques de l'excision qui ont été difficiles à repérer et ont conduit à un mauvais diagnostic (tableau 6).

En se basant sur le questionnaire complémentaire rempli par le médecin, pour les 1688 femmes pour lesquelles on dispose de l'information, il est possible de confronter la déclaration de la femme et celle du médecin, concernant le statut de la femme par rapport à l'excision.

Tableau 6. Cohérence des déclarations de la femme et de médecin sur le statut vis à vis de l'excision

Déclaration de la femme	Déclaration du médecin					Total
	Non disponible	Déclare la femme non excisée	Déclare la femme excisée	Déclare ne pas savoir	Ne renseigne pas la question	
Non excisée	920	1008	37	70	167	2202
Excisée	246	23	315	32	19	635
Ne sait pas	28	3	13	1	0	45
Total	1194	1034	365	103	186	2882

Champ : Ensemble des femmes enquêtées (n = 2 882)

Dans un premier temps, il est aisé de classer les femmes dont la déclaration sur l'excision corroborait avec celle du médecin. Parmi les femmes ayant déclaré ne pas être excisée et pour lesquelles on dispose du volet complémentaire, dans 79 % des cas, le médecin a déclaré que la femme n'était pas excisée, dans 3 % des cas, le médecin a déclaré que la femme était excisée et pour les 18 % restants, le médecin ne savait pas ou n'a pas renseigné la question. Dans un deuxième temps, concernant les femmes ayant déclaré être excisées, le médecin a également déclaré une excision 8 fois sur 10, tandis que pour 6 % d'entre elles, le médecin a déclaré que la femme ne l'était pas et dans 13% des cas, qu'il ne savait pas. Enfin, sur les 45 femmes qui ont déclaré ne pas connaître leur statut d'excision, nous disposons pour 18 d'entre elles de leur volet complémentaire : 13 ont été diagnostiqués comme excisées par le médecin, 3 comme ne l'étant pas et dans 1 cas, le médecin a déclaré qu'il ne savait pas (tableau 6).

A partir de la confrontation des déclarations de la femme et du médecin, nous avons établi une typologie afin de classer les femmes enquêtées dans les deux catégories « cas » ou « témoins » en cas « d'incohérence » entre les deux déclarations. Ainsi, 37 femmes ont déclaré ne pas être excisées, mais la déclaration du médecin atteste d'une excision : ces enquêtées ont été classées comme des « cas », en prenant en compte, dans cette configuration, la déclaration du médecin. De même, les 13 femmes qui ont déclaré ne pas connaître leur statut mais qui l'étaient d'après le médecin, entrent dans cette même catégorie². Les 23 femmes, qui ont déclaré être excisées mais dont le volet complémentaire atteste du contraire, ont été reclassées dans le statut « cas » après relecture de leur questionnaire : elles ont répondu au volet « excision » et sont certaines d'avoir subi l'excision. Leur déclaration a alors

² Pour ces femmes, il faut rappeler qu'à partir du moment où elles nous ont déclaré ne pas être excisées, le questionnaire a été interrompu et nous ne disposons pas des réponses aux modules spécifiques à l'excision.

primée sur celle du médecin. Si le médecin a déclaré ne pas savoir, si la question n'a pas été renseignée ou si le volet complémentaire n'est pas disponible, la déclaration d'excision de la femme prime : 297 femmes sont concernées et entrent dans la catégorie « cas » (tableau 6).

Au final, sur 2 882 femmes interrogées, on comptabilise 2 168 femmes « témoins », 685 femmes « cas » et 29 que l'on ne peut classer dans aucune des deux catégories (tableau 7).

Tableau 7. Répartition des femmes enquêtées en « cas » et « témoins » (effectifs et pourcentages)

	Effectifs	%	Rapport
Témoins	2168	75	3,2
Cas	685	24	1
Ne sait pas	29	1	-
Total	2882	100	-
Champ : Ensemble des femmes enquêtées (n = 2 882)			

2.2.2 Mise en place du cadre d'analyse cas/témoins

La mise en place d'une analyse cas/témoins suppose que les personnes « témoins » interrogées présentent un certain nombre de caractéristiques socio-démographiques proches de celles des « cas ». Dès le début de la collecte (et après discussion lors de plusieurs comités de pilotage), trois variables de contrôle avaient été retenues :

- l'âge,
- le statut marital,
- le statut de migration³.

Au regard des analyses cas/témoins que nous serions amenées à réaliser, en termes de santé et de sexualité, ces trois variables apparaissaient comme les plus pertinentes.

Dès le début de la collecte, des bilans de collecte réguliers étaient réalisés afin d'orienter les enquêtrices vers des femmes « témoins » présentant des caractéristiques en adéquation avec les femmes cas enquêtées, notamment quand les bilans indiquaient, par exemple, pour telle tranche d'âge ou pour tel statut marital, des écarts importants entre les cas et les témoins interrogées. Néanmoins, ces ajustements difficiles à réaliser pour les enquêtrices, n'ont pas suffi pour que l'échantillon final soit parfaitement ajusté selon ces trois variables. Dans l'échantillon des 2 882 femmes, la répartition des femmes cas et témoins selon les variables âge, statut marital et statut de migration⁴ révèlent des différences significatives : les femmes « témoins » sont globalement plus âgées, plus souvent

³ Une quatrième variable, qui était le niveau d'instruction, avait été initialement retenue également. Néanmoins, suite à l'enquête pilote réalisée dans le Val de Marne, il s'est avéré que cette variable ne pouvait être contrôlée du fait de l'importance très importante, parmi les « cas », de femmes sans instruction ou avec un niveau d'instruction primaire. Or, les « témoins » enquêtées présentaient des niveaux d'instruction relativement supérieurs. Après discussion lors d'un comité de pilotage, il a été décidé de ne pas prendre en compte cette variable dans les variables de contrôle.

⁴ La variable « statut de migration » distingue les femmes socialisées en France ou en Europe (qui ont passé leur enfance en France ou en Europe), des femmes socialisées à l'étranger.

célibataires et beaucoup plus nombreuses à avoir grandi en France par rapport aux femmes « cas ».

Tableau 8. Les catégories construites par le croisement des trois variables de contrôle

Catégorie	Ratio initial	Ratio ajusté	Effectif initial	Effectif corrigé
1. Moins de 30 ans, célibataire, enfance Europe	5,52	2,8	265	134
2. Moins de 30 ans, célibataire, enfance étranger	3,07	2,8	316	288
3. Moins de 30 ans, non- célibataire, enfance Europe	3,80	2,8	194	143
4. Moins de 30 ans, non-célibataire, enfance étranger	2,01	2,0	331	331
5. 30 ans et plus, célibataire, enfance Europe	5,88	2,8	47	22
6. 30 ans et plus, célibataire, enfance étranger	4,20	2,8	235	157
7. 30 ans et plus, non- célibataire, enfance Europe	16,22	2,8	146	25
8. 30 ans et plus, non-célibataire, enfance étranger	2,55	2,5	606	606
Total	3,16	2,5	2140	1706

Note : le ratio est le rapport entre le nombre de témoins et le nombre de cas, pour chaque catégorie
 Les effectifs sont les effectifs des femmes « témoins ». Le total est de 2 140 (et non 2 168) car n'ont été prises en considération que les femmes dont on connaissait le statut marital et le statut de migration.

Pour chacune des variables, nous avons pris en compte deux modalités différentes ce qui aboutit, en croisant toutes ces modalités, à 8 catégories de femmes (tableau 8). Certaines catégories présentaient très nettement un « surplus » de témoins comme par exemples les femmes âgées de moins de 30 ans, célibataires ayant grandi en Europe mais aussi les femmes âgées de 30 ans et plus, non célibataire et qui ont grandi en Europe. Pour ces catégories « excédentaires » en femmes témoins, nous avons donc procédé à une élimination aléatoire⁵ d'un certain nombre en prenant comme ratio témoins/cas de référence, un rapport de 2,8. Il n'était pas possible d'aller au-delà de ce ratio de référence du fait de deux catégories (4 et 8) où la situation était inversée : les femmes « témoins » n'étaient pas assez nombreuses dans l'échantillon (ratio de 2,0 et 2,5) ; il s'agit de femmes non-célibataires, ayant grandi à l'étranger.

Au final, l'échantillon ajusté comprend 2 384 femmes dont 635 « cas » et 1 706 « témoins ».

Cette nouvelle base ajustée permet d'avoir un échantillon des femmes « témoins » représentatif de celui des femmes « cas » selon les trois variables, âge, statut marital et statut de migration (tableau 9).

⁵ L'élimination aléatoire des femmes en « excédent » dans les catégories concernées s'est faite à partir du jour d'enquête.

Tableau 9. Répartition des femmes cas et témoins selon les variables de contrôle (après ajustement, en pourcentages)

	Témoins	Cas	Total
Age			
18-24 ans	26	27	26
25-29 ans	26	27	27
30-34 ans	18	19	18
35-39 ans	16	14	16
40 ans et plus	13	13	13
Total	100	100	100
Statut marital			
Célibataire	35	32	34
Mariée ou fiancée	58	60	58
Séparée, divorcée, veuve	7	8	7
Total	100	100	100
Statut de migration			
Enfance en Europe	19	17	18
Enfance à l'étranger et vit en France depuis moins de 10 ans	53	54	53
Enfance à l'étranger et vit en France depuis plus de 10 ans	28	29	29
Total	100	100	100
Note : D'après les tests d'ajustement du χ^2 , l'échantillon des « témoins » est représentatif de celui des « cas », selon les trois variables, âge, statut marital et statut de migration, avec des risques d'erreur de 1 %.			
Champ : Ensemble des femmes enquêtées dont on connaît le statut par rapport à l'excision, le statut marital et le lieu de socialisation dans l'enfance (n = 2 384 dont 635 « cas » et 1 706 « témoins »).			

L'échantillon cas/témoins permet donc de comparer les populations de femmes excisées ou « cas » et non excisées ou « témoins » de notre échantillon en contrôlant les effets d'âge, de lieu de socialisation et de statut matrimonial. Il permet donc une analyse descriptive, préalable à des analyses multivariées plus approfondies, qui neutralisent efficacement certains effets de structure. Cependant, au regard d'autres caractéristiques socio-démographiques, les femmes excisées et les femmes non excisées interrogées présentent des profils significativement différents. La partie suivante recense les principales différences répertoriées et susceptibles d'influencer les analyses futures.

2.2.3 Spécificités des femmes cas par rapport aux femmes témoins

Les femmes excisées sont significativement nettement moins diplômées que les femmes « témoins » non excisées alors même que notre méthode de collecte, en sélectionnant les femmes francophones, sur-sélectionne les femmes ayant le plus de facilités à répondre à un questionnaire. Près du quart (22%) des femmes excisées n'a jamais été scolarisé, contre 3% des femmes non excisées. Elles sont encore 19% à n'avoir été scolarisées que jusqu'au primaire. C'est une caractéristique importante de cette population qui doit s'analyser au regard des faibles niveaux de scolarisation des filles dans les pays d'origines de ces femmes. Elles sont finalement deux fois moins nombreuses que les femmes non excisées à avoir un diplôme de niveau supérieur au baccalauréat (11% contre 22%) (tableau 10).

Tableau 10. Profil sociodémographiques des femmes cas par rapport aux femmes témoins

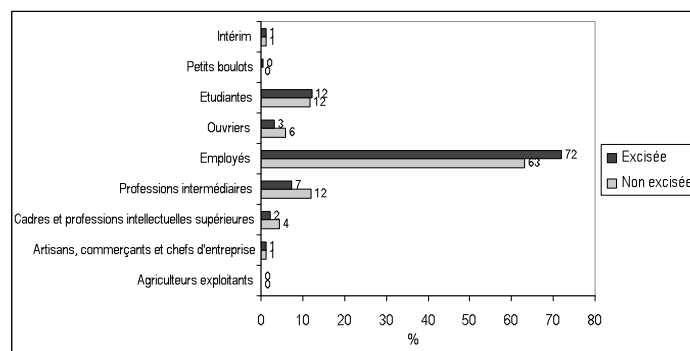
	Témoins		Cas	Total
	Non excisée	Excisée	Excisée	
Diplôme	%	%	%	Effectif
Non scolarisée	3	22	9	203
Niveau primaire	9	19	12	278
Niveau secondaire	44	36	42	995
Baccalauréat	22	12	19	449
Baccalauréat et plus	22	11	19	442
Autres	0	0	0	7
Total	100	100	100	2374
<i>Khi² = 217,79***</i>				
Nombre d'enfants				
Aucun enfant	30	22	27	654
1 à 2 enfants	44	36	41	983
3 à 4 enfants	22	25	23	546
5 enfants et plus	5	17	8	198
Total	100	100	100	2381
<i>Khi² = 104,40***</i>				
Emploi de l'enquêtée				
Emploi	34	36	35	824
Sans emploi et n'a jamais travaillé	22	30	24	573
Sans emploi et à déjà travaillé	32	22	30	702
Retraite	0	0	0	7
Chômage	3	3	3	64
Etudiante	9	8	9	209
Total	100	100	100	2379
<i>Khi² = 32,90***</i>				
PCS de l'enquêtée				
Agriculteurs exploitants	0	0	0	3
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	1	1	1	22
Cadres et professions intellectuelles supérieures	4	2	4	66
Professions intermédiaires	12	7	11	190
Employés	63	72	65	1149
Ouvriers	6	3	5	91
Etudiantes	12	12	12	209
Petits boulots	0	0	0	4
Intérim	1	1	1	23
Total	100	100	100	1757
<i>Khi² = 20,17***</i>				
Champ : Echantillon cas/témoïn (n=2 384)				

Autre caractéristique de la population des femmes excisées : elles ont significativement plus souvent des descendance nombreuses que les femmes non excisées (à structure d'âge égale, rappelons-le) : 17% entres elles ont 5 enfants et plus contre 5% parmi les témoins. Cependant, 22% sont nullipares, et 61% ont entre 1 et 4 enfants (contre respectivement 30% et 66% dans l'échantillon des témoins) (tableau 10).

Au niveau des caractéristiques socio-professionnelles, les deux sous échantillons sont

majoritairement constitués de femmes employées : c'est la cas de 72% de l'échantillon des femmes cas et de 63% de l'échantillon des femmes témoins. Ce sont ensuite les étudiantes qui sont les plus nombreuses (12%), suivies par les professions intermédiaires (12% chez les témoins et 7% chez les cas) (tableau 10 ; figure 1).

Figure 1. Professions et catégories socioprofessionnelles des enquêtées selon le statut cas/témoins



Quand à leurs partenaires, quand elles en déclarent un, ils sont majoritairement ouvriers (51% de pour femmes non excisées et 53% pour les femmes excisées), employés (19% et 26%) et dans les professions intermédiaires (12% chez les témoins et 7% chez les cas) (tableau 11).

Tableau 11. Caractéristiques des partenaires des femmes cas et témoins

	Non excisées	Excisées	Total	
PCS du partenaire	%	%	%	Effectif
Agriculteurs exploitants	0	0	0	1
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	5	2	4	80
Cadres et professions intellectuelles supérieures	7	5	6	120
Professions intermédiaires	12	7	10	205
Employés	19	26	21	413
Ouvriers	51	53	51	1002
Etudiants	4	3	4	75
Petits boulots	1	2	1	16
Intérim	2	2	2	42
Total	100	100	100	1954
<i>Kh² = 31,41***, après regroupement.</i>				
Ecart d'âge				
Partenaire plus jeune	9	4	7	152
Partenaire plus âgé de 0 à 4 ans	39	27	36	737
Partenaire plus âgé de 5 à 9 ans	28	30	29	584
Partenaire plus âgé de 10 à 14 ans	15	25	18	359
Partenaire plus âgé de 15 à 19 ans	5	8	6	122
Partenaire plus âgé de 20 à 39ans	3	6	4	80
Total	100	100	100	2034
<i>Kh² = 60,06***</i>				
Champ : Echantillon cas/témoins (n=2 384), femmes ayant déclaré un partenaire				

Enfin, pour les femmes qui déclarent avoir un partenaire, on voit apparaître des écarts significatifs entre les femmes cas et témoins : les premières sont beaucoup plus souvent engagées

dans des relations avec des partenaires beaucoup plus âgés qu'elles : elles sont 39% à avoir un partenaire âgé de plus de 10 années de plus qu'elles contre 23% pour les femmes non excisées (tableau 11).

En conclusion, l'échantillon ajusté, s'il permet de contrôler certains effets de structures liés à la population, reste différent selon le statut d'excisée ou non. Les différences sont sensibles pour le nombre d'enfants, le niveau de diplôme, les catégories socio-professionnelles et l'écart d'âge avec les partenaires.

Il sera par la suite nécessaire de mettre en œuvre des analyses multivariées pour raisonner « toutes choses égales par ailleurs » dans la mise en évidence des résultats. Cependant, l'échantillon ajusté permet dès à présent de présenter des premiers résultats sur les conséquences de l'excision en matière de santé et de vécu de la sexualité sur des sous populations sensiblement comparables, ce qui fait l'objet de la partie suivante.

PARTIE 3 PREMIERS RESULTATS D'UNE ANALYSE CAS/TEMOINS DES CONSEQUENCES DE L'EXCISION SUR LA SANTE ET LA SEXUALITE DES FEMMES.

L'étude vise à déterminer quelles sont les conséquences de l'excision sur la santé, le ressenti et la vie quotidienne des femmes qui en sont victimes. Pour ce faire, on s'est appuyé sur la logique des modèles de la santé qui montrent que les maladies, troubles ou douleurs peuvent induire des altérations fonctionnelles puis gênes dans la vie de tous les jours et devenir ainsi « handicapants »¹. Ces modèles permettent d'appréhender les risques de « handicaps » directement liés aux problèmes de santé, mais aussi d'identifier des facteurs permettant de limiter les risques que les problèmes de santé deviennent des handicaps.

Dans cette analyse, nous allons d'abord décrire de manière précise l'état de santé déclaré par les femmes excisées de notre échantillon. L'originalité de cette étude est de pouvoir ensuite systématiquement rapporter la fréquence de ces problèmes à celle observée dans l'échantillon témoin. On pourra alors mettre l'accent sur les problèmes de santé plus spécifiquement associés à l'excision.

Nous abordons ensuite les conséquences que peut avoir l'excision en terme de ressenti et de fonctionnement. On verra dans un premier temps si l'excision a des répercussions directes sur le ressenti de douleurs ou de symptômes d'anxiété ou de tristesse. On mesurera ensuite l'impact de l'excision sur les conditions d'accouchement. Nous verrons enfin si les femmes excisées sont confrontées à des effets indirects, c'est à dire si elles ont des risques plus importants de gênes dans la vie quotidienne, liés à des problèmes de santé commun à toutes excisées ou non excisées.

Dans un deuxième temps, nous verrons plus spécifiquement l'impact de l'excision sur la sexualité des femmes en abordant les appréhensions et douleurs associées à leur premier rapport puis aux difficultés rencontrées lors de leur vie sexuelle actuelle.

3.1 Les conséquences de l'excision sur la santé des femmes

A la question générale sur la santé perçue, 29% des femmes excisées de notre échantillon choisissent de qualifier leur état de santé de « moyen », « mauvais » ou « très mauvais ». Dans la population générale en 2003, ce sont 19,5% des femmes âgées de 18 à 50 ans qui qualifient leur santé de la sorte.

Comment s'explique cet écart notable en matière de santé perçue ? Les caractéristiques sociales et démographiques des femmes de cet échantillon d'étude sont une des clés de compréhension. En effet elles sont en moyenne moins instruites et membres de ménages modestes. Ces caractéristiques sont associées à un état de santé plus souvent dégradé. Par ailleurs, une partie d'entre elles a connu une trajectoire migratoire qui peut aussi expliquer un moins bon état de santé. Même s'il est difficile d'identifier un effet « migration » propre sur la santé, tant il mélange des effets de sélection et de conditions sociales et matérielles, une étude récente indique un désavantage face à la santé des immigrants résidents en France, y compris lorsqu'on prend en compte des caractéristiques socio-démographiques². Dans la lignée, un travail de recherche indique l'effet persistant sur la santé d'expériences difficiles, même temporaires, au cours de la vie ; expériences susceptibles d'avoir été

¹ World Health Organization. *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. Geneva: WHO; 1993

² Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Serme C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France: effet des conditions de vie ou sélection à la migrations ? *Revue Economique*. 2009;60(2):385-412

vécues par des personnes ayant connu une migration (avoir connu des difficultés financières sérieuses, avoir été hébergé par des proches ou en centre du fait de problèmes d'argent ; avoir connu des périodes d'isolement suite à un déménagement, conflit, rupture etc.)³. Ainsi, une partie du désavantage des femmes excisées tient à la situation matérielle et sociale, à l'accès et aux modes de recours au système de soins et au parcours de vie relativement délétères d'une partie d'entre elles.

Dans cette partie de l'étude on cherche à aller au delà des explications uniquement contextuelles. On souhaite mettre en évidence la nature et l'ampleur de l'impact des mutilations génitales féminines sur la santé et la qualité de vie des femmes qui les subissent. Identifier les risques de santé des femmes excisées résidentes en France permettra de mieux connaître leur situation et leurs besoins, d'alerter les professionnels de santé qui se disent démunis face à leur patientes excisées, d'améliorer la prise en charge, d'informer plus généralement les populations concernées. Le recours à une méthodologie d'enquête « cas-témoins » nous permet d'obtenir des résultats en ce sens. Dans cette partie nous présentons les premiers résultats que cette enquête nous permet de conduire ; il s'agit d'une comparaison de l'état de santé des femmes excisées et de l'échantillon ajusté de femmes « témoins ». Ces conclusions préliminaires ouvriront la voie à des analyses plus poussées, mobilisant des modèles multivariés, pour faire ressortir des spécificités de risques de manière plus détaillée.

3.1.1 *Quelles mesures de la santé ?*

On souhaite apprécier l'état de santé des femmes excisées de notre échantillon. Nous avons utilisé différents indicateurs d'état de santé afin de rendre compte de son caractère multi-dimensionnel. La morbidité est représentée par les maladies, les symptômes et les douleurs que les femmes déclarent spontanément au fil de questions générales. Nous avons aussi isolé des problèmes connus pour être liés à l'excision, touchant le système génito-urinaire. La santé ressentie est évaluée à travers la question générale « santé perçue » qui est présente dans la plupart des enquêtes sur la santé dans le monde. Le questionnaire aborde aussi spécifiquement quelques aspects de santé mentale à travers différentes questions liées à la tristesse, au découragement, à l'anxiété etc. La santé fonctionnelle est appréhendée à travers les gênes dans les activités liées aux maladies, aux douleurs ou aux symptômes. Enfin, le questionnaire aborde les difficultés lors de l'accouchement.

3.1.2 *Les maladies et symptômes*

20% des femmes excisées ont déclaré *avoir eu au cours de leur vie* ou *avoir au moment de l'enquête* une maladie grave⁴ et la proportion est la même parmi les femmes non excisées (tableau 1). En se basant sur les résultats des dernières enquêtes santé menées en population générale, et en se limitant aux mêmes classes d'âge, c'est à dire la population féminine âgée entre 18 et 50 ans, le pourcentage de femmes déclarant spontanément une maladie chronique se situe autour de 30 %. Toutefois la comparaison est dans ce cas délicate car la question n'est pas tout à fait la même (la notion de maladie grave restreint probablement la déclaration) et la population de notre étude est très particulière. Les différences se révèlent particulièrement notables lorsqu'on détaille ces maladies.

³ Cambois E, Jusot F. Past adverse experiences as factors of health inequalities in France, 2004. 2009. [article soumis]

⁴ On entend par maladie grave une maladie chronique de longue durée nécessitant un traitement et un suivi lourd. C'est ainsi que l'enquêtrice explicitait la question à la femme enquêtée.

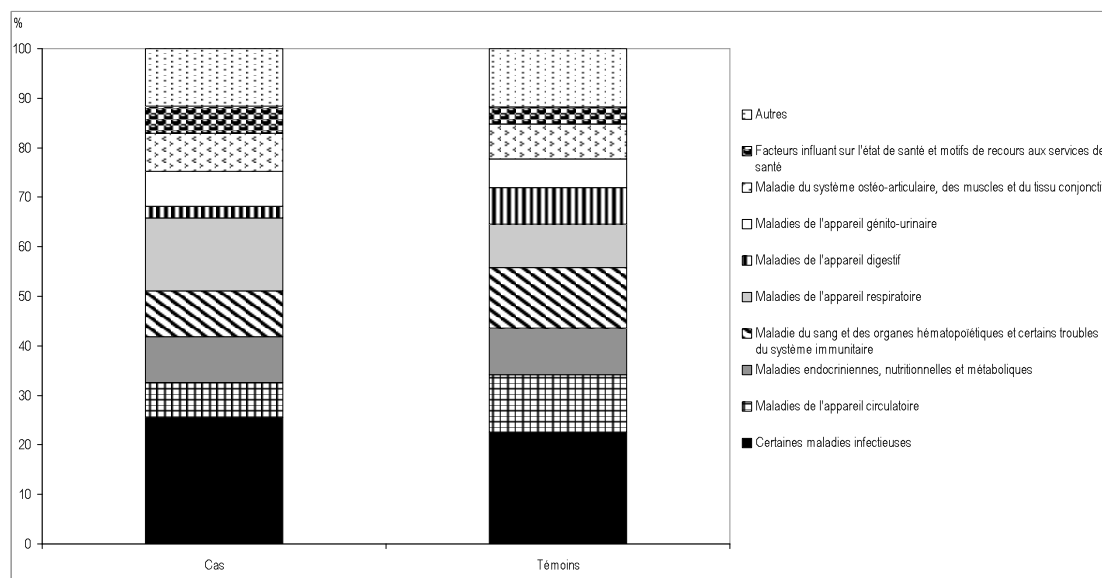
Tableau 1. Maladie chronique

Maladie chronique au cours de la vie	Statut de la femme par rapport à l'excision	
	Non excisée	Excisée
Non	82	80
Oui	18	20
Total	100	100

Khi² = 1,3658 ns
Champ : échantillon cas/témoins ajusté (n = 2 384 dont 678 cas et 1 706 témoins)

La figure 1 classe les maladies chroniques déclarées par les femmes en grandes catégories. A ce niveau d'analyse, les différences entre femmes excisées et femmes non-excisées ne sont pas significatives. On constate que parmi les maladies déclarées par les femmes excisées et non-excisées, les maladies infectieuses représentent une part très importante (respectivement 26 et 23 % de l'ensemble des maladies déclarées). On note également des proportions importantes des maladies du sang, des maladies endocriniennes ainsi que des maladies respiratoires.

Figure 1. Type de maladie chronique déclarée par les femmes



La comparaison avec la population générale est délicate : d'une part, nous étudions une population très particulière et, d'autre part, nous avons interrogé des femmes en consultation dans des services de soins qui se trouvent être parfois spécialisés dans certaines pathologies, comme le VIH. Le relevé des maladies que nous obtenons n'est donc pas représentatif d'une population plus générale : il nous permettra plutôt d'envisager des analyses plus détaillées par la suite pour comprendre les facteurs de risques de santé associés à l'excision.

3.1.3 Des maladies et symptômes liés à l'excision ?

Si on se concentre sur des maladies et troubles plus précisément liés à l'excision, on constate des différences significatives entre les femmes excisées et celles qui ne le sont pas : les infections urogénitales sont plus fréquentes dans l'échantillon de femmes excisées. Ainsi, au cours des 12 mois précédant l'enquête, près d'un quart (22 %) des femmes excisées ont eu des infections urinaires contre seulement 13 % parmi les femmes non excisées. On peut faire le même constat concernant les infections gynécologiques avec gênes pendant ou en dehors des rapports sexuels : pour les premières,

21 % des femmes excisées en ont déjà eu au cours de l'année précédant l'enquête contre 16 % chez les femmes témoins ; concernant les deuxièmes, la différence est de 14 % contre 10 % (tableau 2).

Tableau 2. Infections urinaires et gynécologiques

Type d'infections	Statut de la femme par rapport à l'excision	
	Non excisée	Excisée
Infections urinaires		
Jamais / Rarement	87	78
Quelquefois / Souvent / Toujours	13	22
Total	100	100
K _{hi} ² = 34,0333 ***		
Infections gynécologiques (avec gênes pendant les rapports sexuels)		
Jamais / Rarement	84	79
Quelquefois / Souvent / Toujours	16	21
Total	100	100
K _{hi} ² = 9,2130 ***		
Infections gynécologiques (avec gênes en dehors des rapports sexuels)		
Jamais / Rarement	90	86
Quelquefois / Souvent / Toujours	10	14
Total	100	100
K _{hi} ² = 5,9255 **		

Note : En prenant un degré de sévérité moindre, autrement dit, en regroupant la modalité « quelquefois » avec « Jamais » et « rarement », la différence entre les femmes excisées et les femmes non-excisées reste statistiquement significative avec un risque d'erreur de 1 %.

Champ : échantillon ajusté cas/témoins (n = 2 384 dont 678 cas et 1 706 témoins)

En revanche, on constate que les femmes excisées déclarent relativement moins d'incontinences urinaires que les femmes non-excisées : 10 % contre 13 % (tableau 3). Ce résultat est étonnant car la littérature médicale sur le sujet rapporte que les problèmes d'incontinence sont une des conséquences directes de l'excision sur la santé des femmes (WHO, 2001). Ce résultat est d'autant plus contre-intuitif que les femmes excisées déclarant plus d'infections urinaires, on peut supposer qu'elles ont un appareil urinaire plus endommagé et donc plus propice, *a priori*, à des problèmes d'incontinence. Nous verrons à ce propos dans la partie 4, portant uniquement sur le ressenti des femmes excisées, que 10% d'entre elles déclarent par ailleurs des difficultés pour uriner, qui peuvent être liées aux infections. Des analyses plus fines croisant plusieurs variables (nombre d'accouchements etc.) permettront de comprendre ce résultat.

Tableau 3. Incontinences urinaires et fécales

Type d'incontinence	Statut de la femme par rapport à l'excision	
	Non excisée	Excisée
Incontinence urinaire		
Jamais / Rarement	87	90
Quelquefois / Souvent / Toujours	13	10
Total	100	100
K _{hi} ² = 4,4177 **		
Incontinence fécale		
Jamais / Rarement	99	99
Quelquefois / Souvent / Toujours	1	1
Total	100	100
K _{hi} ² = 0,3690 ns		

Champ : échantillon ajusté cas/témoins (n = 2 384 dont 678 cas et 1 706 témoins)

Qu'elles soient excisées ou non, quasiment la moitié des femmes enquêtées ont déclaré avoir

ressenti des douleurs physiques au cours des quatre semaines précédant l'enquête. Néanmoins, pour celles qui en ont déclaré, l'intensité de ces douleurs est différente entre les femmes excisées et non-excisées. En effet, 43 % des femmes excisées ont déclaré avoir eu ou avoir « très mal » contre 37 % chez les femmes non-excisées. Et, inversement, 11 % des femmes non-excisées ont déclaré n'avoir « pas très mal » contre seulement 7 % chez les femmes excisées (tableau 4).

Tableau 4. Douleurs physiques

Douleurs physiques⁵	Statut de la femme par rapport à l'excision	
	Non excisée	Excisée
Non	54	53
Oui	46	47
Total	100	100
Khi ² = 0,5481 ns		
Intensité des douleurs (pour les femmes ayant ressenti des douleurs)		
Pas très mal	11	7
Moyennement mal	53	50
Très mal	37	43
Total	100	100
Khi ² = 5,9722 **		

Champ : échantillon ajusté cas/témoins (n = 2 384 dont 678 cas et 1 706 témoins)

Si on s'intéresse aux types de douleurs déclarées par les femmes, on n'observe aucune différence entre femmes excisées et non-excisées concernant la déclaration de maux de dos ou de ventre. La moitié des femmes ont déclaré avoir au moins « quelquefois » des maux de ventres à cause des règles, un tiers des maux de ventre liés à des problèmes intestinaux ou digestifs et un quart des maux de ventre avec douleurs abdominales. On constate en revanche des différences pour la déclaration de maux de tête : 68 % des femmes excisées ont déclaré souffrir de maux de tête, « quelquefois », « souvent » ou « toujours », contre 62 % parmi les femmes non excisées (tableau 5).

⁵

Il s'agit de douleurs physiques ressenties au cours des 4 dernières semaines précédant l'enquête.

Tableau 5. Type de douleurs

Type de douleurs	Statut de la femme par rapport à l'excision	
	Non excisée	Excisée
Maux de ventre à cause des règles		
Jamais / Rarement	50	51
Quelquefois / Souvent / Toujours	50	49
Total	100	100
K _{hi} ² = 0,2924 ns		
Maux de ventre à cause de problèmes intestinaux ou digestifs (diarrhée, constipation)		
Jamais / Rarement	64	64
Quelquefois / Souvent / Toujours	36	36
Total	100	100
K _{hi} ² = 0,0021 ns		
Maux de ventre à cause de problèmes abdominaux		
Jamais / Rarement	77	75
Quelquefois / Souvent / Toujours	23	25
Total	100	100
K _{hi} ² = 1,4595 ns		
Maux de dos (bas)		
Jamais / Rarement	43	40
Quelquefois / Souvent / Toujours	57	60
Total	100	100
K _{hi} ² = 1,7867 ns		
Maux de dos (haut)		
Jamais / Rarement	64	66
Quelquefois / Souvent / Toujours	36	34
Total	100	100
K _{hi} ² = 0,3449 ns		
Maux de tête		
Jamais / Rarement	38	32
Quelquefois / Souvent / Toujours	62	68
Total	100	100
K _{hi} ² = 8,9225 ***		
Champ : échantillon ajusté cas/témoins (n = 2 384 dont 678 cas et 1 706 témoins)		

3.1.4 Les conséquences sur les conditions d'accouchement

Parmi l'ensemble des femmes enquêtées ayant accouché au moins une fois, on compte 4 332 naissances vivantes et enfants mort-nés⁶. La proportion de femmes ayant accouché par césarienne est indépendante du statut par rapport à l'excision et touche environ un quart des femmes. En ne prenant en considération que les femmes ayant connu au moins un accouchement par voie basse, on ne constate pas de différences entre les femmes excisées et les femmes non-excisées concernant le recours aux forceps, la pratique d'une épisiotomie ou encore la survenue d'une hémorragie lors de l'accouchement. En revanche, 36 % des femmes excisées ont eu, au moins une fois, des déchirures lors de leur accouchement contre 29 % pour les femmes non-excisées (tableau 6).

En outre, en contrôlant ces complications à l'accouchement par le nombre total d'enfants, autrement dit, à parité égale, on établit les mêmes constats.

⁶ Les enfants morts-nés représentent moins de 2 % de l'ensemble des accouchements.

Tableau 6. Les complications au moment des accouchements

	Statut de la femme par rapport à l'excision	
	Non excisée	Excisée
Accouchement par césarienne		
Oui	25	24
Non	75	76
Total	100	100
Khi ² = 0,2305 ns		
Accouchement avec forceps (si non césarienne)		
Oui	16	13
Non	84	87
Total	100	100
Khi ² = 2,3862 ns		
Accouchement avec épisiotomie (si non-césarienne)		
Oui	49	48
Non	51	52
Total	100	100
Khi ² = 0,0547 ns		
Accouchement avec déchirure (si non-césarienne)		
Oui	29	36
Non	71	64
Total	100	100
Khi ² = 9,1999 ***		
Accouchement avec hémorragie (si non-césarienne)		
Oui	10	10
Non	90	90
Total	100	100
Khi ² = 0,0433 ns		

Champ : échantillon cas/témoins ajusté. Femmes ayant connu au moins (naissance vivante ou enfant mort-né) (n = 1 734 dont 729 cas et 1 204 témoins) / Femmes ayant connu au moins un accouchement par voie basse (naissance vivante ou enfant mort-né) (n = 1 499 dont 468 cas et 1 031 témoins)

3.1.5 Santé perçue et troubles de la santé mentale

Parmi les femmes excisées, 71 % ont déclaré avoir un « bon » ou « très bon » état de santé général, un quart l'ont qualifié de « moyen » tandis que 3 % l'ont estimé « mauvais », voire « très mauvais ». Ces proportions sont équivalentes chez les femmes non excisées⁷.

Parmi les conséquences liées à l'excision, les répercussions sur la santé mentale sont relativement mal documentées. Plusieurs questions dans le questionnaire permettent d'appréhender cette dimension. A ce niveau d'analyse, on ne perçoit pas de différence en leur défaveur concernant les états « nerveux, contrariés, ou stressés », ni sur la fatigue ou les troubles du sommeil : 6 femmes sur 10 déclarent se sentir fatiguées ou avoir des malaises « quelquefois », « souvent » ou « toujours » et 4 femmes sur 10 déclarent souffrir de troubles du sommeil. Mais on constate que les femmes excisées se sentent plus souvent dans des états de « tristesse ou de découragement » que les femmes non-excisées (tableau 7).

⁷ En population générale (chez les 18-50 ans), 19% des femmes déclarent une santé « moyenne », « mauvaise » ou « très mauvaise ».

Tableau 7. Santé perçue et mal-être

	Statut de la femme par rapport à l'excision	
	Non excisée	Excisée
État de santé général		
Très bon, bon	73	71
Moyen	25	26
Mauvais, très mauvais	3	3
Total	100	100
Khi ² = 1,6434 ns		
Nervosité, contrariété, stress		
Jamais / Rarement	34	40
Quelquefois / Souvent / Toujours	66	60
Total	100	100
Khi ² = 7,4158 ***		
Fatigue, malaises		
Jamais / Rarement	43	40
Quelquefois / Souvent / Toujours	57	60
Total	100	100
Khi ² = 2,0361 ns		
Tristesse, découragement		
Jamais / Rarement	49	43
Quelquefois / Souvent / Toujours	51	57
Total	100	100
Khi ² = 6,2418 **		
Troubles du sommeil		
Jamais / Rarement	61	60
Quelquefois / Souvent / Toujours	39	40
Total	100	100
Khi ² = 0,1236 ns		
Champ : échantillon cas/témoins ajusté (n = 2 384 dont 678 cas et 1 706 témoins)		

3.1.6 La santé fonctionnelle

A plusieurs reprises dans le questionnaire, quand les femmes avaient déclaré une maladie chronique, différents symptômes (tels que ceux présentés précédemment) ou des douleurs physiques, l'enquêtrice leur demandait dans quelle mesure ces maladies/symptômes/douleurs les avait gênées dans leurs activités quotidiennes. Les résultats sont présentés dans le tableau 8.

Parmi les femmes ayant déclaré une maladie chronique, presque la moitié considère que la maladie les gêne « moyennement », « beaucoup » ou « énormément », qu'elles soient excisées ou non. En revanche, concernant les limitations fonctionnelles liées aux différents symptômes tels que maux de ventre, de dos ou de tête ou encore relatives à des douleurs physiques, des différences apparaissent entre femmes excisées et femmes non-excisées : 54 % parmi les premières déclarent des limitations fonctionnelles de « moyennement » à « énormément » liées à des douleurs physiques contre seulement 47 % parmi les secondes. On a constaté plus tôt que les femmes excisées ne déclarent pas plus souvent éprouver des douleurs mais que celles-ci sont plus intenses. On comprend ainsi des répercussions plus systématiques des douleurs dans la vie quotidienne.

Tableau 8. Gênes dans la vie quotidienne liées aux maladies, symptômes et douleurs

	Statut de la femme par rapport à l'excision	
	Non excisée	Excisée
Gênes liées à une maladie chronique		
Pas du tout, un petit peu	56	52
Moyennement, beaucoup, énormément	44	48
Total	100	100
K _{hi} ² = 0,5993 ns		
Gênes liées à l'un des symptômes cités précédemment		
Pas du tout, un petit peu	69	65
Moyennement, beaucoup, énormément	31	35
Total	100	100
K _{hi} ² = 3,1035 *		
Gênes liées aux douleurs physiques		
Pas du tout, un petit peu	53	46
Moyennement, beaucoup, énormément	47	54
Total	100	100
K _{hi} ² = 4,9458 *		

Champ : échantillon cas/témoins ajusté. Femmes ayant déclaré avoir une maladie chronique (n = 428 dont 133 cas et 305 témoins) / avoir l'un des symptômes (n = 2 356 dont 670 cas et 1 686 témoins / avoir ressenti des douleurs physiques (n = 1 096 dont 320 cas et 776 témoins)

Ces premières analyses ont donc permis de mettre en évidence des risques spécifiques encourus par des femmes excisées. En effet, si on ne perçoit pas de différences notables en termes de maladies ou symptômes déclarés, on identifie pour autant des répercussions directes et indirectes de l'excision sur la santé : les infections urinaires et gynécologiques, le sentiment de tristesse et découragement, l'intensité des douleurs ressenties et les répercussions qu'elles ont, par conséquent, sur la vie quotidienne, les maux de tête, les risques de certaines complications lors de l'accouchement (déchirures). Par ailleurs, la partie 4 identifie des difficultés en lien avec l'excision : des difficultés pour marcher, pour uriner, pour porter certains vêtements. Elles sont en tout 15% parmi les femmes excisées à ressentir ce type de gênes. Ce premier descriptif permet un premier état des lieux sur les risques de santé. Il appelle à des analyses plus fines et poussées pour mieux comprendre ces résultats. Le recours à la déclaration des maladies viendra compléter les analyses et permettra peut être de faire ressortir d'autres spécificités.

3.2 Quelles conséquences de l'excision sur la sexualité des femmes ?

Dans cette recherche on a pu étudier de manière précise les répercussions de l'excision sur la sexualité. Une hypothèse centrale de cette recherche est que les femmes ayant subi une mutilation sexuelle féminine ont des difficultés récurrentes dans leur vie sexuelle. L'enquête qualitative montre en effet que les femmes interviewées décrivent une activité sexuelle souvent peu satisfaisante et source de douleurs régulières. Or, les femmes en général et ces femmes en particulier n'ont pas souvent d'interlocuteurs pour aborder de manière explicite et détaillée ces questions. Parler de sexualité reste un sujet délicat et parler de ses difficultés sexuelles l'est encore plus. C'est vrai dans la population générale mais ça l'est encore plus dans une population migrante originaire de sociétés dans lesquelles la parole sur la sexualité est rare et très codifiée. Cependant, l'enquête pilote et l'enquête qualitative nous ont montré que les femmes de notre population, qu'elles soient excisées ou non, étaient très intéressées par les questions de sexualité.

L'échantillon cas/témoins permet donc de comparer le vécu de la sexualité des femmes excisées et des femmes non excisées à âge égal, statut marital égal et statut de migration égal. Les différences observées ne sont donc pas liées à ces variables mais bien à des écarts dans les réponses des deux populations. La significativité statistique de ces différences est présentée dans chaque tableau.

3.2.1 *Les questions sur la sexualité*

Dans ce contexte, le module de questions sur la sexualité a été particulièrement difficile à concevoir. Le vocabulaire de référence utilisé dans les enquêtes nationales sur la sexualité n'étant pas toujours adapté à la population cible. L'enquête pilote nous a permis de valider le fait que les femmes enquêtées sont très majoritairement disposées à aborder des questions de sexualité mais qu'il est nécessaire d'adapter les formulations de questions pour appréhender les pratiques sexuelles de la population.

Dans le cadre de ce questionnaire relativement court, les questions relatives à la sexualité sont en nombre réduit et on a cherché à investiguer un nombre limité de sujets susceptibles d'être influencé par l'excision : on a donc questionné les femmes sur leur niveau de satisfaction dans la vie sexuelle et on a cherché à appréhender de manière précise les dysfonctions sexuelles perçues.

Il faut noter que si la très grande majorité des femmes interrogées parlent sans aucune difficulté de leur activité sexuelle récente, avec le partenaire actuel, il est plus difficile pour elles d'aborder leur histoire affective et sexuelle. Par exemple, la question du nombre de partenaires sexuels rencontrés au cours de la vie est souvent perçue comme une question très intrusive et donc assez négativement. Par contre, les femmes interrogées décrivent, quand elles déclarent y être confrontées, facilement leur manque de désir, les rapports contraints ou les problèmes physiques qu'elles ressentent lors des rapports sexuels avec leur partenaire.

Dans cette partie, nous nous intéressons seulement aux femmes qui ont déclaré avoir eu au moins une fois un rapport sexuel. Compte tenu du cadre de l'enquête, la quasi totalité des femmes interrogées sont entrées en sexualité c'est à dire qu'elles ont déjà eu des rapports sexuels pénétratifs. Sur les 2 384 femmes présentes dans la base ajustée, seules 22 d'entre elles n'ont jamais eu de rapport sexuel (18 femmes témoins et 4 femmes cas). L'analyse des pratiques et de la vie sexuelle porte donc sur 2 362 femmes.

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressées aux premiers rapports sexuels des femmes de l'échantillon. Expérience initiale et non renouvelable, les premiers rapports sexuels fonctionnent comme une sorte de miroir grossissant des différentes modalités de vécu de la sexualité⁸. Dans un deuxième temps, après avoir succinctement décrit la trajectoire sexuelle des femmes enquêtées, on s'intéresse à leurs activités sexuelles récentes à la fois d'un point de vue quantitatif et qualitatif.

3.2.2 *L'entrée en sexualité*

Les femmes enquêtées dans notre échantillon ont pour les générations les plus jeunes, un âge médian au premier rapport sexuel identique à celui que l'on trouve dans la population générale⁹ : 50% des femmes de 18 à 24 ans interrogées avaient eu leurs premiers rapports sexuels à 17,7 ans. Il est identique pour les femmes excisées et les femmes non excisées. Cet âge médian est logiquement plus faible qu'en population générale pour les femmes les plus jeunes puisque nous n'avons interrogé que celles qui sont en contact avec la sphère de la santé reproductive (elles consultent en gynécologie) et qui ont donc entamé leur vie sexuelle (tableau 9).

⁸ M. Bozon, 2008, « Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus » in N Bajos, M Bozon, Enquête sur la sexualité en France, Pratiques, genre et santé, La Découverte.

⁹ Dans la dernière enquête sur la sexualité menée en France, CSF (2006), l'âge médian au premier rapport sexuel est de 17,6 ans pour les femmes de ces générations.

Tableau 9. Age médian au premier rapport sexuel par groupe d'âge

Groupe d'âges	Non excisée		Excisée		Total	
	Effectif	Age médian au 1 ^{er} RS	Effectif	Age médian au 1 ^{er} RS	Effectif	Age médian au 1 ^{er} RS
18-24 ans	431	17,7	180	17,7	611	17,7
25-29 ans	447	19,0	184	18,0	631	18,6
30-34 ans	312	19,6	128	18,0	440	19,1
35-39 ans	280	19,7	94	17,2	374	18,8
40 ans et plus	218	19,2	88	17,4	306	18,7
Total	1688	18,7	674	17,7	2362	18,4

Champ : Ensemble des femmes de l'échantillon cas/témoins ayant eu un premier rapport sexuel (n=2362)

Lecture : 50% des femmes non excisées âgées de 18 à 24 ans avaient eu leur premier rapport sexuel à 17,7 ans.

Dans les générations les plus âgées (25 ans et plus), l'âge médian est plus tardif. Dans ces groupes d'âge, l'écart est plus important entre les femmes excisées qui sont plus précoces et les femmes non excisées qui sont plus tardives. Une tendance au recul de l'âge à l'entrée en sexualité est notable, à travers les générations, pour les femmes excisées (tableau 9).

Le partenaire du premier rapport est majoritairement le conjoint, au moment du mariage pour les femmes excisées (45%) ; il est dans 35% des cas un « autre partenaire » (c'est à dire un homme avec qui elles ont eu une relation mais avec lequel elles ne se sont pas mariées). Les pourcentages s'inversent pour les femmes non excisées (33% et 45%). L'entrée en sexualité est donc totalement liée à l'entrée en conjugalité pour une partie de l'échantillon, notamment dans l'échantillon des femmes excisées (tableau 10).

Tableau 10. Statut du partenaire du premier rapport

Statut du partenaire	Non excisée		Excisée		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Futur mari avant le mariage	189	11	63	9	252	11
Mari au moment du mariage	593	35	306	45	899	38
Partenaire actuel	125	7	74	11	199	8
Autre partenaire	765	45	224	33	989	42
Non réponse	16	1	7	1	23	1
Total	1688	100	674	100	2362	100

$\text{K}h^2 = 39,04^{***}$

Champ : Ensemble des femmes de l'échantillon cas/témoins ayant eu un premier rapport sexuel (n = 2 362)

On s'est dans un deuxième temps intéressé au contexte dans lequel a eu lieu le premier rapport sexuel et au ressenti de ce moment particulier (tableau 11). A la question « Au moment où ce rapport a eu lieu, vous vous êtes dit que ? », seules une petite moitié des femmes interrogées répondent qu'« elles voulaient qu'il ait lieu à ce moment là » (50% des femmes non excisées et 43% de femmes excisées). Pour les autres, un quart d'entre elles déclarent ne s'être pas posé la question (23% des témoins et 25% des cas), 16% des femmes (cas et témoins) déclarent qu'elles auraient préféré qu'il arrive plus tard, 6% déclarent qu'elles n'en avaient pas du tout envie et 3% (2% parmi les femmes non excisées et 5% parmi les femmes excisées) déclarent qu'il s'agissait d'un rapport forcé (tableau 11).

Tableau 11. Contexte du premier rapport

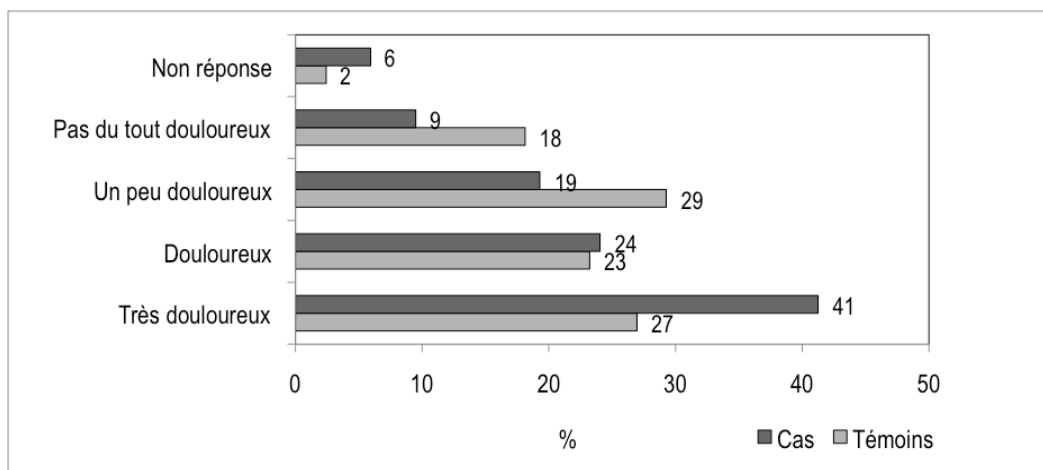
Ressenti au 1^{er} rapport sexuel	Non excisée		Excisée		Total	
	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
Vous pensez qu'il a eu lieu au bon moment	852	50	287	43	1139	48
Vous auriez préféré qu'il arrive plus tard	271	16	105	16	376	16
Vous n'y pensiez pas beaucoup	396	23	169	25	565	24
Vous n'en aviez pas du tout envie	92	5	46	6	135	6
C'était un rapport sexuel forcé	39	2	33	5	72	3
Non réponse	38	2	37	5	75	3
Total	1688	100	674	100	2362	100
K _{hi} ² = 34,02***						
Appréhension du 1^{er} rapport sexuel						
Non	412	24	104	15	516	22
Oui	1245	74	552	82	1797	76
Non réponse	31	2	18	3	49	2
Total	1688	100	674	100	2362	100
K _{hi} ² = 23,58***						
Douleurs au 1^{er} rapport sexuel						
Très douloureux	455	27	278	41	733	31
Douloureux	392	23	162	24	554	23
Un peu douloureux	494	29	130	19	624	26
Pas du tout douloureux	306	18	64	9	370	16
Non réponse	41	2	40	6	81	3
Total	1688	100	674	100	2362	100
K _{hi} ² = 90,16***						

Champ : Ensemble des femmes de l'échantillon cas/témoins ayant eu un premier rapport sexuel (n = 2 362)

Quand on interroge les femmes sur les craintes éventuelles qu'elles avaient vis à vis ce premier rapport sexuel, elles répondent massivement que c'est effectivement une expérience qu'elles appréhendaient : 74% des femmes témoins et 82% des femmes cas déclarent qu'elles avaient peur d'avoir mal lors de leur premier rapport sexuel et l'écart entre les cas et les témoins est statistiquement significatif (tableau 11).

Enfin, on a demandé aux enquêtées de situer le ressenti de ce premier rapport sur une échelle allant de « très douloureux » à « pas du tout douloureux ». Si l'échantillon des femmes non excisées se répartit de manière assez équitable entre les différents degrés de douleur ressentie (entre 20% et 30% dans chaque cas), les femmes excisées sont 41% à déclarer que ce premier rapport sexuel était « très douloureux ». Les écarts entre les deux échantillons sont ici très nets et très significatifs. Il faut noter que seules 18% des témoins et 9% des cas déclarent que leur premier rapport sexuel n'était pas douloureux (figure 2).

Figure 2. Douleurs lors du premier rapport sexuel



L'entrée en sexualité des femmes enquêtées est donc vécue par une grande partie d'entre elles comme une expérience délicate et inquiétante et souvent douloureuse. Dans cette configuration, les femmes excisées sont plus présentes que les femmes non excisées. Au delà de cet événement initial, les femmes ont aussi décrit à travers quelques questions leur vie sexuelle actuelle.

3.2.3 Vie sexuelle

Les femmes interrogées déclarent un nombre de partenaires au cours de la vie relativement faible. Elles sont 45% chez les non excisées et 57% chez les femmes excisées à n'avoir connu qu'un seul partenaire sexuel au moment de l'enquête¹⁰. Elles ne sont que 21% des femmes non excisées et 11% des femmes excisées à déclarer plus de 3 partenaires (tableau 12). Les différences entre cas et témoins sont à nouveau significatives. Les femmes de l'échantillon et les femmes excisées en particulier ont donc une expérience de la sexualité centrée sur peu de partenaires. La multiplication des partenaires sexuels est de plus perçue par une grande partie d'entre elles comme une caractéristique plutôt stigmatisante.

Tableau 12. Nombre de partenaires au cours de la vie

Nombre de partenaire au cours de la vie	Non excisée		Excisée		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1 partenaire	767	45	387	57	1154	49
2 à 3 partenaires	520	31	185	27	705	30
4 à 5 partenaires	211	13	61	9	272	12
6 partenaires et plus	143	8	16	2	159	7
Non réponse	47	3	25	4	72	3
Total	1688	100	674	100	2362	100

Kh² = 48,90***

Champ : Ensemble des femmes de l'échantillon cas/témoins ayant eu un premier rapport sexuel (n = 2 362)

La vie sexuelle d'une partie importante de notre échantillon se caractérise donc par le fait que la sexualité et la conjugalité restent totalement associées, ce qui n'est plus le cas dans les pratiques et les normes sociales dans la société française aujourd'hui. Ces femmes qui ont leur premier rapport sexuel dans le cadre du mariage et qui n'ont comme partenaire sexuel que leur conjoint, ou en cas de séparation, un deuxième partenaire qui est un deuxième conjoint, sont en situation de décalage dans le

¹⁰ On peut rappeler que dans l'enquête CSF réalisée en population générale en France en 2006, le nombre moyen de partenaires déclaré par les femmes de 18 à 69 ans interrogées est de 4,4 partenaires.

vécu de leur vie affective et sexuelle, décalage qui vient s'articuler avec les autres différences consécutives à leur situation de migration. Cette situation sera analysée dans des analyses plus détaillées.

A cet aune, on peut comprendre que 44% des femmes excisées déclarent que leur vie sexuelle est au mieux « indifférente » au pire « très désagréable » en passant par « supportable ». Ce pourcentage tombe à 20% pour les femmes non excisées et ces différences sont très significatives (tableau 13).

Tableau 13. Satisfaction sexuelle

Satisfaction sur la vie sexuelle	Non excisée		Excisée		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Très agréable	303	18	54	8	357	15
Agréable	994	59	321	48	1315	56
Indifférente	141	8	127	19	268	11
Supportable	143	8	72	11	215	9
Désagréable	53	3	44	7	97	4
Très désagréable	12	1	11	2	23	1
Non réponse	42	2	45	7	87	4
Total	1688	100	674	100	2362	100

Chi² = 132,35***

Champ : Ensemble des femmes de l'échantillon cas/témoins ayant eu un premier rapport sexuel (n = 2 362)

3.2.4 Sexualité récente :

Su l'ensemble de l'échantillon, 558 femmes ont déclaré ne pas avoir eu d'activité sexuelle au cours du dernier mois : 358 témoins (21%) et 200 cas (30%). 119 femmes n'ont pas voulu répondre à la question : 55 témoins (3%) et 64 cas (9%). On s'intéresse dans un premier temps aux femmes qui ont déclaré avoir eu au moins un rapport sexuel dans le dernier mois. On reviendra par la suite sur les déclarations des femmes non actives sexuellement dans le dernier mois.

Les femmes de l'échantillon sexuellement actives déclarent en moyenne 6,5 rapports sexuels dans le dernier mois (tableau 14). Ce chiffre est inférieur à la moyenne calculée dans la population féminine générale puisqu'on observe dans la dernière enquête sur la sexualité menée en France, un nombre moyen de rapports sexuels par mois de 8,8 pour les femmes de 18 à 69 ans. Les femmes non excisées ont une activité sexuelle plus importante (6,8 rapports par mois) que les femmes excisées (5,4 rapports par mois).

Tableau 14. Nombre moyen de rapports sexuels au cours du dernier mois

Fréquence des rapports sexuels	Témoins	Cas	Total
Nombre moyen de rapports sexuels	6,8	5,4	6,5

Champ : Ensemble des femmes de l'échantillon cas/témoins ayant eu au moins un rapport sexuel dans le dernier mois (n = 1 685)

On a alors demandé à l'ensemble des femmes interrogées, qu'elles soient actives ou non sexuellement si cette fréquence les satisfaisait et les trois quart d'entre elles, excisées ou non déclarent que « c'est bien comme ça ». Elles sont 14% dans les deux sous groupes à déclarer qu'elles souhaiteraient avoir des rapports sexuels plus souvent et elles sont 6% à déclarer souhaiter des rapports sexuels moins fréquents (tableau 15).

Tableau 15. Satisfaction vis à vis de la fréquence des RS

Satisfaction sur la vie sexuelle	Non excisée		Excisée		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Trop fréquents	114	7	37	5	151	6
Pas assez fréquents	240	14	93	14	333	14
C'est bien comme ça	1269	75	496	74	1765	75
Non réponse	65	4	48	7	113	5
Total	1688	100	674	100	2362	100

Champ : Ensemble des femmes de l'échantillon cas/témoins ayant eu un premier rapport sexuel (n = 2362)

Si on s'intéresse au vécu de la « non activité » sexuelle chez les femmes enquêtées (c'est à dire les 588 femmes qui n'ont pas eu de rapports sexuels dans le dernier mois), on constate que si 45% invoquent l'absence de partenaire pour expliquer cette non activité sexuelle et 27% invoquent leur grossesse, elles sont 9% chez les femmes excisées et 6% chez les femmes non excisées à déclarer qu'elles n'en avaient pas envie (tableau 16).

Tableau 16. Raisons invoquées pour expliquer la non activité sexuelle

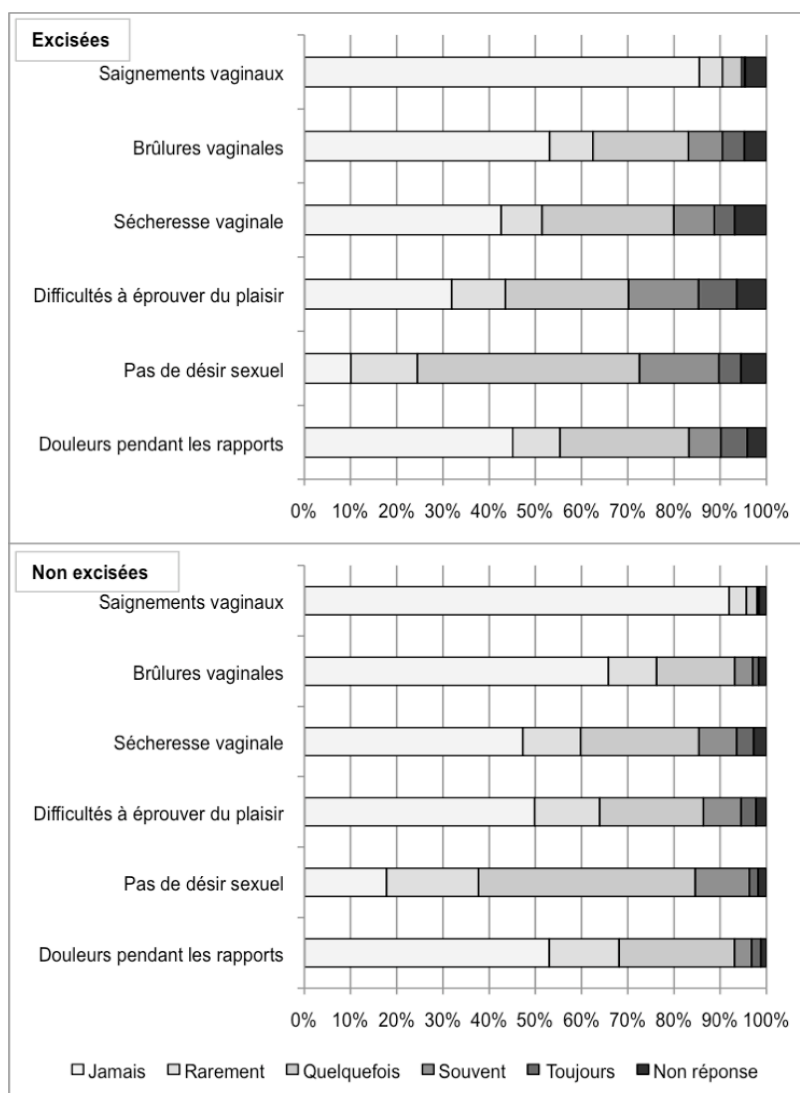
Raisons	Non excisée		Excisée		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Absence du partenaire	163	46	87	44	250	45
Grossesse	98	27	51	26	149	27
Pas envie	23	6	17	9	40	7
Problèmes familiaux	17	5	6	3	23	4
Maladie	16	4	10	5	26	5
Blocage / peur	6	2	5	3	11	2
Fatigue	4	1	2	1	6	1
Autre	3	1	1	1	4	1
Non réponse	28	8	21	11	49	9
Total	358	100	200	100	558	100

Champ : Ensemble des femmes de l'échantillon cas/témoins n'ayant eu de rapport sexuel dans le dernier mois (n=588)

Pour finir, nous avons demandé de manière précise aux femmes cas et témoins si elles étaient ou avaient été confrontées, dans leur vie sexuelle à une série de difficultés fonctionnelles¹¹. Le nombre de non réponses à cette question est plus important parmi les femmes excisées (autour de 5%) que parmi les femmes témoins (autour de 2%). Cet écart significatif est sans doute lié à la difficulté à aborder ces questions, pour une partie des femmes excisées, bien que les enquêtrices aient été particulièrement attentives à ces questions.

¹¹ Cette question a fait l'objet de nombreux tests. En effet, la formulation précise des problèmes physiques subis pendant les rapports sexuels n'est pas simple et c'est un sujet que les femmes enquêtées ont très rarement ou plus souvent jamais abordé. De plus, le vocabulaire médical généralement employé dans le cadre d'un diagnostic n'est pas toujours compréhensible. La question a finalement été formulée de la manière suivante : « Généralement, lors de vos rapports sexuels, 1. est-ce que c'est douloureux ou ça vous fait mal ? 2. Vous n'avez pas envie, vous n'avez pas le goût ? 3. Vous avez des difficultés à avoir du plaisir, vous n'arrivez pas à être bien ? 4. Est-ce que vous sentez que c'est sec, ou pas mouillé ? 5. Est-ce que ça vous brûle ? 6. Est-ce que ça saigne ? Pour chaque question, une échelle de type « jamais, rarement, quelquefois, souvent, toujours » (dans cet ordre) était proposée. Tous les résultats issus de ces questions sont significatifs (***).

Figure 3. Niveau des difficultés sexuelles selon de statut des femmes



Les résultats montrent très clairement que les femmes excisées sont confrontées beaucoup plus souvent que les femmes non excisées à des difficultés dans leur activité sexuelle. Elles rapportent plus souvent des douleurs pendant les rapports : 41% déclarent avoir au moins quelques fois des douleurs et 6% déclarent avoir des rapports sexuels systématiquement douloureux, contre respectivement 32% et 2% parmi les femmes non excisées (figure 3).

Si l'on compare ces résultats à ceux de l'enquête sur la sexualité de 2006 (CSF), les différences sont flagrantes. Dans l'enquête CSF, seules 2% des femmes enquêtées rapportent avoir « souvent » des douleurs lors des rapports sexuels¹². Dans l'échantillon ExH, 4% des femmes non excisées déclarent avoir « souvent » des rapports douloureux et 2% d'entre elles déclarent avoir « toujours » des rapports douloureux. L'écart est encore plus marqué pour les femmes excisées qui déclarent pour 7% d'entre elles avoir « souvent » des rapports sexuels douloureux et pour 6% d'entre elles avoir « toujours » des rapports sexuels douloureux.

¹² Dans l'enquête CSF, les modalités de réponses étaient les suivantes : Souvent, parfois, rarement, jamais. La modalité « toujours » n'était pas proposée.

En ce qui concerne le manque de désir, on voit aussi apparaître des différences significatives entre les femmes cas et les femmes témoins d'une part et entre l'échantillon ExH et l'échantillon CSF d'autre part. Dans l'enquête CSF, 7% des femmes rapportent avoir eu « souvent » un manque de désir dans les 12 derniers mois et 29% avoir eu « quelque fois » un manque de désir dans les 12 derniers mois. Dans l'échantillon ExH, ces pourcentages sont respectivement de 22% (17% « souvent » et 5% « toujours ») et 48% (« quelque fois ») pour les femmes excisées et 14% (12% « souvent » et 2% « toujours ») et 47% (« quelque fois ») pour les femmes témoins.

Enfin, les difficultés à avoir du plaisir sont aussi beaucoup plus fréquentes chez les femmes excisées de l'échantillon ExH : elles sont 23% à déclarer que ce type de difficultés est très fréquent (15% « souvent » et 8% « toujours ») contre 7% « souvent » dans l'enquête CSF. Les différences sont négligeables pour les femmes témoins par rapport à l'échantillon CSF.

Les autres difficultés sexuelles (sécheresses, brûlures, saignements) sont aussi significativement plus fréquentes parmi les femmes excisées que parmi les femmes non excisées. Les femmes excisées de notre échantillon sont donc confrontées beaucoup plus souvent que la population en général à des difficultés de la fonction sexuelle et ces dernières sont systématiques pour une partie d'entre elles. Ces résultats sont très importants pour la définition de la prise en charge de ces femmes.

En conclusion, ces premières analyses montrent que les femmes excisées ont effectivement des problèmes de santé plus importants que les femmes de l'échantillon témoin en ce qui concerne l'appareil urogénital et la santé mentale même si ces écarts mesurés appellent des analyses plus approfondies. L'exploitation du volet complémentaire rempli par les médecins sera idoine pour affiner nos mesures. De même l'analyse approfondie de l'histoire génésique des femmes enquêtées permettra de d'aller plus loin dans l'étude des conséquences de l'excision sur le devenir des grossesses et les conditions d'accouchement.

En ce qui concerne le vécu de la sexualité, les premiers résultats sont particulièrement nets en mettant en évidence une forte différence dans ce que l'on peut qualifier de « bien être sexuel » entre les femmes excisées interrogées, les femmes témoins et un échantillon de population générale. Là encore, des analyses complémentaires sont nécessaires pour affiner les résultats en tenant notamment compte des relations entre partenaires. L'apport des résultats de l'enquête qualitative sera à ce sujet particulièrement utile.

PARTIE 4 PREMIERS RESULTATS SUR LE VECU DES FEMMES CONCERNEES PAR L'EXCISION.

Cette partie exploite les modules spécifiques à l'excision, qui n'ont été remplis que pour les femmes ayant déclaré directement être excisées. Les femmes que l'on a reclassées suite aux déclarations du médecin dans la catégorie des « cas » n'ont pas répondu à ces questions. Les analyses sont donc basées sur un sous-échantillon de 635 femmes¹. Les questions abordées dans cette partie du questionnaire permettent de décrire les circonstances de l'excision ainsi que les conséquences perçues de l'excision par les femmes. Enfin, l'exploitation du dernier module dessinera les contours de la demande en chirurgie réparatrice.

Le module « Excision » se terminait par des questions relatives à l'excision ou aux intentions d'excision des filles des femmes enquêtées. Ceci nous permet de proposer une estimation du risque d'excision relatif aux filles (cf. 4.1.2). En revanche, du fait de la constitution de l'échantillon, il n'est pas possible de présenter, en l'état, une mesure du risque d'excision concernant les femmes enquêtées.

4.1 Le risque d'excision

4.1.1 Parmi les femmes enquêtées

Comme nous l'avons précisé dans la partie 2 (2.1.), l'échantillon des femmes enquêtées, faute de données de cadrage disponibles, ne peut être considéré comme représentatif de la population féminine migrante ou descendante de migrants, résidant en France.

Néanmoins, l'enquête ExH permet de distinguer les femmes enquêtées selon leur pays d'origine et donc de repérer les femmes originaires de pays à risque. Ainsi, il est possible de mesurer, au sein de cette sous-population, des niveaux de prévalence de l'excision. La comparaison de ces prévalences avec celles observées dans les pays d'origine permet alors d'observer une éventuelle diminution de la pratique en contexte migratoire. Cependant, pour l'instant, cette mesure ne fait que refléter la structure cas/témoins de l'échantillon et non un niveau de la pratique. Une mesure de la prévalence de l'excision, à partir de notre échantillon, pourrait être envisagée par la suite, notamment grâce à l'enquête *Trajectoires et Origines : enquête sur la diversité des populations en France* (Ined-Insee)², dont les données seront disponibles à partir du premier trimestre 2010. L'échantillon de cette enquête, représentatif au niveau national, nous permettra en effet de redresser notre échantillon.

Par ailleurs, pour les femmes enquêtées, originaires de pays à risque, des questions concernant l'excision de leur mère et de leurs sœurs leur étaient posées, qu'elles soient elles-mêmes excisées ou non. L'analyse de ces questions offre la possibilité d'une estimation de la perpétuation de la pratique (entre mère et fille³) en contexte migratoire. Sachant que les niveaux de prévalence, dans les pays d'origine sont très fortement contrastés (cf. 1.1.2), il apparaît plus pertinent de raisonner à partir de l'origine ethnique des femmes (et de leurs mères) et non à partir de l'origine nationale. Ce travail

¹ Femmes excisées ayant répondu aux modules 4, 5 et 6 de l'enquête. 50 femmes ont en effet déclaré ne pas savoir si elles étaient excisées ou ne pas l'être (et les modules « Excision » et « Chirurgie réparatrice » n'ont donc pas été remplis) alors que le volet médecin attestait d'une excision.

² <http://teo.site.ined.fr/> Enquête réalisée auprès d'un échantillon représentatif de migrants et descendants de migrants vivant en France en 2008.

³ Il est également envisagé de proposer un modèle en incluant les filles des femmes enquêtées. Ceci nous permettrait d'avoir une mesure de l'évolution de la pratique sur trois générations de femmes.

nécessite cependant un long travail d'élaboration des données qui est prévu dans les analyses ultérieures.

Dans ce rapport, nous proposons en revanche, une estimation du risque d'excision relatif aux filles des femmes enquêtées, qui fait l'objet de la sous-partie suivante.

4.1.2 Parmi les filles des femmes enquêtées

A la fin du module « excision », une série de questions étaient posées aux femmes enquêtées qui avaient des filles. On leur demandait notamment si leurs filles étaient excisées et si ces dernières ne l'étaient pas, si elles pensaient que quelqu'un dans la famille (mère, père ou autre personne) avait l'intention de la-les faire exciser. Ces questions nous permettent d'envisager le calcul d'un risque d'excision des filles dont les mères sont excisées dans notre échantillon.

Dans l'optique de mesurer un risque d'excision sur les filles des femmes enquêtées, il est tout d'abord nécessaire de distinguer le cas des filles nées en France de celui des filles nées dans les pays d'origine. En effet, selon le lieu de naissance des filles, soit on essaie de mesurer un éventuel abandon de la pratique en contexte migratoire, soit on mesure à la fois l'effet de la migration mais aussi les possibles changements dans les pays d'origine.

Sur l'ensemble des 635 femmes excisées enquêtées et ayant répondu à ces questions, 394 sont mères d'au moins une fille. Et on dénombre au total 787 filles, soit une moyenne de 2 filles par mère. Parmi l'ensemble des filles des femmes excisées, 80 % sont nées en France et elles sont en grande majorité nées dans les années 90 (29%) et surtout 2000 (57%).

Tableau 1. Pourcentages de filles excisées, selon leur lieu de naissance

Lieu de naissance de la fille	Statut des filles des femmes excisées enquêtées				Ensemble
	Non excisée	Excisée	Ne sait pas	Non réponse	
France	93	3	3	1	100
Pays à risque ⁴	51	45	1	3	100
Ensemble	85	11	3	2	100

Champ : ensemble des filles des femmes excisées enquêtées, (n = 787)

Sur l'ensemble des filles, seules 11 %⁵ d'entre elles ont été, selon la déclaration de leur mère, excisées. Mais ce pourcentage globale cache des écarts importants selon le pays de naissance de la fille : en effet, on voit que parmi les filles nées en France, seules 3 % ont été excisées alors que le pourcentage monte à 45 % pour les filles nées dans un pays à risque (tableau 1). Ce premier résultat atteste bien d'une tendance à l'abandon de la pratique dans les familles vivant en France.

Le tableau 2 fournit un autre résultat intéressant : il compare la proportion de femmes excisées selon l'année de naissance, en continuant à distinguer les filles nées en France de celles nées dans un pays à risque. On constate d'une part que le risque d'excision, pour les filles nées en France, concerne quasi-exclusivement les filles nées dans les années 80 : parmi elles, 28 % ont été excisées alors que parmi celles nées dans les années 90 et 2000, le pourcentage est très faible : 1% des mères déclarent

⁴ Du fait de l'origine des femmes excisées enquêtées, les pays de naissance des filles de ces femmes sont principalement des pays d'Afrique de l'Ouest (notamment, le Mali, le Sénégal, la Côte d'Ivoire, la Guinée et la Mauritanie)

⁵ Cela représente un effectif de 88 filles excisées, dont 19 sont nées en France et 69 dans un pays à risque d'Afrique sub-saharienne.

que leur fille née dans les années 90 ou 2000 est excisée et 10% éludent la question (« ne sait pas » ou « non réponse »).

Autrement dit, les filles qui sont nées en France et qui ont été excisées l'ont vraisemblablement été (du fait de l'âge précoce à l'excision) entre le début des années 80 et le milieu des années 90. Or, on sait par ailleurs que c'est dans les années 90 que la pénalisation de la pratique s'est durcie en France avec notamment, au début des années 90, le procès très médiatisé d'Hawa Gréou. D'autre part, on observe, dans une moindre mesure et légèrement décalée dans le temps, une même tendance parmi les filles nées dans un pays à risque⁶. En effet, les proportions de filles excisées les plus importantes touchent les filles nées dans les années 80 et 90 : plus de la moitié d'entre elles ont été excisées. En revanche, parmi celles nées dans les années 2000, une sur quatre seulement a été excisée (tableau 2). Là encore, on peut faire un parallèle entre la diminution de la pratique et les politiques de sensibilisation et d'interdiction de la pratique dans les pays à risque africains qui ont vraiment pris de l'ampleur dans la dernière décennie.

Tableau 2. Pourcentage de filles excisées, selon leur lieu de naissance et leur année de naissance (en pourcentages)

Année de naissance de la fille	Fille excisée				Ensemble
	Non excisée	Excisée	Ne sait pas	Non réponse	
Filles nées en France					
<i>Années 1960-70⁷</i>	100	0	0	0	100
Années 1980	72	28	0	0	100
Années 1990	93	1	1	5	100
Années 2000	96	0	4	0	100
Ensemble	93	3	3	1	100
Filles nées dans un pays à risque					
<i>Années 1960-70</i>	73	27	0	0	100
Années 1980	33	55	0	12	100
Années 1990	47	52	1	0	100
Années 2000	71	26	3	0	100
Ensemble	51	45	1	3	100

Champ : ensemble des filles (dont on connaît l'année de naissance) des femmes enquêtées excisées (n = 783 dont 632 nées en France et 151 nées dans un pays à risque)

Ces résultats sont néanmoins à nuancer pour deux principales raisons. En premier lieu, parmi les fillettes, qui, au moment de l'enquête, n'étaient pas excisées, un certain nombre peuvent encore l'être. C'est ce risque que nous allons mesurer ci-après en travaillant à partir des questions sur « les intentions de la mère, du père ou d'une autre personne d'exciser la fille ». En second lieu, Les tableaux 1 et 2 révèlent des pourcentages non négligeables de « Non réponse » ou « Ne sait pas » (4 %) qui suggèrent une éventuelle sous-déclaration de l'excision de leurs filles par certaines mères, notamment celles qui ont des filles nées en France.

⁶ Cette tendance à la diminution de la pratique pour les filles nées dans les pays à risque doit être envisagée avec précaution puisque les femmes interrogées et donc migrantes ne sont pas représentatives des populations de leur pays d'origine.

⁷ Les filles nées dans les années 1960-70 sont très peu nombreuses : on en dénombre 13 au total dont 2 sont nées en France et 11 dans un pays à risque. Les pourcentages, donnés ici à titre indicatif, ne peuvent être interprétés du fait de la faiblesse des effectifs.

Afin de mesurer le risque d'excision pesant sur les filles qui n'étaient pas encore excisées au moment de l'enquête, nous n'avons pris en considération que les filles âgées de 15 ans ou moins. En effet, les excisions pratiquées après 15 ans étant extrêmement rares (cf. 4.2.1), nous faisons l'hypothèse que les filles des femmes qui, au moment de l'enquête, étaient âgées de plus de 15 ans et n'étaient pas excisées, ne le seront pas ultérieurement.

Tableau 3. Intentions de la mère et du père concernant l'excision de leur fille de moins de 15 ans (en pourcentages)

Lieu de naissance de la fille	Intentions de la mère et du père concernant l'excision de leur fille					Ensemble
	Risque quasi-nul	Risque non nul				
	Mère et Père, non	Mère et père oui	Mère et père peut-être	L'un des deux non, l'autre peut-être, ne sait pas	Mère et Père ne savent pas	
France	84,4	0,6	0,6	7,0	7,4	100,0
Pays à risque ⁸	80,0	0,0	0,0	10,9	9,1	100,0
Ensemble	84,0	0,5	0,5	7,4	7,6	100,0

Champ : ensemble des filles, qui, au moment de l'enquête, n'étaient pas excisées et étaient âgées de 15 ans ou moins (n = 595)

Pour 84 % des filles qui n'étaient pas excisées au moment de l'enquête, ni la mère, ni le père n'ont l'intention de le faire (tableau 3). On peut en conclure, pour ces filles, que le risque d'excision est quasi-nul⁹. Pour les 16 % restant, on peut estimer qu'un risque potentiel existe. Les situations sont assez diverses mais deux principales ressortent : l'un des deux parents est contre (le plus souvent la mère) tandis que l'autre a « peut-être » l'intention de le faire ou « ne sait pas » (7%); les deux parents « ne savent pas » (7 %). Les différences selon le lieu de naissance de la fille ne sont pas statistiquement significatives (au seuil de 10%).

Pour les 84% de filles dont les deux parents n'ont pas l'intention d'exciser leur fille, nous avons regardé si « la famille au pays », pourrait faire exciser leur fille, sans l'accord des parents. La question était la suivante : « *Est-ce que votre famille « au pays » pourrait faire couper/exciser vos filles sans votre accord* ». Ont été considérées comme potentiellement à risque l'ensemble des filles dont la mère avait répondu « oui », « peut-être » ou « ne sait pas » à cette question. Finalement, pour 18 % des filles, un risque latent existe en cas de retour au pays¹⁰ (tableau 4).

Le tableau 4 présente une synthèse de l'ensemble de ces résultats relatifs aux filles non excisées au moment de l'enquête et âgées d'au plus 15 ans. Tout d'abord, les risques encourus par les filles ne diffèrent pas selon le lieu de naissance. Ainsi, qu'elles soient nées en France ou dans un pays à risque, on estime qu'environ 30 % d'entre elles sont potentiellement à risque d'excision, soit en cas de retour temporaire au pays, soit parce que les intentions des parents ne sont pas « claires » sur cette question.

⁸ Du fait de l'origine des femmes excisées enquêtées, les pays de naissance des filles de ces femmes sont principalement des pays d'Afrique de l'Ouest (notamment, le Mali, le Sénégal, la Côte d'Ivoire, la Guinée et la Mauritanie)

⁹ Il faut également regarder, parmi ces filles que les deux parents n'ont pas l'intention d'exciser, si d'autres personnes de la famille, restées au pays, auraient l'intention ou pourraient le faire.

¹⁰ Les personnes les plus fréquemment citées par les femmes comme celles pouvant potentiellement exciser leurs filles sont leurs propres mères ou belles-mères et leurs tantes.

Tableau 4. Mesure du risque d'excision concernant les filles de moins de 15 ans des femmes excisées enquêtées

Lieu de naissance de la fille	Niveau de risque d'après les déclarations de la mère			Ensemble
	Risque quasi-nul	Risque existe seulement en cas de retour au pays	Risque existe du fait des parents	
France	66	18	16	100
Pays à risque ¹¹	67	13	20	100
Ensemble	67	17	16	100

Note : la différence selon le lieu de naissance n'est pas statistiquement significative au seuil de 10 %

Champ : ensemble des filles, qui, au moment de l'enquête, n'étaient pas excisées et étaient âgées de 15 ans ou moins (n = 595)

La question du risque d'excision est complexe mais ces premières analyses montrent cependant que les deux tiers des filles descendantes de migrantes interrogées dans l'enquête *ExH*, âgées de moins de 15 ans et qui n'ont pas été excisées ne le seront presque certainement pas. Par contre, pour un tiers des jeunes filles qui sont dans cette même configuration, le risque est présent mais il est de deux ordres : soit conditionné à un éventuel retour au pays et les parents en sont conscients, soit directement lié à une intention plus ou moins formulée par le père et/ou la mère. Il convient de rappeler ici que la structure de l'échantillon *ExH* (femmes francophones et consultant en PMI ou centres hospitaliers) introduit sans doute un biais par rapport à un risque que l'on pourrait calculer sur une population générale de migrantes et descendantes de migrants (cf. 4.1.1).

¹¹ Du fait de l'origine des femmes excisées enquêtées, les pays de naissance des filles de ces femmes sont principalement des pays d'Afrique de l'Ouest (notamment, le Mali, le Sénégal, la Côte d'Ivoire, la Guinée et la Mauritanie)

4.2 Circonstances de l'excision

4.2.1 Les circonstances de l'excision

9 femmes sur 10 ont été excisées avant l'âge de 10 ans et 6 sur 10 avant l'âge de 5 ans (tableau 5). Ces pourcentages restent stables entre les différentes générations et on n'observe pas de recul de l'âge à l'excision parmi les plus jeunes générations. En revanche, on note des différences significatives selon le pays d'origine. Ainsi, les femmes d'origine malienne sont plus souvent excisées bébés (à 82 %) alors que les femmes d'origine ivoirienne et guinéenne sont excisées un peu plus tardivement : un tiers des femmes originaires de Côte d'Ivoire ont été excisées après l'âge de 10 ans (quasi-exclusivement entre 10 et 14 ans) (tableau 5).

Tableau 5. Age à l'excision selon les générations et le pays d'origine (pourcentages)

	Age à l'excision			Ensemble
	Petite fille (0-4 ans)	Fillette (5-9 ans)	10 ans et plus ¹²	
Génération				
Nées avant 1970	64	29	7	100
Nées dans les années 70	70	21	10	100
Nées dans les années 80	68	23	9	100
Khi ² = 2,6338 ns				
Pays d'origine				
Mali	82	15	3	100
Sénégal	65	26	9	100
Guinée	35	47	18	100
Côte d'Ivoire	41	31	29	100
Autres pays ASS	63	27	11	100
Khi ² = 84,7742 ***				
Ensemble	63	23	9¹³	100

Champ : ensemble des femmes excisées enquêtées qui savaient à quel âge elles avaient été excisées (n = 590)

Note : concernant le pays d'origine, seuls les pays les plus représentés parmi la population enquêtée ont été détaillés. Les autres pays d'origine (avec des effectifs inférieurs à 50) ont été regroupés dans la modalité Autres pays d'Afrique Sub-saharienne (ASS) et regroupent en grande majorité des pays d'Afrique de l'Ouest (Mauritanie, Burkina-Faso, Gambie....)

Parmi les femmes qui ont grandi en France, près de 4 sur 10 ont été excisées en France. Le pourcentage d'excisions réalisées sur le territoire français tend cependant à diminuer avec les générations : alors que la moitié des femmes nées dans les années 70 et qui ont grandi en France, ont été excisées en France, cela ne concerne qu'un tiers des mêmes femmes nées dans les années 80 (tableau 6). On peut l'interpréter comme un effet des campagnes de répression et de pénalisation de la pratique sur le territoire qui ont débuté en France dans les années 80 et se sont durcies dans les années 90. En outre, les excisions pratiquées en France concernent plus les femmes d'origine malienne comparativement aux femmes d'origine sénégalaise ou d'autres pays d'Afrique de l'Ouest.

¹² Cette modalité regroupe quasi-exclusivement des excisions réalisées entre 10 et 14 ans. En effet, sur les 590 femmes qui savaient à quel âge elles avaient été excisées, seules 9 ont déclaré avoir été excisées après l'âge de 15 ans, soit 1,5 %.

¹³ Les excisions pratiquées après l'âge de 10 ans sont essentiellement dans la classe d'âge 10-14 ans. Dans l'échantillon global, 9 femmes seulement ont déclaré avoir été excisées après l'âge de 15 ans.

Parmi les femmes ayant grandi à l'étranger, la quasi-totalité (99 %) ont logiquement été excisées à l'étranger. On compte néanmoins 7 femmes nées dans les années 80 en France mais qui ont ensuite passé leur enfance à l'étranger et qui ont été excisées en France.

Tableau 6. Pays où a été pratiquée l'excision pour les femmes ayant grandi en France (pourcentages)

	Lieu de l'excision		
	En France	Dans le pays d'origine	Ensemble
Généralités			
Nées dans les années 70	52	48	100
Nées dans les années 80	33	67	100
Chi ² = 2,70055 *			
Pays d'origine			
Mali	48	52	100
Sénégal	21	79	100
Autres pays ASS	25	75	100
Chi ² = 7,2629 **			
Ensemble	38	62	100

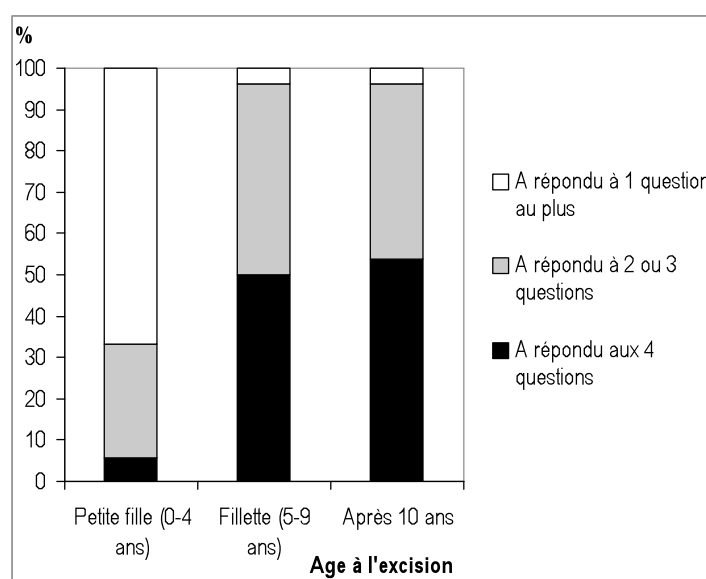
Champ : ensemble des femmes excisées enquêtées qui ont passé leur enfance en France (n = 104)

Note : concernant le pays d'origine, seuls les pays les plus représentés parmi les femmes qui ont grandi en France ont été détaillés. Les autres pays d'origine (avec des effectifs inférieurs à 30) ont été regroupés dans la modalité Autres pays ASS et regroupent en grande majorité d'autres pays d'Afrique de l'Ouest (Guinée, Côte d'Ivoire, Mauritanie, Burkina-Faso)

Par la suite, nous distinguerons deux groupes de femmes : celles qui ont été excisées en France de celles qui ont été excisées à l'étranger afin de mettre en évidence s'il existe ou non des différences quant aux circonstances de l'excision, avec comme question sous-jacente : les excisions pratiquées dans le pays d'origine ont-elles un caractère plus ritualisé que celles pratiquées en France ?

Dans le module sur l'excision, plusieurs questions abordaient les circonstances plus précises de l'excision, à savoir le lieu (au domicile, à l'extérieur, dans un endroit médicalisé), la personne qui a procédé à l'excision, le nombre de filles excisées en même temps ainsi que le nombre de femmes présentes lors de l'excision. Parmi l'ensemble des femmes excisées enquêtées, un quart seulement ont répondu aux quatre questions et un tiers n'a répondu à aucune de ces 4 questions.

Figure 1. Taux de réponse aux variables sur les circonstances de l'excision selon l'âge à l'excision



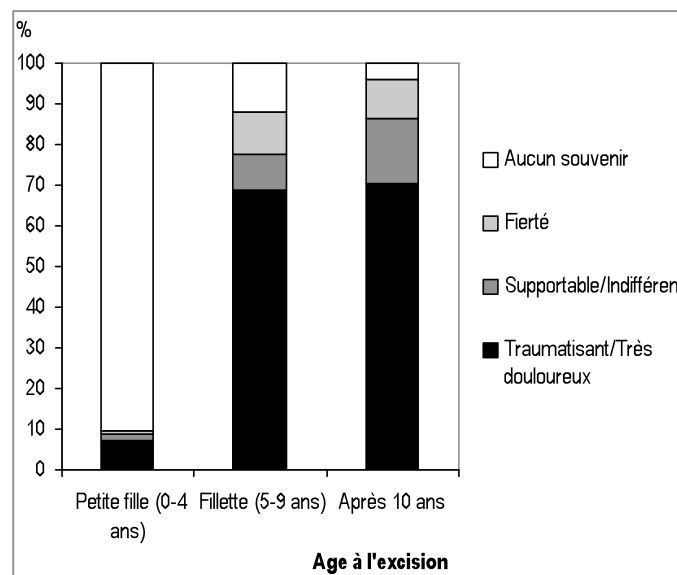
La figure 1 montre comment, logiquement, le taux de réponse à ces questions varie très fortement avec l'âge auquel l'excision a été pratiquée. Ainsi, quand les excisions ont été pratiquées après 5 ans, à des âges où les jeunes femmes enquêtées peuvent en avoir des souvenirs, les taux de réponse sont bien supérieurs à ceux relatifs aux femmes excisées bébés. Cependant, même parmi les femmes excisées après 5 ans, une proportion non négligeable (près de la moitié) n'a pas répondu à toutes les questions et inversement, parmi les femmes excisées bébés, 20 % ont pu renseigner au moins 3 questions sur 4.

Ce constat est intéressant à plusieurs titres : il souligne tout d'abord la difficulté à interroger des femmes sur des événements qui ravivent des souvenirs douloureux ; il montre également que les femmes ont pu avoir connaissance des circonstances de leur excision, non pas à travers leur propre souvenir mais par le biais par exemple du récit qu'on a pu leur en faire. L'importance de la non-réponse aux questions sur les circonstances précises de l'excision révèle le caractère complètement tabou de cette pratique qui se manifeste par une absence de parole au sein de la famille et/ou une occultation des souvenirs liés à cet événement.

A contrario, on peut aussi supposer que les femmes qui ont répondu à ces questions et notamment celles qui ont été excisées très jeunes, présentent des caractéristiques familiales ou personnelles particulières, les conduisant à mieux gérer ce vécu et à pouvoir le verbaliser.

On peut mesurer aussi cette absence de souvenir par une question demandant à l'enquêtée quel « type de souvenir » est associé à son excision. La figure 2 confirme que les femmes excisées avant l'âge de 5 ans ont, 9 fois sur 10, aucun souvenir de l'excision contrairement à celles excisées après 5 ans et qui en gardent, dans 7 cas sur 10, un souvenir « traumatisant » ou « très douloureux ».

Figure 2. Type de souvenir associé à l'excision selon l'âge à l'excision



Comme les circonstances relatées par les femmes répondantes concernent plus celles qui ont été excisées après 5 ans, les résultats présentés dans le tableau 7 nécessitent une grande prudence dans leur interprétation car ils ne concernent souvent que la moitié des femmes excisées enquêtées (voire même le quart pour une question).

Que les excisions aient été pratiquées sur le sol français ou africain, dans la moitié des cas, elles se sont déroulées au domicile des parents de la fillette. La seule différence attendue est le pourcentage

d'excisions réalisées dans un endroit médicalisé (12 %) dans les pays d'origine alors que ce pourcentage est nul pour les excisions pratiquées en France. De même, dans 8 cas sur 10, la mutilation a été pratiquée par une exciseuse traditionnelle, en présence d'au moins 2 femmes, que ce soit en France ou dans le pays d'origine (tableau 7).

Tableau 7. Les circonstances de l'excision selon le pays où l'excision a été pratiquée (pourcentages)

	Pays de l'excision		
	En France	Dans le pays d'origine	
Lieu de l'excision			
Au domicile	50	49	
A l'extérieur	50	39	
Dans un endroit médicalisé	0	12	
Total	100	100	
<i>Taux de réponse (en %)</i>	50		61
Personne qui a procédé à l'excision			
Exciseuse traditionnelle	86	79	
Professionnel de la santé	5	11	
Membre de la famille	5	8	
Autre	5	1	
Total	100	100	
<i>Taux de réponse (en %)</i>	50		48
Nombre de femmes présentes au moment de l'excision			
1	18	6	
2 et plus	82	94	
Total	100	100	
<i>Taux de réponse (en %)</i>	25		25
Nombre de filles présentes au moment de l'excision			
Seule	32	23	
Avec les sœurs	27	30	
Avec d'autres filles (hors de la famille)	41	47	
Total	100	100	
<i>Taux de réponse (en %)</i>	50		45
Association de l'excision à une fête			
Non	75	49	
Oui, à la cérémonie de l'excision	21	50	
Oui, à mon mariage	4	1	
Total connu	100	100	
<i>Taux de réponse</i>	55		56

Champ : ensemble des femmes excisées enquêtées pour lesquelles on sait dans quel pays l'excision a été pratiquée (n = 605)

Note : les tests du khi² réalisés pour chacune des variables du tableau révèlent des différences statistiques significatives, au seuil de 10 %, pour les variables relatives au « nombre de filles présentes » et à « l'association de l'excision à une fête ». Pour les autres, les différences ne sont pas statistiquement significatives au seuil de 10 %.

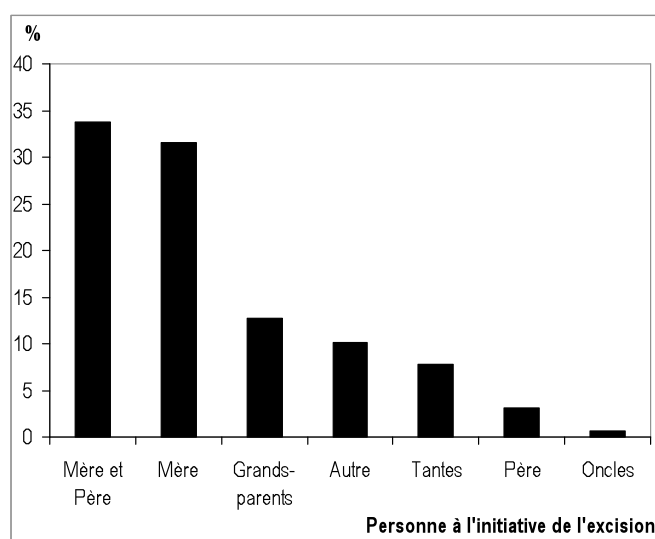
Il apparaît que les femmes excisées en France ont plus souvent été excisées seules (32 % contre 23 % parmi celles excisées dans le pays d'origine). En outre, alors que la moitié des filles excisées dans leur pays d'origine associent leur excision à une cérémonie, elles ne sont que 21 % parmi les femmes excisées en France (tableau 7).

Les circonstances de l'excision en contexte migratoire ne se traduisent donc généralement pas par la même ritualisation de l'acte. Plus souvent décrit comme un événement subi par une fillette isolée et largement déconnecté de tout événement festif, la pratique de l'excision en France n'est pas une simple reproduction de ce qui se fait dans le pays d'origine.

4.2.2 L'initiative de l'excision

Près du tiers (29,6 %) des femmes excisées enquêtées ne savaient pas qui avait été à l'initiative de leur excision. Pour les autres, les personnes (supposées ou connues) à l'initiative de l'excision, étaient pour un tiers les parents (père et mère) et pour un autre tiers la mère seule. Les grands-parents, dans 13 % des cas, étaient à l'initiative (figure 3). La mise en évidence de l'implication du père (avec la mère mais très rarement seul, 3 %) dans l'initiative de la pratique vient rompre avec l'idée préconçue et largement véhiculée selon laquelle l'excision serait exclusivement une « affaire de femmes ».

Figure 3. L'initiative de l'excision



On en a une autre illustration quand on s'intéresse à l'accord de la mère et du père. Quand la mère n'était pas à l'initiative de l'excision, les femmes enquêtées ont déclaré que leurs mères étaient néanmoins d'accord, dans 40 % des cas. Et le pourcentage équivalent pour les pères est de 37 %, donc peu différent. Par ailleurs, dans 6 % des cas, la mère n'était pas au courant (selon la fille) contre 12 % du côté du père (tableau 8).

Tableau 8. Accords de la mère et du père concernant l'excision (pourcentages)

Accord	Mère	Père
Non	13	10
Oui	40	37
N'était pas au courant	6	12
Ne sait pas	40	42
Ensemble	100	100

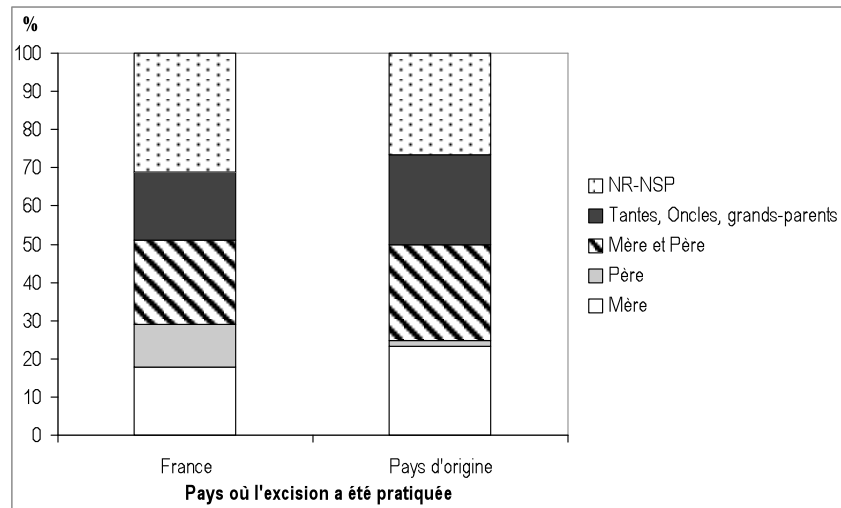
Champ : ensemble des femmes excisées enquêtées dont l'initiative de l'excision ne relevait pas de la mère (n = 342) ou du père (n = 451)

Finalement, si le père apparaît effectivement moins impliqué dans les prises de décisions relatives à la pratique de l'excision, il est cependant présent dans un grand nombre de cas. Ces résultats sont corroborés par les conclusions de l'enquête qualitative qui montre bien le rôle souvent indirect mais néanmoins prépondérant des hommes dans les processus familiaux qui conduisent à l'excision des filles.

On remarque d'ailleurs que le rôle du père est relativement plus important pour les excisions qui ont été pratiquées en France que dans le pays d'origine. Parmi les filles excisées en France, elles sont

11 % à penser que leur père seul était à l'initiative de leur excision contre seulement 2 % parmi les filles excisées dans leur pays d'origine. En revanche, les rôles des « deux parents » et de la « mère seule » sont relativement stables. En fait, le rôle plus grand du père en situation migratoire s'est fait au détriment de celui des grands-parents (figure 4). En situation de migration, le père peut devenir le « référent » familial dans la mesure où les aînés (qui sont traditionnellement les « décideurs » au sein des familles) sont restés au pays.

Figure 4. Initiative de l'excision selon le pays où elle a été pratiquée



4.3 Conséquences perçues de l'excision

4.3.1 Le vécu dans la vie quotidienne

Dans le module propre aux femmes excisées, on demandait aux répondantes si elles éprouvaient, dans leur vie quotidienne, des difficultés pour uriner, marcher et porter certains vêtements. On demandait ensuite aux femmes qui déclaraient l'une de ces difficultés, si elles estimaient que la gêne éprouvée était liée au fait qu'elles soient excisées.

Si la majorité des femmes enquêtées (85 %) n'a déclaré aucune des trois difficultés citées précédemment, 11 % en ont déclaré au moins une sur les trois (tableau 9).

Tableau 9. Nombre de difficultés rencontrées dans la vie quotidienne (pourcentages)

Nombre de difficultés déclarées parmi trois ¹	Pourcentages
Aucune	85
Une sur trois	11
Deux sur trois	3
Les trois	1
Ensemble	100

¹ Les trois difficultés mentionnées étaient difficultés « pour uriner », « pour marcher », « pour porter certains vêtements »

Champ : ensemble des femmes excisées enquêtées (n = 635)

La gêne la plus fréquente parmi les femmes excisées enquêtées est la difficulté pour uriner qui concerne 10% des femmes. 4 % des femmes ont déclaré ressentir cette gêne de manière plus intense (« souvent » ou « toujours »). Par ailleurs, respectivement 4 % et 6 % des femmes excisées éprouvent des difficultés pour marcher et pour porter certains vêtements (tableau 10).

Tableau 10. Fréquence des difficultés déclarées (pourcentages)

Difficultés	Intensité de la gêne			Ne sait pas	Total
	Jamais	Rarement/ Quelquefois	Souvent/ Toujours		
Pour uriner	89	6	4	1	100
Pour marcher	96	3	1	1	100
Pour porter certains vêtements	93	5	1	1	100

Champ : ensemble des femmes excisées enquêtées, répondantes aux questions sur les difficultés (n = 618)

Parmi les femmes ayant déclaré des difficultés pour uriner, presque la moitié (26 sur 60) relie cette gêne au fait qu'elles soient excisées (on observe la même proportion parmi celles qui ont des difficultés à porter certains vêtements). Parmi celles qui ont des difficultés pour marcher, elles sont 6 sur 10 à penser que c'est lié à leur excision (tableau 11).

Tableau 11. Lien avec l'excision pour les femmes ayant déclaré des gênes (effectifs)

Difficultés	Lien avec l'excision du point de vue de la femme			Total
	Non	Oui	Ne sait pas	
Pour uriner	11	26	23	60
Pour marcher	5	13	4	22
Pour porter certains vêtements	10	15	13	38

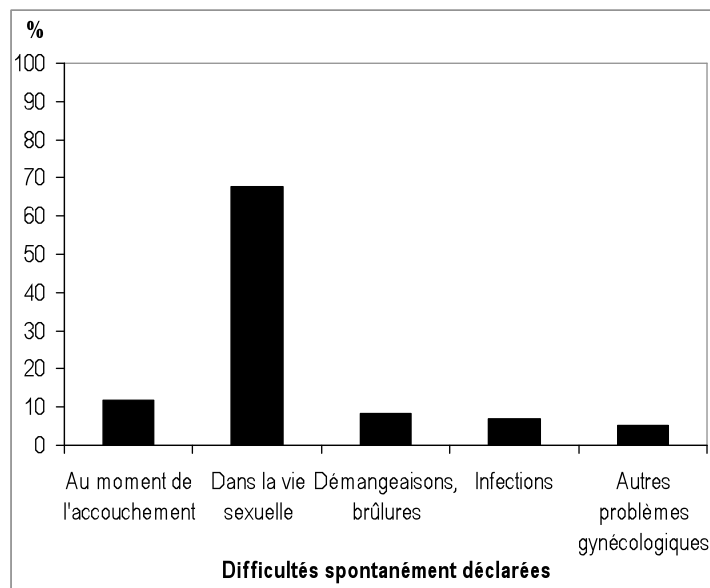
Champ : ensemble des femmes excisées enquêtées ayant déclaré des difficultés pour uriner (n = 60), pour marcher (n = 22), pour porter certains vêtements (n = 38)

On note en outre, pour les trois types de difficultés rencontrées, des proportions importantes de femmes qui déclarent ne pas savoir si ces gênes ressenties sont liées à la mutilation qu'elles ont subie. Ce constat appelle à plusieurs interprétations. D'un côté, les femmes qui ont déclaré éprouver ces gênes dans leur vie quotidienne le ressentent, pour la plupart avec une faible intensité (« rarement » ou « quelquefois ») (tableau 10). On peut alors supposer que ces difficultés n'entravent pas leur vie quotidienne au point de se poser la question d'un lien éventuel avec leur excision. De l'autre côté, on peut aussi supposer que ces femmes mettent ces difficultés sur le compte d'autres facteurs (l'âge ou les grossesses par exemple). Dans tous les cas, elles sont amenées à intégrer ces « handicaps » dans leur vie quotidienne et elles ont vraisemblablement tendance à en euphémiser l'importance. Ces premiers résultats devront être approfondis notamment à travers une analyse approfondie des caractéristiques génésiques des femmes concernées et des informations fournies par le médecin dans le volet complémentaire lorsqu'il est disponible.

4.3.2 *Le vécu dans la sexualité*

A la suite des questions sur ces trois types de difficultés, on demandait aux femmes enquêtées si elles ressentaient d'autres difficultés (non citées précédemment). 9 % des femmes excisées ont déclaré spontanément d'autres difficultés que l'on a pu reclassées facilement en 5 modalités différentes (figure 5).

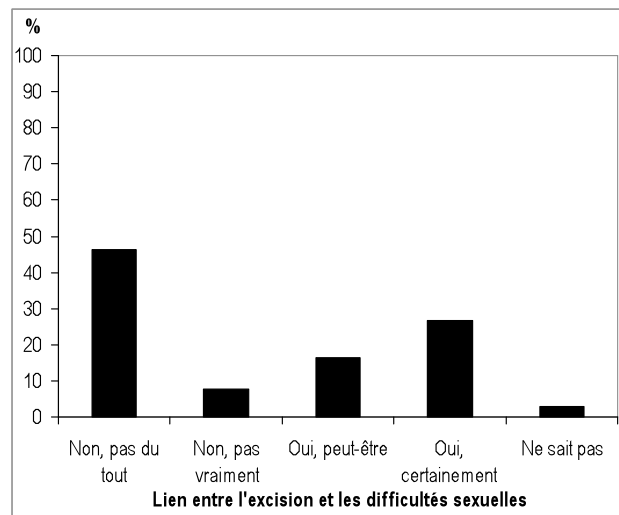
Figure 5. Déclaration spontanée « d'autres difficultés » ressenties dans la vie quotidienne



Les problèmes dans la vie sexuelle arrivent largement en tête (70%) des difficultés déclarées spontanément par ces femmes, suivies par les problèmes au moment de l'accouchement déclarés par 12% des femmes (figure 5). La fréquence de ces difficultés est beaucoup plus élevée que pour les difficultés précédentes puisqu'elles sont 23 % à les ressentir « toujours », 35 % « souvent », 32% « quelquefois » et seulement 5% « rarement ». Et parmi les femmes ayant déclaré spontanément ces difficultés, elles sont 9 sur 10 à les relier à leur excision. Le fait de rattacher ces « autres difficultés » à leur excision est en partie forcé par le déroulement du questionnaire : on leur demandait dans la question précédente si elles rattachaient les trois premières difficultés explicitement citées au fait qu'elles soient excisées.

Si cette déclaration « spontanée » de problèmes relatifs à la vie sexuelle ne concerne que 9 % des femmes excisées enquêtées, l'importance du lien entre la sexualité et l'excision est en outre mise en évidence par la réponse à la question « *Diriez-vous que vous rencontrez des difficultés dans votre vie sexuelle à cause de l'excision?* ». En effet, un tiers des femmes excisées considèrent avec certitude que les problèmes rencontrés dans leur vie sexuelle sont liés à leur excision, tandis qu'un quart en doutent (« oui, peut-être » ou « non, pas vraiment ») (figure 6).

Figure 6. Lien entre les difficultés sexuelles et l'excision



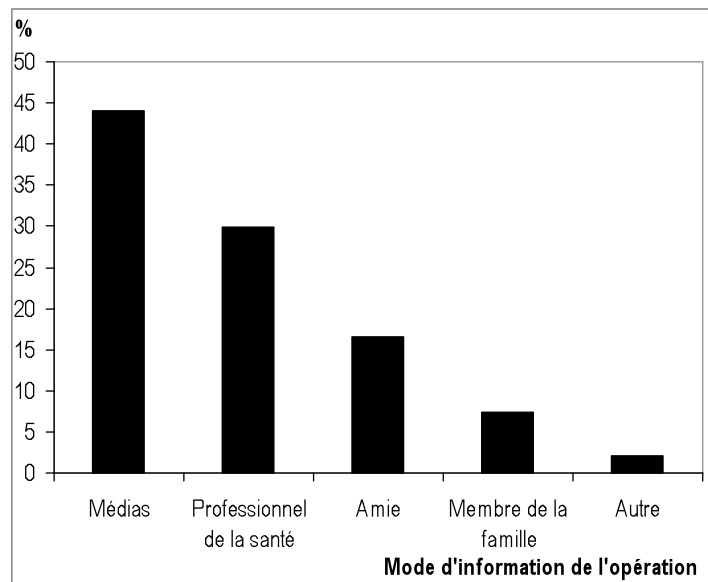
L'analyse de ces questions sur les répercussions de l'excision ressenties ou non par les femmes dans leur vie quotidienne fait apparaître les difficultés rencontrées dans la vie sexuelle comme les gênes les plus vivement ressenties et aussi les plus facilement exprimées, alors qu'elles relèvent finalement de la sphère la plus intime (par rapport aux problèmes strictement « sanitaires »). Cela révèle bien qu'au delà des complications physiques, les femmes excisées portent de profonds stigmates consécutifs à la mutilation qu'elles ont subie.

4.4 Les contours de la demande en chirurgie réparatrice

4.4.1 Connaissance de la pratique

Plus de la moitié (55 %) des femmes excisées enquêtées ont déjà entendu parler de l'opération de chirurgie réparatrice (tableau 12). Près de la moitié d'entre elles (44%) en ont eu connaissance par le biais des médias, un tiers par un professionnel de la santé et un quart par un proche (amie ou membre de la famille) (figure 7). L'importance des médias comme vecteur d'informations a été mise en évidence par l'enquête qualitative. Le pourcentage relativement élevé (30 %) de femmes ayant eu connaissance de l'opération par un professionnel de la santé est fortement lié au mode de recrutement des femmes. En effet, elles ont été enquêtées dans des structures de santé au sein desquelles les acteurs avaient été eux-mêmes particulièrement sensibilisés à cette question, du fait de la réalisation de l'enquête.

Figure 7. Mode d'information de l'opération de chirurgie réparatrice



La connaissance de l'opération est fortement liée aux caractéristiques socio-démographiques des femmes (tableau 12). Les femmes les mieux informées sont plutôt jeunes. A partir de 35 ans, le pourcentage de femmes connaissant l'opération décroît. Par ailleurs, la connaissance de l'opération augmente avec le niveau d'études de l'enquêtée : ainsi 74% des femmes ayant un niveau supérieur connaissaient l'opération au moment de l'enquête contre moins d'un tiers chez les femmes non instruites. En outre, ce sont les femmes socialisées en France qui sont, en proportion, les plus nombreuses, à avoir entendu parler de cette opération : elles sont près de 9 sur 10 contre moins de la moitié parmi celles qui ont grandi à l'étranger et qui vivent en France depuis moins de 10 ans (tableau 12).

La lecture de ces résultats au regard de ceux sur le mode d'information montrent d'une part que l'accès à l'information est logiquement facilité chez les femmes qui ont grandi en France et qui sont plutôt instruites. D'autre part, les femmes âgées de moins de 35 ans sont aussi celles qui sont le plus à même de fréquenter les structures de santé puisqu'elles sont au cœur de leur vie reproductive.

Parmi les femmes qui connaissaient l'opération de chirurgie réparatrice au moment de l'enquête, 21 % connaissaient une femme qui avait eu recours à cette opération mais seules 6 % ont eu elles-mêmes recours à l'opération, soit 21 femmes. Parmi ces 21 femmes, les trois quarts connaissaient une

femme qui avait aussi eu recours à l'opération. Là aussi, ces résultats sont à mettre en relation avec ceux tirés des entretiens qualitatifs. En effet, les trajectoires des femmes « réparées » montrent que le cheminement vers l'opération s'insère dans un processus complexe mêlant à la fois des logiques personnelles et familiales. Les discussions avec les « paires » sont particulièrement importantes et l'expérience de l'opération, dans l'entourage proche de la femme, peut être un facteur incitatif (car rassurant) du recours à l'opération.

Tableau 12. Connaissance de l'opération et caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques socio-démographiques	Connaissance de l'opération de chirurgie réparatrice		
	Non	Oui	Total
Age de l'enquêtée			
18-24 ans	44	56	100
25-29 ans	43	57	100
30-34 ans	37	63	100
35-39 ans	49	51	100
40 ans et plus	57	43	100
<i>Khi² = 8,4230 *</i>			
Niveau d'instruction			
Non scolarisée	72	28	100
Niveau primaire	56	44	100
Niveau secondaire	33	67	100
Bac	24	76	100
Niveau supérieur	26	74	100
<i>Khi² = 78,7829 ***</i>			
Lieu de socialisation pendant l'enfance			
Enfance en France	13	87	100
Enfance à l'étranger, vit en France depuis plus de 10 ans	48	52	100
Enfance à l'étranger, vit en France depuis moins de 10 ans	53	47	100
<i>Khi² = 52,0549 ***</i>			
Ensemble	55	44	100

Champ : ensemble des femmes excisées enquêtées, ayant répondu à la question sur la connaissance de la pratique de chirurgie (n = 610)

4.4.2 L'intérêt ou non pour l'opération

Sur l'ensemble des femmes excisées enquêtées, plus de la moitié (60 %) ne sont pas intéressées, au moment de l'enquête par l'opération de chirurgie réparatrice. Presque un tiers est intéressée et 5 % (soit 28 femmes) ont déjà été opérées ou sont en cours de démarche de réparation ; enfin, 8% des femmes n'ont pas d'opinion sur la question (« ne sait pas ») (tableau 13).

Tableau 13. Intérêt des femmes pour l'opération de chirurgie réparatrice

Intérêt de la femme pour l'opération	Effectifs	Pourcentages
A été opérée	21	3,5
Est en cours	7	1,2
Est intéressée	161	26,6
N'est pas intéressée	366	60,5
Ne sait pas	50	8,3
Ensemble	605	100,0

Champ : ensemble des femmes excisées enquêtées (n = 635, 30 femmes n'ont pas répondu à la question sur « l'intérêt de l'opération pour elle-même »)

Le tableau 14 présente quelques caractéristiques socio-démographiques liées à l'intérêt ou au désintérêt des femmes excisées pour l'opération de chirurgie. Les femmes qui sont intéressées par l'opération sont plutôt jeunes (moins de 35 ans) et ont grandi en France. L'intérêt pour l'opération augmente avec le niveau d'instruction. L'intérêt est également plus marqué non seulement chez les femmes célibataires mais également chez les femmes divorcées ou séparées. Ce dernier résultat est intéressant dans la mesure où il révèle que l'opération de chirurgie participe, pour de nombreuses femmes, d'une démarche de reconstruction personnelle et identitaire, dont une séparation peut être le déclencheur.

A contrario, le désintérêt pour l'opération concerne plus des femmes âgées (notamment des migrantes vivant en France depuis plus de 10 ans et qui regroupent globalement des femmes plus âgées que la moyenne) ou des femmes migrantes avec un faible niveau d'instruction (tableau 14). Là aussi, l'enquête qualitative révèle que pour certaines femmes, arrivées en France depuis peu de temps, et qui sont dans des situations de grande précarité (matérielle et psychologique), le recours à une opération de chirurgie réparatrice n'apparaît absolument pas comme une priorité ni même comme une possibilité dans certains cas.

Tableau 14. Les déterminants sociaux de l'intérêt ou du désintérêt des femmes pour l'opération de chirurgie réparatrice

Caractéristiques socio-démographiques	N'est pas intéressée	Est intéressée	Ensemble
Age de l'enquêtée			
Moins de 35 ans	66	34	100
35 ans et plus	78	22	100
<i>Khi² = 7,1394 ***</i>			
Niveau d'instruction			
Non scolarisée	87	13	100
Niveau primaire	71	29	100
Niveau secondaire	65	35	100
Bac et plus	57	43	100
<i>Khi² = 28,6955 ***</i>			
Lieu de socialisation dans l'enfance			
Enfance en Europe	60	40	100
Enfance à l'étranger et vit en France depuis moins de 10 ans	67	33	100
Enfance à l'étranger et vit en France depuis plus de 10 ans	78	22	100
<i>Khi² = 8,9984 **</i>			
Statut marital			
Célibataire	58	42	100
Mariée ou fiancée	76	24	100
Divorcée/Séparée/Veuve ¹⁴	63	38	100
<i>Khi² = 17,2838 ***</i>			
Ensemble	69	31	100

Champ : ensemble des femmes excisées n'ayant pas encore eu recours à l'opération (n = 527)

Le principal motif avancé par les femmes intéressées par l'opération est l'amélioration de leur vie sexuelle (près de 60 %, figure 8). Viennent ensuite, à égale importance, les raisons liées à la santé (« pour éviter les problèmes de santé liés à l'excision ») et les motifs relatifs à l'identité féminine (« retrouver son intégrité de femme »). Comme nous l'avons mis en évidence précédemment (cf. 4.3.2), ce sont particulièrement les difficultés rencontrées dans leur vie sexuelle qui peuvent conduire les femmes dans une perspective de réparation. Ces femmes, plus souvent jeunes et socialisées en

¹⁴ Cette modalité regroupe 48 femmes dont 9 seulement sont veuves, les 39 autres sont divorcées ou séparées.

France, vivent des contradictions fortes, en matière de sexualité entre les normes de leur pays d'origine (où la sexualité est fortement liée à la procréation) et celles de leur pays d'accueil (qui rendent possibles la notion de « droit à une sexualité épanouie »).

De l'autre côté, les femmes qui ne sont pas (encore) intéressées par l'opération justifient leur désintérêt par deux principaux motifs : d'une part, parce qu'elles « acceptent leur état actuel », d'autre part, parce qu'elles « n'en ressentent pas le besoin » (figure 9). Ces deux motifs sont finalement très liés car le « besoin » déclaré de recourir à une chirurgie réparatrice fait généralement suite à une non-acceptation de son état. Comme nous venons de le voir (tableau 14), ces femmes sont plus souvent arrivées récemment en France, peu instruites et n'envisagent pas (encore), contrairement aux femmes précédentes, leur sexualité de manière problématique. En outre, ce groupe de femmes, non intéressées par l'opération, comprend également des femmes plus âgées, pour lesquelles, selon leur fréquente formulation, « il est trop tard ».

Figure 8. Raison de l'intérêt pour l'opération de chirurgie réparatrice

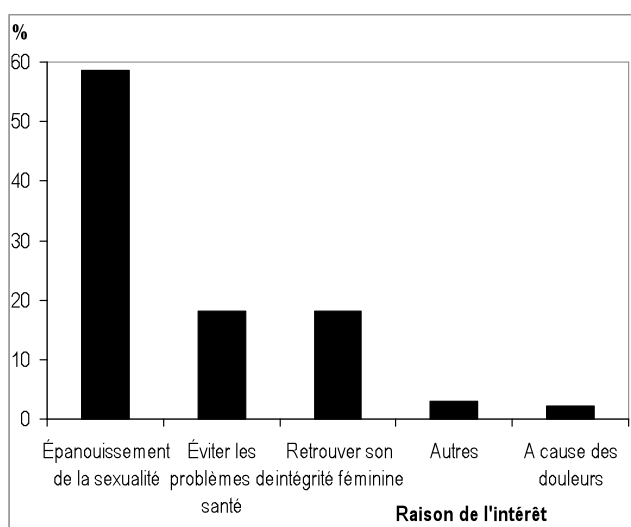
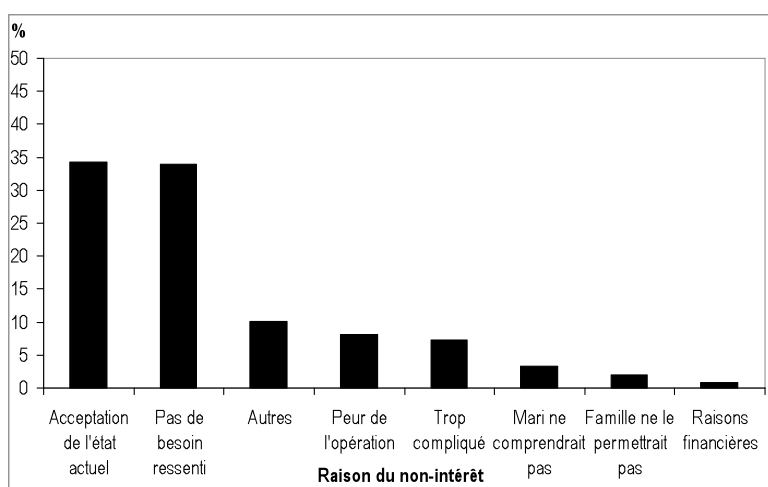


Figure 9. Raisons du non intérêt pour l'opération de chirurgie réparatrice



Ces premières analyses montrent que la chirurgie réparatrice n'apparaît pas aujourd'hui comme un recours systématique pour toutes les femmes ayant subi une mutilation sexuelle. Il apparaît clairement que cette offre de soin est mobilisable par certaines femmes pour lesquelles elle a du sens :

ce sont des femmes qui ressentent dans leur vie personnelle et notamment sexuelle les conséquences de l'excision et qui en pâtissent.

Là encore des analyses plus approfondies sont nécessaires pour faire le lien entre les dysfonctions physiques réellement vécues par les femmes et leur verbalisation d'une demande de prise en charge chirurgicale.

Le caractère aujourd'hui minoritaire de la demande de prise en charge chirurgicale ne présage par ailleurs pas de son évolution dans le futur. Certaines des femmes qui ont déclaré à l'enquête ne pas être intéressées par ce type de protocole peuvent être amenées à évoluer dans leurs perceptions.

4.4.3 Les femmes qui ont eu recours à l'opération (ou qui sont en cours)

Sur l'ensemble des 635 femmes excisées enquêtées, 21 ont eu recours à l'opération de chirurgie réparatrice et 7 ont entrepris la démarche. Ces 28 femmes sont âgées entre 19 et 42 ans¹⁵, 10 femmes étant âgées entre 30 et 34 ans. 15 d'entre elles ont au moins le baccalauréat. Plus de la moitié ont grandi en France (16) et sont célibataires au moment de l'enquête (17) (tableau 15). Ces 28 femmes se distinguent des autres femmes excisées, principalement par leur niveau d'instruction plus élevé et par le fait qu'elles aient plus souvent grandi en France.

Tableau 15. Caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant eu recours à l'opération

Caractéristiques socio-démographiques	Effectifs
Age	
20-24 ans	7
25-29 ans	9
30-34 ans	10
35 ans et plus	2
Niveau d'instruction	
Niveau primaire/secondaire	13
Niveau bac et plus	15
Lieu de socialisation dans l'enfance	
Enfance en France	16
Enfance à l'étranger, vit en France depuis plus de 10 ans	8
Enfance à l'étranger, vit en France depuis moins de 10 ans	4
Statut marital	
Célibataire	17
Mariée	9
Séparée, divorcée	2
Ensemble	28

Champ : femmes ayant déjà eu recours à l'opération de chirurgie réparatrice ou qui ont entamé la démarche au moment de l'enquête (n = 28)

Les 21 femmes ont été « réparées » entre 2004 et 2008, principalement en région parisienne et notamment à l'hôpital de Saint Germain en Laye¹⁶, où opère Pierre Foldès. Pour plus de la moitié des femmes (14), la durée écoulée entre le moment où elles ont entendu parler de l'opération et le moment où elles ont été opérées, est de moins de 6 mois¹⁷. Par ailleurs, sur les 19 femmes ayant un conjoint ou un partenaire, 17 ont bénéficié du soutien de leur partenaire dans leur démarche de réparation. 18

¹⁵ Sur les 28 femmes, 2 femmes seulement ont plus de 35 ans (40 et 42 ans).

¹⁶ Sur les 21 femmes, 11 ont été opérées par Pierre Foldès.

¹⁷ Pour 9 d'entre elles, cette durée est même inférieure à 3 mois.

femmes sur 21 ont discuté de leur opération avec au moins une personne (15 en ont parlé à deux personnes). Les deux interlocuteurs privilégiés sont d'abord le conjoint, puis la mère et ensuite les sœurs et amies. Ces résultats mettent en évidence l'importance de la verbalisation dans le processus de réparation, cette « libération » de la parole s'opérant principalement au sein de la cellule familiale proche.

Les femmes « réparées » ont eu recours à l'opération pour deux principaux motifs ; d'une part, pour « avoir une sexualité plus épanouie » et d'autre part pour « retrouver leur intégrité féminine ». La raison relative aux problèmes de santé n'a été mentionnée que par deux femmes. Ce résultat rejoint ceux mentionnés précédemment sur le vécu des femmes excisées au quotidien (cf. 4.3.) où les problèmes dans la vie sexuelle étaient les difficultés les plus vivement ressenties par les femmes.

PARTIE 5 SYNTHÈSE, PISTES DE TRAVAIL ET RECOMMANDATIONS

Ce premier rapport d'enquête ne constitue en aucun cas une présentation définitive des résultats de cette recherche. Compte tenu de la richesse d'une part et de la complexité d'autre part, du matériau collecté, il n'est qu'une première étape. Les conséquences en matière de santé pour les femmes ayant subi une mutilation sexuelle doivent notamment faire l'objet d'analyses plus abouties et doivent surtout être confrontées à la critique scientifique avant de trouver leur formulation définitive.

Cependant, les premières analyses présentées ici nous permettent dès à présent de dégager un certain nombre de constats dont la validation sera affinée dans les prochains mois. La dernière partie de ce rapport est l'occasion de rappeler les principaux résultats mis en évidence par l'enquête ExH au vu de nos premières analyses. C'est aussi l'occasion de présenter dans le détail des pistes de réflexion et le programme de travail et d'analyse que nous entendons mener dans les prochains mois. On décrira notamment les manifestations scientifiques dans lesquelles les résultats de l'enquête ExH seront présentés. Enfin, même si cette étape est un peu prématurée, nous proposons d'ores et déjà quelques pistes de recommandations.

5.1 Les principaux résultats de l'enquête ExH

5.1.1 La faisabilité d'une enquête de grande ampleur sur ce thème est établie.

Il est possible de mener une enquête quantitative sur les mutilations sexuelles. C'est une expérience inédite en Europe et à ce titre, le travail de réflexion sur l'élaboration du protocole de collecte s'est avéré particulièrement pertinent. Il est important d'en diffuser les enseignements. Comme on l'a déjà rappelé dans le cadre de ce rapport (Partie 1, 1.3), les obstacles éthiques et méthodologiques à surmonter pour mener une enquête de santé sur une population de femmes migrantes et s'intéressant plus particulièrement à la sexualité et à une pratique fortement tabou et pénalement punie, sont particulièrement importants. La préparation de l'enquête, sous l'égide d'un comité de pilotage et le choix de la mener dans un cadre médical s'est avérée une solution pertinente. Au sens où elle a facilité le repérage des populations concernées tout en leur garantissant un cadre d'entretien respectant leur intégrité. Une enquête de ce type nécessite cependant du temps, du personnel formé et conscient des enjeux pour les femmes enquêtées ainsi qu'une volonté politique et institutionnelle de faire avancer les connaissances et l'expertise sur le sujet.

5.1.2 Des premiers résultats à affiner en termes de conséquences sur la santé.

Les premières analyses sur l'état de santé ont permis de mettre en évidence des risques spécifiques encourus par des femmes excisées. Il est assez rare de pouvoir distinguer les risques de santé liés au contexte particulier des femmes excisées (migrantes, peu instruites, etc.) des risques spécifiquement induits par les mutilations génitales féminines. Cette enquête, grâce à l'approche « cas/témoins », permet ce distinguo, donnant une dimension nouvelle aux conclusions qu'elle apporte.

A ce niveau d'analyse, ce travail montre que les contrastes en termes d'état de santé général ne sont pas nets lorsqu'on compare les femmes excisées et leurs témoins, tout au moins dans ce contexte de lieu de soins où se déroule l'enquête. Toutefois, il se dégage des spécificités importantes. On voit ainsi déjà qu'une attention particulière doit certes être portée à des risques reconnus (infections urinaires ou gynécologiques ; déchirures lors de l'accouchement), mais que les soignants peuvent également se pencher sur des répercussions moins évidentes, touchant au ressenti des femmes, que des enquêtes plus centrées sur la santé physique peinent à faire ressortir. On montre en effet que la

douleur, si elle n'est pas plus fréquente que chez leurs pairs non excisées, est plus intense chez les femmes excisée et elle se traduit ainsi plus systématiquement par des gênes dans les activités du quotidien. Ces femmes sont également plus sujettes à un sentiment de tristesse et de découragement alors qu'elles ne présentent pas d'autres signes tels que l'anxiété ou la fatigue.

Ce premier descriptif offre un premier état des lieux sur les risques de santé. Il appelle à des analyses plus fines et poussées pour mieux comprendre ces résultats. Le recours à la déclaration des maladies viendra compléter les analyses et permettra peut être de faire ressortir d'autres spécificités. Nous nous appuyons également sur les enseignements tirés du volet rempli par les médecins. Par ailleurs, il conviendra de mettre œuvre des analyses sur les facteurs qui facilitent la prise en charge des problèmes de santé liés à l'excision. Le contexte social, le fait d'avoir parler de son excision (à un professionnel de santé, à son entourage), le recours aux soins sont autant de variables qui peuvent réduire certains risques de santé. Enfin, il faudra travailler sur la spécificité de notre échantillon et élaborer des hypothèses quant aux risques de santé auxquels pourraient être soumises des femmes excisées plus éloignées des structures de soins que ne le sont les femmes de notre échantillon.

5.1.3 Des premiers résultats très nets en termes de conséquences sur la vie sexuelle.

C'est dans le domaine de la sexualité que les résultats sont les plus nets. L'hypothèse centrale dans l'enquête selon laquelle les femmes ayant subi une mutilation sexuelle féminine ont des difficultés récurrentes dans leur vie sexuelle est clairement vérifiée. Les résultats montrent qu'elles sont d'une part inscrites dans un modèle qui associe encore largement sexualité et union légale, et d'autre part que leur vécu de la sexualité est plus souvent peu satisfaisant voire même douloureux. S'il existe une forte différence dans ce que l'on peut qualifier de « bien être sexuel » entre les femmes excisées interrogées, les femmes témoins et un échantillon de population générale, il sera nécessaire de mener des analyses complémentaires pour voir ce qui relève de la « qualité » de leurs relations avec leur partenaire et ce qui relève des conséquences de l'excision.

Enfin, l'enquête montre que les femmes concernées sont en demande d'écoute et d'informations sur les questions de sexualité. Parler de sexualité reste un sujet intime et de ce fait délicat et parler de ses difficultés sexuelles l'est encore plus, particulièrement pour ces femmes migrantes originaires de sociétés dans lesquelles la parole sur la sexualité est rare. De plus, les femmes excisées interrogées sont très nombreuses à faire un lien spontané entre les difficultés qu'elles rencontrent dans la sexualité et leur excision, les considérant comme les principales gênes dans leur vie quotidienne.

5.1.4 La complexité de la mesure du risque d'excision.

Compte tenu de la nature de notre échantillon, la mesure d'un risque d'excision est actuellement délicate, comme on l'a montré dans la partie 4 (Cf. 4.1.1). En ce qui concerne les femmes de l'échantillon ExH, il faudra attendre de pouvoir redresser notre échantillon pour qu'il soit représentatif de la population concernée résidente en France et seulement à cette condition, on pourra élaborer des mesures fiables de la perpétuation de la pratique en contexte migratoire dans les générations enquêtées ici.

Par contre, la mesure du risque d'excision des filles des femmes enquêtées est possible, avec la réserve que les données collectées sont déclaratives et minimisent sans doute en partie les niveaux de risques. Cependant, en contrôlant comme on l'a fait dans la partie 4 (Cf. 4.1.2) les sous-déclarations possibles, le risque d'excision calculé et proposé dans ce rapport montre que ces pratiques sont bien en forte régression mais qu'il existe toujours des fillettes « à risque » issues de familles enclines à reproduire une tradition encore perçue comme immuable ou incontournable. L'analyse détaillée des

spécificités de ces configurations sont nécessaires pour mettre en œuvre des stratégies de prévention adaptées.

5.1.5 *Les contours d'une demande de chirurgie réparatrice*

La chirurgie réparatrice n'apparaît pas aujourd'hui comme un recours systématique pour toutes les femmes ayant subi une mutilation sexuelle. Cette offre de soin est mobilisable par les femmes qui ressentent dans leur vie personnelle, notamment sexuelle, les conséquences de l'excision et qui en pâtissent. Ce sont surtout des femmes socialisées en France qui expriment une demande très claire sur ce sujet. Il sera nécessaire de faire le lien entre les dysfonctions physiques réellement vécues par les femmes et leur verbalisation d'une demande de prise en charge chirurgicale.

Cependant, le caractère aujourd'hui minoritaire de la demande de prise en charge chirurgicale ne présage par ailleurs pas de son évolution dans le futur. Des jeunes filles qui ne sont pas encore entrées en sexualité et ne sont pas présentes dans notre échantillon pourront dans les prochaines années être en demande de ce type de prise en charge. De plus, la prise de conscience de l'impact de l'excision sur leur vie personnelle se faisant à travers un cheminement personnel, certaines des femmes qui ont déclaré à l'enquête ne pas être intéressées par ce type de protocole peuvent être amenées à évoluer dans leurs perceptions.

Ces premiers résultats seront présentés dans différentes manifestations scientifiques dont le calendrier est présenté dans la partie suivante.

5.2 **Le programme de travail de production des résultats secondaires**

Même si notre programme de travail n'est pas encore définitivement établi, nous sommes déjà engagées dans une série de colloques scientifiques pour la fin de l'année 2009.

Il s'agit notamment de présenter des conclusions de l'enquête ExH en matière de collecte de données sensibles et d'enjeux éthiques. Par ailleurs, on prévoit de soumettre les premiers résultats de l'enquête en matière de conséquences de l'excision sur la santé des femmes en situation de migration.

Les interventions dont les résumés sont présentés ci-après ont d'ores et déjà été sélectionnées soit sous forme de poster, soit sous forme de communications orales. Elles feront ultérieurement l'objet de publications dans des revues scientifiques, suite aux retours obtenus lors de ces présentations et au prolongement des analyses. Les résultats de l'enquête ExH seront présentés au Congrès annuel de la Population Association of America, au Congrès de l'Association Francophone pour le Savoir, au Colloque « Femmes, corps et santé », au Colloque thématique de l'Adelf sur « Epidémiologie sociale et inégalités de santé », au Congrès mondial de Population :

Congress of Population American Association, Detroit, 27 avril-2mai 2009. Présentation d'un poster sur « Conséquences de l'excision sur la santé maternelle et périnatale : les résultats de l'enquête « ExH, Excision et Handicap » auprès de femmes vivant en France. » Armelle ANDRO, Marie LESCLINGAND, Emmanuelle CAMBOIS.

<p>Résumé : L'enquête ExH menée en 2007-2008 en France auprès de 700 femmes victimes de mutilations sexuelles féminines permet de mieux connaître et de mesurer les conséquences de cet événement sur la santé et la vie génésique de ces femmes. L'existence d'un échantillon « témoin » de 2000 femmes interrogées dans les mêmes conditions nous permet de mettre en évidence l'existence de risques de pathologies et de complications spécifiquement liés à l'excision. Tant en ce qui concerne l'issue des grossesses que les conditions et les suites d'accouchement, les conséquences des</p>

mutilations sexuelles sont jusqu'à présent encore mal mesurées, notamment dans les pays d'installation des femmes migrantes ou originaires de pays à risque et l'enquête Exh apporte de ce point de vue des résultats nouveaux. L'originalité de l'enquête « ExH » réside par ailleurs dans l'approche par le handicap, élargissant le champ d'investigation des conséquences de l'excision à d'autres dimensions de la vie quotidienne et du bien être : gênes fonctionnelles, sexualité, bien être. Les résultats permettront d'améliorer la connaissance des conséquences médico-sociales des mutilations sexuelles et de favoriser la mise en œuvre d'une politique sanitaire de prise en charge adaptée.

Colloque de l'AFCS « Femmes, corps et santé », Ottawa, 11-13 mai 2009. Présentation d'une communication sur « Excision et recours à la chirurgie réparatrice : l'expérience de femmes migrantes résidant en France » Armelle Andro, Marie Lesclingand, Dolorès Pourette.

Résumé : L'enquête « Excision et handicap » a pour objectif d'étudier l'historique et les conséquences de l'excision en termes de santé et de qualité de vie pour les femmes mutilées résidant en France. Elle repose sur une double méthodologie : une enquête nationale inédite réalisée lors de consultations gynécologiques auprès de 3 000 femmes dont 700 ont subi une forme d'excision, et une enquête anthropologique auprès de 30 femmes et hommes migrants ou descendants de migrant, originaires de pays pratiquant l'excision. Les résultats montrent que l'expérience de l'excision est différente pour les femmes ayant été socialisées en Afrique et arrivées en France à l'âge adulte, et pour les femmes nées et ayant été socialisées en France. Les premières ont grandi dans un espace où la norme féminine est d'être excisée et où la pratique de l'excision renvoie à des significations sociales, familiales et culturelles. Pour les deuxièmes, le fait d'avoir été socialisées dans un espace où la norme, pour une femme, est de ne pas être excisée, a un certain nombre de conséquences sur la sexualité, l'estime de soi, l'identité (de genre, et ethnique) et les rapports aux autres. L'objectif de cette communication est de montrer comment le recours à la chirurgie réparatrice constitue pour ces femmes un projet personnel de réappropriation d'une identité féminine et d'accès à une sexualité plus satisfaisante, qui est aussi l'occasion d'initier une discussion dans la famille et avec le conjoint autour de l'excision.

Congrès de l'AFCS, Ottawa, 12-15 mai 2009. Présentation d'une communication sur « Enquêter auprès de femmes excisées en France : Enjeux éthiques d'une enquête sensible » Armelle ANDRO (UNIVERSITE PARIS 1, INED), Marie LESCLINGAND (UNIVERSITE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS, INED)

Résumé : Près de 55 000 femmes adultes victimes de l'excision vivaient en France en 2004. Si la pratique a été très réprimée et prévenue depuis plusieurs décennies, de nombreuses femmes excisées endurent aujourd'hui, les séquelles physiques, psychologiques et sociales consécutives à leur mutilation. Ces conséquences restaient très mal connues compte tenu de la rareté des enquêtes. L'enquête nationale « ExH : Excision et Handicap » étudie les conséquences des mutilations sexuelles féminines sur la santé et la qualité de vie de ces femmes concernées et mesure leurs besoins en terme de prise en charge : 700 femmes excisées et 2000 femmes témoins qui ont été d'interrogées en 2007-2008 sur leur vie sexuelle et reproductive.

Le dispositif de collecte d'une telle enquête est complexe. La population enquêtée est rare et les femmes et les personnels de santé ne connaissent pas toujours le statut d'excisée rendant difficile l'identification des enquêtées. Mais au delà des questions méthodologiques, ce sont surtout les enjeux éthiques et déontologiques qui se posent avec acuité lorsque l'on enquête sur une expérience intime, dramatique, souvent taboue et qui est par ailleurs punie pénalement. Le protocole de collecte garantissant l'anonymat, le recueil du consentement et surtout le respect de l'intégrité des enquêtés s'est donc construit autour de ces multiples enjeux. Validé par les instances de contrôle des enquêtes

de santé publique, il a permis de recueillir une information inédite et a rencontré un accueil très favorable chez les femmes enquêtées.

Colloque de l'ADELF sur les inégalités sociales de santé, Toulouse, mai 2009. Présentation d'un poster sur « Excision, santé et contexte social : les premiers résultats de l'enquête « ExH, Excision et Handicap » conduite en France en 2007-08 ». ANDRO Armelle (Université Paris 1 / Ined), CAMBOIS Emmanuelle (Ined), LESCLINGAND Marie (Université de Nice / Ined)

Résumé : On estime à 53 000 le nombre de femmes adultes victimes de l'excision vivant sur le territoire français en 2004 ; le plan national de santé contre les violences envers les femmes inclut la lutte contre cette pratique et le système de soins propose la prise en charge et la réparation physique de l'excision. Les mutilations sexuelles féminines (MSF) peuvent avoir de graves conséquences sur la santé. Les rares enquêtes disponibles indiquent un certain mal être et de nombreuses pathologies (infections, stérilité, complications obstétricales, incontinence, dysfonctionnements sexuels...). L'enquête « *ExH, excision et handicap* » vise à mieux décrire les risques et besoins des femmes excisées ; elle permet aussi d'identifier des déterminants socio-démographiques de la prise en charge de ces complications. *Méthodes* : L'enquête ExH aborde la question des MSF à travers leurs répercussions sur la santé et le bien être. C'est une enquête cas/témoin conduite en 2007/08 dans plusieurs départements français auprès de 700 femmes majeures excisées et de 2 000 non excisées (avec un volet médecin). On dispose d'informations sur l'histoire génésique, l'état de santé, les troubles fonctionnels et gênes dans la vie quotidienne ; les femmes déclarant avoir été excisées en fin de questionnaire sont interrogées sur les circonstances et le vécu de l'excision. Ces données permettent d'analyser leur état de santé et d'identifier les facteurs déterminants dans les risques et la prise en charge. Par ailleurs, une post-enquête qualitative permet d'explicitier certains résultats. *Résultats* : D'abord, l'échantillon « témoin » permet pour la première fois de mettre en évidence les risques liés à l'excision « *toutes choses égales par ailleurs* ». Ensuite, la description de la situation sociale des femmes permet d'identifier des facteurs favorisant la prise en charge des conséquences médicales. *Conclusion* : Ces résultats apportent des informations nouvelles sur la situation des femmes excisées et leurs besoins pour la mise en place de programmes adaptés.

Congrès mondial de population de l'IUSSP, Marrakech, 27 septembre-2 octobre 2009. Présentation d'une communication dans la séance sur Questions éthiques et recherches démographiques sur « Enquêter auprès de femmes excisées en France : Enjeux éthiques d'une enquête de santé, sur la sexualité, auprès de femmes migrantes ou issues de l'immigration » Auteures : Armelle ANDRO, Marie LESCLINGAND.

L'enquête ExH menée en 2007-2008 en France auprès de 700 femmes excisées et de 2000 femmes témoins soulèvent de nombreux enjeux éthiques. Le dispositif de collecte d'une telle enquête s'avère particulièrement complexe. La population enquêtée est rare et difficile à échantillonner. Le statut de femme excisée n'est pas toujours connu ni les femmes concernées ni par les personnels de santé. Au delà des questions méthodologiques, ce sont surtout les enjeux éthiques et déontologiques qui se posent avec acuité lorsque l'on enquête sur une expérience intime dramatique, souvent taboue et qui est par ailleurs interdite et punie pénalement en France. Le protocole de collecte mis en place tente de résoudre rigoureusement ces difficultés. L'enquête est réalisée en milieu médical, lors de consultations gynécologiques c'est à dire dans un cadre dévolu à la santé sexuelle et reproductive. Seules les femmes majeures sont enquêtées. Le questionnaire est construit en entonnoir afin de n'aborder la question des mutilations sexuelles que dans un dernier module spécifique, après avoir recueilli le consentement explicite des enquêtés pour chaque sujet abordé.

Congrès mondial de population de l'IUSSP, Marrakech, 27 septembre-2 octobre 2009.

Présentation d'une communication dans la séance sur la mesure des populations difficiles à dénombrier et des questions sensibles sur « Comment enquêter les femmes excisées, vivant en France ? »
Auteurs : Armelle ANDRO, Marie LESCLINGAND, Emmanuelle CAMBOIS et Christelle CIRBEAU.

Résumé : Cette communication traite des enjeux méthodologiques d'une enquête quantitative sur les mutilations sexuelles féminines, réalisée en France en 2007-08. L'objectif de cette enquête est d'étudier les conséquences de l'excision en termes de santé et de qualité de vie pour les femmes et de proposer une estimation de la demande en chirurgie réparatrice. Deux principales questions seront successivement abordées : celle de l'enquête auprès d'une population difficilement repérable et mal identifiée dans les statistiques publiques existantes ; celle du questionnement sur un sujet sensible et intime dans un contexte juridique où la pratique est interdite et pénalement sanctionnée. Les différentes étapes de la méthode d'échantillonnage et du choix des lieux d'enquête seront développées ainsi que la mise en place d'un protocole et d'un questionnaire adaptés. La troisième partie sera consacrée à la présentation de résultats de la collecte permettant de mettre en évidence les spécificités de l'enquête *ExH*, en comparaison avec d'autres enquêtes « sensibles ».

Le programme de présentations scientifiques et de publications se poursuivra au cours de l'année 2010.

5.3 Quelques propositions de recommandations.

Cette étape est, on l'a déjà dit, forcément embryonnaire. D'une part parce que nous n'avons pas terminé les analyses et n'avons pas encore le recul nécessaire pour avancer des propositions trop « bouclées ». D'autre part parce que c'est un travail qui doit être collectif et mobiliser tous les acteurs de la prise en charge des femmes concernées par l'excision et de la lutte contre les mutilations sexuelles féminines. Quelques pistes que nous proposons cependant de travailler :

5.3.1 Travailler à la définition d'une prise en charge systématique des femmes ayant subi une excision :

- Le questionnaire a permis de faciliter la prise de parole dans les lieux où l'enquête a eu lieu. Résultat déjà mis en évidence par Mélanie Horoks dans sa thèse¹. Fournir aux professionnels un guide d'entretien précis sur les mots à employer, les formulations à privilégier pour aborder la question en consultation.
- Attirer l'attention sur les conséquences de l'excision sur la santé ressentie, tant dans le sentiment de tristesse que dans les douleurs dont l'intensité se traduit par des gênes au quotidien. Ces aspects plus subjectifs peuvent en effet apparaître de manière moins flagrante que des impacts physiques dans le cadre d'une consultation habituelle. Pour autant, la prise en compte de ces répercussions permettrait d'améliorer la santé et la qualité de vie des femmes excisées.
- Donner une place centrale à la sexualité dans la prise en charge. La construction de la pratique de l'excision comme pratique néfaste est beaucoup passée dans l'argumentaire de l'OMS par la question des conséquences à l'accouchement. Ces dernières sont effectivement dramatiques dans les pays d'origine. La question semble se présenter

¹ Horoks Mélanie, 2008, Mutilations sexuelles féminines : vécu des femmes excisées et prise en charge médicale, Paris, (Thèse sous la direction de Emmanuelle Piet)

différemment dans les pays de migration où la médicalisation de l'accouchement réduit considérablement les risques. Dans ce contexte, c'est plutôt la qualité de la vie sexuelle qui pèse le plus sur les femmes concernées par l'excision.

- La chirurgie réparatrice ne doit sans doute pas être une réponse évidente à l'excision. Il faut clairement établir une proposition adaptée pour les différents publics de femmes concernées. Ce n'est en aucun cas une réponse qui doit être systématique et il faudrait travailler à la définition de critères permettant aux professionnels de gérer les différents cas.
- Retravailler la typologie des mutilations non plus en se basant sur la gravité de l'acte commis au moment de l'excision mais en se basant plutôt sur la gravité des conséquences de cette mutilation pour les femmes. Une approche de ce type permettrait de trouver une adéquation plus évidente et opérationnelle entre la typologie des mutilations sexuelles féminines et les différents protocoles de prise en charge à mettre en œuvre dans le cadre d'une politique de santé publique.

5.3.2 Inscrire la prise en charge des mutilations sexuelles dans le cadre migratoire.

- Former les professionnels sur les enjeux en matière de logiques familiales dans les familles migrantes. La question n'est pas tant de savoir pourquoi l'excision existe dans certaines régions du monde mais au delà de comprendre pourquoi certaines familles continuent d'y avoir recours en France aujourd'hui. Pour cela, il faut déconstruire les processus de décision (ou de non décision) qui conduisent à cette pratique. A ce niveau, l'articulation entre les résultats de l'enquête quantitative et l'enquête qualitative est essentielle.
- Informer les professionnels et les familles sur la question du risque : parler, avec les parents notamment de manière explicite du « schéma de risque » qui pèse sur leur(s) fille(s) en les positionnant comme acteurs de la prise de décision et en leur offrant les ressources nécessaires à l'abandon de la pratique. Il faut par exemple lister les personnes susceptibles de mettre en œuvre l'excision dans leur réseau familial et les aider à construire un argumentaire de « résistance » vis à vis de ces différents interlocuteurs. Le rappel au cadre légal est dans ce contexte essentiel mais doit sans doute être contextualisé pour chaque situation.

En l'état, il est difficile d'aller au delà de ces recommandations mais elles peuvent servir de base de travail à une réflexion collective et multipartenaires qui s'ancrent sur les résultats du projet ExH.

ANNEXES

- **Lettre annonce envoyée aux centres de santé sollicités**
- **Questionnaire individuel femmes**
- **Formulaire de consentement**
- **Questionnaire complémentaire**
- **Notes sur les tableaux des parties 3 et 4**

Lettre annonce :



Cher collègue,

Dans le cadre du Plan Violences et Santé du Ministère de la Santé consacré aux mutilations sexuelles féminines (MSF), plusieurs actions sont programmées :

- des colloques régionaux de sensibilisation sur les MSF de décembre 2006 à février 2007,
- un ouvrage « le praticien face aux mutilations sexuelles féminines » fin 2007,
- la mise en place d'un enseignement dans les facultés de médecine et des écoles paramédicales,
- la mise en place de centre pluridisciplinaire pour le traitement chirurgical,
- et une enquête « **Excision Handicap** »(ExH) pour mesurer, auprès d'un échantillon de femmes, les lésions et traumatismes liés aux mutilations sexuelles et pour évaluer les besoins en chirurgie réparatrice.

Cette enquête multicentrique a lieu dans 5 régions mobilisées sur le plan Violences et Santé. Elle vise à enquêter, au niveau national, 1000 femmes excisées et 2000 femmes témoins. Les femmes sont enquêtées dans les structures de soins et de suivi de leur santé reproductive.

Pour mener à bien cette enquête inédite et indispensable, nous avons besoin de votre participation. L'enquête concernera des femmes excisées ou non de votre structure, un questionnaire court vous sera également proposé.

A cette occasion, nous vous remettons un document d'information sur les MSF et le Cd que nous utilisons pour l'enseignement au niveau des facultés.

Merci de votre aide.

N'hésitez pas à nous contacter en cas de nécessité ou pour des explications, bien cordialement.

Armelle Andro
Université-Paris I
IDUP-INED
Coordinatrice scientifique

Pr Henri-Jean Philippe
GSF
CNGOF
Président du comité de pilotage

Le projet ExH est soutenu par :



Questionnaire de l'enquête quantitative du projet ExH

Numéro de l'enquêtrice :
Département :
Centre de santé:
Numéro de l'enquêtée :
Date de l'entretien :
Heure de début de l'entretien :.....
Heure de fin de l'entretien :.....
Durée de l'entretien :.....
Climat de l'entretien :
 Enquêtrice :

.....
Indiquer le niveau de français et l'habillement de l'enquêtée (boubou, scarification sur le visage, normal/classique, à la mode, vêtement

ample, voile)

.....

Enquêtée:

Volet Complémentaire : ACCEPTE REFUSE

Bonjour, je suis XXX, je travaille pour l'Université de Paris I et l'INED. Nous réalisons une grande enquête sur la santé reproductive et sur tous les problèmes gynécologiques que les femmes peuvent rencontrer au cours de leur vie. Cette enquête est menée dans toute la France auprès de 3000 femmes âgées de 18 ans et plus.

Le but de cette enquête est de mettre en évidence les problèmes particuliers que peuvent rencontrer les femmes afin de mieux former les professionnels de la santé sur ces questions.

Ce questionnaire est strictement anonyme. Vos réponses sont recueillies sans aucune mention de votre nom ou de vos coordonnées. Toutes les réponses que vous pourrez nous apporter resteront totalement confidentielles. Conformément à la loi n°57 711 du 07 juin 1951, les résultats de cette recherche ne peuvent être utilisés que pour produire des statistiques. De plus vous disposez d'un droit de rectifications des informations vous concernant auprès du laboratoire de recherche de l'Université de Paris I (CRIDUP) dont je peux vous donner les coordonnées téléphoniques (contact : CRIDUP, 01 44 07 86 52).

Le questionnaire dure une quinzaine de minutes et je vous remercie d'avance du temps que vous avez bien voulu nous accorder.

Module 1 : Caractéristiques démographiques

Est-ce c'est votre premier rendez-vous à la PMI ?

Je vais commencer par vous poser des questions sur vous et votre vie familiale.

Q1. Quel âge avez-vous? /_/_/ ans

Q2. Où êtes-vous née?

France métropolitaine

France hors métropole

A l'étranger : Pays :

Précisez :

Poser Q3 à toutes les femmes nées à l'étranger ou en France hors métropole.

Q3. En quelle année êtes-vous arrivée en France : /_/_/_/_/

ou **A quel âge êtes-vous arrivée en France :** /_/_/

ou **Depuis combien de temps vivez-vous en France :** /_/_/

Q4. a) Où est né votre père?

France métropolitaine

France hors métropole

A l'étranger : Pays :

Précisez :

Poser Q4b, si le père est né dans un des pays suivants : : Bénin, Burkina-Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, RCA, RDC, Sénégal, Sierra Léone, Somalie, Soudan, Tanzanie, Tchad, Togo.

b) De quelle ethnie est votre père?

Voir annexe p 17

Si la femme ne comprend pas, donner un exemple d'ethnie du pays d'origine du père

Si le père de l'enquêtée n'est pas né en France métropolitaine, poser Q4c

c) Où vit votre père?

France métropolitaine

France hors métropole

A l'étranger :

Fait des allers-retours :

Précisez :

Pays :

Pays :

Q5. a) Où est née votre mère?

France métropolitaine

France hors métropole

A l'étranger :

Précisez :

Pays :

Poser Q5b, si la mère est née dans un des pays suivants : : Bénin, Burkina-Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, RCA, RDC, Sénégal, Sierra Léone, Somalie, Soudan, Tanzanie, Tchad, Togo.

b) De quelle ethnie est votre mère?

Voir annexe p 17

Si la femme ne comprend pas, donner un exemple d'ethnie du pays d'origine de la mère

Si la mère de l'enquêtée n'est pas née en France métropolitaine, poser Q5c

c) Où vit votre mère?

France métropolitaine

France hors métropole

A l'étranger :

Fait des allers-retours :

Précisez :

Pays :

Pays :

Poser Q6a à toutes les femmes nées en France de parents étrangers.

Q6a. Depuis votre naissance, combien de fois êtes-vous retournée dans le (ou les) pays d'origine de vos parents ? /_/_/ fois Pays :

A passé son enfance dans le (ou les) pays d'origine de vos parents

Pays :

Fait des allers-retours : Pays :

Poser Q6b à toutes les femmes nées à l'étranger.

Q6b. Depuis votre arrivée en France combien de fois êtes-vous retournée au pays?

/_/_/ fois Pays :

Fait des allers-retours

Q7. Quel est votre niveau d'études (le diplôme le plus élevé obtenu) ?

Demander où a été obtenu le dernier diplôme.

Si l'enquêtée a obtenu son dernier diplôme en France, poser Q7a.

Si l'enquêtée a obtenu son dernier diplôme à l'étranger, poser Q7b.

a) Quel diplôme le plus élevé avez-vous obtenu?

Sans diplôme

BEPC, brevet des collèges

BEP, CAP

Baccalauréat d'enseignement technique ou professionnel

Baccalauréat d'enseignement général

Bac + 2 (BTS, DUT, DEUG)

Diplôme de l'enseignement supérieur (2e, 3e cycle, grandes écoles)

Autres

Non Réponse

Ne sait pas

b) Quel est votre niveau d'études?

- Non scolarisée
- Niveau primaire
- Niveau secondaire
- Baccalauréat
- Niveau d'enseignement supérieur
- École coranique
- Autres
- Non Réponse
- Ne sait pas

Q8. Actuellement, êtes-vous ?

- En emploi Précisez :
- Sans emploi et n'a jamais travaillé
- Sans emploi mais a déjà travaillé Précisez dernier emploi occupé :
- A la retraite Précisez dernier emploi occupé :
- Au chômage Précisez dernier emploi occupé :
- Étudiante
- Non réponse
- Ne sait pas

Q9. Actuellement, quel est votre situation matrimoniale ?

- Célibataire
- Mariée

Précisez le type de mariage (civil, religieux, traditionnel) :

- Divorcée, séparée ou en instance de divorce
- Veuve
- Fiancée
- Non Réponse

Si non célibataire, poser Q10

Q10. Qui a été à l'initiative de votre mariage (ou de vos fiançailles) ? Choix multiples

- Vous
- Votre mari
- Vous deux
- Vos parents
- Les parents de votre mari
- Autres membres de votre famille Précisez :
- Autres membres de la famille de votre mari Précisez :
- Autres Précisez :

Si non mariée ou non fiancée, poser Q11

Q11. Actuellement, avez-vous une relation amoureuse?

- Non
- Oui
- Non Réponse

*Si célibataire et sans relation amoureuse, aller directement à Q17,
Si non, aller à Q12*

Q12. a) Où est (était) né votre conjoint/partenaire/fiancé?

- France métropolitaine
- France hors métropole Précisez :
- A l'étranger : Pays :

Poser Q12b, si le conjoint de l'enquêtée est né dans un des pays suivants : : Bénin, Burkina-Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, RCA, RDC, Sénégal, Sierra Léone, Somalie, Soudan, Tanzanie, Tchad, Togo.

b) De quelle ethnie est votre conjoint/partenaire/fiancé?**Voir annexe p 17**

Si la femme ne comprend pas, donner un exemple d'ethnie du pays d'origine du conjoint

Q13 Habitez-vous avec votre conjoint/partenaire/fiancé?

- Non
- Oui
- Non Réponse

Si Q13 = « Non », poser Q14.

Q14. Où vit votre conjoint/partenaire/fiancé?

- France métropolitaine
- France hors métropole Précisez :
- A l'étranger : Pays :
- Fait des allers-retours : Pays :

Q15. Quel âge a votre conjoint/partenaire/fiancé? /_/_ ans Ne sait pas

Si la femme ne sait pas, demander Q15a.

Q15a. Est-ce que votre conjoint/partenaire/fiancé est?

- Plus âgé que vous
- Plus jeune que vous
- Du même âge que vous

Q16. Actuellement, votre conjoint/partenaire/fiancé est ?

- En emploi Précisez :
- Sans emploi et n'a jamais travaillé
- Sans emploi mais a déjà travaillé Précisez dernier emploi occupé :
- A la retraite Précisez dernier emploi occupé :
- Au chômage Précisez dernier emploi occupé :
- Étudiante
- Non réponse
- Ne sait pas

Q17. Combien d'enfants avez-vous? /_/_/

Q17a. Êtes-vous enceinte actuellement ?

- Non
- Oui
- Non Réponse

Maintenant, j'aimerais parler avec vous de toutes les grossesses que vous avez eues, y compris, les fausses couches (ou grossesses gâtées) et les enfants morts au moment de la naissance (les enfants mort-nés / les enfants décédés sans nom).

- Q18. a) Au total, combien avez-vous eu de grossesses ? /_/_/
- b) Avez-vous eu des enfants morts- nés, si oui combien ? /_/_/
- c) Avez-vous eu des fausses couches, si oui, combien ? /_/_/
- d) Avez-vous déjà eu recours à l'IVG, si oui, combien de fois ? /_/_/

Remplir le tableau des grossesses

1.1.1.1.1.1.1 Tableau des grossesses : exemple
pour la première grossesse

Type de naissance :

Lors de votre première grossesse, est que l'enfant est né vivant ?

Est-ce qu'il était mort-né ?

Est-ce que vous avez fait une fausse couche ?

Est-ce que vous avez eu recours à l'IVG ?

Terme :

Pour les enfants nés vivants ou morts à la naissance :

A combien de mois avez-vous accouché ?

Pour les fausses couches :

A combien de mois avez-vous fait la fausse couche ?

Sexe : *Pour les enfants nés vivants ou mort-nés ?*

Votre premier enfant est-était un garçon ou une fille ?

Age : **Il/elle a quel âge aujourd'hui ?**

Pays de naissance : **Il/elle est né-e en France ou à l'étranger ?**

Lieu d'accouchement : **L'accouchement a eu lieu à la maternité ou à la maison ?**

Complications lors de l'accouchement

- Est-ce que vous avez eu une césarienne ?
- Est-ce qu'il a fallu utiliser des forceps ?
- Est-ce qu'on vous a fait une épisiotomie ?
- Est-ce que vous avez été déchirée ?
- Est-ce qu'il y a eu une hémorragie ? (Vous avez perdu beaucoup de sang ?)

Abstinence sexuelle après l'accouchement

Après la naissance de cet enfant, à partir de combien de temps avez-vous repris une activité sexuelle ?

Excision des filles : Revenir sur le tableau quand on a posé les questions sur la perception de l'excision.

Pour chaque fille, demander :

Est-ce que votre fille a été excisée ?

Si oui, étiez-vous d'accord ?

**est-ce que votre mari/conjoint était d'accord ?
pourquoi a-t-elle été excisée ?**

Si non, avez-vous l'intention faire exciser votre fille ?

Si oui, pourquoi voulez-vous que votre fille soit coupée/excisée?

Si non, pourquoi ne voulez vous pas que votre fille soit coupée/excisé ?

Si non, est-ce que votre mari a l'intention faire couper/exciser votre fille ?

Si oui, pourquoi votre mari veut que votre fille soit coupée/excisée?

Si non, pourquoi votre mari ne veut pas que votre fille soit coupée/excisée ?

Rang des grossesses	1	2	3	4	5	6
Issue de la grossesse	Naissance vivante Enfant mort-né Fausse couche IVG	Naissance vivante Enfant mort-né Fausse couche IVG	Naissance vivante Enfant mort-né Fausse couche IVG	Naissance vivante Enfant mort-né Fausse couche IVG	Naissance vivante Enfant mort-né Fausse couche IVG	Naissance vivante Enfant mort-né Fausse couche IVG
Terme	/ / / mois	/ / / mois	/ / / mois	/ / / mois	/ / / mois	/ / / mois
Sexe	M F	M F	M F	M F	M F	M F
Poids	/ / / kg	/ / / kg	/ / / kg	/ / / kg	/ / / kg	/ / / kg
Age	/ / / an / / / mois	/ / / an / / / mois	/ / / an / / / mois	/ / / an / / / mois	/ / / an / / / mois	/ / / an / / / mois
Année «enfant mort-né, fausse-couche, IVG »	/ / / / /	/ / / / /	/ / / / /	/ / / / /	/ / / / /	/ / / / /
Pays	France A l'étranger Pays :	France A l'étranger Pays :	France A l'étranger Pays :	France A l'étranger Pays :	France A l'étranger Pays :	France A l'étranger Pays :
Lieu d'accouchement	Maternité, hôpital A la maison	Maternité, hôpital A la maison	Maternité, hôpital A la maison	Maternité, hôpital A la maison	Maternité, hôpital A la maison	Maternité, hôpital A la maison
Césarienne	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp
Forceps	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp
Épisiotomie	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp
Déchirure	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp
Hémorragie	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp	Non Oui Nsp
Abstinence sexuelle après l'accouchement	<input type="checkbox"/> 40 jours <input type="checkbox"/> Moins de 3 mois <input type="checkbox"/> 3 à 6 mois <input type="checkbox"/> 6 à 12 mois <input type="checkbox"/> 12 à 24 mois <input type="checkbox"/> 24 mois et plus <input type="checkbox"/> Après l'allaitement <i>Si allaitement, demander la durée</i> Durée / / / mois Nsp	<input type="checkbox"/> 40 jours <input type="checkbox"/> Moins de 3 mois <input type="checkbox"/> 3 à 6 mois <input type="checkbox"/> 6 à 12 mois <input type="checkbox"/> 12 à 24 mois <input type="checkbox"/> 24 mois et plus <input type="checkbox"/> Après l'allaitement <i>Si allaitement, demander la durée</i> Durée / / / mois Nsp	<input type="checkbox"/> 40 jours <input type="checkbox"/> Moins de 3 mois <input type="checkbox"/> 3 à 6 mois <input type="checkbox"/> 6 à 12 mois <input type="checkbox"/> 12 à 24 mois <input type="checkbox"/> 24 mois et plus <input type="checkbox"/> Après l'allaitement <i>Si allaitement, demander la durée</i> Durée / / / mois Nsp	<input type="checkbox"/> 40 jours <input type="checkbox"/> Moins de 3 mois <input type="checkbox"/> 3 à 6 mois <input type="checkbox"/> 6 à 12 mois <input type="checkbox"/> 12 à 24 mois <input type="checkbox"/> 24 mois et plus <input type="checkbox"/> Après l'allaitement <i>Si allaitement, demander la durée</i> Durée / / / mois Nsp	<input type="checkbox"/> 40 jours <input type="checkbox"/> Moins de 3 mois <input type="checkbox"/> 3 à 6 mois <input type="checkbox"/> 6 à 12 mois <input type="checkbox"/> 12 à 24 mois <input type="checkbox"/> 24 mois et plus <input type="checkbox"/> Après l'allaitement <i>Si allaitement, demander la durée</i> Durée / / / mois Nsp	<input type="checkbox"/> 40 jours <input type="checkbox"/> Moins de 3 mois <input type="checkbox"/> 3 à 6 mois <input type="checkbox"/> 6 à 12 mois <input type="checkbox"/> 12 à 24 mois <input type="checkbox"/> 24 mois et plus <input type="checkbox"/> Après l'allaitement <i>Si allaitement, demander la durée</i> Durée / / / mois Nsp
Est-ce que votre fille a été coupée/excisée ?	Non Oui NR	Non Oui NR	Non Oui NR	Non Oui NR	Non Oui NR	Non Oui NR
Étiez-vous d'accord ?	Non Oui NR Nsp	Non Oui NR Nsp	Non Oui NR Nsp	Non Oui NR Nsp	Non Oui NR Nsp	Non Oui NR Nsp

Rang des grossesses	1	2	3	4	5	6
Votre mari était d'accord ?	Non Oui NR Nsp	Non Oui NR Nsp	Non Oui NR Nsp	Non Oui NR Nsp	Non Oui NR Nsp	Non Oui NR Nsp
Si oui, pourquoi a-t-elle été excisée ?	<input type="checkbox"/> C'est la tradition <input type="checkbox"/> La famille le voulait <input type="checkbox"/> Pour la religion <input type="checkbox"/> Pour se marier <input type="checkbox"/> Préserver sa virginité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est la tradition <input type="checkbox"/> La famille le voulait <input type="checkbox"/> Pour la religion <input type="checkbox"/> Pour se marier <input type="checkbox"/> Préserver sa virginité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est la tradition <input type="checkbox"/> La famille le voulait <input type="checkbox"/> Pour la religion <input type="checkbox"/> Pour se marier <input type="checkbox"/> Préserver sa virginité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est la tradition <input type="checkbox"/> La famille le voulait <input type="checkbox"/> Pour la religion <input type="checkbox"/> Pour se marier <input type="checkbox"/> Préserver sa virginité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est la tradition <input type="checkbox"/> La famille le voulait <input type="checkbox"/> Pour la religion <input type="checkbox"/> Pour se marier <input type="checkbox"/> Préserver sa virginité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est la tradition <input type="checkbox"/> La famille le voulait <input type="checkbox"/> Pour la religion <input type="checkbox"/> Pour se marier <input type="checkbox"/> Préserver sa virginité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Si non, avez-vous l'intention de le faire ?	Non Oui Peut-être NR Nsp	Non Oui Peut-être NR Nsp	Non Oui Peut-être NR Nsp	Non Oui Peut-être NR Nsp	Non Oui Peut-être NR Nsp	Non Oui Peut-être NR Nsp
Si non, pourquoi ne voulez vous pas que votre fille soit coupée/excisée ?	<input type="checkbox"/> C'est interdit <input type="checkbox"/> Problèmes de santé <input type="checkbox"/> Propre expérience douloureuse <input type="checkbox"/> La religion l'interdit <input type="checkbox"/> Mauvaise pratique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est interdit <input type="checkbox"/> Problèmes de santé <input type="checkbox"/> Propre expérience douloureuse <input type="checkbox"/> La religion l'interdit <input type="checkbox"/> Mauvaise pratique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est interdit <input type="checkbox"/> Problèmes de santé <input type="checkbox"/> Propre expérience douloureuse <input type="checkbox"/> La religion l'interdit <input type="checkbox"/> Mauvaise pratique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est interdit <input type="checkbox"/> Problèmes de santé <input type="checkbox"/> Propre expérience douloureuse <input type="checkbox"/> La religion l'interdit <input type="checkbox"/> Mauvaise pratique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est interdit <input type="checkbox"/> Problèmes de santé <input type="checkbox"/> Propre expérience douloureuse <input type="checkbox"/> La religion l'interdit <input type="checkbox"/> Mauvaise pratique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est interdit <input type="checkbox"/> Problèmes de santé <input type="checkbox"/> Propre expérience douloureuse <input type="checkbox"/> La religion l'interdit <input type="checkbox"/> Mauvaise pratique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Si oui, pourquoi vous voulez que votre fille soit coupée/excisée ?	<input type="checkbox"/> C'est la tradition <input type="checkbox"/> La famille le voulait <input type="checkbox"/> Pour la religion <input type="checkbox"/> Pour se marier <input type="checkbox"/> Préserver sa virginité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est la tradition <input type="checkbox"/> La famille le voulait <input type="checkbox"/> Pour la religion <input type="checkbox"/> Pour se marier <input type="checkbox"/> Préserver sa virginité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est la tradition <input type="checkbox"/> La famille le voulait <input type="checkbox"/> Pour la religion <input type="checkbox"/> Pour se marier <input type="checkbox"/> Préserver sa virginité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est la tradition <input type="checkbox"/> La famille le voulait <input type="checkbox"/> Pour la religion <input type="checkbox"/> Pour se marier <input type="checkbox"/> Préserver sa virginité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est la tradition <input type="checkbox"/> La famille le voulait <input type="checkbox"/> Pour la religion <input type="checkbox"/> Pour se marier <input type="checkbox"/> Préserver sa virginité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est la tradition <input type="checkbox"/> La famille le voulait <input type="checkbox"/> Pour la religion <input type="checkbox"/> Pour se marier <input type="checkbox"/> Préserver sa virginité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Si non, est-ce que votre mari a l'intention de le faire ?	Non Oui Peut-être NR Nsp	Non Oui Peut-être NR Nsp	Non Oui Peut-être NR Nsp	Non Oui Peut-être NR Nsp	Non Oui Peut-être NR Nsp	Non Oui Peut-être NR Nsp
Si non, pourquoi votre mari ne veut pas que votre fille soit coupée/excisée ?	<input type="checkbox"/> C'est interdit <input type="checkbox"/> Problèmes de santé <input type="checkbox"/> Propre expérience douloureuse <input type="checkbox"/> La religion l'interdit <input type="checkbox"/> Mauvaise pratique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est interdit <input type="checkbox"/> Problèmes de santé <input type="checkbox"/> Propre expérience douloureuse <input type="checkbox"/> La religion l'interdit <input type="checkbox"/> Mauvaise pratique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est interdit <input type="checkbox"/> Problèmes de santé <input type="checkbox"/> Propre expérience douloureuse <input type="checkbox"/> La religion l'interdit <input type="checkbox"/> Mauvaise pratique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est interdit <input type="checkbox"/> Problèmes de santé <input type="checkbox"/> Propre expérience douloureuse <input type="checkbox"/> La religion l'interdit <input type="checkbox"/> Mauvaise pratique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est interdit <input type="checkbox"/> Problèmes de santé <input type="checkbox"/> Propre expérience douloureuse <input type="checkbox"/> La religion l'interdit <input type="checkbox"/> Mauvaise pratique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est interdit <input type="checkbox"/> Problèmes de santé <input type="checkbox"/> Propre expérience douloureuse <input type="checkbox"/> La religion l'interdit <input type="checkbox"/> Mauvaise pratique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Si oui, pourquoi votre mari veut que votre fille soit coupée/excisée ?	<input type="checkbox"/> C'est la tradition <input type="checkbox"/> La famille le voulait <input type="checkbox"/> Pour la religion <input type="checkbox"/> Pour se marier <input type="checkbox"/> Préserver sa virginité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est la tradition <input type="checkbox"/> La famille le voulait <input type="checkbox"/> Pour la religion <input type="checkbox"/> Pour se marier <input type="checkbox"/> Préserver sa virginité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est la tradition <input type="checkbox"/> La famille le voulait <input type="checkbox"/> Pour la religion <input type="checkbox"/> Pour se marier <input type="checkbox"/> Préserver sa virginité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est la tradition <input type="checkbox"/> La famille le voulait <input type="checkbox"/> Pour la religion <input type="checkbox"/> Pour se marier <input type="checkbox"/> Préserver sa virginité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est la tradition <input type="checkbox"/> La famille le voulait <input type="checkbox"/> Pour la religion <input type="checkbox"/> Pour se marier <input type="checkbox"/> Préserver sa virginité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> C'est la tradition <input type="checkbox"/> La famille le voulait <input type="checkbox"/> Pour la religion <input type="checkbox"/> Pour se marier <input type="checkbox"/> Préserver sa virginité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas

Q19. Quel moyen de contraception utilisez-vous actuellement ?

Aucune	Pilule	Stérilet
Préservatif masculin	Préservatif féminin	Méthode d'allaitement
Retrait du partenaire	Patch	Diaphragme
Abstinence	Pilule du lendemain	Implant
Injections	Stérilisation/ligatures	Vasectomie
Crèmes spermicides/éponges/ovules		

Q20. Au cours de votre vie, quels moyens de contraception avez-vous utilisé pendant plus de 6 mois ?

Aucune	Pilule	Stérilet
Préservatif masculin	Préservatif féminin	Méthode d'allaitement
Retrait du partenaire	Patch	Diaphragme
Abstinence	Pilule du lendemain	Implant
Injections	Stérilisation/ligatures	Vasectomie
Crèmes spermicides/éponges/ovules		

Module 2 : Santé

Je vais maintenant vous poser des questions concernant votre santé.

SG1. Actuellement, comment est votre état de santé?

Très bon
Bon
Moyen
Mauvais
Très mauvais

SG2. Avez-vous actuellement ou avez-vous déjà eu au cours de la vie une maladie grave (maladie chronique de longue durée nécessitant un traitement et un suivi lourd)?

Non
Oui Précisez :
Ne sait pas
Non réponse

Si oui, poser SG3, sinon passer à SG4

SG3. Dans quelle mesure ces problèmes de santé vous ont-ils gênée dans votre travail ou dans vos activités à la maison ? Est-ce que ces maladies ou ces problèmes de santé vous gênent ?

Pas du tout	Un petit peu	Moyennement
Beaucoup	Énormément	Nsp

Je vais vous citer un certain nombre de maladies que peuvent avoir les femmes au cours de leur vie.

SG4. Au cours des douze derniers mois, avez-vous ou avez-vous déjà eu un de ces symptômes ? Avez-vous eu un traitement pour ces maladies ?

Symptômes	Maladies	Fréquence	
a. Mal au ventre à cause des règles ?	Dysménorrhée Autres :	p jamais p rarement p qqfois p souvent p toujours p Nsp	p Non p Oui p Nsp
b. Mal au ventre à cause de problèmes intestinaux ou digestifs, diarrhée, constipation.	Colites Autres :	p jamais p rarement p qqfois p souvent p toujours p Nsp	p Non p Oui p Nsp
c. Mal au ventre, douleurs abdominales autres ?	Dysménorrhée Autres :	p jamais p rarement p qqfois p souvent p toujours p Nsp	p Non p Oui p Nsp
d. Mal en urinant ? Est-ce que ça brûle ou pique quand vous faites pipi ? Infections urinaires ?	Cystite Urétrite Pyélonéphrite Autres :	p jamais p rarement p qqfois p souvent p toujours p Nsp	p Non p Oui p Nsp
e. Mal au vagin/sexe pendant les rapports ? Est-ce que ça brûle ou pique quand vous faites l'amour ? Infections gynécologiques	Chlamydia Gonocoque/chaude pisse Herpès génital Condylome/HPV Hépatite B Trichomonas	p jamais p rarement p qqfois p souvent p toujours p Nsp	p Non p Oui p Nsp
f. Mal au vagin/au sexe en dehors des rapports sexuels ? Est-ce que ça brûle ou pique vers le sexe ? Infections gynécologiques ?	Syphilis Mycoplasme Virus de sida Autres :	p jamais p rarement p qqfois p souvent p toujours	p Non p Oui p Nsp

		p Nsp	
g. Incontinence urinaire ? Vous n'arrivez pas à vous retenir de faire pipi ?	Fistule Incontinence urinaire Autres :	p jamais p rarement p qqfois p souvent p toujours p Nsp	p Non p Oui p Nsp
h. Incontinence fécale ? Vous n'arrivez pas à vous retenir de faire caca ?	Fistule Incontinence fécale Autres :	p jamais p rarement p qqfois p souvent p toujours p Nsp	p Non p Oui p Nsp
i. Mal aux reins, dans le bas du dos ?	Lombalgies Douleurs lombaires Autres :	p jamais p rarement p qqfois p souvent p toujours p nsp	p Non p Oui p Nsp
j. Mal au dos, en haut du dos ?	Autres :	p jamais p rarement p qqfois p souvent p toujours p Nsp	p Non p Oui p Nsp
k. Mal à la tête ?	Migraines Autres :	p jamais p rarement p qqfois p souvent p toujours p Nsp	p Non p Oui p Nsp
l. Est-ce que vous êtes nerveuse, contrariée, stressée?	Anxiété chronique Autres :	p jamais p rarement p qqfois p souvent p toujours p nsp	p Non p Oui p Nsp
m. Est-ce que vous êtes fatiguée, vous avez des malaises ?	Anémie Hypertension Malaises, vertiges Autres :	p jamais p rarement p qqfois p souvent p toujours p Nsp	p Non p Oui p Nsp
n. Est-ce que vous vous sentez triste, découragée ?	Dépression chronique Autres :	p jamais p rarement p qqfois p souvent p toujours p Nsp	p Non p Oui p Nsp
o. Est-ce que vous n'avez pas envie de manger ou toujours envie de manger ?	Troubles alimentaires Anorexie	p jamais p rarement	p Non p Oui

	Boulimie Autres :	p qqfois p souvent p toujours p nsp	p Nsp
p. Est-ce que vous avez du mal à dormir, du mal à vous endormir ?	Troubles du sommeil Insomnies Autres :	p jamais p rarement p qqfois psouvent ptoujours p Nsp	p Non p Oui p Nsp

SG5. Dans quelle mesure ces symptômes vous ont-ils gênée dans votre travail ou dans vos activités à la maison ? Ces problèmes vous gênent... ?

L'enquêtrice rappelle les maladies et symptômes rencontrés par la femme et pose la question

Pas du tout
Un petit peu
Moyennement
Beaucoup
Énormément
Nsp

SG6. Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous ressenti des douleurs physiques / est-ce que vous avez souvenir d'avoir eu mal quelque part ?

Non
Oui
Nsp

a) Si oui, est-ce que ça faisait ?

Pas très mal
Moyennement mal
Très mal

Si oui, poser SG7, sinon aller à SG8

SG7. Dans quelle mesure ces douleurs vous ont-elles limitée dans votre travail ou vos activités à la maison? Est-ce que ces problèmes vous ont gênée?

Pas du tout
Un petit peu
Moyennement
Beaucoup
Énormément

SG8. Au cours des 12 derniers mois, pour vous-même, avant la visite d'aujourd'hui, combien de fois avez-vous consulté?

- a) un généraliste (ou un médecin de ville...)? (y compris pour un rhume, une angine)
 - Une fois
 - Plusieurs fois
- b) un spécialiste? (gynécologue, dermatologue, rhumatologue, ostéopathe...)
 - Une fois
 - Plusieurs fois
- c) pour suivi de grossesse?
 - Une fois
 - Plusieurs fois
- d) autres (hors sphère médicale : guérisseur, rebouteux...)?
 - Une fois
 - Plusieurs fois

Module 3. Sexualité

Je vais maintenant vous poser des questions sur votre vie affective et sexuelle / sur votre vie amoureuse / sur vous et votre mari.

S1. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez eu votre premier rapport sexuel?
 ou **Quel âge aviez-vous quand vous avez fait l'amour pour la première fois?**
 ou **Quel âge aviez-vous quand vous avez couché avec un homme pour la première fois?**
 /_/_/ ans
 N'a pas encore eu de rapports sexuels
 Si l'enquête n'a jamais eu de rapport sexuel, passer à E 1 p8.

S2. C'était avec qui?
 Votre futur mari (avant le mariage)
 Votre mari au moment du mariage/lors de la nuit de noces
 Mon partenaire (ou copain) actuel
 Un autre partenaire
 Non Réponse

S3. Au moment où ce rapport a eu lieu, vous vous êtes dit que ?
 ou **Quand vous avez fait l'amour pour la première fois, vous vous êtes dit que?**
 Vous vouliez qu'il ait lieu à ce moment là
 Vous auriez préféré qu'il ait lieu plus tard
 Vous n'y pensiez pas beaucoup (c'était comme ça)
 Vous n'aviez pas du tout envie
 Non réponse

Premier rapport sexuel forcé

S4a. Il arrive souvent que les femmes aient peur d'avoir mal lors de leur premier rapport sexuel : est-ce que c'était votre cas ?
 ou **Il arrive souvent que les femmes aient peur d'avoir mal quand elles font l'amour pour la première fois : est-ce que c'était votre cas ?**

- Non
- Oui
- Non Réponse

S4b. Et lors de votre premier rapport sexuel, est-ce que c'était?
 ou **Et quand vous avez fait l'amour pour la première fois, est-ce que c'était ?**

- Très douloureux
- Douloureux
- Un peu douloureux
- Pas du tout douloureux
- Non réponse

J'aimerais maintenant revenir sur votre situation actuelle.

S5. Au cours du dernier mois, combien de rapports sexuels avez-vous eu environ ?
 ou **Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous fait l'amour avec votre conjoint/mari?**

/_/_/

Si S5 = « 0 », POSER S5A, S5B ET S5C

S5a. Pour quelles raisons ? Précisez :.....

S5b. A quand remonte votre dernier rapport sexuel ? /_/_/ mois

S5c. Vous n'avez pas eu de rapports sexuels au cours de ce (de ces) dernier(s) mois ?
 ou **Vous n'avez pas couché avec un homme au cours de ce (de ces) dernier(s) mois,**
 ou **Vous n'avez pas fait l'amour au cours de ce (de ces) dernier(s) mois, est-ce que?**

- Ca vous convient
- Ca vous embête
- Non réponse
- Ne sait pas

S6. En général, diriez-vous que vos rapports sexuels sont ?
 ou **En général, quand vous faites l'amour, est-ce que c'est?**
 ou **En général, quand vous couchez avec votre mari, est-ce que c'est?**
 ou **En général, quand vous êtes au lit avec votre mari, est-ce que c'est?**

- Très agréables
- Agréables
- Indifférents
- Supportables
- Désagréables

Très désagréables

S7. Généralement, lors de vos rapports sexuels...?

	Jamais	Rarement	Qqfois	Souvent	Toujours	NR
a) Est-ce que c'est douloureux ? Est-ce que ça fait mal?						
b) Vous n'avez pas l'envie, le goût ? Vous ne voulez pas faire l'amour?						
c) Vous avez des difficultés à avoir du plaisir ? Vous n'arrivez pas à être bien quand vous faites l'amour?						
d) Est-ce que vous sentez que c'est sec (ou pas mouillé)?						
e) Est-ce que ça brûle ?						
f) Est-ce que ça saigne ?						

S8. Est-ce que vous avez déjà utilisé certains produits (gels, crèmes...) pour avoir des rapports sexuels moins douloureux ?

ou **Est-ce que vous avez déjà utilisé certains produits (gels, crèmes...) quand vous faites l'amour?**

Non

Oui

Précisez lequel :

Non Réponse

Si S8 = « oui », alors poser S9 et S10.

S9. Qui vous l'a conseillé ?

Médecin / professionnel de santé

Mari / conjoint / petit-ami

Autre

Précisez :

S10. Ce moyen est-il efficace ?

Non pas du tout

Non pas vraiment

Oui un peu

Oui beaucoup

S11. En général, diriez-vous que vos rapports sexuels sont ?

ou **En général, quand vous faites l'amour, vous trouvez que c'est ?**

Trop fréquents (vous faites trop l'amour)

Pas assez fréquents (vous ne faites pas assez l'amour)

C'est

bien

comme

ça

S12. Si vous ne voulez pas avoir de rapports sexuels avec votre partenaire, qu'est-ce que vous faites ?

ou **Quand vous ne voulez pas faire l'amour avec votre partenaire/mari, qu'est-ce que vous faites ?**

ou **Quand vous ne voulez pas coucher avec votre partenaire/mari, qu'est-ce que vous faites ?**

Ca n'arrive jamais

Vous faites comprendre que vous n'avez pas envie

Vous trouvez une excuse

Vous le faites pour faire plaisir

Vous n'avez pas le choix

S12a. Votre partenaire vous a-t-il forcé à avoir un rapport sexuel ?

Non

Oui, une fois

Oui, plusieurs fois

Non Réponse

S13. Combien de partenaires (sexuels), avez-vous eu au cours de votre vie ?

ou **Avec combien d'hommes avez-vous fait l'amour?**

ou **Avec combien d'hommes avez-vous couché?**

/_/_/

Si S13 > 1, poser S14.

S14. Combien de partenaires avez-vous eu au cours des 12 derniers mois ? /_/_/

Module 4 : Circonstances de l'excision

Je voudrais maintenant vous parler d'une pratique qui concerne les femmes dans certaines régions du monde (et notamment en Afrique) et qui consiste à couper certaines parties du sexe des filles. On parle souvent d'excision ou de purification. *(Faire le geste de couper)*

E1. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique?

Non Oui Ne sait pas

E2a. Vous-même, avez-vous été coupée / excisée / vous a-t-on enlevé quelque chose en bas / avez-vous été purifiée?

Utiliser en priorité le terme « couper », puis « exciser ».

En bamanan ou bambara « i bolokora » = as-tu été excisée?

Non Oui Ne sait pas

E2b. Est-ce que votre mère est coupée / excisée ?

Oui
Non
Ne sait pas
Non réponse

E2c. Est-ce que vos sœurs sont coupées / excisées ?

Non
Oui, toutes
Oui, certaines Précisez : *(les plus grandes, les demi-sœurs...)*
N'a pas de sœurs
Ne sait pas
Non réponse

Si oui : Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à ce moment là.
Si non ou ne sait pas, fin de l'entretien

E3. Vous a-t-on fermé la zone du vagin / du sexe / ou en bas par une couture, une soudure ou collage? *(Faire le geste de coudre)*

Non
Oui
Ne sait pas

E4. A votre avis, pourquoi, on coupe / excise les filles?

.....
.....
.....

E5. Comment avez-vous su que vous étiez coupée / excisée ?

Vous vous souvenez de ce moment
C'est votre mère qui vous l'a dit
C'est un autre membre de la famille qui vous l'a dit Précisez :
C'est un partenaire qui vous l'a dit
C'est un médecin / professionnel de santé qui vous l'a dit
Précisez à quel moment :
Ne sait pas

E6. Est-ce que cela s'est passé quand vous étiez plutôt?

Petite fille (0-5 ans)
Fillette (5-10 ans)
Jeune fille (10-15 ans)
Plus tard
Ne sait pas

E7. Où cela s'est-il passé?

En France **a) Où cela s'est-il passé?**

Au domicile
Dans un lieu extérieur
Ne sait pas

A l'étranger : Pays :

b) Où cela s'est-il passé?

	En ville	Au village
Au domicile		
A l'extérieur		
Dans un endroit médicalisé		
Ne sait pas		

E8. a) Au moment d'être excisée, étiez-vous la seule fille à être excisée ou y avait-il d'autres filles qui ont été excisées en même temps que vous ?

Seule, la seule fille

Si elle n'était pas seule :

Avec mes sœurs (des femmes de la famille)
En groupe, avec d'autres filles (hors famille)
Ne sait pas

b) Qui a procédé à votre excision?

Une exciseuse traditionnelle
Une matrone
Un professionnel de la santé (un médecin / une infirmière)
Un membre de la famille
Autre précisez
Ne sait pas

c) Combien de femmes étaient présentes / vous tenaient? /_/_/

Ne sait pas
Non réponse

d) Est-ce que l'excision était associée à une fête ou à un événement**particulier ?**

- Non
- Oui, à la cérémonie de l'excision
- Oui, à mon mariage
- Oui, avant mon premier accouchement
- Ne sait pas

e) Quel souvenir gardez-vous de votre excision ?

- Traumatisant
- Très douloureux
- Supportable
- Indifférent
- Fierté
- Aucun souvenir
- Non réponse

E9. D'après vous, qui a décidé que vous seriez coupée? Question à choix multiple

- La mère
- Le père
- Les deux (mère et père)
- La tante
- L'oncle
- Les grands-parents
- Votre conjoint
- Autre :
- Ne sait pas

E10. Est-ce que votre mère était d'accord pour que vous soyez coupée / excisée?

- Non
- Oui
- Elle n'était pas au courant
- Ne sait pas
- Non réponse

E11. Est-ce que votre père était d'accord pour que vous soyez coupée / excisée?

- Non
- Oui
- Il n'était pas au courant
- Ne sait pas
- Non réponse

E12. Avez-vous des difficultés ...?

Pour uriner ?	Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours Non réponse	Est-ce à cause de l'excision? Non Oui Ne sait pas Non réponse
Pour marcher ?	Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours Non réponse	Est-ce à cause de l'excision? Non Oui Ne sait pas Non réponse
Pour porter certains vêtements ?	Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours Non réponse	Est-ce à cause de l'excision? Non Oui Ne sait pas Non réponse
Autres ? Précisez :	Jamais Rarement Quelquefois Souvent Toujours Non réponse	Est-ce à cause de l'excision? Non Oui Ne sait pas Non réponse

E13. Plus généralement, diriez-vous que certains des problèmes de santé ou symptômes dont on a parlé tout à l'heure sont liés à votre excision?

- Non
- Oui
- Ne sait pas

a) Si oui, lesquels ?

Précisez :

E14. Diriez-vous que vous rencontrez des difficultés dans votre vie sexuelle à cause de l'excision?

- Non pas du tout
- Non pas vraiment
- Oui peut-être
- Oui certainement
- Non réponse

Dans certaines familles, l'homme a plusieurs femmes.

E15. Est-ce que c'est le cas dans votre couple : est-ce que votre conjoint partage sa vie avec d'autres femmes? (Insister avec avez-vous des co-épouses)

- Non
- Non, pas pour l'instant
- Oui
- Ne sait pas
- Non réponse

E15a. Si oui,*Différencier les femmes officielles/épouses des petites amies*

	En France	À l'étranger
Petites amies		
Épouses		

E15b. Si oui, est-ce que vous habitez avec ces co-épouses ?

- Non
- Oui
- Ne sait pas
- Non réponse

Module 5 : Perception de l'excision**P1. Votre conjoint/partenaire sait-il que vous êtes excisée?**

- Non
- Oui
- Ne sait pas
- Non réponse

P2. Est-ce que vous avez déjà parlé de votre excision avec lui ?

- Jamais
- Assez rarement
- Quelquefois
- Souvent
- Non réponse

P3. Qu'en pense-t-il ?

- Il est fier
- C'est comme ça, c'est la tradition
- Il préférerait que vous ne le soyez pas
- Ne sait pas
- Non réponse

P4. Est-ce que c'est important pour lui d'être avec une femme excisée ?

- Non
- Oui
- Ne sait pas
- Non réponse

Poser P5 à P5d, aux femmes ayant eu au moins un partenaire ne connaissant pas l'excision.

P5. Est-ce que le fait d'être coupée / excisée vous a empêchée d'avoir des rapports sexuels avec un homme qui ne connaissait pas la pratique ?

- Non
- Oui
- Ne sait pas
- Non réponse

P5a. Pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

P5b. Est-ce que vous lui avez dit ?

- Non
- Oui
- Ne sait pas
- Non réponse

P5c. Est-ce qu'il l'a vu ?

- Non
- Oui
- Ne sait pas
- Non réponse

P5d. Est-ce que cela a eu une incidence dans votre relation ? *Question ouverte*

.....

.....

P6. Est-ce que vous en avez déjà parlé avec...? *Question à choix multiple***a) Quelqu'un de votre famille?**

- Non
- Avec ma mère
- Avec ma sœur ou mes sœurs
- Avec ma tante ou mes tantes
- Avec ma grand-mère
- Avec un homme de ma famille Précisez :
- Non réponse

b) Quelqu'un de votre entourage?

- Non
- Avec une amie / un ami
- Avec une collègue / un collègue
- Avec une association
- Non Réponse

c) Un professionnel de la santé?

- Non
- Avec un médecin
- Avec un gynécologue
- Avec une sage-femme
- Avec une infirmière
- Non réponse

P7. Est-ce que cela vous gêne d'en parler ?

- Non
- Oui
- Ne sait pas
- Non réponse

P8. Est-ce que vous vous sentez différente ?

- Non
- Oui
- Ne sait pas
- Non réponse

P9. Si c'était à refaire, est-ce que vous voudriez être coupée / excisée ?

- Non
- Oui
- Ne sait pas
- Non réponse

P10. Est-ce que vos filles sont excisées ?

Reprendre le tableau sur les accouchements et demander pour chacune des filles

Est-ce que votre fille a été excisée ?**Est-ce que vous étiez d'accord ?**

Si oui, pourquoi ?

Si non, avez-vous l'intention faire couper/exciser votre fille ?

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi ? (Poser même si l'enquêtée n'a pas de filles)

P11. Est-ce que votre mari était d'accord ?

Si oui, pourquoi ?

Si non, est-ce que votre mari a l'intention de faire couper/exciser votre fille ?

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

P12. Est-ce que votre famille « au pays » pourrait faire couper/exciser vos filles sans votre accord ?

- Non
- Oui
- Peut-être
- Ne sait pas
- Non réponse

P12a. Si oui ou peut-être, qui pourrait faire exciser vos filles sans votre accord ? (question ouverte, plusieurs réponses possibles)

Module 6 : Chirurgie réparatrice

Je vais maintenant vous parler d'une pratique chirurgicale qui offre la possibilité de reconstruire le clitoris des femmes excisées.

R1. Avez-vous déjà entendu parler de cette opération ?

- Non
- Oui
- Non Réponse

R2. Comment avez-vous entendu parler de cette opération ?

Par un professionnel de santé (médecin, gynécologue, infirmière)

Par les médias (télévision, radio, journaux)

Par une amie

Par une collègue

Par votre partenaire

Par un membre de la famille Précisez :

Autres Précisez :

R3a. Connaissez-vous une femme qui a déjà eu recours à la chirurgie réparatrice ?

- Non
- Oui
- Non Réponse

R3b. Vous-même, avez-vous déjà eu recours à cette chirurgie ?

- Non
- Oui
- Non Réponse

Si R3b=« Non », poser R4, R5 et R6. Si R3b=« Oui », poser RC1 à RC6 et R6

R4. Est-ce que cela vous intéresserait d'avoir des informations sur cette pratique chirurgicale ?

- Non
- Oui
- Non Réponse

R5. Est-ce que vous pensez que vous pourriez être intéressée par cette opération pour vous-même ?
Question à choix multiple

Non

a) Pour quelles raisons ne voulez-vous pas avoir recours à la chirurgie réparatrice ?

Votre mari/partenaire ne comprendrait pas

Cela vous paraît trop compliqué

Votre famille ne le vous permettrait pas

Vous acceptez votre état actuel

Vous n'en ressentez pas le besoin

Vous avez peur de l'opération

Pour des raisons financières

Autre Précisez :

Oui **b) Pour quelles raisons souhaiteriez-vous avoir recours à la chirurgie réparatrice?**
 Éviter les complications médicales, les problèmes de santé liés à l'excision
 Avoir une sexualité plus épanouie
 Retrouver son intégrité de femme
 A cause des douleurs, pour avoir moins mal
 Autre Précisez :

Avec ma grand-mère
 Avec un homme de ma famille
 Avec une amie / un ami
 Avec une collègue / un collègue
 Avec une association
 Avec un médecin
 Avec un gynécologue
 Avec une sage-femme
 Avec une infirmière
 Autres

En cours **c) Pour quelles raisons souhaiteriez-vous avoir recours à la chirurgie réparatrice?**
 Éviter les complications médicales, les problèmes de santé liés à l'excision
 Avoir une sexualité plus épanouie
 Retrouver son intégrité de femme
 A cause des douleurs, pour avoir moins mal
 Autre Précisez :

Si non, pourquoi ? *Question ouverte*

Ne sait pas
 Non Réponse

RC1. Quand avez-vous eu recours à cette opération ? /_/_/_/_/

RC6. Pour quelles raisons avez-vous eu recours à la chirurgie réparatrice?
Question à choix multiple

RC2. Où cela a-t-il été fait ?
 Question ouverte (Précisez le nom de l'hôpital, de la clinique, ou du lieu de santé et le pays)

Éviter les complications médicales, les problèmes de santé liés à l'excision
 Avoir une sexualité plus épanouie
 Retrouver son intégrité de femme
 A cause des douleurs, pour avoir moins mal
 Autre Précisez :

RC3. Combien de temps s'est écoulé entre le moment où vous avez appris l'existence de cette opération et le moment où vous avez été opérée ?

/_/_/ mois
 /_/_/ année(s)

R6. Nous avons parlé aujourd'hui de votre excision, comment avez-vous vécu cela?

Question ouverte :

RC4. Est-ce que votre mari (ou partenaire ou fiancé) vous a soutenue dans cette démarche ?

Non
 Oui
 Vous ne lui avez pas dit
 Ne sait pas

Donner la documentation

RC5. Est-ce que vous en avez parlé à quelqu'un ?

Non
 Oui
 Ne sait pas

Si oui, à qui ? *Question à choix multiple*

Avec votre conjoint / mari
 Avec ma mère
 Avec ma sœur ou mes sœurs
 Avec ma tante ou mes tantes

17/06/2009

Annexes « Ethnies du père, de la mère et du conjoint de l'enquêtée »

Pays	Ethnie	Père	Mère	Conjoint			
Bénin	Adja						
	Bariba						
	Dendi						
	Fon						
	Yoa/Lokpa						
	Betamaribé						
	Peulh						
	Yoruba						
	Ne sait pas						
	Autres						
Précisez :	.....	.....	.....	
Burkina_Faso	Bobo						
	Dioula						
	Fulfuldé/Peul						
	Gourmantché						
	Gourounsi						
	Lobi						
	Mossi						
	Sénoufo						
	Touareg/Bella						
	Bissa						
Ne sait pas							
Autres							
Précisez :	.....	.....	.....	
Cameroun	Arabe-Choa/Peul						
	Maoussa/Kanuri						
	Biu_Mandara						
	Adamaoua-Oubangui						
	Bantoïde Sud-Ouest						
	Grassfields						
	Bamiliké/Bamoun						
	Côtier/Ngoé/Oroko						
	Beti/Bassa/Mbam						
	Kako/Meka/Pygmé						
Ne sait pas							
Autres							
Précisez :	.....	.....	.....	
Côte d'Ivoire	Akan						
	Krou						
				Mandé du Nord			
				Mandé du Sud			
				Gur			
				Ne sait pas			
				Autres			
				Précisez :
Djibouti				Précisez :
Égypte				Précisez :
Érythrée	Afar						
	Bilen						
	Hedarib						
	Kunama						
	Nara						
	Rashaïda						
	Saho						
	Tigre						
	Tigrina						
Amhara							
Ne sait pas							
Autres							
Précisez :	.....	.....	.....	
Éthiopie	Affar						
	Amhara						
	Guragie						
	Oromo						
	Sidamo						
	Somali						
	Tigraway						
	Welaita						
	Ne sait pas						
	Autres						
Précisez :	.....	.....	.....	
Ghana	Akan						
	Ga/Dangme						
	Ewe						
	Guan						
	Mole-Dagbani						
	Grussi						
	Gruma						
	Hausa						
	Ne sait pas						
	Autres						

17/06/2009

Guinée	Précisez : Soussou Peulh Malinké Kissi Toma Guerze Ne sait pas Autres Précisez :	.....	.....	.....
Mali	Bambara Malinké Peulh Soninké/Sarakolé Marka Tamacheck / Sonraï Sénoufo/Minianka Bobo/Dogon Toucouleur Ne sait pas Autres Précisez :	.....	.....	.....
Mauritanie	Arabe Poular Soninké/Sarakolé Wolof Toucouleur Ne sait pas Autres Précisez :	.....	.....	.....
Niger	Arabe Djerma/Songhaï Gourmantché Haoussa Kanouri Mossi Peulh Touareg Toubou Ne sait pas Autres Précisez :	.....	.....	.....
Nigéria	Fulani Hausa	.....	.....	.....
	Igbo Kanuri Tiv Yoruba Ne sait pas Autres Précisez :	.....	.....	.....
Ouganda	Baganda Banyankore Iteso Lugbara/Madi Basoga Langi Bakiga Karimojong Acholi Bagisu/Sabiny Alur/Jopadhola Banyara Batoro Ne sait pas Autres Précisez :	.....	.....	.....
RCA	Haoussa Sara Mboum Gbaya Mandjia Banda Ngbaka-Bantou Yakoma-Sango Zandé-Nzakara Ne sait pas Autres Précisez :	.....	.....	.....
RDC	Précisez :	.....	.....	.....
Sénégal	Wolof Poular Serer Mandingué	.....	.....	.....

17/06/2009

	Diola Toucouleur Soninké Ne sait pas Autres Précisez :	..... .....	..... .....	..... .....
Sierra Léone	Précisez :	..... .....	..... .....	..... .....
Somalie	Précisez :	..... .....	..... .....	..... .....
Soudan	Précisez :	..... .....	..... .....	..... .....
Tanzani e	Précisez :	..... .....	..... .....	..... .....
Tchad	Gorane Ouaddaï Baguirmien Kanem-Bornou Fitri-Batha Hadjarāï Lac Iro Sara Tandjité Peulh Mayo kebbi Ne sait pas Autres Précisez :	..... .....	..... .....	..... .....
Togo	Adja/Ewe Akposso/Akebou Ana-Ifè Kabye/Tem Para-Gourma/Akan Ne sait pas Autres Précisez :	..... .....	..... .....	..... .....

Le formulaire de consentement et le volet médecin



CONSENTEMENT A PARTICIPER A L'ETUDE EXH

J'accepte de participer à cette étude et j'atteste que je suis informée que cette enquête a pour but de mieux connaître les complications de santé liées aux mutilations sexuelles.

J'accepte que les données de cette étude fassent l'objet d'un traitement informatisé totalement anonyme.

Date : __ / __ / ____

Signature :

**Excision et Handicap :
Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice (ExH)**

A remplir par l'enquêtrice

Nom de l'enquêtrice :
 Département :
 Centre de santé :
 Numéro de l'enquêtée :
 Date de l'entretien :

VOLET COMPLEMENTAIRE MEDECIN

D'après le dossier médical de la patiente qui vous a remis cette fiche, est-ce qu'elle a déjà présenté certaines maladies et certains symptômes des listes suivantes ?

Maladies	Si oui, cochez.	Est-ce lié à l'excision?
1: Maux de tête, céphalées, migraines	p	p Non p Oui
2: Troubles de l'humeur	p	p Non p Oui
3: Anxiété, dépression	p	p Non p Oui
4: Troubles du sommeil	p	p Non p Oui
5: Asthénie	p	p Non p Oui
6: Douleurs abdominales	p	p Non p Oui
7: Colites	p	p Non p Oui
8: Infections urinaires récidivantes	p	p Non p Oui
9: Infections vaginales récidivantes	p	p Non p Oui
Chlamydia	p	p Non p Oui
Gonocoque/chaude pisse	p	p Non p Oui
Herpès génital	p	p Non p Oui
Condylome/HPV	p	p Non p Oui
Hépatite B	p	p Non p Oui
Trichomonas	p	p Non p Oui
Syphilis	p	p Non p Oui
Mycoplasme	p	p Non p Oui
Vaginoses bactériennes	p	p Non p Oui
Mycoses	p	p Non p Oui
Autres :	p	p Non p Oui
10 : Virus de sida	p	p Non p Oui
11: Incontinence urinaire	p	p Non p Oui
12: Incontinence anale	p	p Non p Oui
13: Dysurie	p	p Non p Oui
14: Dyschésie ano-rectale	p	p Non p Oui
15: Constipation	p	p Non p Oui
16: Infertilité	p	p Non p Oui
17: Disménorrhée	p	p Non p Oui
18: Troubles sexuels	p	p Non p Oui
19: Fistules uro-génitales	p	p Non p Oui
20: Kystes vulvaires ou périnéaux	p	p Non p Oui
21: Autres symptômes :	p	p Non p Oui

Au cours d'un examen gynécologique, vous avez constaté :

une excision du clitoris p
 une excision du clitoris avec excision des petites lèvres p
 une infibulation (fermeture vulvaire) p
 autres anomalies : p
 n'est pas excisée p
 ne sait pas p

Raisons ?.....

Nombre de consultations de la patiente ? / / /

Tournez la page ►

Quel moyen de contraception utilise actuellement la patiente ? ?

Aucune	Pilule	Préservatif masculin	Préservatif féminin	Stérilet	Méthode d'allaitement
Préservatif masculin		Retrait du partenaire	Patch		Diaphragme
Abstinence			Pilule du lendemain		Implant
Injections			Stérilisation/ligatures		Vasectomie
Crèmes spermicides/éponges/ovules					

Quels autres moyens de contraception a-t-elle utilisés pendant plus de 6 mois?

Aucune	Pilule	Préservatif masculin	Préservatif féminin	Stérilet	Méthode d'allaitement
Préservatif masculin		Retrait du partenaire	Patch		Diaphragme
Abstinence			Pilule du lendemain		Implant
Injections			Stérilisation/ligatures		Vasectomie
Crèmes spermicides/éponges/ovules					

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Note sur les tableaux des parties 3 et 4.

- Dans la partie 3, les tableaux présentent des pourcentages qui se lisent en colonne (total de 100 sur la dernière ligne) afin de mettre en évidence d'éventuelles particularités (en termes de santé ou de sexualité) des femmes excisées par rapport aux femmes non-excisées.

Pour chaque variable étudiée, des tests statistiques du Khi^2 ont été réalisés et les résultats qui sont insérés dans les tableaux indiquent :

- la valeur du Khi^2 calculé ($\text{Khi}^2 =$),
- le risque d'erreur associé à cette valeur :
 - *** : risque d'erreur inférieur à 1 % ;
 - ** : risque d'erreur compris entre 1 et 5 % ;
 - * : risque d'erreur compris entre 5 et 10 % ; ns : non significatif.

- Dans la partie 4, les tableaux présentent des pourcentages qui se lisent en ligne (total de 100 sur la dernière colonne). Des tests du Khi^2 ont également été réalisés (même principe que dans la partie 3).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AKOTIONGA M, TRAORE O, LAKOANDE J et KONE B, 2001 – « Séquelles génitales externes de l'excision au centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo (CHN-YO): épidémiologie et traitement chirurgical », *Gynécologie, Obstétrique, Fertilité*, vol. 29, n° 4, p. 2965-300.
- ALLAL Patricia, 1985 – *Les mutilations du sexe des femmes : étude dans un département français les Yvelines. Propositions pour la disparition des pratiques.* – Paris, Université de Paris Descartes, Faculté de médecine Paris-Ouest, (Thèse de doctorat en médecine, dir. D. Blanchet).
- AMARA Donia, 2006 – *Pratique des médecins de protection infantile de Seine Saint Denis en matière de prévention des mutilations sexuelles féminines.* – Paris, Université de Paris 13. (Thèse de médecine).
- ANDRO Armelle, LESCLINGAND Marie ET POURLETTE Dolores, 2009 - *Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine Africaine vivant en France: Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène* (Volet qualitatif du projet Excision et Handicap ExH), Paris 1 - Acsé, 73 p.
- ANDRO Armelle et LESCLINGAND Marie, 2007 - « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France », Paris, INED (*Populations et Sociétés* n°438, 4 p)
- BARRE Corinne, VANDERSCHULDEN Mélanie, 2004 - *Enquête "Étude de l'Histoire Familiale" de 1999, Résultats détaillés*, Insee Résultats, Société n°33
- BAJOS Nathalie, BOZON Michel et BELTZER Nathalie, 2008 – « *Enquête sur la sexualité en France, pratiques, genre et santé* », Paris, La Découverte, 612 p.
- BELLAS CABANE Christine, 2008 - *La coupure. L'excision ou les identités douloureuses* - Paris, La Dispute, 256 p.
- BELLAS CABANE Christine, 2007 - « Fondements sociaux de l'excision dans le Mali du XXIème siècle », in Jane FREEDMAN et Jérôme VALLUY (dir.), *Persécutions des femmes. Savoirs, mobilisations et protections* - Paris, Editions Du Croquant, pp. 151-187.
- BARTH F. (Éd.), 1969 - *Ethnic Groups and Boundaries* - Boston.
- BORREL Catherine, 2006 - « *Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005, près de 5 millions d'immigrés à la mi-2004* », Insee Première, n° 1098, août 2006, 4 p.
- BOZON Michel, 2008 - « Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus » in BAJOS Nathalie, BOZON Michel (dir.), *Enquête sur la sexualité en France, Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte.
- COLLINET P, STIEN L, VINATIER D et LEROY J-L, 2002 – « Gestion des mutilations sexuelles féminines à Djibouti : l'expérience de l'Hôpital Général Peltier », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 81, n° 11, p. 1074-1077.
- DARE F O., OBORO V O., FADIORA S O., ORJI E O. et SULE-ODU A O., 2004 – « Female genital mutilation: an analysis of 522 cases in South-Western Nigeria », *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 24, n° 3, p. 281-283.
- ERLICH M. ; AUGÉ M., 1986 - *La Femme blessée. Essai sur les mutilations sexuelles féminines* - Paris, L'Harmattan, 321 p.
- ESSÉN Birgitta, BODKER B, SJÖBERG Nils-Otto, GUDMUNDSSON Saemundur et ÖSTERGREN P-O, 2002 – « Is there an association between female circumcision and perinatal death ? », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 80, n° 8, p. 629-632.
- ESSÉN Birgitta, SJÖBERG Nils-Otto, GUDMUNDSSON Saemundur, ÖSTERGREN P-O et LINDQVIST Pelle G., 2005 – « No association between female circumcision and prolonged labour: a case control study of immigrant women giving birth in Sweden », *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 121, n° 2, p. 182-185.
- FAINZANG Sylvie, 1985 - « Circoncision, excision et rapports de domination », *Anthropologie et Sociétés* 9 (1) pp. 117-127.

- GACHIRI E. M., 2000 - *Female Circumcision: With Reference to the Agikuyu of Kenya* - Pauline Publications, Nairobi, Kenya.
- GILLETTE Isabelle, 2002 – *La polygamie et l'excision dans l'immigration africaine en France, analysées sous l'angle de la souffrance sociale des femmes*. – Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 352 p. (Thèse de doctorat en sociologie, Université de Paris VII).
- GRUENBAUM Ellen, 2001 – *The female circumcision controversy : an anthropological perspective*. – Philadelphia (Pennsylvania), University of Pennsylvania Press
- HOROKS Mélanie, 2008 – *Mutilations sexuelles féminines : vécu des femmes mutilées et prise en charge médicale* – Paris (Thèse de médecine sous la direction de Docteur Emmanuelle PIET).
- JONES Heidi, DIOP Nafissatou, ASKEW Ian et KABORE Inoussa, 1999 – « Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes », *Studies in Family Planning*, vol. 30, n° 3, p. 219-230.
- JUSOT F, SILVA J, DOURGNON P, SERME C, 2009, Inégalités de santé liées à l'immigration en France: effet des conditions de vie ou sélection à la migrations ? *Revue Economique*, 60(2) pp.385-412
- LABORATOIRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DU BAZEGA, 1998 – *Évaluation de la prévalence, de la typologie et des complications liées a l'excision chez les patientes fréquentant les formations sanitaires du Bazega*. – Ouagadougou (Burkina Faso), Ministère de la santé, Direction générale de la santé publique, Direction de la santé de la famille, vi + 14 p. (Série documentaire, n° 21).
- LARSEN Ulla et HOLLOS Marida, 2003 – « Women's empowerment and fertility decline among the Pare of Kilimandjaro Region, Northern Tanzania », *Social Science and Medicine*, vol. sous presse
- LOCOH Thérèse, 1998. – « Pratiques, opinions et attitudes en matière d'excision en Afrique », *Population*, vol. 51, n° 6, p. 1227-1240.
- MORISON L, SCHERF C, EKPO G, PAINE K et WEST B, 2001. – « The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 6, n° 8, p. 643-653.
- NOUR N M., 2006. – « Urinary calculus associated with female genital cutting », *Obstetrics and Gynecology* vol. 107, n° 2, pt. 2, p. 521-523.
- OBERMEYER Carla, 2003. – « The health consequences of female circumcision : Science, advocacy and standards of evidence », *Medical Anthropology Quaterly*, vol. 17, n° 3, p. 394-412.
- PORGES Laurence, 2000. – « Un thème sensible : l'excision en Afrique et dans les pays d'immigration africaine », *Afrique contemporaine*, n° 196, p. 49-74.
- QUIMINAL C., 1991, *Gens d'ici, gens d'ailleurs*, Paris, Christian Bourgeois Éditeur.
- RAZY Elodie, 2007 – « Les "réfugiées de l'intérieur". Excision et mariage précoce contraint entre la France et le Mali » in Jane FREEDMAN et Jérôme VALLUY (dir.), *Persécutions des femmes. Savoirs, mobilisations et protections* - Paris, Editions Du Croquant, pp. 189-204.
- VILLANI Michela, 2006 - *Le corps féminin du biologique au culturel. La problématisation des mutilations génitales féminines* - Paris, EHESS, 110p. (mémoire de Master 2)
- WHO, 2006 - « *Female genital mutilation – new knowledge spurs optimism* », *Progress in Sexual and Reproductive Health Research*, n° 72, 8 p.
- WHO, 2001 – *A Systematic Review of the Health Complications of Female Genital Mutilation including Sequelae in Childbirth* – Genève, 180 p.
- WHO, 1993 – *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* – Genève, 207 p.
- YODER P. Stanley, ABDERRAHIM Nouredine et ZHUZHUNI Arlinda, 2004. – *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis* . – Calverton (Maryland), ORC Macro, 65 p. (DHS Comparative Reports No. 7).