



HAL
open science

Projet MSF-PREVAL.

Marie Lesclingand, Fatoumata Sylla, Armelle Andro, Sarah Boisson

► **To cite this version:**

Marie Lesclingand, Fatoumata Sylla, Armelle Andro, Sarah Boisson. Projet MSF-PREVAL.. [Rapport de recherche] Université Côte d'Azur; Université Paris 1 - Panthéon Sorbonne. 2022. hal-03789966

HAL Id: hal-03789966

<https://hal.science/hal-03789966>

Submitted on 27 Sep 2022

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.



Projet MSF-PREVAL

Rapport final

Le comité scientifique

Marie LESCLINGAND, coordinatrice du projet et co-responsable scientifique

Fatoumata SYLLA, coordinatrice de l'enquête dans le Rhône et en Seine-Saint-Denis, membre du comité scientifique

Armelle ANDRO, co-responsable scientifique

Sarah BOISSON, membre du comité scientifique

Table des matières

I. Le projet MSF-PREVAL.....	1
1. Le contexte du projet.....	1
a. Une pratique mondialisée.....	1
b. Des méthodes d'estimation différentes entre les pays.....	1
c. La France, un pays pionnier sur la question des MSF.....	2
2. Objectifs et méthodologie.....	3
a. Deux objectifs.....	3
b. Méthodologie envisagée : des enquêtes de prévalence.....	3
3. Organisation et moyens mis en œuvre.....	3
a. L'équipe de recherche.....	3
b. Les différentes tâches et leur calendrier.....	4
II. La préparation de la collecte des données.....	6
1. Identification de la population cible et des départements pilotes.....	6
a. Définition de la population cible.....	6
b. Répartition sur le territoire national de la population cible.....	6
c. Choix des départements pilotes.....	8
2. Identification des établissements de santé.....	9
a. Méthode d'identification des établissements de santé.....	9
b. Les établissements de santé identifiés dans les trois départements.....	9
c. Synthèses cartographiques.....	10
3. Le choix des méthodes d'échantillonnage.....	11
a. Les méthodes d'échantillonnage.....	11
b. Les établissements sélectionnés.....	12
4. Le questionnaire, le protocole d'enquête et les autorisations CNIL.....	15
a. Le questionnaire.....	15
b. Les demandes d'autorisations préalables.....	16
c. Les protocoles d'enquête.....	16
<i>Le protocole initialement pensé et ses variantes.....</i>	<i>16</i>
<i>Les quatre étapes du protocole de l'enquête.....</i>	<i>17</i>
5. La préparation du terrain dans les établissements de santé.....	17
a. Le matériel nécessaire à la réalisation de l'enquête.....	17
- <i>L'édition et l'impression des formulaires de consentement.....</i>	<i>18</i>
- <i>Les documents destinés aux professionnel·les de santé.....</i>	<i>18</i>
- <i>Les questionnaires version papier.....</i>	<i>19</i>
- <i>Les flyers.....</i>	<i>19</i>
- <i>Impression et dépôt du matériel dans les centres.....</i>	<i>20</i>
b. La formation des professionnel·les de santé dans les centres enquêtés.....	20
c. Les difficultés rencontrées.....	21
6. La réalisation des enquêtes.....	23
III. Le bilan de la collecte des données.....	25
1. Les chiffres-clés de l'enquête.....	25
2. Les bilans départementaux.....	26
a. La Seine-Saint-Denis.....	26
b. Le Rhône.....	28

c. Les Alpes-Maritimes	29
IV. Principales caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées	32
1. De l'échantillon brut à l'échantillon redressé	32
a. Corrections	32
b. Les biais d'échantillonnage.....	33
c. Redressement des échantillons.....	34
2. Principales caractéristiques socio-démographiques	35
V. Les prévalences et les risques d'excision	38
1. Prévalences estimées de l'excision	38
2. Les populations à risque d'excision	39
VI. Forces et faiblesses du dispositif pilote et recommandations	41
1. Forces et faiblesses	41
a. Une double approche méthodologique pour évaluer le dispositif	41
b. Evaluation de la formation	41
c. Evaluation du protocole	42
d. Evaluation du questionnaire	42
e. Evaluation des outils d'aide à la passation du questionnaire	43
f. Evaluation globale du dispositif	43
2. Estimation directe ou indirecte ?	43
3. Recommandations	45
Références bibliographiques	47
Annexes	48
Annexe A. Liste des 30 pays à risque et prévalences estimées (%)	48
Annexe B. Calendrier et ordre du jour des comités scientifiques et comités de pilotage	49
Annexe C. Le questionnaire de l'enquête MSF-PREVAL	50
Annexe D. La notice d'information et le formulaire de consentement	51
Annexe E. Le certificat d'inscription de l'enquête MSF-PREVAL au registre interne de protection des données du CNRS	52
Annexe F. Schéma récapitulatif de la procédure d'anonymisation	53
Annexe G. Le glossaire médical	55
Annexe H. Le glossaire vulgarisé ou aide à la passation du questionnaire	59
Annexe I. Le questionnaire de l'évaluation du dispositif d'enquête	62
Annexe J. La grille d'entretien de l'évaluation du dispositif d'enquête	67

Table des illustrations

Carte 1.	Répartition de la population cible sur le territoire métropolitain	7
Carte 2.	Répartition de la population cible en Ile-de-France	7
Tableau 1.	Part de la population cible dans les trois départements.....	8
Tableau 2.	Etablissements de santé identifiés dans les trois départements pilotes	9
Carte 3.	Répartition des établissements de santé identifiés et de la population cible dans les trois départements pilotes.....	10
Tableau 3.	L'échantillon des 15 établissements enquêtés – Seine Saint-Denis -	12
Tableau 4.	L'échantillon des 14 établissements enquêtés – Rhône –	13
Tableau 5.	L'échantillon des 14 établissements enquêtés – Alpes-Maritimes –	14
Tableau 6.	Les types de protocoles envisagés dans les établissements, par département.....	16
Encadré 1.	Les deux glossaires.....	19
Encadré 2.	Le flyer remis aux femmes enquêtées ¹	20
Encadré 3.	Les trois vidéos mises à disposition sur la chaîne UCAPod à destination des professionnel-les de santé*	21
Tableau 7.	Taux de couverture de l'enquête dans les trois départements pilotes, selon le type d'établissement..	25
Tableau 8.	Taux de réponse et taux de refus dans les trois départements pilotes	26
Tableau 9.	Taux de réponse et taux de refus selon le type d'établissement en Seine-Saint-Denis.....	26
Figure 1.	Durées moyennes et médianes de passation du questionnaire selon le type d'établissement et le statut de la personne ayant administré le questionnaire dans la Seine-Saint-Denis	27
Tableau 10.	Taux de réponse et taux de refus selon le type d'établissement dans le Rhône.....	28
Figure 2.	Durées moyennes et médianes de passation du questionnaire selon le type d'établissement et le statut de la personne ayant administré le questionnaire dans le Rhône	29
Tableau 11.	Taux de réponse et taux de refus selon le type d'établissement dans les Alpes-Maritimes	30
Figure 3.	Durées moyennes et médianes de passation du questionnaire selon le type d'établissement et le statut de la personne ayant administré le questionnaire dans les Alpes-Maritimes.....	30
Tableau 12.	Tailles des échantillons des femmes enquêtées de 18-49 ans	32
Tableau 13.	Les incohérences relevées et leur traitement.....	33
Figure 4.	Les biais d'échantillonnage selon l'âge et le pays de naissance dans les trois départements pilotes.....	34
Figure 5.	Comparaisons des échantillons bruts, théoriques et redressés	35
Tableau 14.	Spécificités socio-démographiques des populations enquêtées par département.....	35
Figure 6.	Les 10 principaux pays de naissance des femmes nées à l'étranger, par département	36
Figure 7.	Les 10 principaux pays d'origine des femmes originaires d'un pays à risque, par département	36
Encadré 4.	L'estimation d'une proportion par intervalle de confiance.....	38
Figure 8.	Prévalences estimées de l'excision ¹	39
Tableau 15.	Indicateurs des risques d'excision par département	40
Figure 9.	Estimations directes ¹ et estimations indirectes ² du nombre de femmes adultes excisées dans les trois départements pilotes	44

I. Le projet MSF-PREVAL

1. Le contexte du projet

a. Une pratique mondialisée

Aujourd'hui dans le monde, au moins 200 millions de femmes adultes et mineures ont subi une forme de mutilation sexuelle féminine/excision (MSF/E) (UNICEF, 2016), définies comme « toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou tout autre lésion des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques » (WHO, 1997).

Ces pratiques ont longtemps été cantonnées au seul continent africain, en raison du nombre important de pays africains concernés (27 pays). Cependant, ces pratiques sont aujourd'hui observées sur presque tous les continents, pour deux raisons : d'une part, des études récentes ont révélé l'ampleur du phénomène dans d'autres régions, comme dans certains pays du Proche et Moyen-Orient (Irak, Yémen notamment) et en Asie, tout particulièrement en Indonésie et en Malaisie (UNICEF, 2015, 2016) ; d'autre part, l'intensification des flux migratoires des pays du Sud vers les pays du Nord a conduit, depuis plusieurs décennies, à l'installation dans les pays du Nord d'hommes et de femmes originaires de pays où la pratique des MSF est prévalente : pays du continent africain et de l'Asie du Sud-Est (United Nations, 2015).

b. Des méthodes d'estimation différentes entre les pays

L'estimation du nombre de femmes concernées par les MSF se pose différemment entre les pays historiquement concernés par la pratique et les pays de migration (Andro et Lesclingand, 2016).

En effet, dans les premiers, des enquêtes nationales représentatives existent depuis la fin des années quatre-vingt, et sont régulièrement réalisées auprès d'échantillons de femmes âgées de 15 à 49 ans. Ces données d'enquêtes socio-démographiques réalisées en population générale, c'est-à-dire auprès de toutes les femmes en âge de la reproduction, permettent d'avoir une mesure de la prévalence de la pratique (pourcentage de femmes excisées) et une **estimation directe** des effectifs de femmes et de filles concernées (UNICEF, 2013, 2016).

Dans les pays de migration, ce type de données n'existe pas. Les estimations sont alors réalisées de manière indirecte en extrapolant les taux de prévalence observés dans les pays d'origine aux effectifs des femmes originaires des pays à risque¹ et résidant dans les pays de migration. Faute de mieux, ces **estimations indirectes** peuvent fournir des données aux professionnel·les en charge des politiques de lutte contre les MSF à la fois pour la prévention des risques et pour la prise en charge des femmes concernées. Elles présentent cependant un certain nombre de limites et biais méthodologiques comme l'absence ou la diffusion partielle

¹ Pays où la pratique de l'excision est statistiquement documentée. On identifie ainsi 30 pays dans le monde où on dispose de données statistiques fiables permettant d'avoir une mesure du niveau de la pratique *via* les enquêtes démographiques et de santé (EDS), les enquêtes à indicateurs multiples (MICS) ou d'autres enquêtes réalisées sur des échantillons représentatifs ([annexe A](#))

de données de la statistique publique française qui limitent l'identification exacte de la population de référence des « secondes générations ». Les biais méthodologiques liés à ces estimations indirectes invitent à développer d'autres protocoles d'enquêtes dans les pays de migration (Andro et Lesclingand, 2016 ; Lesclingand, Andro et Lombart, 2019).

En Europe, cette question est présente dans le débat public et dans les recherches scientifiques depuis plusieurs décennies avec néanmoins des différences selon les pays, liées à l'ancienneté des courants migratoires. D'après les dernières estimations réalisées dans plusieurs pays mais qui ne portaient que sur les premières générations, la France (est en effectifs absolus) le deuxième pays le plus concerné après le Royaume-Uni où vivaient environ 140 000 femmes adultes excisées nées dans des pays à risque. Viennent ensuite l'Italie, les Pays-Bas et l'Allemagne. Ainsi, parmi les 530 000 femmes adultes excisées nées dans un « pays à risque » et vivant en Europe, près d'une sur deux vit au Royaume-Uni ou en France (Ortensi, Farina et Leye, 2018 ; Van Baelen, Ortensi et Leye, 2016).

c. La France, un pays pionnier sur la question des MSF

La France est l'un des pays où ces courants migratoires sont les plus anciens et où les actions à la fois préventives et répressives ont été mises en place dès les années 1980. En outre, si les premières actions étaient particulièrement orientées autour de la prévention de la pratique sur les petites filles, à partir des années 2000, un tournant a eu lieu avec la diffusion de la chirurgie réparatrice du Dr Foldès et la prise en charge des femmes adultes déjà excisées a commencé à faire l'objet de politiques de santé publique. Enfin, la mobilisation associative a également été renouvelée et diversifiée depuis la décennie 2010 avec la création de nouvelles associations qui ont vu le jour à l'initiative de femmes originaires des pays concernés par les MSF, notamment dans des territoires où la prise en charge des femmes était quasi-inexistante (Sylla et Andro, 2020).

C'est dans ce contexte que la documentation statistique sur ces pratiques en France s'est tout particulièrement développée depuis les années 2000, d'une part par la réalisation d'estimations indirectes : une première à partir de données datant de la première moitié des années 2000 (Andro et Lesclingand, 2007) et une seconde une dizaine d'années plus tard qui estimait donc à 125 000 femmes adultes excisées en France (Lesclingand, Andro et Lombart, 2019). D'autre part, c'est en France qu'une enquête ciblée sur les populations concernées a été mise en place à la fin des années 2000 : l'enquête Excision et Handicap (*ExH*) a ainsi permis de mettre en évidence les conséquences des MSF sur la santé reproductive et sexuelle des femmes ; d'évaluer les besoins en chirurgie réparatrice et de mesurer les risques de la perpétuation de la pratique en contexte migratoire. Ce type d'enquête très riche en informations nécessite des moyens financiers très importants mais les données datent déjà d'une dizaine d'années et ne reflètent donc plus de manière optimale la situation actuelle.

Les méthodologies mises en place jusqu'à présent (qu'il s'agisse des estimations indirectes ou de l'enquête *ExH*) ont été très utiles mais présentent, comme on l'a vu des biais et limites et dans le cas des secondes, un coût financier très élevé, ne permettant pas une actualisation régulière des données.

2. Objectifs et méthodologie

a. Deux objectifs

Le contexte spécifique de la France, relativement pionnière sur cette question, avec une expertise scientifique reconnue ainsi qu'une forte mobilisation des milieux associatifs, des pouvoirs publics et des professionnel·les de santé plus nombreux·ses à être sensibilisé·es et formé·es à la question, s'avère aujourd'hui particulièrement favorable pour tester un nouvel outil de collecte de données de suivi des MSF/E sur le territoire national.

Le projet MSF-PREVAL a deux objectifs :

1. Expérimenter un outil de collecte permettant une production régulière de données sur l'évolution de la prévalence des MSF en France ;
2. Tester le dispositif dans des contextes différents selon le niveau attendu de la prévalence de la pratique (élevé / moyen / faible) afin d'évaluer sa pertinence et son éventuelle réplique à l'échelle nationale

b. Méthodologie envisagée : des enquêtes de prévalence

Afin d'atteindre ces objectifs, la méthodologie suivante a été envisagée :

Où ? Dans des établissements de santé permettant d'avoir une large couverture des femmes âgées entre 18 et 49 ans : services de gynécologies des CHU, maternités (publiques et privées), centres de Planning Familial, centres de protection Materno-Infantile, centres de prévention universitaires, centres de santé de médecine générale, centres de vaccinations internationales.

Auprès de qui ? Toute femme fréquentant un des lieux d'enquête identifiés précédemment, c'est-à-dire une enquête en « population générale féminine », qui permettra d'avoir une mesure de la prévalence de la pratique (et non du risque quand l'enquête est réalisée auprès d'une population spécifique, à risque) et qui permettra aussi d'avoir des données sur les « secondes » voire « troisièmes générations » qui sont complètement invisibles dans la statistique publique française.

Comment ? A travers l'administration, par les professionnel·les de santé, d'un questionnaire de format très court qui puisse s'intégrer facilement dans la pratique médicale et sur un temps limité (1 mois).

3. Organisation et moyens mis en œuvre

a. L'équipe de recherche

L'équipe de recherche de ce projet est dotée de plusieurs instances :

- Un comité scientifique (CS), composé des deux responsables scientifiques du projet MSF-PREVAL : Armelle ANDRO (Professeure à l'Université Paris 1, [CRIDUP](#)²) et Marie LESCLINGAND (Maîtresse de conférences à l'Université Côte d'Azur, [URMIS](#)³), également coordinatrice du projet. Ce comité scientifique intègre également deux doctorantes : Sarah BOISSON (CNRS⁴-Université Côte d'Azur, [URMIS](#)) et Fatoumata SYLLA (Université

² Centre de Recherches de l'Institut de Démographie de l'Université de Paris

³ Unité de Recherche Migrations et Sociétés

⁴ Centre National de la Recherche Scientifique

Paris Saclay, [CESP](#)⁵-Inserm) également recrutée pour coordonner l'enquête en Seine-Saint-Denis et dans le Rhône.

- Un comité de pilotage (COFIL), constitué de représentant-es de l'administration (SDFE⁶, DGOS⁷, DGCS⁸), de professionnel-es de santé - notamment celles et ceux impliqués dans les centres de santé de la phase pilote - et de personnalités issues des milieux associatifs et universitaire, toutes expertes dans le domaine des MSF/E.

De janvier 2021 à fin avril 2022, le CS s'est réuni 12 fois, à une fréquence quasi-mensuelle, et le COFIL a été sollicité 5 fois, à des moments-clés du projet. Le calendrier des réunions des différentes instances est précisé en annexes avec l'ordre du jour de chaque réunion ([annexe B](#)).

b. Les différentes tâches et leur calendrier

Ce projet, réparti sur 18 mois de novembre 2021 à fin avril 2022, est décomposé en cinq grandes tâches résumées ci-dessous :

- **Tâche 1 : Préparation de l'enquête pilote de prévalence dans les trois départements concernés**

La première tâche du projet a regroupé toute la phase préparatoire de l'enquête dans les trois départements pilotes et dans les établissements de santé identifiés. Cette étape a été divisée en plusieurs sous-tâches listées ci-dessous et détaillées dans la section suivante ([II. La préparation de la collecte](#)).

- Sous-tâche A : Actualisation de données chiffrées sur la population cible ;
- Sous-tâche B : Identification des départements pilotes ;
- Sous-tâche C : Identification des types d'établissements de santé (base de sondage) ;
- Sous-tâche D : Élaboration du questionnaire ;
- Sous-tâche E : Élaboration du plan de gestion des données et des demandes d'autorisations préalables (DPO⁹ CNRS) ;
- Sous-tâche F : Echantillonnages à partir des bases de sondage ;
- Sous-tâche G : Mise au point du protocole d'enquête ;
- Sous-tâche H : Préparation du protocole d'enquête dans les centres identifiés

- **Tâche 2 : Déploiement de l'enquête pilote dans les trois départements**

La deuxième étape du projet a consisté à déployer l'enquête pilote dans les établissements de santé des trois départements identifiés dans la tâche 1, selon différents calendriers (cf. [II. 6. La réalisation des enquêtes](#)). La passation de l'enquête s'est déroulée à l'aide d'un questionnaire élaboré dans la tâche précédente.

- **Tâche 3 : Nettoyage et analyses des bases de données**

A l'issue de la passation des questionnaires dans l'ensemble des établissements de santé identifiés, la tâche 3 s'est attachée à nettoyer les trois bases de données puis à analyser les

⁵ Centre de Recherche en Epidémiologie et Santé des Populations

⁶ Service des Droits des Femmes et de l'Égalité entre les femmes et les hommes

⁷ Direction Générale de l'Offre de Soins

⁸ Direction Générale de la Cohésion Sociale

⁹ Data Protection Officer ou délégué-e à la protection des données du CNRS.

données en s'appuyant à la fois sur un logiciel de traitement statistique de données d'enquêtes (R) et d'un tableur de type Excel. La méthodologie employée et les principaux résultats sont présentés dans ce rapport final.

- **Tâche 4 : Identification et discussion des forces et faiblesses du protocole testé**

Il était prévu, avant la remise de ce rapport final, d'organiser des restitutions des premiers résultats dans les établissements de santé enquêtés et de discuter notamment des forces et faiblesses du protocole testé, des discussions qui auraient ensuite pu alimenter les recommandations du rapport final. En raison de la difficulté d'organiser des réunions avec l'ensemble des participant-es, nous avons opté pour une démarche différente qui s'est déclinée de deux manières :

- Une approche quantitative à travers un questionnaire d'évaluation proposé à l'ensemble des professionnel-les de santé ayant administré les questionnaires de l'enquête MSF-PREVAL afin de recueillir, de manière systématique, une évaluation du dispositif de l'enquête MSF-PREVAL : qualité et intérêt de la formation reçue, pertinence du protocole d'enquête et du questionnaire, éventuelles difficultés rencontrées.
- Une approche qualitative en réalisant, dans chaque département, des entretiens approfondis, avec un échantillon de professionnel-les de santé volontaires afin de discuter de ce protocole pilote, de ses forces et faiblesses et des modifications et améliorations envisageables.

- **Tâche 5 : Rédaction du rapport final**

Enfin, la dernière tâche de ce projet dédiée à la valorisation du projet a été consacrée à la rédaction de ce rapport final récapitulant les étapes du projet, présentant les résultats des analyses et proposant des recommandations pour une éventuelle extension du dispositif d'enquête sur l'ensemble du territoire national ou dans les territoires les plus concernés.

La réalisation de l'ensemble de ces tâches a été accomplie selon le calendrier prévisionnel suivant :

	nov-20	déc-20	janv-21	févr-21	mars-21	avr-21	mai-21	juin-21	juil-21	août-21	sept-21	oct-21	nov-21	déc-21	janv-22	févr-22	mars-22	avr-22		
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18		
Tâche 1.	L.1																			
Tâche 2																				
Tâche 3																				
Tâche 4																				
Tâche 5																			L.3	

Livrables :

L.1 : note d'étape / **L.2** : rapport intermédiaire / **L.3** : rapport final

II. La préparation de la collecte des données

1. Identification de la population cible et des départements pilotes

a. Définition de la population cible

La population cible regroupe les femmes originaires d'un « pays à risque¹⁰ », soit parce qu'elles y sont nées (« premières générations »), soit parce qu'elles ont au moins un de leurs parents qui y est né (« deuxièmes générations »). Si les premières sont facilement identifiables dans la statistique publique française, notamment dans les données du recensement *via* le pays de naissance, l'identification « des deuxièmes générations » à travers la statistique publique française est très difficile puisque le pays de naissance des parents n'est pas disponible dans les données du recensement et n'est pas diffusé par pays détaillé dans les enquêtes sur échantillon représentatif (Simon, 2012). Dans cette phase préparatoire, il a donc été décidé d'approcher les principales caractéristiques de la population cible à travers des données relatives exclusivement aux « premières générations », sachant que les « premières générations » représentent près des trois quarts de l'ensemble de la population cible et que les répartitions géographiques des deux sous-populations sont très proches (Lesclingand, Andro et Lombart, 2019).

b. Répartition sur le territoire national de la population cible

Les données harmonisées du recensement de la population (2017) récupérées auprès de l'Archive des Données Issues de la Statistique Publique (ADISP) fournissent des informations sur le nombre de femmes nées dans un pays à risque et résidant en France (« premières générations ») selon différentes caractéristiques, comme les classes d'âges, le pays de naissance, le département de résidence et la commune de résidence (dans les trois départements pilotes), le niveau d'instruction et la situation professionnelle.

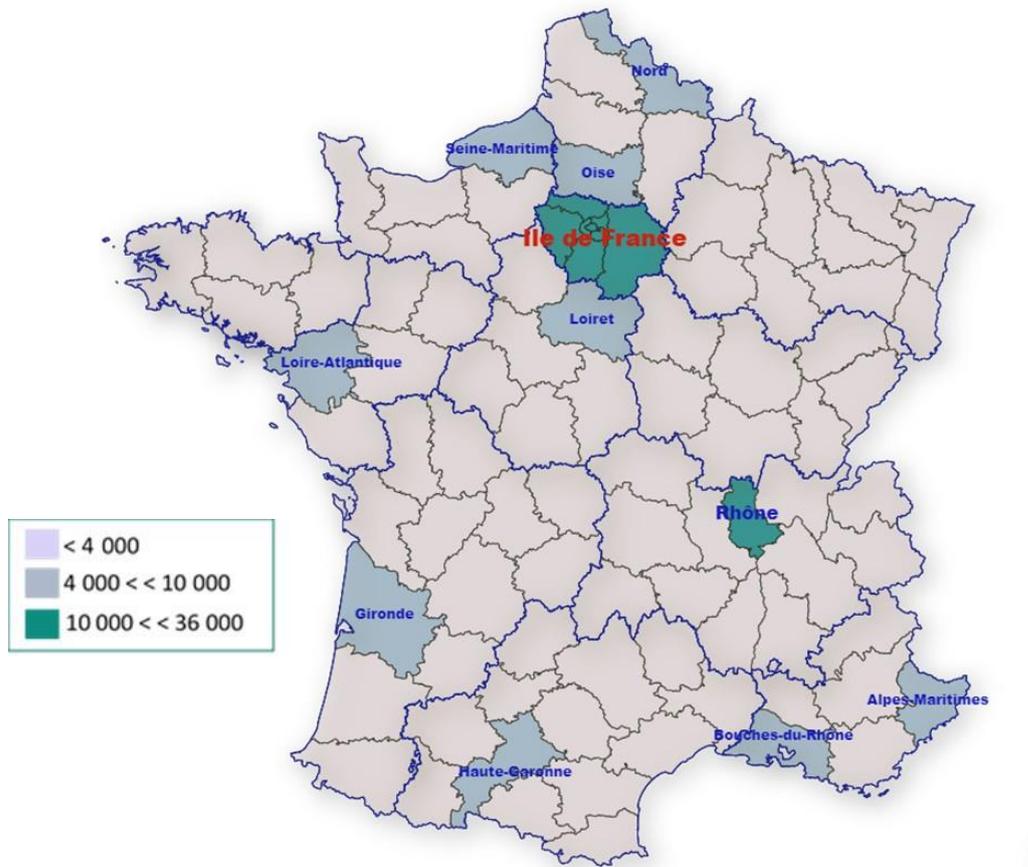
L'exploitation des données a confirmé deux résultats déjà connus :

- D'une part, la population cible est très minoritaire au sein de la population féminine en France : les femmes nées dans un pays à risque représentent en effet 1,8% de la population féminine adulte âgée entre 18 et 50 ans¹¹ ;
- D'autre part, la population cible est très inégalement répartie sur le territoire puisque 53 % vit en Ile-de-France (carte 1) et tout particulièrement les départements de Seine-Saint-Denis et de Paris qui regroupent 20% de la population cible. Hors Ile-de-France, le département du Rhône est le département le plus concerné (carte 1) comptant plus de 10 000 femmes nées dans un pays à risque.

¹⁰ Pays où la pratique de l'excision est statistiquement documentée. On identifie ainsi 30 pays dans le monde où on dispose de données statistiques fiables permettant d'avoir une mesure du niveau de la pratique *via* les enquêtes démographiques et de santé, les enquêtes à indicateurs multiples ou d'autres enquêtes réalisées sur des échantillons représentatifs (cf. [annexe A](#)).

¹¹ La population des femmes « nées dans un pays à risque » est une population jeune puisque 70 % des 18 ans et plus sont dans la tranche d'âge des 18-49 ans contre la moitié dans l'ensemble de la population féminine adulte.

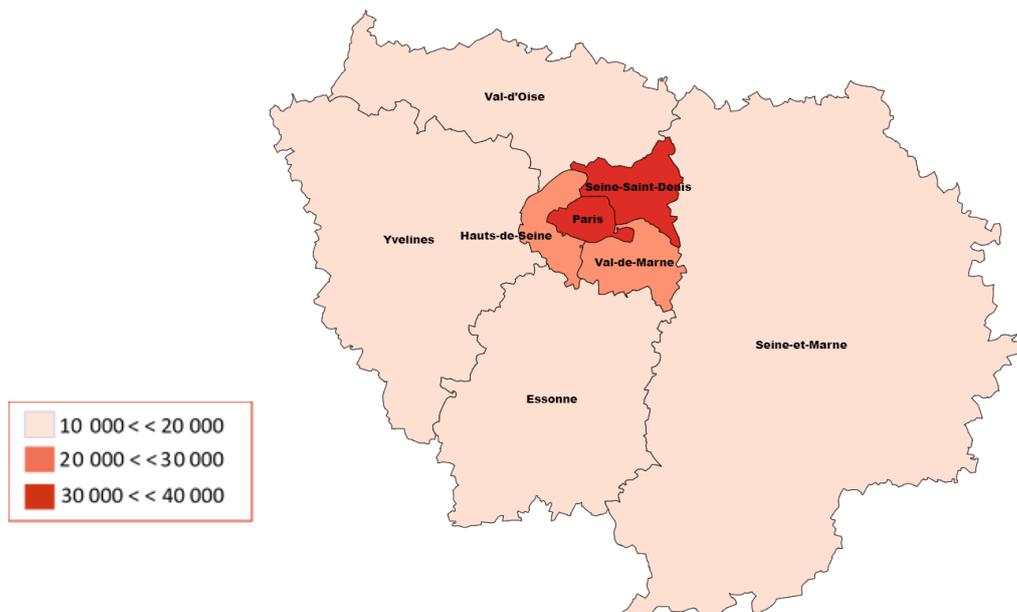
Carte 1. Répartition de la population cible sur le territoire métropolitain



Carte réalisée avec Magrit

Source : Données harmonisées des recensements de la population (2017 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP.

Carte 2. Répartition de la population cible en Ile-de-France



Carte réalisée avec Magrit

Source : Données harmonisées des recensements de la population (2017 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP.

c. Choix des départements pilotes

L'objectif 2 du projet est de tester l'enquête dans des territoires où les niveaux de prévalence attendus de la pratique sont différents. Comme il s'agit d'une enquête de prévalence, nous devons la réaliser en population générale féminine. En raison de la jeunesse de la population cible et des établissements de santé sélectionnés (cf. [II.2. Identification des établissements de santé](#)), nous avons décidé de cibler la population enquêtée sur les femmes adultes en âge de la reproduction, avec les bornes d'âges utilisées habituellement 18 et 49 ans. A partir de la répartition géographique de la population cible sur le territoire, trois départements pilotes ont été sélectionnés selon les niveaux de prévalences attendues (tableau 1).

- **La Seine-Saint-Denis** est le département le plus concerné puisqu'il regroupe 11% de l'ensemble des femmes nées dans un pays à risque et dont la mobilisation des équipes professionnelles de santé est importante du fait de l'ancienneté de cette problématique sur ce territoire. Dans ce département, la part de la population cible dans l'ensemble de la population féminine des 18-49 ans est de 7%, bien supérieure à la moyenne nationale (1,8%). La prévalence attendue dans ce département sera *a priori* supérieure à la moyenne.
- **Le Rhône** est le premier département hors de l'Île-de-France à être concerné. Il regroupe 3,3% de l'ensemble de la population à risque avec une part de la population cible au sein de la population féminine des 18-49 ans équivalente à la moyenne nationale (1,8%). La prévalence attendue sera donc proche de celle de l'ensemble de la France.
- **Les Alpes-Maritimes** constituent un département témoin puisque ce département est peu concerné avec 1,1% de l'ensemble de la population à risque et une part de la population cible au sein des femmes de 18-49 ans inférieure à la moyenne nationale (1,2%). La prévalence attendue dans ce département sera donc vraisemblablement inférieure à la moyenne nationale.

Tableau 1. Part de la population cible dans les trois départements

Département	Nombre de femmes nées dans un pays à risque	% sur l'ensemble de la population à risque	Nombre total de femmes (18-49 ans)	% sur l'ensemble de la population féminine	Prévalence attendue
Seine-Saint-Denis	25 482	11,4	360 185	7,1	Supérieure à la moyenne
Rhône	7 406	3,3	403 187	1,8	Proche de la moyenne
Alpes-Maritimes	2 475	1,1	198 574	1,2	Inférieure à la moyenne
France métro.	224 484	100	12 418 045	1,8	Moyenne ¹

¹ D'après la dernière estimation indirecte, la prévalence moyenne au niveau national est inférieure à 1% (Lesclingand, Andro et Lombart, 2019)

2. Identification des établissements de santé

a. Méthode d'identification des établissements de santé

Dans chaque département pilote une base de sondage a été constituée avec les différents types d'établissements de santé préalablement identifiés. L'identification des établissements de santé s'est faite par l'exploitation de la base FINESS (Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux : base de données diffusée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)) qui fournit des informations sur les établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux. Ainsi, sept types d'établissements ont pu être identifiés: les services de gynécologie des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), les maternités publiques et privées, les centres de Planning Familial, les centres de protection Materno-Infantile, les centres de prévention universitaires (et Bureaux d'Aide Psychologique Universitaires (BAPU), les centres de santé de médecine générale, les maisons de santé. A ces centres ont été ajoutés manuellement les centres de vaccinations internationales qui peuvent constituer des lieux pertinents compte tenu de la population cible (centres de vaccinations pour partir dans certains pays, notamment africains). Afin de cibler notre population de référence (femmes âgées de 18-49 ans), un filtre a ensuite été appliqué à tous ces établissements pour ne conserver que les centres proposant des offres de soins spécifiques aux femmes (gynécologie, contraception, Interruption Volontaires de Grossesse) et à la pédiatrie. Dans un deuxième temps, des prises de contacts avec des personnes référentes dans chaque département ont permis d'affiner les bases de données en excluant certains types de centres dans lesquels la réalisation de l'enquête selon le protocole envisagé allait s'avérer trop difficile à mettre en œuvre (maisons de santé, centres de santé polyvalents, services gynécologiques en CH, centres IVG).

b. Les établissements de santé identifiés dans les trois départements

A l'issue de cette première phase, 121 établissements ont été identifiés en Seine-Saint-Denis avec une très large majorité de centres de PMI (104) répartis dans 38 communes de manière homogène sur le territoire. Dans le Rhône, il s'agit de 34 établissements répartis dans 16 communes avec cependant une forte concentration dans quatre communes (Lyon, Villeurbanne, Bron et Rilleux-le-Pape). Enfin, dans les Alpes-Maritimes, 46 établissements ont été identifiés avec une majorité de centres de PMI, répartis dans 24 communes mais très fortement concentrés à Nice et à Cannes qui regroupent un tiers des établissements (tableau 2, carte 3)

Tableau 2. Etablissements de santé identifiés dans les trois départements pilotes

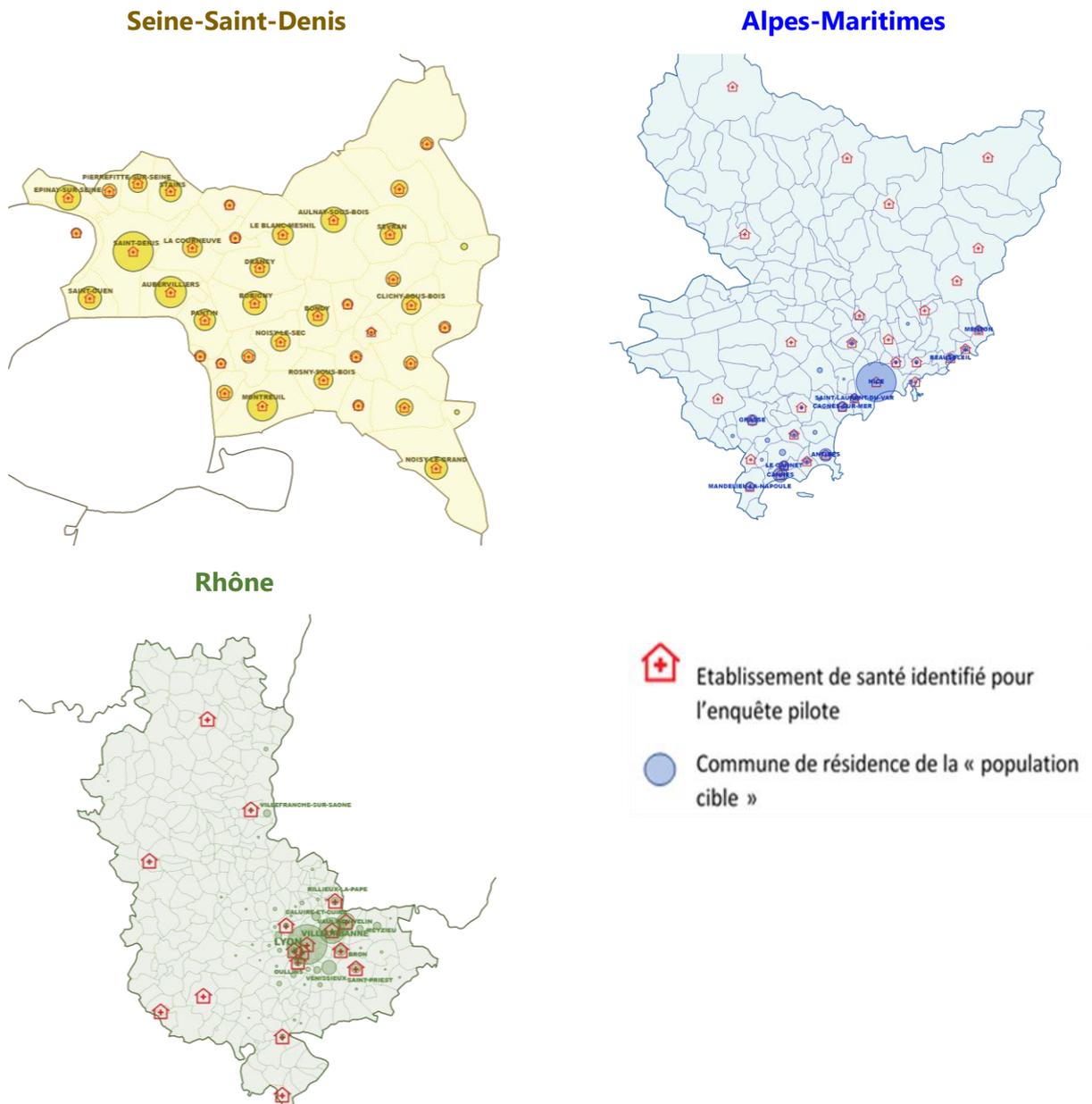
Type d'établissements	Seine-Saint-Denis	Rhône	Alpes-Maritimes
Maternités (CH et privées)	10	14	6
PMI-CPEF	104	6	35
Autres ¹	7	14	5
TOTAL	121	34	46

¹ Centres de Vaccination Internationale, centres de médecine universitaires, Cegidd, CASO

c. Synthèses cartographiques

Les bases de sondages par département nous ont permis de cartographier la répartition des établissements de santé identifiés sur le territoire de chaque département. Par ailleurs, les données du recensement nous ont ensuite permis de cartographier la répartition de la population cible par commune dans les trois départements, offrant ainsi une synthèse cartographique des spécificités de chaque département pilote.

Carte 3. Répartition des établissements de santé identifiés et de la population cible dans les trois départements pilotes



Cartes réalisées avec Magrit

Sources : Données harmonisées des recensements de la population (2017 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISPE : bases de sondages des établissements de santé (extraction du fichier FINCESS)

Note : Les communes indiquées par leurs noms sont les communes où la part relative de la population cible est supérieure à 2,5% en Seine-Saint-Denis, supérieure à 1,5% dans le Rhône et supérieure à 2% dans les Alpes-Maritimes.

La Seine-Saint-Denis présente une offre de soins plutôt bien répartie sur l'ensemble du territoire (qui est aussi beaucoup plus densément peuplé) ainsi qu'une répartition plus homogène de la population cible. Bien que la commune de Saint-Denis arrive en tête, elle ne concentre que 11 % de la population cible. En revanche, 80% de la population est répartie dans 19 communes (carte 3).

Le département du Rhône présente une concentration très forte autour de la métropole de Lyon à la fois de l'offre de soins mais aussi de la population cible dont près de la moitié vit à Lyon et 80% dans les communes limitrophes (carte 3).

Dans les Alpes-Maritimes, l'offre de soins est plutôt développée sur les communes du littoral où les densités de population sont les plus fortes. Par ailleurs, la population cible est très concentrée sur deux communes : Nice et Cannes qui regroupent à elles seules plus de la moitié de la population cible. Toutes ces données ont été particulièrement utiles pour la phase suivante qui est celle de l'échantillonnage (carte 3).

3. Le choix des méthodes d'échantillonnage

a. Les méthodes d'échantillonnage

Le budget et le temps impartis au projet ne permettant pas d'envisager une enquête exhaustive dans tous les établissements de santé identifiés préalablement, l'enquête ne s'est déroulée que dans un échantillon d'entre eux.

La taille espérée des échantillons était autour de 1 000 femmes par département afin de pouvoir ensuite réaliser des estimations avec un risque d'erreur limité (autour de 5 %) et une assez grande précision (marge d'erreur autour de 3 %). En tenant compte d'un taux de refus autour de 20 %, les échantillons théoriques attendus par département étaient donc autour de 1 300 femmes.

La méthode d'échantillonnage s'est appuyée sur des méthodologies mises en place dans des enquêtes réalisées auprès de populations migrantes tout en prenant en compte les spécificités départementales mises en évidence préalablement (carte 3).

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

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

Ces deux contraintes ont ainsi une incidence directe sur les méthodes d'échantillonnage des lieux d'enquêtes qui doivent être à la fois suffisamment diversifiés pour que les profils socio-démographiques des femmes enquêtées soient assez variés et donc représentatifs de l'ensemble de la population mais également assez spécifiques afin d'identifier plus particulièrement la population cible.

Nous avons donc envisagé des méthodes d'échantillonnage différentes selon les départements pilotes : en déployant l'enquête dans l'ensemble des communes selon un échantillonnage par type d'établissement (choix fait pour la Seine-Saint-Denis) ; en limitant le nombre de communes mais en les ciblant, selon la présence plus ou moins forte de la population « cible » et selon la représentativité des patientèles (choix fait pour les Alpes-Maritimes et le Rhône).

b. Les établissements sélectionnés

L'échantillonnage en Seine-Saint-Denis

En Seine-Saint-Denis, la répartition homogène sur le territoire tant de l'offre de soins que de la population cible a impliqué de faire le choix d'un échantillonnage aléatoire par type de centre, avec l'objectif d'un effectif théorique attendu autour de 1 500 femmes (tableau 3).

Tableau 3. L'échantillon des 15 établissements enquêtés – Seine Saint-Denis -

Type de centre	Nom du centre	Commune	Effectif théorique ¹
Maternité	CH Delafontaine	St Denis	361
	CH Intercommunal André Grégoire	Montreuil	339
	Hôpital privé de la Seine-Saint-Denis	Le Blanc Mesnil	192
	Clinique de l'Estrée	Stains	140
Sous-total Maternités			1 032
PMI-CPEF	CPMI Allende – Cité des Erables	Sevran	10
	CPMI Montreuil	Montreuil	20
	CPMI Voltaire	Montreuil	10
Sous-total PMI-CPEF			40
Autres	Centre de médecine universitaire – Paris 13 -	Villetaneuse	120
	CVI – Hôpital Avicenne -	Bobigny	200
	CeGIDD de Bobigny	Bobigny	80
	CegiDD de Montfermeil	Montfermeil	10
	CDPS Montreuil	Montreuil	30
	CDPS St Denis Pleyel	St Denis	15
	CDPS Aulnay-sous-Bois	Aulnay-sous-Bois	20
	CASO Médecins du Monde	St Denis	5
Sous-total Autres			480
TOTAL			~ 1 500

¹ L'effectif théorique est basé sur les effectifs de patientes observés durant l'année 2019 et rapportés à 1 mois. Nous avons considéré que l'année 2020 avait été trop impactée par la crise sanitaire pour être un bon indicateur.

4 maternités ont ainsi été intégrées à l'échantillon : 2 maternités privées (St Denis et la clinique de l'Estrée respectivement au Blanc Mesnil et à Stains) et 2 maternités publiques (CH Delafontaine à St Denis et le CH intercommunal André Grégoire à Montreuil). Relativement aux centres de PMI, un premier échantillonnage aléatoire avait été réalisé en fonction de la taille de la patientèle dans l'ensemble des communes du département. Cependant, les centres initialement identifiés n'ont pas tous répondu favorablement et l'enquête a donc été prévue dans quelques-uns seulement (cf. [5.c. Les difficultés rencontrées](#)). Par ailleurs, un centre de

médecine préventive, celui de l'Université Paris 13, est intégré au dispositif, un centre de vaccination internationale (Avicennes), deux CeGIDD (Bobigny et Montfermeil) ainsi que trois CDPS (St Denis, Aulnay-sous-Bois) et un CASO (St Denis). En se référant aux effectifs observés durant l'année 2019 (et rapportés à un mois), l'effectif total théorique attendu pour le département de la Seine-Saint-Denis dans les 15 établissements de santé est d'environ 1 500 femmes (tableau 3).

L'échantillonnage dans le Rhône

Le département du Rhône présente une concentration très forte autour de Lyon tant au niveau de l'offre de soins qu'au niveau de la population cible dont près de la moitié vit à Lyon et 80 % dans les communes limitrophes¹², appartenant toutes à la métropole de Lyon (tableau 4).

Tableau 4. L'échantillon des 14 établissements enquêtés – Rhône –

Type de centre	Nom du centre	Commune	Effectif théorique ¹
Maternité	Hôpital Femme Mère Enfant	Bron	383
	CH St Joseph St Luc	Lyon	197
	Hôpital Lyon Sud	Pierre-Bénite	175
	Groupe mutualiste Les Portes du Sud	Vénissieux	134
	CH Montgelas	Givors	81
Sous-total Maternités			970
PMI-CPEF	CPEF de Neuville-sur-Saône	Neuville-sur-Saône	120
	CPEF Lyon 9	Lyon	100
	CPEF Bron	Bron	50
	CPEF de Givors	Givors	50
	CPEF de Vaulx-en-Velin	Vaulx-en-Velin	50
	CPEF CH St Joseph St Luc*	Lyon	40
Sous-total PMI-CPEF			410
Autres	Médecine préventive - Université Catholique de Lyon -	Lyon	60
	Médecine préventive - Université Lyon 1 -	Lyon	100
	CeGIDD Edouard Herriot	Lyon	300
Sous-total Autres			460
TOTAL			~ 1 840

¹ L'effectif théorique est basé sur les effectifs de patientes observés durant l'année 2019 et rapportés à 1 mois. Nous avons considéré que l'année 2020 avait été trop impactée par la crise sanitaire pour être un bon indicateur.

* y compris une consultation dédiée aux violences faites aux femmes

En raison d'un poids démographique conséquent du département du Rhône, nous ne visons pas l'exhaustivité mais un échantillonnage ciblé dans les communes de la métropole identifiées comme « cibles » pour chaque type de centre. Ainsi, sur les 14 maternités publiques et privées identifiées dans les communes cibles de la métropole du Grand Lyon, nous avons identifié 7 maternités prioritaires, permettant de couvrir 60 % de la file active totale¹³. Dans les

¹² Plus particulièrement à Villeurbanne, Vaulx-en-Velin, Vénissieux et Bron.

¹³ Nombre total de patientes prises en charge dans l'établissement de santé au cours d'une période donnée.

différentes prises de contacts, 2 maternités privées n'ont pas donné suite et l'enquête a donc été prévue dans 5 maternités : 3 maternités publiques (Bron, Givors et Pierre-Bénite) et 2 maternités privées (Vénissieux et Lyon). Concernant les centres de PMI-CPEF, la prise de contact avec les responsables au niveau de la métropole a été particulièrement difficile et longue et seuls 6 centres de PMI-CPEF ont été intégrés au dispositif de l'enquête (cf. [5.c. Les difficultés rencontrées](#)). L'enquête a par ailleurs été prévue dans deux autres types d'établissements de santé : le centre de médecine préventive de l'Université Catholique de Lyon et celui de l'Université Lyon 1, et le CeGIDD du centre hospitalier Edouard Herriot à Lyon. En se référant aux effectifs observés durant l'année 2019 (et rapportés à 1 mois), l'effectif total théorique attendu pour le département du Rhône dans les 14 établissements de santé est d'environ 1 800 femmes (tableau 4).

L'échantillonnage dans les Alpes-Maritimes

Dans les Alpes-Maritimes, la population cible est très concentrée sur deux communes : Nice et Cannes qui regroupe à elles seules plus de la moitié de la population cible mais elle est également sur-représentée¹⁴ dans quatre autres communes : Antibes, Grasse, Mandelieu-la-Napoule et Beausoleil. Dans l'ensemble de ces six communes cibles, il était alors initialement envisagé d'enquêter exhaustivement tous les types de centres concernés, le département des Alpes-Maritimes étant démographiquement d'une taille plus réduite que les deux autres départements¹⁵ (tableau 5).

Tableau 5. L'échantillon des 14 établissements enquêtés – Alpes-Maritimes –

Type de centre	Nom du centre	Commune	Effectif théorique ¹
Maternité	Kantys	Nice	300
	CHU Archet	Nice	280
	CH de Grasse	Grasse	150
	CH Simone Veil	Cannes	120
	CH d'Antibes Juan les Pins	Antibes	70
Sous-total 1			920
PMI-CPEF	Grasse	Grasse	90
	Carrefour Santé Jeunes	Nice	70
	Beausoleil-Menton	Beausoleil&Menton	40
	Cessole	Nice	40
	Lyautey	Nice	30
	Les continents	Antibes	20
Sous-total 2			290
Autres	CVI	Nice	40
	Médecine préventive -Université Côte d'Azur	Nice	100
	CeGIDD	Nice	200
Sous-total 3			340
TOTAL			~ 1 500

¹ L'effectif théorique est basé sur les effectifs de patientes observés durant l'année 2019 et rapportés à 1 mois. Nous avons considéré que l'année 2020 avait été trop impactée par la crise sanitaire pour être un bon indicateur.

¹⁴ Cette sur-représentation était objectivée par la part relative de la population cible dans la commune parmi l'ensemble des femmes de la commune et en comparant ce pourcentage au pourcentage moyen observé au niveau du département.

¹⁵ La population féminine âgée de 18 à 49 ans compte environ 200 000 femmes, soit la moitié de celles dénombrées dans le Rhône et en Seine-Saint-Denis.

Cette exhaustivité a pu être réalisée pour les 5 maternités identifiées dont 4 centres hospitaliers et 1 maternité privée. En revanche, relativement aux centres de PMI-CPEF, sur les 17 centres identifiés dans les 5 communes cibles, il n'a été finalement possible de déployer l'enquête que dans un sous-échantillon de 6 centres¹⁶, permettant néanmoins de couvrir les communes cibles Grasse (1 centre), Antibes (1 centre), Beausoleil (1 centre¹⁷) et Nice (3 centres). Ce sous-échantillon est composé de centres conséquents en termes de patientes et couvre ainsi 60 % de la patientèle attendue de l'ensemble des centres de PMI-CPEF initialement identifiés. Par ailleurs, l'enquête a été déployée dans d'autres types d'établissements de santé : le centre de médecine préventive de l'Université Côte d'Azur, le centre de vaccination internationale du CHU à Nice et le CeGIDD de Nice. En se référant aux effectifs observés durant l'année 2019 (et rapportés à 1 mois), l'effectif total théorique attendu pour le département des Alpes-Maritimes dans les 14 établissements de santé est d'environ 1 500 femmes (tableau 5).

4. Le questionnaire, le protocole d'enquête et les autorisations CNIL

a. Le questionnaire

L'élaboration du questionnaire a été réalisée par le comité scientifique afin d'être présenté dans le cadre des démarches sur la protection des données. Afin d'être intégré facilement à la pratique médicale, un format très court a été adopté comprenant moins de 15 questions. Il a été testé puis présenté lors du 2^{ème} comité de pilotage le 6 juin 2021 durant lequel il a été validé dans sa forme définitive.

Il a ensuite été retranscrit pour être administré en ligne *via* le logiciel LimeSurvey, outil d'enquête largement utilisé aujourd'hui par le monde académique (instituts de recherches, universités) pour la passation des questionnaires sécurisés en ligne, dont l'Université Côte d'Azur est doté. Parallèlement à la mise en place du questionnaire sous LimeSurvey, la documentation nécessaire à l'exploitation des données (dictionnaire de codification) a également été élaborée.

Le questionnaire est structuré en trois parties ([annexe C](#)) :

- Un volet *Consentement* qui recueille le consentement de l'enquêtée ou son refus/impossibilité à répondre au questionnaire ;
- Un volet *Santé* qui concerne les questions sur les différentes formes de modifications génitales féminines ainsi que la question sur l'épisiotomie ;
- Un volet *Socio-démographique* qui recueille différentes informations relatives aux caractéristiques socio-démographiques de l'enquêtée (âge, niveau d'étude, département de résidence, pays de naissance de l'enquêtée et de ses parents) ;

La mise en ligne rapide du questionnaire *via* LimeSurvey a notamment permis aux professionnel-les de santé qui le souhaitent de pouvoir le tester durant la période de

¹⁶ La direction départementale des PMI-CPEF des Alpes-Maritimes, après consultation auprès des différents centres, a considéré qu'il serait préférable de ne pas déployer l'enquête dans tous les centres afin de ne pas alourdir la tâche des équipes ([cf. 5.c. Difficultés rencontrées](#))

¹⁷ Le centre de Beausoleil est rattaché à celui de Menton qui a également été inclus dans l'échantillonnage.

formation préalable à l'enquête (cf. [5.b. La formation des professionnel·les de santé dans les centres enquêtés](#)). En outre, l'un des atouts de la passation en ligne (par rapport à la saisie sur questionnaire papier) a été la disponibilité immédiate de la base de données qui a permis, d'une part, durant la passation des questionnaires, d'avoir un suivi quotidien de l'enquête et d'autre part, après la passation des questionnaires, de disposer rapidement de la base de données pour son exploitation statistique.

b. Les demandes d'autorisations préalables

Toute enquête réalisée auprès de personnes doit faire l'objet d'autorisations préalables auprès d'autorités compétentes (CNIL, CNRS). La demande a été émise dès le mois de janvier 2021 auprès du service de protection des données du CNRS (DPD), tutelle de référence en la matière de l'Urmis, laboratoire de rattachement du projet MSF-PREVAL. Après un premier rendez-vous de présentation du projet et du questionnaire, le protocole d'enquête envisagé a été retravaillé avec l'une des déléguées au service DPD du CNRS. Puis, les différents documents nécessaires ont été rédigés : formulaire de consentement, notice d'information ([annexe D](#)) et formulaire d'inscription au registre du CNRS. En septembre 2021, le protocole de l'enquête MSF-PREVAL était définitivement enregistré au registre interne du CNRS ([annexe E](#)). L'ensemble des étapes de la procédure d'anonymisation est explicité en annexes sous la forme d'un schéma ([annexe F](#)).

c. Les protocoles d'enquête

Le protocole initialement pensé et ses variantes

Le protocole de l'enquête a été initialement pensé pour être complètement intégré à l'entretien médical avec un questionnaire administré par le ou la professionnel·le de santé.

Tableau 6. Les types de protocoles envisagés dans les établissements, par département

Département	Protocole initial ¹	Protocole modifié ²	Protocole hybride ³	Total
Seine-Saint-Denis	11	4		15
Rhône	9	5		14
Alpes-Maritimes	9	2	3	14
Total	29	11	3	43

¹ : Passation des questionnaires par les professionnel·les de santé ;

² : Passation des questionnaires par des enquêtrices ;

³ : Passation des questionnaires par des enquêtrices et par des professionnel·les de santé

Dans certains types d'établissements de santé, tout particulièrement les maternités, dès les premiers contacts, il a fallu faire évoluer ce protocole initial, les professionnel·les de santé ne pouvant pas administrer elles-mêmes ou eux-mêmes le questionnaire, faute de temps. Dans ces lieux, le protocole a donc été modifié pour que la passation des questionnaires soit prise en charge par des enquêtrices. Cette situation a été observée dans les maternités enquêtées des trois départements, à l'exception de deux maternités de tailles plus réduites dans les Alpes-Maritimes (Cannes et Antibes) où les questionnaires ont été administrés par les sage-femmes selon le protocole initial (tableau 6).

Dans les Alpes-Maritimes, dans trois établissements de santé¹⁸, des systèmes hybrides ont été mis en place, à la demande des médecins référents, avec une passation des questionnaires faite certains jours par une enquêtrice et d'autres jours par des professionnel·les de santé. Dans les trois départements, au sein des 43 établissements intégrés au dispositif de l'enquête, le protocole initial avec une passation des questionnaires par les professionnel·les de santé a été mis en œuvre dans une majorité d'entre eux (29 établissements) ; dans 3 établissements, un système hybride a été mis en place et dans 11 établissements, la passation a été intégralement prise en charge par des enquêtrices recrutées durant le mois de l'enquête (tableau 6).

Les quatre étapes du protocole de l'enquête

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

- **La présentation de l'enquête** par le·a professionnel·le de santé ou l'enquêtrice qui correspondait au premier paragraphe de la notice d'information ;

Votre établissement de santé a été sélectionné pour participer à une enquête pilote réalisée dans trois départements français : les Alpes-Maritimes, le Rhône et la Seine-Saint-Denis. Cette enquête a pour principal objectif de recueillir des informations relatives à différentes formes de modifications génitales féminines. Il s'agit d'un questionnaire administré par votre professionnel·le de santé d'une durée de 5 minutes. Vous êtes libre d'y participer ou non. 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 apporter resteront totalement confidentielles.

- **Le recueil du consentement** de la femme pour participer à l'enquête : après avoir présenté l'enquête, le ou la professionnel·le de santé ou l'enquêtrice demandait à la femme si elle était d'accord pour y participer. En cas de refus, on lui demandait simplement de préciser le motif du refus et son département de résidence. En cas d'accord, on lui demandait de compléter (indication du nom) et de signer un formulaire de consentement, archivé ensuite dans l'établissement de santé.
- **L'administration du questionnaire** par le ou la professionnel·le de santé ou l'enquêtrice *via* LimeSurvey ou si nécessaire *via* un questionnaire papier et en s'aidant éventuellement du glossaire d'aide à la passation ([cf. 5. a. Le matériel nécessaire à la réalisation de l'enquête](#)) pour reformuler certaines formes de modifications génitales féminines.
- **La remise d'un flyer avec des contacts d'associations** : à l'issue du questionnaire, le ou la professionnel·le de santé ou l'enquêtrice remettait à l'enquêtée un flyer avec des contacts d'associations ([cf. 5.a. Le matériel nécessaire à la réalisation de l'enquête](#)).

5. La préparation du terrain dans les établissements de santé

a. Le matériel nécessaire à la réalisation de l'enquête

Bien que la passation des questionnaires ait été prévue en ligne, des documents papier ont dû être fournis dans tous les centres enquêtés. Il s'agissait notamment des formulaires de consentement, de documentation à destination des professionnel·les de santé (glossaire

¹⁸ La maternité de Grasse, les centres de PMI-CPEF de Grasse et de Nice (le Carrefour Santé Jeunes).

médical, aide à la passation des questionnaires), d'un stock de questionnaires en version papier, et des flyers à remettre aux femmes ayant participé à l'enquête¹⁹.

- *L'édition et l'impression des formulaires de consentement*

Selon le protocole établi conjointement avec le service de protection des données du CNRS, il a été nécessaire de constituer des formulaires de consentement propres à chaque établissement de santé et pour chaque établissement de santé, d'éditer et d'imprimer autant de formulaires de consentement que le nombre de patientes attendues dans le centre²⁰, puisque sur chaque formulaire de consentement était indiqué un numéro unique qui permet de faire ensuite le lien entre les formulaires où figurent le nom de l'enquêtée (et qui sont conservés dans le centre jusqu'à la fin du projet) et la base de données anonymisée qui ne saisit que le numéro. Ce numéro a en outre permis d'identifier les établissements de santé dans chacun des trois départements puisque chaque centre était doté d'un numéro d'identifiant ([annexe F](#)).

- *Les documents destinés aux professionnel·les de santé*

Lors des premières rencontres (dès le mois de juin) dans les établissements de santé identifiés pour participer à l'enquête, les professionnel·les de santé ont exprimé une demande d'explicitation des différentes interventions citées dans le questionnaire. Le comité scientifique du projet a donc élaboré deux glossaires : un glossaire médical et un glossaire vulgarisé ou glossaire d'aide à la passation du questionnaire (encadré 1).

L'objectif de notre démarche était de mettre à disposition des professionnel·les de santé et des enquêtrices sollicité·es dans la passation des questionnaires :

- Un glossaire médical comprenant des définitions courtes des terminologies médicales employées dans le questionnaire ;
- Un glossaire vulgarisé, destiné aux patientes, reformulant en termes plus explicites et simples les définitions du glossaire médical, associé à une schématisation de l'appareil génital féminin.

Méthodologie d'élaboration du glossaire médical :

Le glossaire médical ([annexe G](#)) est structuré en trois parties regroupant :

- Les définitions des terminologies rattachées à l'anatomie de l'appareil génital féminin formulées à partir de différentes références bibliographiques comprenant des livres de médecines, des dictionnaires médicaux et des encyclopédies médicales.
- Les définitions des terminologies rattachées aux différentes formes d'interventions et de modifications de l'appareil génital féminin formulées à partir de références

¹⁹ La remise du flyer à la femme était laissée à l'appréciation du ou de la professionnel·le de santé ou de l'enquêtrice.

²⁰ Les nombres de formulaires de consentement dans chaque établissement étaient un peu sur-estimés par rapport aux files actives attendues afin d'éviter qu'un établissement de santé ne manque de formulaires au cours du mois de l'enquête. Au total, dans les trois départements, environ 6 000 formulaires de consentement ont été édités, imprimés, classés et transmis aux établissements enquêtés.

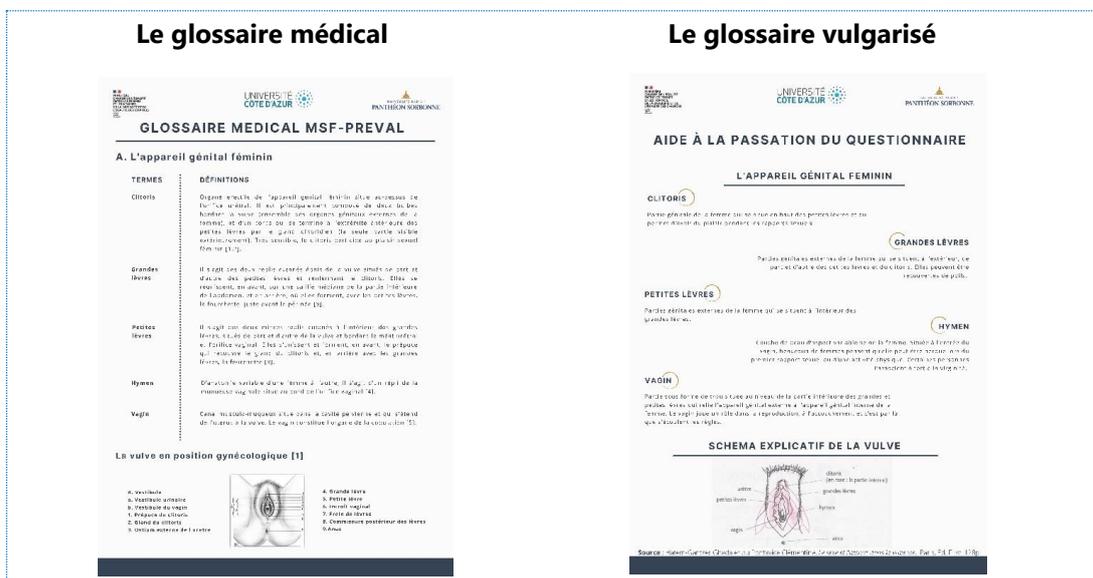
bibliographiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de sites de prestataires de chirurgies intimes/esthétiques de l'appareil génital féminin

- La typologie détaillée des mutilations sexuelles féminines selon la classification de l'OMS associée à des schémas.

Méthodologie d'élaboration du glossaire vulgarisé (annexe H) :

Afin de proposer des reformulations accessibles à la compréhension de notre population cible, nous avons mené des entretiens individuels auprès d'un petit échantillon de femmes (n=3) représentatif de notre population cible (âge, niveau d'étude et origine). Nous avons associé à ces reformulations, un outil de visualisation issu d'un manuel pédagogique sur la sexualité adressé à un grand public²¹.

Encadré 1. Les deux glossaires



- *Les questionnaires version papier*

Des questionnaires version papier ont été prévu dès le départ en anticipant d'éventuels problèmes ponctuels de connexion internet ou dans des établissements de santé où on nous avait préalablement signalé des problèmes de connexion internet (notamment dans plusieurs maternités).

- *Les flyers*

Il nous a semblé important de saisir l'opportunité, avec cette enquête qui prévoyait d'atteindre des échantillons conséquents de femmes dans les trois départements pilotes, pour fournir des informations sur des associations spécialisées sur « les violences faites aux femmes ». Ces flyers étaient composés de deux pages : le recto était commun aux trois départements et renseignait plusieurs numéros d'écoute nationaux ainsi que deux associations nationales sur la question des « mutilations sexuelles féminines » (encadré 2). Le verso se

²¹ Hatem-Gantzer Ghada et du Pontavice Clémentine, *Le sexe et l'amour dans la vraie vie*, Paris, Ed. First, 128p.

déclinait de manière spécifique pour chaque département avec des contacts vers des associations locales (exemple avec celui des Alpes-Maritimes dans l'encadré 2).

Encadré 2. Le flyer remis aux femmes enquêtées¹

Recto commun aux trois départements	Verso spécifique à chaque département
   <p>NUMEROS D'ÉCOUTE</p> <p>Le 3919 Violence Femmes Info constitue le numéro national de référence pour les femmes victimes de violences (conjugales, sexuelles, psychologiques, mariages forcés, mutilations sexuelles, harcèlement...).</p> <p>119 allo enfance en danger: numéro national dédié à la prévention et à la protection des enfants et adolescents en danger ou en risque de l'être.</p> <p>08 00 08 11 11: numéro vert national de l'association le planning familial permettant à toute personne qui appelle d'être écoutée, informée et orientée en fonction de ses besoins en matière de sexualités, de violences, contraception, avortement, dépistages IST- sida et orientation sexuelle.</p> <p>ASSOCIATIONS NATIONALES SUR LES MSF</p> <p>Fédération nationale GAMS Tél: 01 43 48 10 87 Adresse mail: contact@federationgams.org Site internet: https://federationgams.org/</p> <p>Excision, parlons-en! Site internet: http://www.excisionparlonsen.org/</p>	   <p>ASSOCIATIONS ET SERVICES PUBLICS ALPES-MARITIMES</p> <p>Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF) - Alpes Maritimes - 2, rue Guiglia 06000 Nice Tél. 04 93 71 55 69 Site internet: alpesmaritimes.cidff.info</p> <p>Centre d'accueil de jour : L'Abri Côtier, service du Centre Communal d'Action Sociale de Nice Afin de préserver la sécurité du lieu, l'adresse n'est pas communiquée au public. Tél. 04 97 13 39 46</p> <p>Parenthèse, service de la Communauté d'Agglomération Sophia Antipolis «Les Allées Grenadines», Bât A 690, route de Grasse 06000 Antibes. Tél. 04 92 19 75 61</p> <p>Parcours De Femmes 2 avenue du Centre, Zone Industriel de La Bocca 06150 Cannes La Bocca Tél. 04 93 48 03 56</p> <p>Le Planning Familial 06 25, rue d'Italie, 06000 NICE Tél. 04 92 09 17 26</p> <p>https://www.urmis.fr/projet-msf-preval/</p>

¹ : Exemple avec les Alpes-Maritimes

- Impression et dépôt du matériel dans les centres

Tous les documents nécessaires à la passation de l'enquête - formulaires de consentement, glossaires, questionnaires papier et flyers – ont été imprimés et classés par centre puis déposés dans tous les établissements de santé participant à l'enquête. Dans les établissements de santé où une enquêtrice était affectée, tous ces documents étaient remis en main propre à chacune avant le démarrage de l'enquête avec une formation au protocole.

En Seine-Saint-Denis et dans le Rhône, l'ensemble des tâches dédiées à la préparation du terrain a été assurée par la coordinatrice du terrain dans ces deux départements, Fatoumata Sylla, assistée d'une ingénieure d'étude, Houda Nabbouche, recrutée à mi-temps à partir de la mi-septembre 2021 ; dans les Alpes-Maritimes, ces tâches ont été assurées par la coordinatrice du projet et du terrain, Marie Lesclingand, assistée de deux stagiaires Anabell Alfonzo Gamez et Béatrix Robinson, recrutées entre fin septembre et début novembre (un jour par semaine).

b. La formation des professionnel·les de santé dans les centres enquêtés

Le protocole nécessitait une formation des professionnel·les de santé pour présenter le protocole d'enquête et la passation des questionnaires. Cette étape a été réalisée selon plusieurs modalités complémentaires : des rencontres préalables avec les responsables et/ou

une partie des professionnel·les chargé·es de la passation des questionnaires en visio et/ou en présentiel. Des vidéos explicatives ont également été mises en ligne.

Dans tous les centres enquêtés, des réunions préalables ont eu lieu, initialement pour présenter le contexte et les objectifs du projet et recueillir l'accord du centre pour la participation à l'enquête ; puis dans un deuxième temps pour présenter plus en détail le protocole de l'enquête (recueil du consentement, signature des formulaires de consentement et archivage, choix du moment où le questionnaire était proposé à la patiente) ainsi que le contenu et la forme du questionnaire en ligne.

Ces réunions, organisées majoritairement en distanciel *via* zoom, ont facilité cette phase préparatoire mais elles ne concernaient majoritairement les responsables des structures, qui n'étaient ensuite pas nécessairement celles et ceux qui allaient administrer les questionnaires auprès des patientes. Nous avons donc anticipé la difficulté de pouvoir réunir physiquement ou même à distance l'ensemble des professionnel·les de santé concerné·es et nous avons donc préparé et mis en ligne des vidéos destinées aux professionnel·les de santé des établissements enquêtés (encadré 3).

Encadré 3. Les trois vidéos mises à disposition sur la chaîne UCAPod à destination des professionnel·les de santé*

Vidéo 1 Contexte et objectifs



Vidéo 2. Méthodologie et protocole



Vidéo 3. Le questionnaire



* Pour les trois vidéos, le mot de passe est PREVAL2021

Ces vidéos étaient accessibles sur la chaîne UCAPOD de l'Université Côte d'Azur. Chaque professionnel·le de santé ayant la charge de la passation de questionnaires recevait les liens dans un mail indiquant le contenu de chaque vidéo, sa durée et le mot de passe pour y accéder. Chaque vidéo durait environ 10 minutes, l'ensemble étant d'une durée inférieure à 30 minutes. Nous avons donc cherché à être à la fois le plus précis possible, en explicitant les points clés tout en étant synthétiques afin que les vidéos ne soient pas trop longues (encadré 3). Par ailleurs, il était systématiquement proposé aux professionnel·les de santé de tester le questionnaire en ligne.

c. Les difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées ont été de deux ordres :

- **Le refus ou l'impossibilité de participation d'établissements de santé initialement identifiés.** En Seine-Saint-Denis, sur les deux universités disposant d'un service de médecine préventive, celle de Paris 8 n'a pas pu participer en raison de l'absence d'un médecin référent. Du côté des centres de PMI-CPEF, alors qu'un échantillonnage des centres avait été anticipé dès le mois de juillet avec une mobilisation très forte des responsables au niveau départemental, la mise en œuvre de la préparation du terrain s'est avérée très compliquée :

impossibilité de regrouper l'ensemble des professionnel·les de santé dans des réunions communes, même à distance ; grande dispersion des professionnel·les de santé sur de nombreux centres ; problèmes techniques (accès à internet notamment) dans plusieurs centres qui ne permettaient pas d'envisager sereinement l'enquête dans les conditions initialement envisagées. Dans le Rhône, la prise de contact avec les directions des PMI-CPEF de la métropole ont été très difficiles et longues mais les centres prévus pour participer à l'enquête sont des centres volontaires. En outre, dans ce département, deux maternités n'ont finalement pas donné suite aux premiers échanges et deux services de médecine préventive universitaire (Lyon 2 et Lyon 3) ont refusé de participer à l'enquête. Dans les Alpes-Maritimes, il était initialement prévu de déployer l'enquête dans tous les centres de PMI-CPEF implantés dans les communes-cibles. Or la direction départementale dont dépendent les centres de PMI-CPEF, après avoir consulté l'ensemble des référents, a proposé un échantillon représentatif de l'ensemble des centres et permettant néanmoins de couvrir 60% de la patientèle attendue globale. A ces difficultés spécifiques à plusieurs centres, s'ajoutent également des difficultés contextuelles qui touchent particulièrement le département de la Seine-Saint-Denis dans le contexte de la pandémie, territoire pauvre et sous-doté et avec une sur-sollicitation des professionnel·les de santé pour participer à des études, notamment sur la santé²². Enfin, plusieurs centres de vaccinations internationales des départements de la Seine-Saint-Denis et du Rhône n'ont finalement pas pu être intégrés à l'échantillonnage en raison d'une modification de leurs activités due à la crise sanitaire avec des consultations focalisées sur la vaccination contre la COVID-19 et très peu de consultations voyageur·ses.

- **L'impossibilité, dans un certain nombre d'établissements de santé, de réaliser l'enquête selon le protocole initialement pensé (administration par les professionnel·les de santé).** Cette situation est spécifique à un type d'établissement, les maternités. En effet, dès les premières prises de contacts effectuées en juin, la majorité des personnes référentes des maternités nous ont alertées sur l'impossibilité de demander aux sage-femmes cette tâche supplémentaire alors qu'elles étaient déjà très surchargées, situation qui s'est confirmée à la rentrée du mois de septembre avec une profession en crise²³. La solution alors envisagée était de proposer à des étudiantes sage-femme de s'occuper de la passation des questionnaires sous forme de stages de recueil de données. Ainsi, dans les trois départements, des prises de contacts avec les écoles de sage-femmes ont été faites avec des appels à candidature. Dans les trois départements, dès le mois de septembre, cette solution - celle des étudiantes sage-femmes - s'est avérée impossible à mettre en place, notamment du fait d'une incompatibilité de la période de l'enquête avec les calendriers des étudiantes sage-femmes qui étaient soit déjà en stage, soit en période d'examen. La seule remédiation possible était alors de recourir à des enquêtrices afin de réaliser l'administration des questionnaires dans les maternités où cela était nécessaire. Une demande de financement complémentaire auprès de la DGCS a donc été faite dès la fin du

²² Cette situation a été aggravée par la crise sanitaire. Le département ayant été très impacté par les premières vagues de l'épidémie de Covid, les structures de santé ont été très fortement sollicitées pour participer à des enquêtes.

²³ Pour plus de détails sur la crise que traverse cette profession, cf. un article de Vie-Publique.fr : [Sage-femme : comment revaloriser une profession en crise ?](https://www.vie-publique.fr/actualite/sage-femme-comment-revaloriser-une-profession-en-crise)

mois de septembre et son obtention a permis de recruter 6 enquêtrices pendant 1 mois (2 enquêtrices par département).

6. La réalisation des enquêtes

La réalisation de l'enquête MSF-PRREVAL a été réalisée selon différents calendriers dans les trois départements. Les calendriers des terrains de l'enquête dans ces départements ont été les suivants :

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

Plus précisément, l'enquête a débuté comme prévu initialement dans le département des Alpes-Maritimes et s'est déroulée dans l'ensemble des 14 établissements de santé sur un seul calendrier, du lundi 8 novembre 2021 au vendredi 3 décembre 2021. Grâce au suivi quotidien de la saisie des données en ligne sur LimeSurvey et grâce à l'envoi de courriels hebdomadaires aux professionnel·les de santé, certaines difficultés rencontrées au cours l'enquête ont pu être repérées et rectifiées. Dans les Alpes-Maritimes, il s'agissait principalement d'une faible participation d'un SSU justifié par un problème de mobilisation et de nombreux changements survenus au sein de l'équipe médicale.

Dans le Rhône, nous avons adapté le calendrier initialement prévu à la convenance des établissements de santé souhaitant participer à l'enquête afin d'assurer un maximum de participation. Ainsi, dans ce département, l'enquête s'est déroulée du lundi 15 novembre 2021 au vendredi 24 décembre 2021 selon trois calendriers différents :

- Du lundi 15 novembre au vendredi 10 décembre pour 7 établissements ;
- Du lundi 22 novembre au vendredi 17 décembre pour 3 établissements ;
- Du lundi 29 novembre au vendredi 24 décembre pour 4 établissements.

A travers le suivi quotidien sur LimeSurvey, un repérage de taux de refus anormalement élevés dans certaines maternités du Rhône ont permis de rectifier un problème de méthode de présentation de l'enquête à l'échelle d'une enquêtrice. Par ailleurs, une absence de participation de certains établissements et de certains professionnel·les de santé visibles à travers le suivi quotidien en ligne nous ont permis de prendre contact avec les personnes concernées et de comprendre chaque situation afin de pouvoir redynamiser leur participation en proposant des solutions adaptées.

Dans le département de la Seine-Saint-Denis, l'enquête a également été réalisée selon différents calendriers afin de permettre la participation d'un maximum d'établissements de santé :

- Du lundi 22 novembre 2020 au vendredi 17 décembre 2021 pour 14 établissements ;
- Du jeudi 25 novembre 2021 au mercredi 22 décembre 2021 pour 1 établissement.

Tout comme dans le Rhône, le suivi quotidien de la saisie des données sur LimeSurvey nous a permis d'identifier et de rectifier des taux de refus élevés dans certaines maternités liés à un

Partie II. La préparation de la collecte des données

problème de méthode d'administration des questionnaires par une enquêtrice. Par ailleurs, à travers ce suivi ainsi qu'à travers l'échange hebdomadaire de courriels avec les professionnel·les de santé, nous avons pu identifier plusieurs PMI qui rencontraient des difficultés structurelles liées au département, notamment un manque de personnel médical qui a parfois été un frein à la réalisation de l'enquête.

III. Le bilan de la collecte des données

1. Les chiffres-clés de l'enquête

La collecte des données de l'enquête MSF-PREVAL s'est déroulée au cours de 7 semaines du 8 novembre au 24 décembre 2021 à l'échelle des trois départements pilotes, au sein de 41 établissements de santé. Au total, 47 professionnel·les de santé et 11 enquêtrices ont participé à la collecte des données.

Les objectifs en termes de tailles d'échantillons espérées ont été atteints dans le Rhône et les Alpes-Maritimes où le nombre de 1 000 femmes a été dépassé. En Seine-Saint-Denis, la taille de l'échantillon est légèrement en dessous des deux autres départements avec un total de 942 femmes sollicitées. A l'échelle des trois départements, la majorité (70%) de notre échantillon se concentre dans les maternités (tableau 7).

Dans l'ensemble des établissements de santé ayant participé à la collecte des données, il était initialement envisagé d'enquêter systématiquement toutes les femmes adultes fréquentant ces établissements pendant la période de l'enquête. En se référant aux données fournies par les établissements de santé indiquant le nombre de femmes ayant fréquenté ces établissements pendant la période de l'enquête, 72% de la patientèle adulte attendue a été sollicitée à l'échelle des trois départements avec un taux de couverture globalement plus élevé dans les maternités et plus faible dans d'autres types d'établissement tels que les SSU, CVI et CeGIDD/CDPS/CASO. Le département des Alpes-Maritimes présente le taux de couverture le plus élevé (79%), suivi du Rhône (74%) puis de la Seine-Saint-Denis (63%) (tableau 7).

Tableau 7. Taux de couverture de l'enquête dans les trois départements pilotes, selon le type d'établissement

Département	Nombre d'usagères ¹	Nombre de femmes sollicitées ²	Taux de couverture (en pourcentages)
Seine-Saint-Denis			
Maternités	768	709	92
PMI-CPEF	99	57	58
Autres	623	176	28
Ensemble	1 490	942	63
Rhône			
Maternités	812	768	95
PMI-CPEF	266	162	61
Autres	510	241	47
Ensemble	1 588	1 171	74
Alpes-Maritimes			
Maternités	768	709	92
PMI-CPEF	293	237	81
Autres	216	61	28
Ensemble	1 277	1 007	79

¹ Il s'agit du nombre de patientes ayant fréquenté l'établissement de santé pendant la période de l'enquête (données fournies par les établissements de santé après la collecte).

² Il s'agit du nombre de femmes auxquelles le questionnaire a été proposé dans l'établissement de santé.

Source : Enquête MSF-PREVAL, 2021

Dans l'ensemble des établissements de santé des trois départements pilotes ayant participé à la collecte des données, 3 120 femmes ont été sollicitées dont 2 507 ont accepté de répondre au questionnaire (taux de réponse = 80%) et 613 ont refusé (taux de refus = 20%). Le département des Alpes-Maritimes présente le taux de réponse le plus élevé (85%), suivi de la Seine-Saint-Denis (79%), puis du Rhône (77%) (tableau 8).

Tableau 8. Taux de réponse et taux de refus dans les trois départements pilotes

Département	Effectif	Pourcentage
Seine-Saint-Denis		
Femmes qui ont accepté de répondre au questionnaire	748	79
Femmes qui ont refusé de répondre au questionnaire	194	21
<i>Femmes sollicitées pour répondre au questionnaire</i>	<i>942</i>	<i>100</i>
Rhône		
Femmes qui ont accepté de répondre au questionnaire	905	77
Femmes qui ont refusé de répondre au questionnaire	266	23
<i>Femmes sollicitées pour répondre au questionnaire</i>	<i>1 171</i>	<i>100</i>
Alpes-Maritimes		
Femmes qui ont accepté de répondre au questionnaire	854	85
Femmes qui ont refusé de répondre au questionnaire	153	15
<i>Femmes sollicitées pour répondre au questionnaire</i>	<i>1 007</i>	<i>100</i>
Ensemble des trois départements		
Femmes qui ont accepté de répondre au questionnaire	2 507	80
Femmes qui ont refusé de répondre au questionnaire	613	20
<i>Femmes sollicitées pour répondre au questionnaire</i>	<i>3 120</i>	<i>100</i>

Source : Enquête MSF-PREVAL, 2021

2. Les bilans départementaux

a. La Seine-Saint-Denis

Dans le département de la Seine-Saint-Denis 942 femmes ont été sollicitées parmi lesquelles 748 femmes ont accepté de répondre au questionnaire (taux de réponse = 79%) et 194 ont refusé de répondre (taux de refus = 21%) (tableau 9).

Tableau 9. Taux de réponse et taux de refus selon le type d'établissement en Seine-Saint-Denis

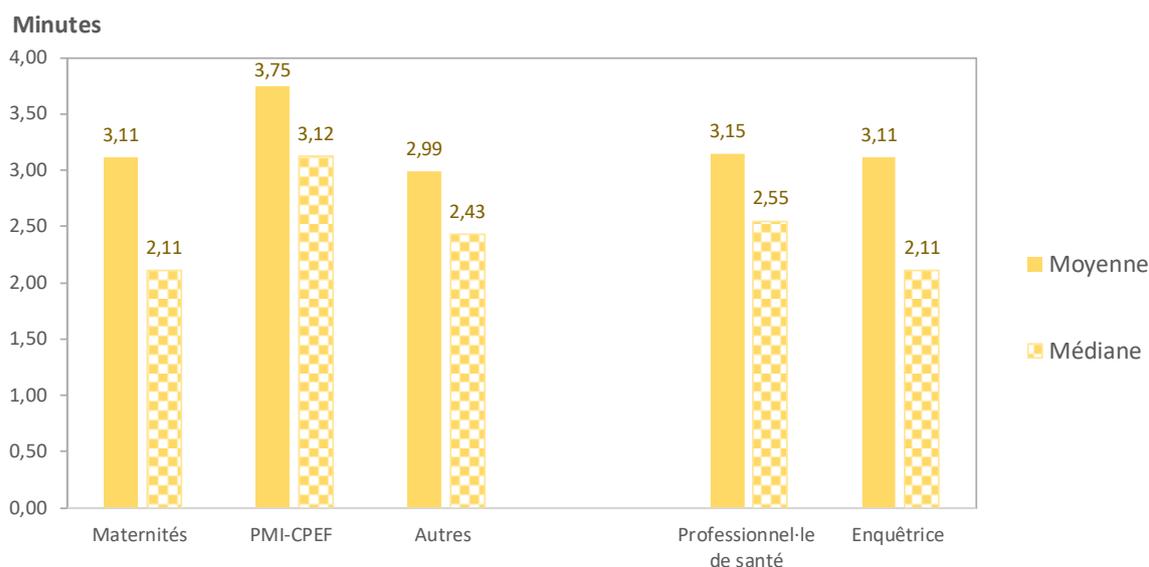
	A accepté de répondre au questionnaire		
	Oui	Non	Total
Type d'établissement			
Maternités	77,9	22,1	100,0
PMI-CPEF	71,9	28,1	100,0
Autres	88,1	11,9	100,0
<i>p-value = 0,004*** (test du χ^2)</i>			
Statut de l'enquêtrice ou de l'enquêteur			
Professionnel·le de santé	84,1	15,9	100,0
Enquêtrice	77,9	22,1	100,0
<i>p-value = 0,05* (test du χ^2)</i>			
Ensemble	79,4	20,6	100,0
<i>Effectifs</i>	<i>748</i>	<i>194</i>	<i>942</i>

Source : Enquête MSF-PREVAL, 2021, département de la Seine-Saint-Denis

On observe des différences significatives des taux de réponse selon le type d'établissement et selon le statut de l'enquêteur. Les types d'établissements tels que les CVI, SSU et CeGIDD ont enregistré les taux de réponse les plus élevés (88%) suivi des maternités (78%) et des PMI-CPEF (72%). Le taux de réponse était également plus élevé auprès des professionnel·les de santé (84%) que des enquêtrices (78%) (tableau 9). Ces résultats sont conformes aux taux de réponse selon le type d'établissement puisque les enquêtrices étaient mobilisées uniquement au sein des maternités.

La durée moyenne de la passation des questionnaires auprès des femmes ayant accepté de répondre au questionnaire en Seine-Saint-Denis était supérieure aux deux autres départements avec une moyenne de 3 minutes et 7 secondes et une médiane de 2 minutes et 17 secondes. Cette durée était en moyenne plus courte dans les établissements de type SSU, CVI et CeGIDD/CDPS/CASO (moins de 3 minutes) et presque équivalente selon le statut de la personne ayant administré le questionnaire (figure 1).

Figure 1. Durées moyennes et médianes de passation du questionnaire selon le type d'établissement et le statut de la personne ayant administré le questionnaire dans la Seine-Saint-Denis



Source : Enquête MSF-PREVAL, 2021, département de la Seine-Saint-Denis

Parmi les femmes ayant refusé de répondre au questionnaire (21%), les motifs de refus invoqués étaient principalement un problème de langue (38%), un manque d'intérêt (12%), un état malade (12%) et un manque de temps (9%). L'ordre des principaux motifs de refus diffère selon le type d'établissement et selon le statut de la personne ayant administré le questionnaire. Parmi les motifs de refus, on retrouve principalement à l'échelle des maternités et des enquêtrices mobilisées un problème de langue (45%), un état malade (14%) et des femmes n'ayant pas spécifié de motif (13%). A l'échelle des PMI-CPEF, les principaux motifs de refus invoqués étaient la présence d'accompagnateur·rices (enfant·s, conjoint, parent·s, ...) (25%), l'inconfort vis-à-vis du sujet (19%), le manque de temps (19%) et le problème de langue (13%). Dans d'autres types d'établissements, il s'agissait principalement d'un manque de temps (48%) et d'un manque d'intérêt (19%). Par ailleurs, auprès des professionnel·les de santé, les

femmes sollicitées ont principalement refusé de répondre au questionnaire par manque de temps (35%), sans spécifier de motif (16%), par gêne vis-à-vis du sujet (14%) et par manque d'intérêt (14%).

b. Le Rhône

Dans le département du Rhône, parmi les 1171 femmes sollicitées, 905 ont accepté de répondre au questionnaire (taux de réponse = 77%) et 266 ont refusé (taux de refus = 23%) (tableau 10).

Comme le département de la Seine-Saint-Denis, on observe des différences significatives des taux de réponse selon le type d'établissement et selon le statut de l'enquêteur. En effet, les établissements tels que les CVI et SSU ont enregistré les taux de réponse les plus élevés (99%) suivi des PMI-CPEF (90%) et des maternités (68%). Par ailleurs, le taux de réponse était plus élevé auprès des professionnel·les de santé (95%) que des enquêtrices mobilisées dans les maternités (68%) (tableau 10).

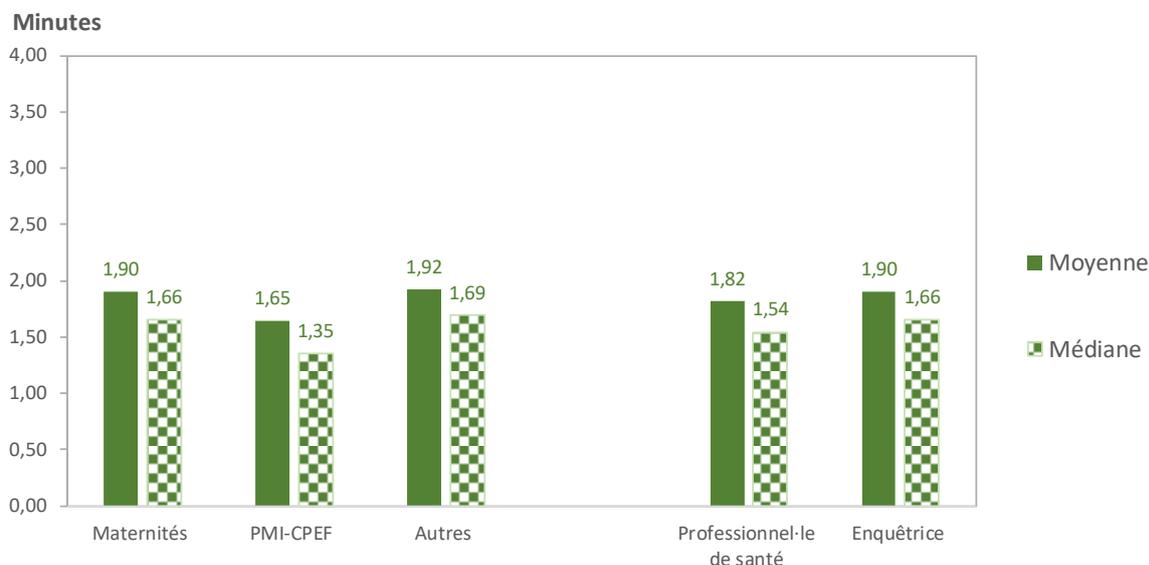
Tableau 10. Taux de réponse et taux de refus selon le type d'établissement dans le Rhône

		A accepté de répondre au questionnaire		
		Oui	Non	Total
Type d'établissement				
	Maternités	67,7	32,3	100,0
	PMI-CPEF	90,1	9,9	100,0
	Autres	99,2	0,8	100,0
<i>p-value < 0,001 ***(test du Khi²)</i>				
Statut de l'enquêtrice ou de l'enquêteur				
	Professionnel·le de santé	95,5	4,5	100,0
	Enquêtrice	67,7	32,3	100,0
<i>p-value < 0.001 ***(test du Khi²)</i>				
Ensemble		77,2	22,7	100,0
<i>Effectifs</i>		905	266	1171

Source : Enquête MSF-PREVAL, 2021, département du Rhône

Parmi les femmes ayant accepté de répondre au questionnaire, la durée moyenne de passation du questionnaire était de 1 minute et 52 secondes, la plus courte des trois départements, avec une médiane de 1 minute et 36 secondes. La durée moyenne la plus courte était dans les PMI-CPEF (1 minute et 39 secondes), suivi des maternités et des autres établissements. Par ailleurs, la durée moyenne de passation du questionnaire était légèrement plus courte auprès des des professionnel·les de santé (1 minute et 49 secondes) (figure 2).

Figure 2. Durées moyennes et médianes de passation du questionnaire selon le type d'établissement et le statut de la personne ayant administré le questionnaire dans le Rhône



Source : Enquête MSF-PREVAL, 2021, département du Rhône

Parmi les femmes ayant refusé de répondre au questionnaire (23%), les principaux motifs de refus invoqués étaient un problème de langue (19%), un manque de temps (18%), la présence d'accompagnateur-trices (11%) et 28% des femmes qui ont refusé de répondre au questionnaire n'ont pas invoqué de motif particulier. Similairement au département de la Seine-Saint-Denis, l'ordre des principaux motifs de refus diffère selon le type d'établissement et selon le statut des enquêteurs. En effet, au sein des maternités, les femmes n'ayant pas spécifié de motif y étaient prévalentes (27%), suivi des femmes ayant déclaré manquer de temps (19%), un problème de langue (18%) et la présence d'accompagnateur-trices (11%). Au sein des établissements de type PMI-CPEF, les motifs de refus principaux étaient le problème de langue (38%), les femmes n'ayant pas spécifié de motif (25%) et le manque de temps (13%). A l'échelle des autres types d'établissements, parmi les motifs de refus invoqués, on retrouvait exclusivement des femmes n'ayant pas spécifié de motif. Comme expliqué précédemment, on observe une conformité entre les motifs de refus selon le type d'établissement et selon le statut de l'enquêteur puisque les motifs de refus recueillis à l'échelle des maternités sont les mêmes que ceux recueillis auprès des enquêtrices qui y étaient mobilisées. Les principaux motifs de refus invoqués auprès des professionnel-les de santé concernaient des femmes n'ayant pas spécifié de motif (33%), un problème de langue (33%) et un manque de temps (11%).

c. Les Alpes-Maritimes

Dans le département des Alpes-Maritimes, 1 007 femmes ont été sollicitées dont 854 ont accepté de répondre au questionnaire (taux de réponse = 85%) et 153 ont refusé (taux de refus = 15%) (tableau 11).

A l'échelle de ce département qui présente le taux de réponse le plus élevé (85%), à la différence des deux autres départements, aucune différence significative n'est observée

concernant le pourcentage de femmes ayant accepté de répondre au questionnaire selon le type d'établissement ou selon le statut de la personne ayant administré le questionnaire (tableau 11).

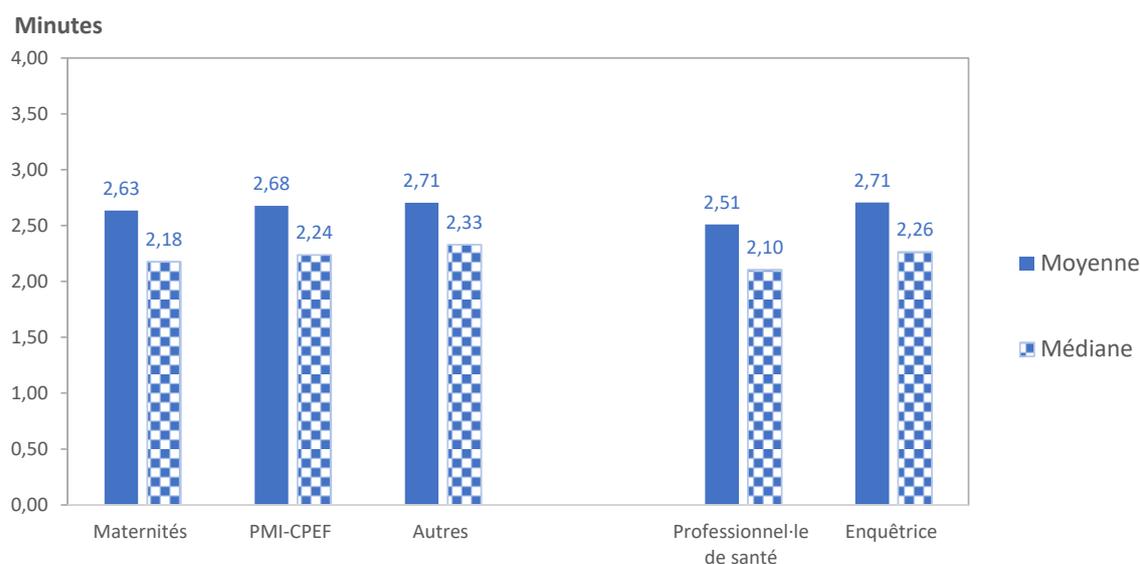
Tableau 11. Taux de réponse et taux de refus selon le type d'établissement dans les Alpes-Maritimes

		A accepté de répondre au questionnaire		
		Oui	Non	Total
Type d'établissement				
	Maternités	83,6	16,4	100,0
	PMI-CPEF	86,5	13,5	100,0
	Autres	91,8	8,2	100,0
<i>p-value = 0,2^{ns}(test du Khi²)</i>				
Statut de la personne ayant administré le questionnaire				
	Professionnel-le de santé	86,2	13,8	100,0
	Enquêtrice	84,3	15,7	100,0
<i>p-value = 0,4^{ns}(test du Khi²)</i>				
	Ensemble	84,8	15,2	100,0
	<i>Effectifs</i>	<i>854</i>	<i>153</i>	<i>1007</i>

Source : Enquête MSF-PREVAL, 2021, département des Alpes-Maritimes

Parmi les femmes ayant accepté de répondre au questionnaire, la durée moyenne de passation du questionnaire était de 2 minutes et 39 secondes avec une médiane de 2 minutes et 11 secondes. Quelques fractions de secondes différaient selon le type d'établissement de santé et selon la personne ayant administré le questionnaire avec une durée de passation légèrement plus courte dans les maternités (2 minutes et 38 secondes) et auprès des professionnel-les de santé (2 minutes et 31 secondes) (figure 3).

Figure 3. Durées moyennes et médianes de passation du questionnaire selon le type d'établissement et le statut de la personne ayant administré le questionnaire dans les Alpes-Maritimes



Source : Enquête MSF-PREVAL, département des Alpes-Maritimes

Parmi les femmes ayant refusé de répondre au questionnaire (15%), les principaux motifs de refus étaient : un problème de langue (20%), un manque d'intérêt pour l'enquête (18%) et un manque de temps (16%). Dans ce département, on observe que l'ordre des principaux motifs de refus diffère également selon le type d'établissement et selon le statut des enquêteurs. En effet, à l'échelle des maternités, le motif de refus principal était le manque d'intérêt pour l'enquête (18%), suivi d'un problème de langue (17%), d'un manque de temps (15%), d'un état de fatigue des femmes sollicitées (11%) et de la présence d'accompagnateur-ices (10%). Au sein des établissements de type PMI-CPEF, les motifs de refus les plus recueillis étaient un problème de langue (31%), une gêne vis-à-vis du sujet (22%) et un manque d'intérêt pour l'enquête (19%). Dans les CVI, CeGIDD et SSU, le manque de temps apparaît en tête (80%), suivi du problème de langue (20%). Les principaux motifs de refus invoqués auprès des professionnel·les de santé étaient similaires à ceux des PMI-CPEF avec des pourcentages respectifs de 37%, 20% et 15%. A l'échelle des enquêtrices, il s'agissait principalement d'un manque d'intérêt (19%), d'un manque de temps (17%), d'un problème de langue (14%) et de la présence d'accompagnateur-trices (11%).

IV. Principales caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées

Toute enquête par questionnaire réalisée à partir d'un échantillon de population comporte des biais qu'il est à la fois nécessaire de mettre en évidence pour éventuellement les corriger mais aussi pour les prendre en compte dans l'interprétation des résultats. Avant de redresser l'échantillon brut, il convient également de vérifier et de corriger d'éventuelles incohérences.

1. De l'échantillon brut à l'échantillon redressé

a. Corrections

La population visée était la population des 18-49 ans. Si un filtre avait été mis en place pour ne pas prendre en compte les questionnaires des femmes mineures (avec un âge déclaré strictement inférieur à 18), nous n'avions pas indiqué un filtre maximal. Or, dans certains établissements de santé et tout particulièrement les Centres de Vaccination Internationale, des patientes âgées de plus de 50 ans ont répondu au questionnaire : 25 en Seine-Saint-Denis, 13 dans le Rhône et 11 dans les Alpes-Maritimes. Les réponses de ces femmes n'ont donc pas été prises en compte et les tailles des échantillons des femmes enquêtées âgées de 18-49 ans sont donc respectivement de 723 en Seine-Saint-Denis, 892 dans le Rhône et 843 dans les Alpes-Maritimes (tableau 12).

Tableau 12. Tailles des échantillons des femmes enquêtées de 18-49 ans

Département	Nombre de femmes adultes enquêtées	Nombre de femmes enquêtées de plus de 50 ans	Nombre de femmes de 18-49 ans
Seine-Saint-Denis	748	25	723
Rhône	905	13	892
Alpes-Maritimes	854	11	843

Source : Enquête MSF-PREVAL, 2021

Par ailleurs, nous avons relevé quelques incohérences dans les déclarations des femmes de différentes natures : certaines femmes avaient déclaré être excisées alors qu'elles n'étaient pas originaires d'un des pays à risque préalablement identifiés et définis²⁴ ; des femmes ayant déclaré toutes les formes de modifications génitales féminines ; des femmes ayant déclaré une reconstruction clitoridienne mais pas d'excision. Le principe général retenu pour traiter ces incohérences a été de respecter de manière primordiale la déclaration des femmes enquêtées et/ou d'indiquer une absence de réponse (modalité « ne sait pas »). Ces incohérences concernent finalement très peu de femmes dans chaque échantillon (tableau 12). Une dernière incohérence n'a été relevée qu'en Seine-Saint-Denis : il s'agit de 23 femmes ayant déclaré avoir été excisées et avoir eu recours à une labioplastie. Parmi ces 23 femmes, la moitié ont été enquêtées par la même enquêtrice et il peut donc s'agir d'un « effet enquêteur » mais cela

²⁴ Nous avons défini les pays à risque comme des pays où la pratique de l'excision est statistiquement documentée (30 pays dans le monde).

peut aussi être lié à la proximité anatomique à laquelle ces deux interventions renvoient puisqu'il s'agit dans les deux cas d'une « réduction » de différentes parties vulvaires (petites et/ou grandes lèvres et/ou capuchon clitoridien).

Tableau 13. Les incohérences relevées et leur traitement

Nature de l'incohérence	Traitement	Nombre de femmes concernées par département
Femmes ayant déclaré être excisées et non originaires d'un pays à risque	Pas de modification.	Seine-Saint-Denis (4) Rhône (2) Alpes-Maritimes (3)
Femmes ayant déclaré avoir subi toutes les formes de modifications génitales féminines	Modification : de la modalité « Oui » à la modalité « Non réponse/Ne sait pas »	Rhône (3) Alpes-Maritimes (2)
Femmes ayant déclaré avoir eu recours à une reconstruction clitoridienne mais pas ne pas avoir été excisée	Modification : de la modalité « Non » à la modalité « Oui » pour la question sur l'excision	Seine-Saint-Denis (1)
Femmes ayant déclaré une excision et une labioplastie	Modification de la modalité « Oui » pour les labioplastie en « Non réponse / Ne sait pas »	Seine-Saint-Denis (23)

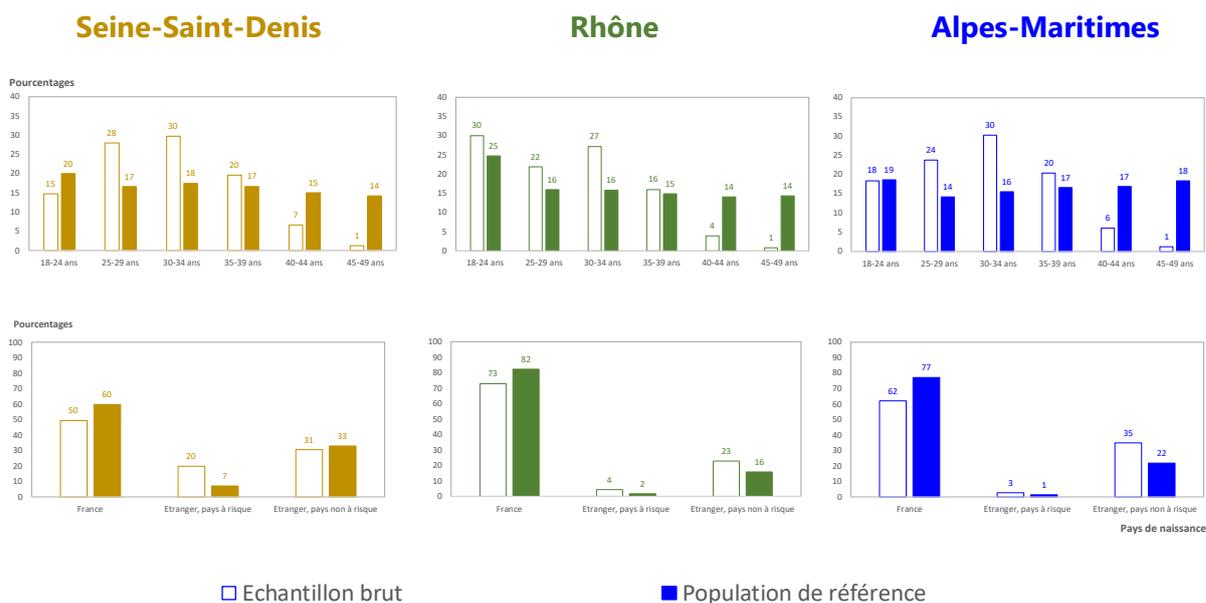
b. Les biais d'échantillonnage

Pour mettre en évidence les biais d'échantillonnage, il faut disposer de la répartition de la population de référence selon des variables socio-démographiques disponibles dans le questionnaire. Dans le cadre de l'enquête MSF-PREVAL, la population de référence était la population féminine âgée de 18 à 49 ans. Dans chaque département, nous avons récupéré, auprès de l'Adisp²⁵, les données du recensement de la population nous permettant d'avoir la répartition de la population de référence selon l'âge et le pays de naissance dans les trois départements pilotes.

Dans les trois départements, les mêmes biais sont mis en évidence et sont liés aux méthodes d'échantillonnages. Ainsi, du fait des types d'établissements de santé ciblés (PMI-CPEF, maternités, CegiDD, centres de prévention universitaires), la population enquêtée était plus jeune que celle attendue : dans les trois départements pilotes, on constate une sur-représentation des classes d'âges 25-29 ans et 30-34 ans tandis que les 40-44 ans et les 45-49 ans sont sous-représentées (figure 4). D'autre part, du fait d'échantillonnages ciblés dans des communes où la part relative de la population née dans un pays à risque était plus importante, on constate une déformation des échantillons selon le pays de naissance avec une sur-représentation des femmes nées à l'étranger et une sous-représentation des femmes nées en France (figure 4).

²⁵ Archives de Données Issues de la Statistique Publique

Figure 4. Les biais d'échantillonnage selon l'âge et le pays de naissance dans les trois départements pilotes.



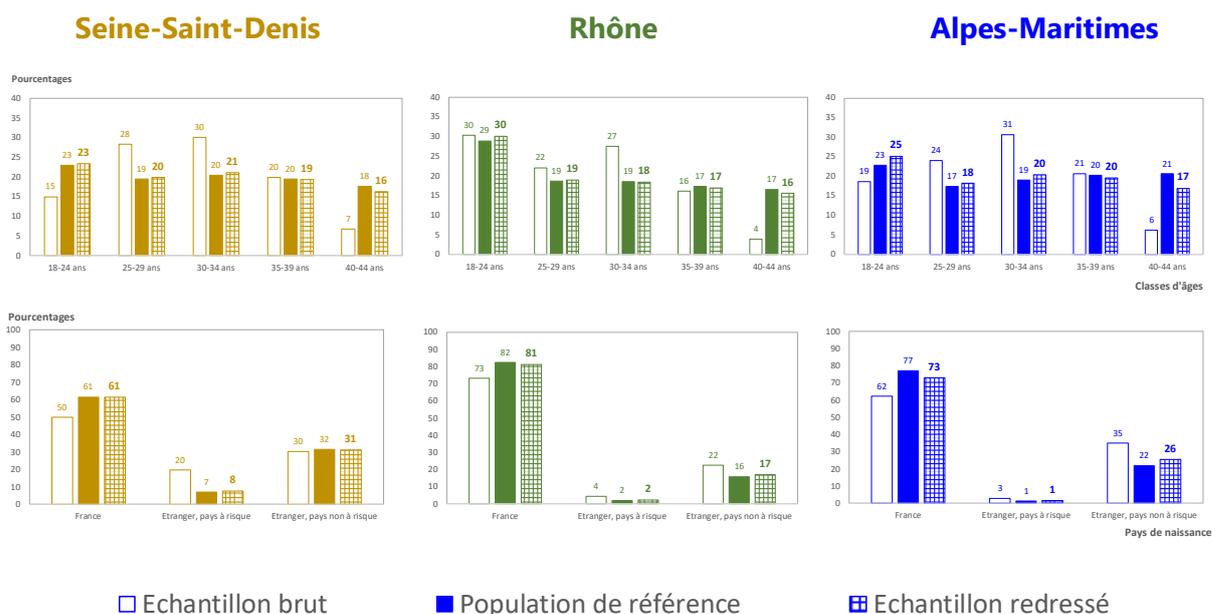
Sources : Enquête MSF-PREVAL, 2021, échantillons bruts 18-49 ans / Données harmonisées des recensements de la population, 2017 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP.

c. Redressement des échantillons

Nous avons initialement prévu de travailler sur les 18-49 ans mais du fait d'effectifs trop faibles de la classe d'âge 45-49 ans²⁶ dans les échantillons bruts, nous avons limité nos échantillons aux 18-44 ans. Ainsi les échantillons redressés ne concernent que les femmes âgées de 18 à 44 ans. Pour corriger nos échantillons, nous avons donc utilisé la méthode de « calage par les marges » à partir des deux variables de contrôles : l'âge en 5 classes et le pays de naissance en 3 catégories (Chanvriil-Ligneel et Le Hay, 2014). Les échantillons redressés présentent ainsi des répartitions selon l'âge et le pays de naissance très proches de celles observées dans la population de référence (figure 5). Toutes les analyses présentées ensuite ont été réalisées à partir de ces échantillons redressés qui ne concernent donc que les femmes âgées de 18 à 44 ans.

²⁶ 9 femmes en Seine-Saint-Denis, 8 femmes dans le Rhône et 10 femmes dans les Alpes-Maritimes sont âgées de 45-49 ans.

Figure 5. Comparaisons des échantillons bruts, théoriques et redressés



Sources : Enquête MSF-PREVAL, 2021, échantillons bruts et redressés (18-44 ans) / Données harmonisées des recensements de la population, 2017 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP.

2. Principales caractéristiques socio-démographiques

A partir des échantillons redressés, nous pouvons établir quelques spécificités propres à chaque département en termes de caractéristiques socio-démographiques des populations enquêtées.

Dans les 3 départements, l'âge moyen s'établit à 30 ans. La part de femmes nées à l'étranger est différente selon les départements : c'est en Seine-Saint-Denis qu'elle est la plus importante avec 39% des femmes de 18-44 ans qui sont nées à l'étranger contre respectivement 19% dans le Rhône et 27% dans les Alpes-Maritimes (tableau 14).

Tableau 14. Spécificités socio-démographiques des populations enquêtées par département

Indicateur	Seine-Saint-Denis	Rhône	Alpes-Maritimes
Age moyen (en années)	30,8	30,2	30,9
Part des femmes nées à l'étranger (%)	38,7	18,9	27,0
Part des femmes nées dans un pays à risque (%)	7,5	2,1	1,5
Part des femmes originaires ¹ d'un pays à risque (%)	24,0	5,3	3,8

¹ On prend en compte les femmes nées en France dont l'un des parents au moins est né dans un pays à risque (secondes générations).

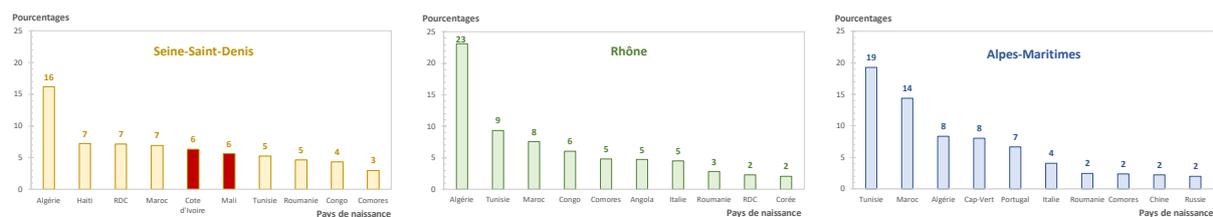
Lecture : en Seine-Saint-Denis, l'âge moyen des femmes enquêtées est de 30,8 ans ; parmi les femmes enquêtées, la part des femmes nées à l'étranger est de 38,7%, celle des femmes nées dans un pays à risque de 7,5% et celle des femmes originaires d'un pays à risque de 24,0%.

Source : Enquête MSF-PREVAL, 2021, échantillons redressés

Champ : femmes enquêtées âgées de 18-44 ans

Par ailleurs, l'origine des femmes nées à l'étranger est spécifique selon les départements. En Seine-Saint-Denis, parmi les 10 principaux pays, à l'exception de Haïti et de la Roumanie, il s'agit essentiellement de pays du continent africain dont deux pays à risque (Mali et Côte d'Ivoire). Dans le Rhône et dans les Alpes-Maritimes, les pays du Maghreb représentent à chaque fois le trio de tête suivi par des pays d'Afrique sub-saharienne pour le Rhône et une plus grande diversité d'origine pour les Alpes-Maritimes (Europe, Chine, Russie) (figure 6).

Figure 6. Les 10 principaux pays de naissance des femmes nées à l'étranger, par département



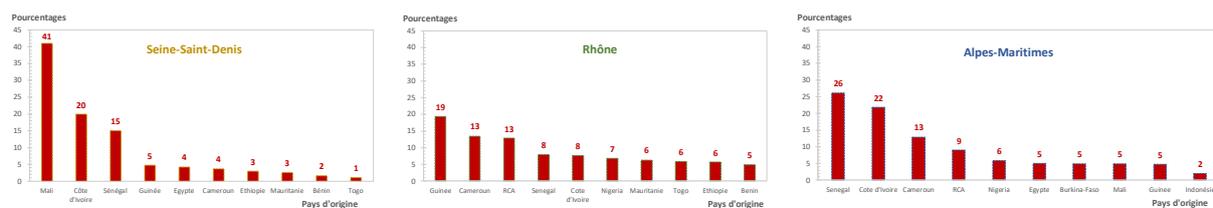
Note : dans les trois départements, environ 7 femmes sur 10 sont nées dans l'un des 10 pays les plus représentés.

Source : Enquête MSF-PREVAL, échantillons redressés 18-44 ans

Champ : femmes enquêtées âgées de 18 à 44 ans

La part des femmes nées dans un pays à risque est très différente selon chaque département : en Seine-Saint-Denis, on compte 7,5 % de la population féminine de 18-44 ans née dans un pays à risque contre seulement 2,1 % dans le Rhône et 1,5 % dans les Alpes-Maritimes (tableau 14). En prenant en compte les deuxièmes générations (femmes nées en France dont l'un des parents au moins est né dans un pays à risque), les différences territoriales sont amplifiées : 24 % des femmes de 18-44 ans en Seine-Saint-Denis sont originaires d'un pays à risque contre 5,3 % dans le Rhône et 3,8 % dans les Alpes-Maritimes (tableau 14).

Figure 7. Les 10 principaux pays d'origine des femmes originaires d'un pays à risque, par département



Note : dans les trois départements, plus de 9 femmes sur 10 originaires d'un pays à risque sont originaires d'un des 10 pays les plus représentés.

Source : Enquête MSF-PREVAL, 2021, échantillons redressés

Champ : femmes enquêtées âgées de 18 à 44 ans et originaires d'un pays à risque

Parmi les femmes originaires d'un pays à risque, les 10 principaux pays sont différents selon les départements (figure 7). En Seine-Saint-Denis, les femmes originaires du Mali représentent près de la moitié (42%) suivies par les femmes originaires de Côte d'Ivoire et du Sénégal et ces trois pays représentent finalement près de 70% de l'ensemble des femmes originaires d'un pays à risque. Dans les deux autres départements, la prédominance d'un ou de plusieurs pays n'est pas aussi importante et on observe une plus grande diversité des origines. Dans le Rhône, les femmes originaires de Guinée sont les plus nombreuses (19%) suivies à égalité par les femmes originaires du Cameroun et de République centrafricaine (13%) puis du Sénégal et de la Côte d'Ivoire (8%). Dans les Alpes-Maritimes, les femmes originaires du Sénégal et de la Côte

Partie IV. Principales caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées

d'Ivoire sont les plus représentées (respectivement 26 et 22%) suivies par les femmes originaires du Cameroun (13%) et de la République centrafricaine (9%) (figure 7).

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

V. Les prévalences et les risques d'excision

1. Prévalences estimées de l'excision

Les données collectées puis corrigées permettent de réaliser des estimations directes de la **prévalence de l'excision** dans les trois départements pilotes (c'est-à-dire **le pourcentage de femmes ayant déclaré une excision parmi l'ensemble des femmes âgées de 18 à 44 ans résidant dans le département**). Chacune des trois valeurs obtenues à partir des données des trois échantillons est comprise entre deux valeurs (minimale et maximale) qui forment un intervalle de confiance comprenant l'ensemble des prévalences possibles dans chaque département (encadré 4).

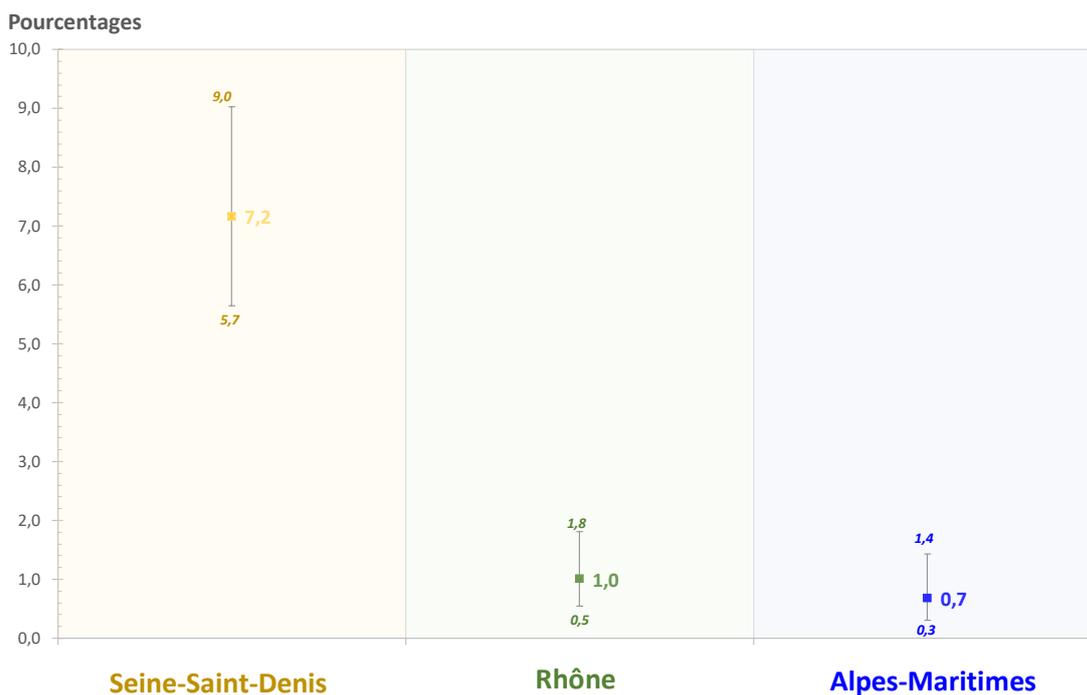
Encadré 4. L'estimation d'une proportion par intervalle de confiance

La plupart des statistiques sont issues de données collectées sur des échantillons de la population de référence et non pas sur l'ensemble de la population de référence. Quand les échantillons ont été construits pour être représentatifs de la population de référence, il est alors possible d'inférer (autrement dit de « généraliser ») les résultats obtenus à partir de l'échantillon à la population de référence. C'est le principe de l'inférence statistique. Le passage de l'échantillon à la population de référence n'est cependant pas complètement certain et présente un niveau de risque que l'on peut fixer à l'avance. Dans les sciences sociales, on utilise généralement trois niveaux de risque (1%, 5% et 10%). Selon le niveau de risque fixé et selon la taille de l'échantillon, on réalise alors des estimations de proportions (exprimées en pourcentages) par intervalle de confiance. Si le pourcentage obtenu à partir des données de l'échantillon fournit une mesure de la pratique étudiée, on ne peut le considérer comme une mesure exacte et il est nécessaire d'encadrer cette valeur par deux nombres, appelées les bornes de l'intervalle de confiance. Deux paramètres entrent alors en concurrence : la précision de l'estimation, autrement dit obtenir un intervalle de confiance le plus petit possible et la confiance que l'on peut accorder à l'estimation ou son complémentaire le risque d'erreur acceptable. Les estimations des prévalences de l'excision réalisées à partir des données des trois échantillons ont privilégié la réduction des intervalles de confiance avec un risque d'erreur fixé à 10%.

Avec un risque d'erreur de 10 %, nous obtenons les estimations par intervalles de confiances suivantes (figure 8) :

- Autour de 7,2 % (entre 5,7 et 9 %) en Seine-Saint-Denis ;
- Autour de 1,0 % (entre 0,5 et 1,8 %) dans le Rhône ;
- Autour de 0,7 % (entre 0,3 et 1,4 %) dans les Alpes-Maritimes.

Les prévalences estimées dans les trois départements correspondent aux trois niveaux de prévalence attendus (cf. [II.1.a. Choix des départements pilotes](#), tableau 1) : un niveau élevé en Seine-Saint-Denis et supérieur à la moyenne nationale, un niveau moyen dans le Rhône et proche de la moyenne nationale et un niveau faible dans les Alpes-Maritimes, inférieure à la moyenne nationale. Ces prévalences contrastées sont également très conformes aux spécificités socio-démographiques mises en évidence précédemment avec notamment une présence de femmes originaires des pays à risque importante en Seine-Saint-Denis (24%), contrairement aux deux autres départements (5,3% dans le Rhône et 3,8% dans les Alpes-Maritimes) (tableau 14).

Figure 8. Prévalences estimées de l'excision¹

¹ Estimation par intervalle de confiance au risque d'erreur de 10% (méthode de Wilson avec correction de continuité)

Source : Enquête MSF-PREVAL, 2021, échantillons redressés

2. Les populations à risque d'excision

Si les prévalences estimées donnent une mesure du niveau de la pratique dans l'ensemble de la population féminine de 18-44 ans, il peut aussi être intéressant de circonscrire l'analyse aux populations féminines à risques d'excision, autrement dit originaires d'un pays à risque. Selon les départements, ces populations ont des poids relatifs et des caractéristiques différentes (cf. [IV. 2. Principales caractéristiques socio-démographiques](#)).

En Seine-Saint-Denis, où la population féminine originaire d'un pays à risque représente 24 % de la population féminine totale, 3 femmes sur 10 ont déclaré être excisées, risque le plus élevé comparativement aux deux autres départements où le risque d'excision parmi les femmes originaires d'un pays à risque est de 20 % dans le Rhône et de 19 % dans les Alpes-Maritimes. Le risque est fortement corrélé au pays d'origine et donc au niveau de la pratique observée dans ces pays ([annexe A](#)). Or en Seine-Saint-Denis, près de la moitié des femmes sont originaires du Mali, pays où près de 9 femmes sur 10 sont excisées. Le niveau de risque relativement élevé observé dans le Rhône est également lié au poids relatif important des femmes originaires de Guinée parmi la population à risque, pays où la prévalence est également très élevée (95 %) ([annexe A](#)).

Par ailleurs, dans les trois départements le risque d'excision varie très fortement selon le rang générationnel de migration et selon l'année de naissance. Ainsi, le risque d'excision est beaucoup plus élevé parmi les femmes migrantes (nées dans un pays à risque) que parmi les femmes nées en France (deuxièmes générations) : entre 5 en Seine-Saint-Denis jusqu'à 20 dans les Alpes-Maritimes. En outre, les femmes nées avant 1995 ont des risques plus élevés d'être

excisées que les générations les plus jeunes, ce qui confirme un résultat déjà visible dans l'exploitation de l'enquête *ExH* (Andro et Lesclingand, 2008). Finalement, dans les trois départements, si on restreint notre analyse aux femmes de la seconde génération et nées après 1995, le risque est quasi-nul, ce qui confirme là encore les tendances mises en évidence dès la fin des années 2010 par l'enquête *ExH* avec la disparition des excisions pratiquées parmi les femmes nées en France à partir des années 1990 (Andro *et al.*, 2009) (tableau 15).

Tableau 15. Indicateurs des risques d'excision par département

Indicateurs	Seine-Saint-Denis	Rhône	Alpes-Maritimes
Part des femmes originaires d'un pays à risque (%)	24,0	5,3	3,8
Part des femmes excisées parmi la population à risque (%)	30	20	19
Rapports de risque ¹			
Nées avant 1995 / Nées à partir de 1995 ²	3,2	7,7	12,9
Premières générations / Secondes générations ³	5,1	10,3	19,1
Risque d'excision parmi les femmes nées en France après 1995 (%)	2,2	0,0	0,0

¹ Un rapport de risque rapporte la probabilité d'un événement (ici la probabilité d'être excisée) sur sa probabilité complémentaire (ici la probabilité de ne pas être excisée).

² Lecture : dans le département de la Seine-Saint-Denis, les femmes originaires d'un pays à risque et nées avant 1995 ont 3 fois plus de risque d'être excisées que les femmes originaires d'un pays à risque nées après 1995.

³ Dans le Rhône, les femmes nées dans un pays à risque (premières générations) ont 10 fois plus de risque d'avoir été excisées que les femmes nées en France originaires d'un pays à risque (deuxièmes générations)

Source : Enquête MSF-PREVAL, 2021, échantillons redressés

Champ : femmes enquêtées âgées de 18-44 ans, originaires d'un pays à risque

VI. Forces et faiblesses du dispositif pilote et recommandations

1. Forces et faiblesses

a. Une double approche méthodologique pour évaluer le dispositif

Afin d'évaluer les forces et faiblesses du dispositif pilote dans le but de proposer des pistes de recommandations pour une éventuelle réplique à l'échelle nationale, nous avons procédé par une double approche méthodologique :

- **Une approche quantitative** : un questionnaire en ligne (cf. [annexe I](#)) complètement anonyme a été proposé à l'ensemble des professionnel·les de santé qui ont administré les questionnaires afin de recueillir, de manière systématique, une évaluation du dispositif de l'enquête MSF-PREVAL sur différents aspects : qualité et intérêt de la formation reçue, pertinence du protocole d'enquête et du questionnaire, évaluation des outils d'aide à la passation du questionnaire, éventuelles difficultés rencontrées.

- **Une approche qualitative** : parallèlement à ce questionnaire, nous avons réalisé, dans chaque département, des entretiens (cf. [annexe J](#)) approfondis avec un échantillon de professionnel·les de santé volontaires afin de discuter de ce protocole pilote, de ses forces et faiblesses et des modifications et améliorations envisageables.

Parmi les 55 professionnel·les²⁷ de santé contactés, 44 ont accepté de répondre au questionnaire en ligne d'évaluation du dispositif. Cependant, parmi les 44 répondant·es, 5 n'ont pas complété le questionnaire jusqu'à la fin. Parmi l'échantillon des répondant·es, l'ensemble des départements et des types d'établissements de santé ayant participé à l'enquête MSF-PREVAL sont représentés. Les différentes spécialités médicales des professionnel·les sollicité·es durant l'enquête MSF-PREVAL sont également représentées : des médecins généralistes, sages-femmes, infirmier·ères, gynécologue et une sexologue. La grande majorité des répondant·es étaient des femmes (37 sur 39) et la moyenne d'âge était de 48,8 ans. Parallèlement au questionnaire en ligne d'évaluation, cinq professionnel·les de santé ont accepté de participer à des entretiens téléphoniques afin d'approfondir les éventuelles difficultés rencontrées au cours de l'enquête pilote et discuter des forces et faiblesses du dispositif. Ces professionnel·les de santé regroupaient deux sages-femmes ayant administré les questionnaires dans une PMI des Alpes-Maritimes, une gynécologue ayant recueilli les données dans une PMI de la Seine-Saint-Denis, une infirmière/sexologue dans un CVI en Seine-Saint-Denis et un médecin généraliste dans un SSU du Rhône.

b. Evaluation de la formation

Globalement, les professionnel·les de santé ont déclaré avoir une bonne connaissance des différents types de modifications génitales féminines avant le démarrage de l'enquête MSF-PREVAL, avec un taux plus haut que la moyenne pour les MSF/E. Cependant, un tiers des répondant·es ont déclaré n'avoir aucune connaissance sur la procédure des injections de

²⁷ Le questionnaire en ligne a été envoyé aux professionnel·les de santé ayant participé à la collecte des données de l'enquête MSF-PREVAL ainsi qu'à leurs responsables hiérarchiques.

collagène/acide hyaluronique. Plus de la moitié de professionnel.les de santé ont suivi la formation proposée, principalement par vidéo-tutoriels ou par le biais de collègues ayant eux-mêmes suivi la formation.

Les outils de formation ont été globalement très bien évalués, deux tiers des répondant-es ont attribué une note au-dessus de 8/10. La qualité de ces outils a également été soulignée lors des entretiens téléphoniques. Deux pistes d'amélioration des outils de formation ont été suggérées : plus de temps de formation pour approfondir certains volets du questionnaire et un axe de formation sur la transition entre la consultation et l'administration du questionnaire.

c. Evaluation du protocole

La moitié des professionnel.les ont déclaré avoir administré le questionnaire en fin de consultation. Les deux-tiers des répondant-es n'ont pas rencontré de difficultés à introduire le questionnaire ou recueillir le consentement.

Cependant, pour quelques professionnel.les de santé, il a été difficile de proposer systématiquement l'enquête à chaque consultation. En effet, lors des entretiens téléphoniques, il nous a été expliqué qu'il a parfois été délicat d'articuler la demande de certaines patientes avec la proposition de répondre au questionnaire, particulièrement pour les patientes venant consulter pour un mal-être psychologique. Or, cela a pu représenter un risque de passer à côté de patientes potentiellement concernées par le sujet et par conséquent engendrer un biais.

Par ailleurs, une autre difficulté évoquée et mentionnée précédemment, était la transition entre la consultation et l'introduction le questionnaire, notamment la difficulté d'établir un climat de confiance dans un laps de temps limité de consultation pour aborder un sujet considéré comme « intime ».

Les difficultés rencontrées dans certains établissements étaient principalement le recueil du consentement des patientes à travers leur signature et la gestion de la présence d'accompagnateur-trices qui ont pu engendrer des refus de participation.

d. Evaluation du questionnaire

Trois quarts des répondant-es ont saisi les réponses des femmes enquêtées en ligne sur LimeSurvey. Globalement, aucune difficulté n'a été rencontrée dans cette saisie des données et la place du questionnaire a été considérée comme appropriée dans la pratique médicale. Lors des entretiens téléphoniques, l'outil LimeSurvey a été décrit comme « simple d'utilisation » et comme ayant contribué à faciliter l'administration des questionnaires. Par ailleurs, la grande majorité des professionnel.les de santé ont jugé convenable la durée relativement courte d'administration du questionnaire, qui a été perçue comme un facteur motivant dans le processus d'administration du questionnaire.

Quelques répondant-es ont proposé des suggestions de modifications du questionnaire. Au niveau de la structure du questionnaire, il a été suggéré de modifier l'ordre des volets de questions en mettant le volet socio-démographique au début et de ne pas regrouper toutes les formes de modifications génitales féminines dans une même question. En effet, certain-es auraient préféré voir une question plus approfondie sur les MSF/E, distincte des interventions de chirurgies esthétiques, en incluant une question sur l'antécédent d'excision de la mère d'ego, ainsi qu'une question sur l'envie d'une chirurgie reconstructive ou d'une chirurgie

esthétique. Par ailleurs, il a également été recommandé de rajouter une section de commentaires au questionnaire afin de pouvoir inclure des remarques ou des récits survenant au cours de l'administration du questionnaire.

e. Evaluation des outils d'aide à la passation du questionnaire

Un quart des professionnel·les de santé a eu recours aux outils d'aide à la passation du questionnaire. Le glossaire vulgarisé et le schéma de visualisation ont été utilisés par la moitié des professionnel·les ayant eu recours aux outils.

Aucune difficulté d'utilisation n'a été soulevée. Lors des entretiens, la clarté de ces outils a été appréciée. Par ailleurs, les professionnel·les de santé qui n'étaient initialement pas familiarisé·es au sujet des modifications génitales féminines ont jugé ces outils ainsi que les flyers (comportant une liste d'associations) utiles pour les mettre en confiance tout au long de l'administration des questionnaires.

f. Evaluation globale du dispositif

Trois quarts des professionnel·les de santé ont jugé l'étude intéressante, voire très intéressante. Selon ces professionnel·les de santé, cette étude a été l'occasion de s'intéresser davantage au sujet et a permis d'engager une discussion avec les patientes concernées sur ce sujet souvent peu abordé. Certain·es professionnel·les de santé ont exprimé un intérêt pour l'élargissement de cette étude sur l'ensemble du territoire national incluant les mineures.

A l'échelle de certains établissements de santé, des difficultés pour convaincre et motiver l'ensemble du personnel médical à participer à collecte des données ont été évoquées. Tandis que certains appréhendaient de manquer de temps, d'autres professionnel·les de santé ont expliqué qu'ils ne se sentaient pas suffisamment à l'aise avec le sujet pour l'aborder en consultation. Certain·es professionnel·les de santé pensent qu'il serait préférable que ce soient des enquêtrices qui administrent le questionnaire pour pallier la contrainte du temps évoquée dans certains établissements de santé. Par ailleurs, des problèmes linguistiques ayant causé l'exclusion de femmes ne parlant pas le français et représentant potentiellement biais pour notre étude ont été également mentionnés.

2. Estimation directe ou indirecte ?

Comme nous l'avons explicité dans la première partie de ce rapport (I.1.b. [Des méthodes d'estimations différentes entre les pays](#)), l'enquête MSF-PREVAL est la première enquête réalisée dans un pays de migration à tester une méthode **d'estimation directe**, s'inspirant des enquêtes de prévalence réalisée dans les pays d'origine, tout particulièrement dans les pays à faible prévalence nationale²⁸. En effet, jusqu'à présent, les estimations réalisées en France étaient indirectes et à un niveau territorial national (Andro et Lesclingand, 2007 ; Lesclingand, Andro et Lombart, 2019).

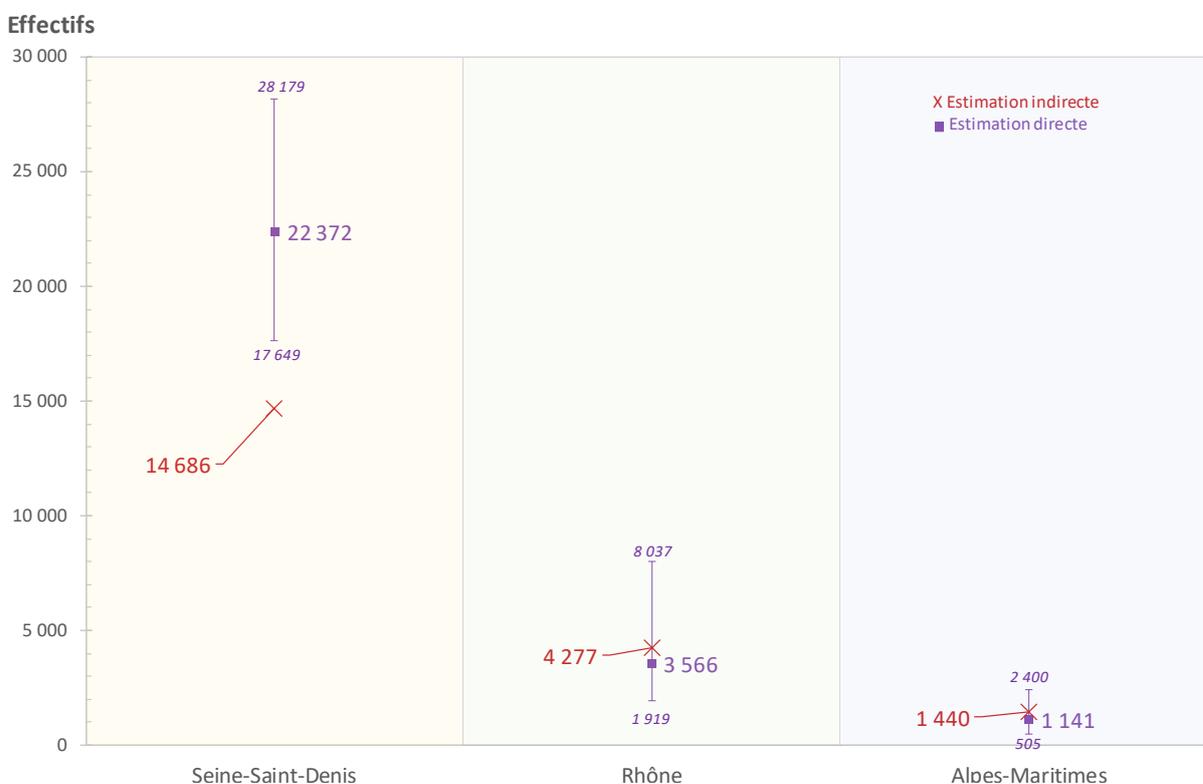
A partir des résultats obtenus dans les trois départements pilotes (cf. [V.1. Prévalences estimées de l'excision](#)), il s'avère alors intéressant et nécessaire de comparer les estimations

²⁸ Comme au Cameroun, au Togo, au Niger, en Ouganda ou encore au Ghana où les prévalences de l'excision sont inférieures à 5 % et où les enquêtes EDS ou MICS sont réalisées en population générale féminine ([annexe A](#)).

directes (*via* le projet MSF-PREVAL) aux dernières estimations indirectes datant de la fin des années 2010 (Lesclingand, Andro et Lombart, 2019).

En actualisant la dernière estimation indirecte et en la déclinant au niveau des départements pilotes²⁹, il y aurait au moins près de 15 000 femmes adultes excisées en Seine-Saint-Denis, environ 4 000 dans le Rhône et autour de 1 500 dans les Alpes-Maritimes (figure 9). En comparant ces estimations indirectes aux estimations directes de l'enquête MSF-PREVAL, on constate que ces estimations indirectes sont très proches de celles de l'enquête MSF-PREVAL dans le Rhône et dans les Alpes-Maritimes puisque les effectifs estimés indirectement sont compris dans les intervalles de confiance (figure 9). En revanche, en Seine-Saint-Denis, l'estimation indirecte n'est pas dans l'intervalle de confiance et est inférieure à l'effectif estimé directement *via* les données MSF-PREVAL.

Figure 9. Estimations directes¹ et estimations indirectes² du nombre de femmes adultes excisées dans les trois départements pilotes



¹ Estimations par intervalle de confiance au risque d'erreur de 10% (méthode de Wilson avec correction de continuité) à partir des résultats de l'enquête MSF-PREVAL 2021

² Actualisation de la dernière estimation réalisée à partir des données de la statistique publique et des données EDS et MICS dans les pays d'origine et déclinée au niveau des départements pilotes.

Plusieurs éléments d'explication peuvent être avancés pour comprendre ce différentiel uniquement observé dans le département de la Seine-Saint-Denis. Les biais méthodologiques

²⁹ Selon la répartition de la population cible sur le territoire français, d'après les données du recensement (cf. II.1.b. [Répartition de la population cible sur le territoire national](#))

inhérents à la méthode d'estimation indirecte (biais de sélection³⁰, prise en compte des prévalences nationales de la pratique dans les pays d'origine) vont être amplifiés quand les effectifs de femmes concernées sont plus conséquents, ce qui est le cas de la Seine-Saint-Denis contrairement aux deux autres départements pilotes. Par ailleurs, les populations qui sont particulièrement précarisées et notamment les femmes migrantes originaires « des pays à risque » sont sans doute moins bien recensées et sont donc sous-estimées dans les données du recensement qui sont utilisées pour réaliser les estimations indirectes.

Ces comparaisons dans les méthodes d'estimation nous conduisent à plusieurs recommandations dont celle d'une approche territoriale et non plus nationale de cette question et d'une approche méthodologique différente selon la présence plus ou moins importante de la population cible (recommandation n°1).

3. Recommandations

Au regard des résultats obtenus, nous sommes en mesure de préconiser cinq recommandations relatives au dispositif pilote mis en place et à son éventuelle réplique au niveau nationale.

Recommandation n°1 : une approche au niveau des territoires. Comme nous avons pu le montrer, les départements sont très inégalement concernés par ces pratiques. L'approche des pratiques d'excision en contexte migratoire doit alors se faire au niveau des territoires et non au niveau national. De ce fait une réplique du dispositif ne s'avère pertinente que dans les territoires les plus concernés et qui sont les huit départements franciliens (cartes 1 et 2). En revanche, pour les autres départements français, une estimation indirecte avec une actualisation des données issues de la statistique publique et des enquêtes démographiques et de santé serait suffisante.

Recommandation n°2 : un dispositif d'enquête pertinent et reproductible. Relativement au dispositif d'enquête qui a été testé et évalué, le format du questionnaire (court et administré *via* LimeSurvey) est tout à fait pertinent car bien intégré à la consultation médicale. Les outils de formation et d'aide à la passation qui ont été réalisés sont réutilisables et le protocole envisagé s'est avéré pertinent mais sa mise en œuvre est à adapter selon le type d'établissement (cf. recommandation n°3).

Recommandation n°3 : un protocole à adapter selon le type d'établissement. Dans l'hypothèse d'une réplique du dispositif dans d'autres départements, la question de l'arbitrage d'une passation des questionnaires par les professionnel·les de santé ou par des enquêtrices doit être posée et discutée dès le début. Dans la première hypothèse (passation par les professionnel·les de santé), le coût financier est certes réduit mais le coût humain (préparation de l'enquête dans les centres, formation, impact pour les établissements concernés) s'avère très lourd, voire parfois contre-productif. On a ainsi pu constater des taux de couverture plus faibles dans les établissements où l'enquête était entièrement menée par les professionnel·les de santé en raison de la difficulté à impliquer l'ensemble des

³⁰ On sait que les niveaux de la pratique dans les pays d'origine varient selon plusieurs facteurs socio-démographiques comme l'origine géographique, le niveau d'instruction des parents, le milieu de résidence ou encore les générations. Or les estimations indirectes ne peuvent pas en compte ces différents facteurs qui font que les populations migrantes, selon les pays d'origine, sont socio-démographiquement, très hétérogènes.

intervenant·es des équipes médicales. Dans la seconde hypothèse (passation par des enquêtrices professionnel·les), le coût financier est beaucoup plus important mais l'impact sur les équipes des centres beaucoup moindre et la préparation (notamment en termes de formation) beaucoup plus simple à mettre en œuvre. Cette question ne peut être tranchée de manière théorique car elle dépend à la fois du type d'établissement et des équipes de professionnel·les de santé : expérience dans la collecte de données, motivation par rapport au sujet, moyens matériels, surcharge de travail.

Recommandation n°4 : des protocoles hybrides avec traduction. Comme cela a déjà été testé dans quelques établissements des Alpes-Maritimes, un système hybride peut être par ailleurs intéressant avec une passation par les professionnel·les de santé quand toutes les conditions de sa réussite sont garanties (établissement volontaire et équipe impliquée) et une passation par des enquêtrices professionnel·les quand ces conditions minimales ne sont pas garanties. Il serait alors aussi pertinent de recruter des enquêtrices interprètes afin de réduire les difficultés liées aux barrières linguistiques car dans les trois départements, le principal motif de refus reste la barrière linguistique.

Recommandation n°5 : augmenter et diversifier les échantillons de femmes enquêtées. Enfin, si ce dispositif devait être répliqué, notamment avec des moyens financiers supplémentaires, il faudrait réaliser des échantillonnages plus importants et plus diversifiés (notamment dans les types d'établissements de santé : en réintroduisant les maisons de santé et les centres mutualistes par exemple) et prévoir un·e coordinatrice de terrain pour chaque département.

Références bibliographiques

ANDRO A., LESCLINGAND M., 2007, « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France », *Populations et Sociétés*, 438, p. 1-4.

ANDRO A., LESCLINGAND M., 2008, « La perpétuation de la pratique de l'excision en contexte migratoire. », *Actes des colloques de l'Aidelf 2008*, p. 613-616.

ANDRO A., LESCLINGAND M., 2016, « Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances », *Population*, 71(2), p. 224-311. doi:10.3917/popu.1602.0224

ANDRO A., LESCLINGAND M., CAMBOIS E., CIRBEAU C., 2009, « Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice », Rapport de recherche pour la DGS, Paris, Ined-Paris 1.

CHANVRIL-LIGNEEL F., LE HAY V., 2014, *Méthodes statistiques pour les sciences sociales*, Paris, Ellipses.

LESCLINGAND M., ANDRO A., LOMBART T., 2019, « Estimation du nombre de femmes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France. », *Bull. Epidémiol. Hebd.*, 21, p. 392-399.

ORTENSI L. E., FARINA P., LEYE E., 2018, « Female genital mutilation/cutting in Italy: an enhanced estimation for first generation migrant women based on 2016 survey data », *BMC Public Health*, 18(1), p. 129. doi:10.1186/s12889-017-5000-6

SIMON P., 2012, « Collecting ethnic statistics in Europe: a review », *Ethnic and Racial Studies*, 35(8), p. 1366-1391. doi:10.1080/01419870.2011.607507

SYLLA F., ANDRO A., 2020, « La lutte contre les mutilations sexuelles féminines en France », *Hommes Migrations*, n° 1331(4), p. 57-65.

UNICEF, 2013, « Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change. »

UNICEF, 2015, « Indonesia. Statistical profile on female genital mutilation/cutting. », Division of Data, Research and Policy., New York, UNICEF.

UNICEF, 2016, « Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern », New York, UNICEF.

UNITED NATIONS, 2015, « International Migration Report 2015 », Population Division (Department of Social and Economic Affairs).

VAN BAELEN L., ORTENSI L., LEYE E., 2016, « Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland », *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(6), p. 474-482. doi:10.1080/13625187.2016.1234597

WHO, 1997, « Les mutilations sexuelles féminines. Déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP »,.

Annexes

Annexe A. Liste des 30 pays à risque et prévalences estimées (%)

Pays	Prévalence (en pourcentage)	Source (type d'enquête, année)
Bénin	9,2	MICS, 2014
Burkina Faso	75,8	DHS, 2010
Cameroun	1,5	DHS, 2004
Centrafricaine, République	21,6	MICS, 2018-19
Côte d'Ivoire	36,7	MICS, 2016
Djibouti	93,2	MICS, 2006
Egypte	92,3	DHS, 2014
Erythrée	88,7	DHS, 2002
Ethiopie	65,2	DHS, 2016
Gambie	74,9	DHS, 2013
Ghana	2,4	MICS, 2017-18
Guinée	94,5	DHS, 2018
Guinée-Bissau	51,1	MICS, 2018-19
Indonésie	51	RISKESDAS, 2013
Irak	7,4	MICS, 2018
Kenya	21	DHS, 2014
Libéria	38,2	DHS, 2019-20
Mali	88,6	DHS, 2015
Mauritanie	66,6	MICS, 2015
Niger	2	DHS, 2012
Nigéria	19,5	DHS, 2018
Ouganda	1,4	DHS, 2011
Sénégal	23,3	DHS, 2018
Sierra Leone	83	DHS, 2019
Somalie	97,9	MICS, 2006
Soudan	86,6	MICS, 2014
Tanzanie	10	DHS, 2015-16
Tchad	38,4	DHS, 2014-15
Togo	3,1	MICS, 2017
Yémen	18,5	DHS, 2013

Sources : Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et enquêtes à Indicateurs Multiples (MICS) les plus récentes.

Annexe B. Calendrier et ordre du jour des comités scientifiques et comités de pilotage



Annexe C. Le questionnaire de l'enquête MSF-PREVAL

QUESTIONNAIRE

CONSENTEMENT À L'ENQUÊTE

CONSENT. Acceptez-vous de répondre à ce questionnaire ?

- Oui
- Non
- A déjà répondu (dans un autre établissement)

REFUS SI CONSENT=NON

REFUS. Pour quel motif refusez-vous de répondre à ce questionnaire ?

- Manque de temps
- Pas d'intérêt
- Problème de langue
- Enquêtée accompagnée (enfant, conjoint, parents)
- Enquêtée malade
- Enquêtée pas à l'aise avec le sujet

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT SI A1=OUI

IDENT. Si votre patiente accepte de répondre à ce questionnaire, merci de bien vouloir lui faire signer un formulaire de consentement et de recopier le code d'identification qui y figure ci-dessous :

VOLET SANTÉ

S. En France ou ailleurs dans le monde, il existe différents types de modifications de parties génitales des femmes. Je vais vous en citer plusieurs : pour chacune, vous me direz si vous-même, vous l'avez eue ou non au cours de votre vie. Si vous pensez avoir subi une ou plusieurs des interventions citées durant votre enfance mais que vous n'en êtes pas certaine, vous pouvez répondre "ne sait pas".

- Reconstruction de l'hymen (hyménoplastie)
- Excision (avec ou sans couture, c'est à dire y compris les infibulations)
- Réduction des petites et/ou des grandes lèvres (nympheplastie ou labioplastie)
- Rétrécissement du vagin (vaginoplastie)
- Reconstruction du clitoris
- Injections de collagène, acide hyaluronique
- Autre intervention, précisez

* Pour chacune des 6 sous-questions sont rattachées les mêmes 4 modalités de réponse présentées ci-dessous :

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne veut pas répondre

S8. Avez-vous déjà eu une épisiotomie (intervention qui consiste à inciser le périnée lors de l'accouchement, pour faciliter la sortie du bébé) ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Non concernée (n'as pas accouché)
- Ne veut pas répondre

VOLET SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

AGE. Quel est votre âge ?

ETUD. Quel est votre niveau d'études ?

- Aucun (jamais scolarisée)
- Primaire (scolarisée jusqu'à 10-11 ans)
- Brevet des collèges (scolarisée jusqu'à 14 -15 ans)
- Baccalauréat (scolarisée jusqu'à 18 -19 ans)
- Supérieur (après le baccalauréat)
- Ne veut pas répondre

DEPREF. Résidez-vous dans le département de référence ?

DEPRESID. Précisez votre département de résidence
Si ne réside pas dans le département de référence

PNAISS. Quel est votre pays de naissance ?

AGEARRIV. À quel âge êtes-vous arrivée en France ?
Si pays de naissance différent de France.

PNAISSME. Quel est le pays de naissance de votre mère ?

PNAISSPE. Quel est le pays de naissance de votre père ?

Ce questionnaire sera administré en ligne via LimeSurvey.

Annexe D. La notice d'information et le formulaire de consentement



Enquête MSF-PREVAL

Notice d'information

Votre établissement de santé a été sélectionné pour participer à une enquête pilote réalisée dans trois départements français : les Alpes-Maritimes, le Rhône et la Seine-Saint-Denis. Cette enquête a pour principal objectif de recueillir des informations relatives à différentes formes de modifications génitales féminines.

Il s'agit d'un questionnaire administré par votre professionnel-le de santé d'une durée de 5 minutes. Vous êtes libre d'y participer ou non. 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 apporter resteront totalement confidentielles.

Les informations recueillies vous concernant vont faire l'objet d'un traitement par Marie Lesclingand, maîtresse de conférences à l'Université Côte d'Azur.

Le/la Délégué/e à la Protection des Données du CNRS peut être contacté/e pour toute question sur la protection des données personnelles.

Ses coordonnées sont les suivantes : CNRS Service protection des données, 2 rue Jean Zay, 54519 Vandoeuvre-lès-Nancy ; mail : dpd.demandes@cnrs.fr.

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées pour la finalité suivante : mesure de la prévalence de différents types de modifications génitales féminines dans trois départements dont le vôtre.

La base légale du traitement est fondé sur l'exécution d'une mission de service public qu'est la recherche.

Vos données à caractère personnel seront conservées jusqu'à la fin du projet (avril 2022).

Vous disposez des droits suivants pour l'utilisation qui est faite de vos données : le droit d'opposition, d'accès, de rectification, d'effacement, le droit à une utilisation restreinte lorsque vos données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles,

Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à :

Marie Lesclingand – Campus Saint-Jean d'Angely – MSHS – URMIS – 24, avenue des Diables Bleus
06357 Nice Cedex 4

Vous pouvez contacter également votre DPD à l'adresse suivante :

CNRS - Service protection des données, 2 rue Jean Zay, 54519 Vandoeuvre-lès-Nancy ; mail : dpd.demandes@cnrs.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation en ligne auprès de la CNIL ou par courrier postal.

Formulaire de consentement

Je soussignée _____ déclare avoir compris l'objectif et l'intérêt de l'étude ; ses modalités ; ma liberté de participer, de poser des questions ou d'accéder à mes données personnelles ; et la confidentialité de toutes les données recueillies (voir notice d'information ci-dessus). J'ai eu la possibilité de l'étudier attentivement. Des réponses ont été apportées à toutes mes questions. J'accepte de participer volontairement à cette enquête par questionnaire.

NUMERO A SAISIR AU DEBUT DU QUESTIONNAIRE : XX-XX

Annexe E. Le certificat d'inscription de l'enquête MSF-PREVAL au registre interne de protection des données du CNRS

Informations issues du registre UMR8245 CRIDUP / 2-21200



CNRS | Service Protection des Données
2, rue Jean Zay | 54519 Vandœuvre
03 83 85 64 26
dpd.demandes@cnrs.fr

La délivrance de ce **certificat** signifie que votre traitement a été porté au registre tenu par la DPD du CNRS et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement.

En tout état de cause, vous êtes tenus de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1 - la définition et le respect de la finalité du traitement.
- 2 - la pertinence des données traitées.
- 3 - la conservation pendant une durée limitée des données.
- 4 - la sécurité et la confidentialité des données.
- 5 - le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de modification et d'opposition.

Pour davantage d'informations, Veuillez consulter le site du [Service de Protection des Données](#).

Gaëlle BUJAN
Déléguée à la Protection des Données du CNRS

Numéro de traitement	2-21200
Date d'enregistrement	24/09/2021
Responsable de traitement	<ul style="list-style-type: none"> • UMR8245 - UNITE DE RECHERCHE MIGRATIONS ET SOCIETE Swanie POTOT - swanie.potot@cnrs.fr case 7027 Bâtiment Olympe de Gouges 75205 PARIS 13 • CRIDUP - CRIDUP Andro - 0188120337 - cridup.direction@univ-paris1.fr 8 Cours des Humanités Campus Condorcet 93300 Aubervilliers
Mise en oeuvre	<ul style="list-style-type: none"> • UMR8245 - UNITE DE RECHERCHE MIGRATIONS ET SOCIETE Marie Lesclingland - Marie.LESCLINGLAND@univ-cotedazur.fr case 7027 Bâtiment Olympe de Gouges 75205 PARIS 13
Finalité et objectif	La finalité est de mesurer la prévalence de plusieurs formes de modifications génitales féminines au sein de la population féminine adulte et plus particulièrement celles des mutilations sexuelles féminines dans trois départements de la France métropolitaine (Seine-Saint-Denis, Rhône et Alpes-Maritimes).

CNRS | SPD | 24/09/2021

Annexe F. Schéma récapitulatif de la procédure d'anonymisation

Enquête MSF-PREVAL

Resp. Scient. : Marie LESCLINGAND (UCA, URMIS)

Schéma descriptif des différentes étapes de la création du formulaire de consentement jusqu'au recueil des réponses au questionnaire.

Etape 1 : création d'un fichier Excel par département et d'un onglet par établissement de santé pré-sélectionné pour la passation du questionnaire. Dans chaque onglet (correspondant à 1 centre), création d'un numéro IDENT composé ainsi : n° du département n° du centre - n° aléatoire (Ex dans le schéma ci-dessous avec la maternité de l'Archet dans les Alpes-Maritimes).

Numéro du centre pré-sélectionné **NUM CENTRE**. A chaque centre sera attribué un numéro. Dans l'exemple, Maternité de l'Archet à Nice a le numéro 1

Numéro du département **DEPT**. Dans l'exemple, Alpes-Maritimes (06)

Numéro individuel **INDIV** attribué *aléatoirement* (entre 1 et 500 (maximum estimé du nombre d'enquêtées dans ce

	A	B	C	D	E	F
1	DEPT	NOM CENTRE	NUM CENTRE	MAX	INDIV	IDENT
2	6	Maternité l'Archet	1	500	70	61-70

Numéro d'identifiant **IDENT** créé

Etape 2 : création (en publipostage) des formulaires de consentement (même document que la notice d'information) par établissement de santé enquêté avec les numéros d'identifiant (IDENT) différents pour chaque formulaire.

En-tête

Enquête-MSF-PREVAL

Notice d'information

Votre établissement de santé a été sélectionné pour participer à une enquête pilote réalisée dans trois départements français: les Alpes-Maritimes, le Rhône et la Seine-Saint-Denis. Cette enquête a pour principal objectif de recueillir des informations relatives à différentes formes de modifications génitales féminines.

Il s'agit d'un questionnaire administré par votre gynécologue de santé d'une durée de 5 minutes. Vous êtes libre d'y participer ou non. 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 apporter resteront totalement confidentielles.

Les informations recueillies vous concernant vont faire l'objet d'un traitement par Marie Lesclingand, maîtresse de conférences à l'Université Côte d'Azur.

Le/la Délégué/e à la Protection des Données du CNRS peut être contacté/e pour toute question sur la protection des données personnelles.

Ses coordonnées sont les suivantes : CNRS Service protection des données, 2 rue Jean Zay, 94519 Val de Reuil cedex 09; mail: dpd.demandes@cnrs.fr

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées pour la finalité suivante : mesure de la prévalence de différents types de modifications génitales féminines dans trois départements dont le vôtre.

La base légale du traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes poursuivis par le responsable de traitement.

Vos données à caractère personnel seront conservées jusqu'à la fin du projet (avril 2022).

Vous disposez des droits suivants pour l'utilisation qui est faite de vos données : le droit d'opposition, d'accès, de rectification, d'effacement, le droit à une utilisation restreinte lorsque vos données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles.

Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à :

Marie Lesclingand - Campus Saint-Jean d'Angely - MSH - URMIS - 24, avenue des Diabes Bleus - 06357 Nice Cedex 4

Vous pouvez contacter également votre DPD à l'adresse suivante :

CNRS - Service protection des données, 2 rue Jean Zay, 94519 Val de Reuil cedex 09; mail: dpd.demandes@cnrs.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation en ligne auprès de la CNIL ou par courrier postal.

Formulaire de consentement

Je, soussignée _____, déclare avoir compris l'objectif et l'intérêt de l'étude; ses modalités; ma liberté de participer, de poser des questions ou d'accéder à mes données personnelles; et la confidentialité de toutes les données recueillies (voir notice d'information ci-dessus). J'ai eu la possibilité de l'étudier attentivement. Des réponses ont été apportées à toutes mes questions. J'accepte de participer volontairement à cette enquête par questionnaire.

Pied de page

NUMERO-A-SAISIR-AU-DEBUT-DU-QUESTIONNAIRE: 61-70

Numéro d'identifiant IDENT reporté sur le formulaire de consentement

Etape 3 : saisie du numéro d'identifiant indiqué sur le formulaire de consentement au début du questionnaire administré par le ou la professionnel-e de santé après avoir recueilli le consentement de la femme (formulaire complété avec nom, prénom et signé). Si la femme ne souhaite pas participer à l'enquête, il lui est simplement demandé de préciser le motif de son refus.

Formulaire de consentement

* Si votre patiente accepte de répondre à ce questionnaire, merci de bien vouloir lui faire signer un formulaire de consentement et de recopier le code d'identification qui y figure ci-dessous :

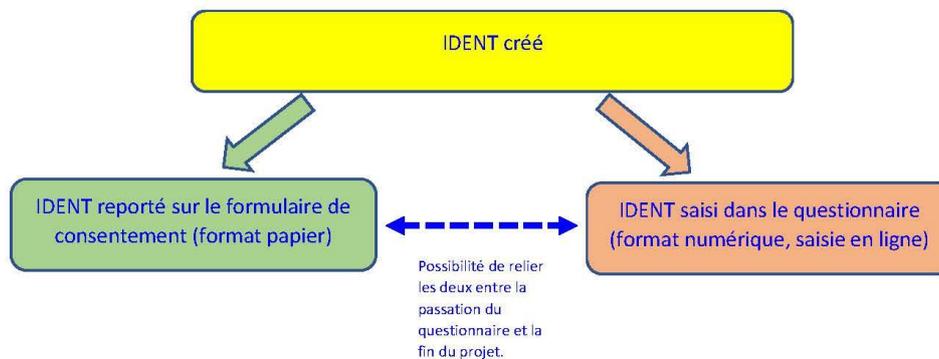
61-70

Précédent

Suivant

Numéro d'identifiant IDENT saisi dans le questionnaire

Schéma récapitulatif



Annexe G. Le glossaire médical

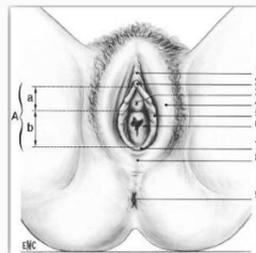
GLOSSAIRE MEDICAL MSF-PREVAL

A. L'appareil génital féminin

TERMES	DÉFINITIONS
Clitoris	Organe érectile de l'appareil génital féminin situé au-dessus de l'orifice urétral. Il est principalement composé de deux bulbes bordant la vulve (ensemble des organes génitaux externes de la femme), et d'un corps qui se termine à l'extrémité antérieure des petites lèvres par le gland clitoridien (la seule partie visible extérieurement). Très sensible, le clitoris participe au plaisir sexuel féminin [1,2].
Grandes lèvres	Il s'agit des deux replis cutanés épais de la vulve situés de part et d'autre des petites lèvres et renfermant le clitoris. Elles se réunissent, en avant, sur une saillie médiane de la partie inférieure de l'abdomen, et en arrière, où elles forment, avec les petites lèvres, la fourchette, juste avant le périnée [3].
Petites lèvres	Il s'agit des deux minces replis cutanés à l'intérieur des grandes lèvres, situés de part et d'autre de la vulve et bordant le méat urétral et l'orifice vaginal. Elles s'unissent et forment, en avant, le prépuce qui recouvre le gland du clitoris et, en arrière avec les grandes lèvres, la fourchette [3].
Hymen	D'anatomie variable d'une femme à l'autre, il s'agit d'un repli de la muqueuse vaginale situé au bord de l'orifice vaginal [4].
Vagin	Canal musculo-muqueux situé dans la cavité pelvienne et qui s'étend de l'utérus à la vulve. Le vagin constitue l'organe de la copulation [5].

La vulve en position gynécologique [1]

- A. Vestibule
- a. Vestibule urinaire
 - b. Vestibule du vagin
 1. Prépuce du clitoris
 2. Gland du clitoris
 3. Ostium externe de l'uretère



4. Grande lèvre
5. Petite lèvre
6. Introït vaginal
7. Frein de lèvres
8. Commissure postérieure des lèvres
9. Anus

B. Types de modifications de l'appareil génital féminin

TERMES	DEFINITIONS
Hyménoplastie	Technique chirurgicale pratiquée sous anesthésie générale consistant à (re)créer une membrane hyménéale à partir d'éventuels résidus hyménéaux ou de lambeaux de muqueuse vaginale [6].
Mutilation sexuelle féminine ou Excision	Toute intervention incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales [7]. (<i>Cf typologie des mutilations sexuelles féminines ci-dessous.</i>)
Nymphoplastie ou labioplastie	Intervention chirurgicale qui consiste à réduire la taille des petites lèvres et/ou des grandes lèvres [8].
Vaginoplastie	Intervention chirurgicale qui consiste à renforcer les muscles du périnée (plancher pelvien) afin de diminuer la largeur de l'orifice vaginal [9]. On parle aussi de rajeunissement vaginal.
Reconstruction clitoridienne	Procédé de reconstruction du clitoris réalisé après une excision visant à restaurer une anatomie normale du clitoris et un organe si possible fonctionnel. La technique consiste à réséquer la cicatrice puis à libérer le corps du clitoris en préservant l'innervation. Un gland clitoridien est reconstitué par plastie cunéiforme, puis réimplanté en situation anatomique [10].
Injections de collagène / acide hyaluronique	Le collagène est naturellement présent dans la peau et l'acide hyaluronique est un constituant majeur de la surface cartilagineuse et du liquide synovial des articulations. Avec le vieillissement de la peau, le collagène est altéré et la peau se détend. En injectant du collagène ou de l'acide hyaluronique (qui a un effet hydratant) avec une fine aiguille, il est possible d'effacer des rides, de traiter la cicatrisation de tissus ou encore de les raffermir, voire d'augmenter la taille des grandes lèvres de l'appareil génital féminin [2,11].
Épisiotomie	L'épisiotomie est une incision chirurgicale du périnée faite au moment de l'expulsion pour faciliter le passage du nouveau-né. L'épisiotomie est un geste prophylactique fréquent (30% en moyenne en France) destiné à éviter les déchirures périnéales, mais dont l'utilité est contestée [12].
Autre type d'intervention	Réassignation sexuelle, clitoridoplastie, périnéoplastie, etc.

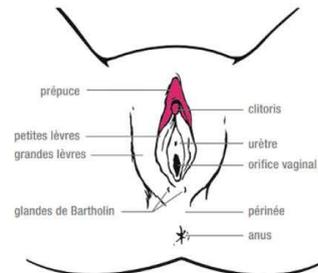
C. Typologie des mutilations sexuelles féminines (7,13)

TYPES

Type I ou Clitoridectomie

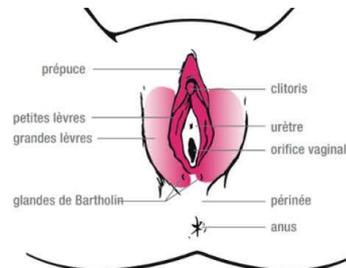
DEFINITIONS

Ablation partielle ou totale du prépuce clitoridien (repli de peau qui entoure le clitoris) et/ou du gland clitoridien.



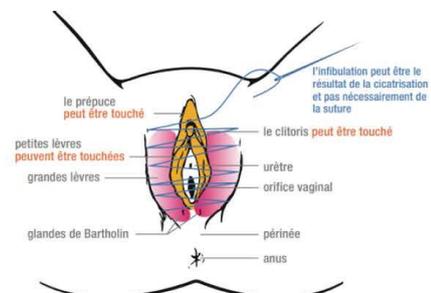
Type II ou Excision

Ablation partielle ou totale du gland clitoridien et des petites lèvres, avec ou sans l'ablation des grandes lèvres.



Type III ou Infibulation

Rétrécissement de l'orifice vaginal par recouvrement, réalisé en sectionnant et en repositionnant les petites lèvres, ou les grandes lèvres, parfois par suture, avec ou sans ablation du prépuce et gland clitoridien.



Type IV

Toutes autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales. Par exemple: piquer, percer, inciser, racler, cautériser les organes génitaux, etc...

Références bibliographiques

[1] Kamina P., Demondion X., Richer JP., Scépi M., Faure JP. Anatomie clinique de l'appareil génital féminin. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Gynécologie, 10-A-10, 2003, 28p.

[2] Larousse, 2009

[3] Larousse, 2010

[4] Dictionnaire de l'Académie Française de Médecine, 2020

[5] Centre national de ressources textuelles et lexicales, 2008
<https://www.cnrtl.fr/definition/vagin>

[6] Dridi, Ibtissem Ben. « Les réfections chirurgicales de l'hymen en Tunisie. Des techniques de purification et d'absolution? » L'Année du Maghreb, no 17 (13 novembre 2017): 119-32. <https://doi.org/10.4000/anneemaghreb.3208>.

[7] OMS, 2008, « Éliminer les mutilations sexuelles féminines. Déclaration inter-institutions », 51 p. Et UNICEF, 2013, « Mutilations génitales féminines/ excision. Bilan statistique et examen des dynamiques de changement », 194 p.

[8]<https://www.docteur-benchimol.com/nymphoplastie-de-reduction.html>.

[9] <https://www.crpce.com/chirurgie-esthetique/vaginoplastie>.

Annexe H. Le glossaire vulgarisé ou aide à la passation du questionnaire

AIDE À LA PASSATION DU QUESTIONNAIRE

L'APPAREIL GÉNITAL FEMININ

CLITORIS

Partie génitale de la femme qui se situe en haut des petites lèvres et qui permet d'avoir du plaisir pendant les rapports sexuels.

GRANDES LÈVRES

Parties génitales externes de la femme qui se situent à l'extérieur, de part et d'autre des petites lèvres et du clitoris. Elles peuvent être recouvertes de poils.

PETITES LÈVRES

Parties génitales externes de la femme qui se situent à l'intérieur des grandes lèvres.

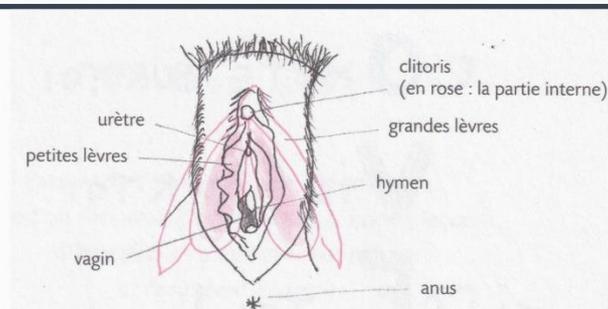
HYMEN

Couche de peau d'aspect variable selon la femme. Située à l'entrée du vagin, beaucoup de femmes pensent qu'elle peut être perdue lors du premier rapport sexuel ou d'une activité physique. Certaines personnes l'associent à tort à la virginité.

VAGIN

Partie sous forme de trou située au niveau de la partie inférieure des grandes et petites lèvres qui relie l'appareil génital externe à l'appareil génital interne de la femme. Le vagin joue un rôle dans la reproduction, à l'accouchement et c'est par là que s'écoulent les règles.

SCHEMA EXPLICATIF DE LA VULVE



Source : Hatem-Gantzer Ghada et du Pontavice Clémentine, *Le sexe et l'amour dans la vraie vie*, Paris, Ed. First, 128p

TYPES DE MODIFICATIONS DE L'APPAREIL GÉNITAL EXTERNE

RECONSTRUCTION DE L'HYMEN (HYMÉNOPLASTIE)

Il s'agit d'une chirurgie à laquelle une femme peut avoir recours pour remplacer son hymen qu'elle pense avoir perdu lors du premier rapport sexuel ou d'une activité physique. Certaines femmes ont recours à cette opération pour retrouver "une virginité".

EXCISION (AVEC OU SANS COUTURE, C'EST À DIRE Y COMPRIS LES INFIBULATIONS)

Une pratique réalisée dans certaines régions du monde (et notamment en Afrique) et qui consiste à couper certaines parties du sexe des filles, voire plus rarement des femmes.

RÉDUCTION DES PETITES LÈVRES ET/OU DES GRANDES LÈVRES (NYMPHOPLASTIE OU LABIOPLASTIE)

Il s'agit d'une chirurgie à laquelle une femme peut avoir recours afin de réduire la taille des petites lèvres pour des raisons esthétiques ou de confort.

RÉTRÉCISSEMENT DU VAGIN (VAGINOPLASTIE)

Une chirurgie qu'une femme peut faire pour rétrécir son vagin. Aussi appelé "rajeunissement vaginal".

RECONSTRUCTION DU CLITORIS

Opération chirurgicale à laquelle une femme excisée peut avoir recours pour retrouver un clitoris qui fonctionne et du plaisir sexuel. Lors de l'opération, le chirurgien fait ressortir une partie interne du clitoris pour en recréer un à l'extérieur des parties génitales de la femme.

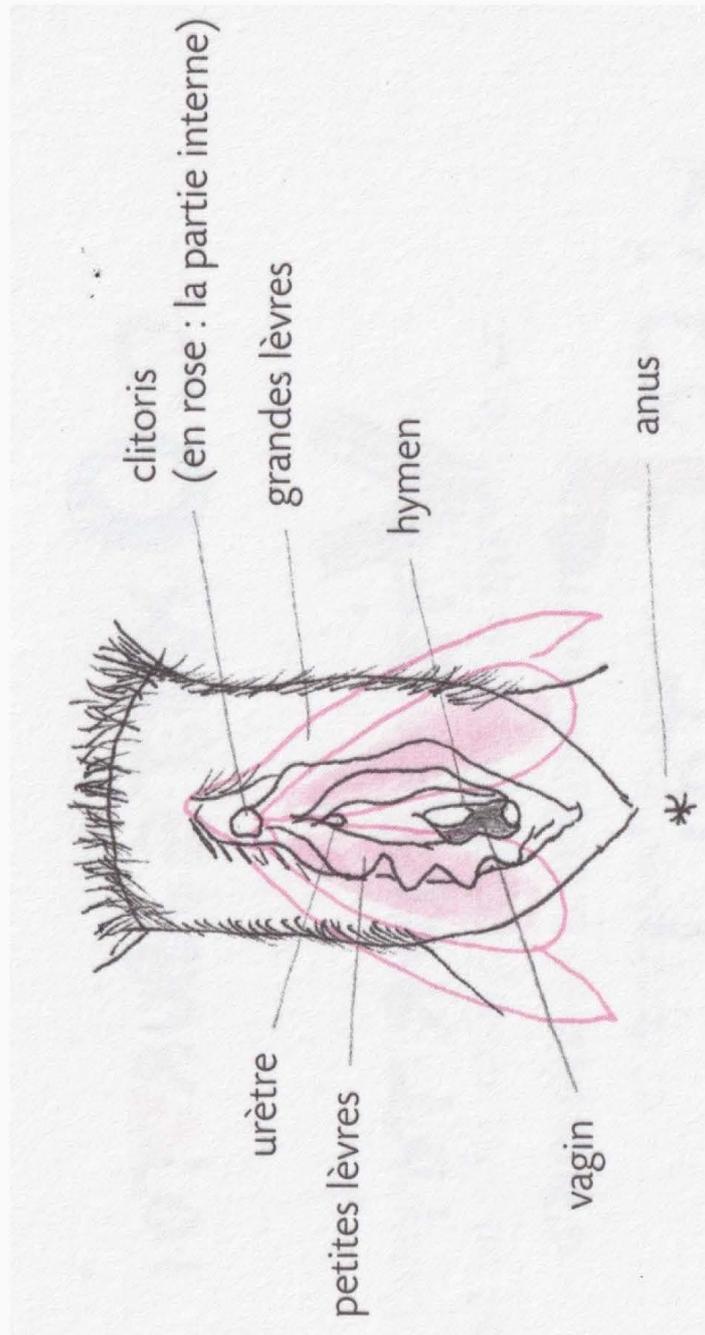
INJECTION DE COLLAGÈNE / ACIDE HYALURONIQUE

Piqûre de collagène ou d'acide hyaluronique, deux substances déjà présentes naturellement dans l'organisme, aux endroits marquées par des signes de vieillesse au niveau de l'appareil génital pour renforcer les cellules et raffermir la peau.

EPISIOTOMIE

Opération réalisée au moment de l'accouchement, juste avant la sortie du nouveau-né afin de faciliter le passage en ouvrant au niveau du périnée.

SCHEMA COMPLEMENTAIRE



Source : Hatem-Gantzer Ghada et du Pontavice Clémentine, *Le sexe et l'amour dans la vraie vie*, Paris, Ed. First, 128p

Annexe I. Le questionnaire de l'évaluation du dispositif d'enquête

Projet MSF-PREVAL

Evaluation du dispositif d'enquête

Questionnaire d'évaluation post-enquête à destination des professionnel·les de santé ayant administré le questionnaire de l'enquête MSF-PREVAL

Notice d'information

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions pour votre participation active à l'enquête MSF-PREVAL. Pour rappel, ce dispositif pilote avait pour objectif principal de recueillir des informations relatives à différentes formes de modifications génitales féminines auprès des femmes adultes fréquentant les établissements de santé sélectionnés pendant la période de l'enquête. **Grâce à votre mobilisation, ce sont plus de 3 000 femmes qui ont été sollicitées** pour répondre au questionnaire dans les trois départements pilotes : les Alpes-Maritimes, le Rhône et la Seine-Saint-Denis.

Afin d'évaluer les forces et les faiblesses de cette enquête pilote, nous vous prions de bien vouloir nous accorder **10 minutes** afin de répondre à ce court questionnaire post-enquête. Ce questionnaire est proposé à tous·tes les professionnel·les de santé ayant participé à la passation des questionnaires de l'enquête MSF-PREVAL.

Ce questionnaire comprend une trentaine de questions et il est strictement anonyme. Vos réponses sont recueillies sans aucune mention de votre nom ou de vos coordonnées. Toutes les réponses que vous pourrez apporter resteront totalement confidentielles.

Volet de consentement [1-4]

CONSENT Acceptez-vous de répondre à ce questionnaire ?

1. Oui
2. Non

Si non :

REFUS Pour quel motif refusez-vous de répondre à ce questionnaire ?

1. Manque de temps
2. Pas d'intérêt
3. Ne veut pas répondre
4. Autre, merci de préciser : _____

DEPT Dans quel département exercez-vous ?

1. Alpes-Maritimes
2. Rhône
3. Seine-Saint-Denis

PROF Quelle profession exercez-vous ?

1. Médecin généraliste
2. Gynécologue
3. Sage-femme
4. Infirmier·e
5. Autre, merci de préciser : _____

Volet d'évaluation de la formation [11-12]

Ce volet consiste à évaluer la formation proposée aux professionnel·les de santé sur les objectifs, la méthode, le protocole et l'administration du questionnaire de l'enquête MSF-PREVAL.

CONN Avant votre participation à l'enquête MSF-PREVAL, quel était votre niveau de connaissance sur les différentes formes d'interventions et modifications génitales féminines ci-dessous ?

Type d'intervention	Très bonne connaissance	Bonne connaissance	Moyenne connaissance	Faible connaissance	Aucune connaissance
<i>CONN1</i> Hyménoplastie					
<i>CONN2</i> Excision					
<i>CONN3</i> Nymphoplastie ou labioplastie					
<i>CONN4</i> Vaginoplastie					
<i>CONN5</i> Reconstruction du clitoris					
<i>CONN6</i> Injections de collagène, acide hyaluronique					
<i>CONN7</i> Episiotomie					

FORM1 Avant le démarrage de l'enquête MSF-PREVAL, avez-vous suivi une formation sur les objectifs, la méthode, le protocole et l'administration du questionnaire de l'enquête ?

1. Oui
2. Non

Si non :

NFORM

Merci de préciser pour quel motif vous n'avez pas suivi la formation ?

1. Je n'étais pas au courant
2. Manque de temps
3. Pas d'intérêt
4. Ne veut pas répondre
5. Autre, merci de préciser : _____

Si oui :

FORM2

réponses.

Sous quel(s) format(s) avez-vous suivi la formation ? Vous pouvez cocher plusieurs

1. Vidéos-tutoriels
2. Formation en présentiel
3. Formation en visio-conférence
4. Formation par des collègues
5. Autre, merci de préciser : _____

FORM3

reçue ?

Sur une échelle de 1 à 10, quelle note attribueriez-vous à la qualité de la formation

FORM4

Quelles pistes d'amélioration suggériez-vous pour les outils de formation qui ont été mis à votre disposition ? (non obligatoire)

.....

Volet d'évaluation du protocole [4]

PROTO1 A quel moment le questionnaire a-t-il été administré auprès des femmes enquêtées ?

1. Avant la consultation (ex : au secrétariat, en salle d'attente etc...)
2. Au début de la consultation
3. Au cours de la consultation
4. A la fin de la consultation
5. Autre, merci de préciser

PROTO2 Avez-vous rencontré des difficultés à présenter l'enquête ?

1. Oui
2. Non

PROTO3 Avez-vous rencontré des difficultés à recueillir le consentement des femmes enquêtées ?

1. Oui
2. Non

PROTO4 Quelles pistes d'amélioration suggériez-vous pour le protocole de l'enquête, la notice d'information et le formulaire de consentement ? (non obligatoire)

.....

.....

Volet d'évaluation du questionnaire [6-7]

QUEST1 Sous quel format avez-vous administré le questionnaire ?

1. Données saisies en ligne sur LimeSurvey
2. Données recueillies sur la version papier du questionnaire et saisies *a posteriori* sur LimeSurvey

QUEST2 Avez-vous rencontré des difficultés à accéder au questionnaire en ligne sur LimeSurvey ?

1. Oui
2. Non

QUEST3 Avez-vous rencontré des difficultés à administrer le questionnaire ?

1. Oui
2. Non

Si vous avez rencontré des difficultés à administrer le questionnaire (QUEST3 = oui)

QUEST31 Sur quel(s) volet(s) de questions avez-vous notamment rencontré ces difficultés ?

1. Toutes les questions
2. Volet santé (modifications génitales féminines et interventions)
3. Volet socio-démographique (âge, niveau d'études, département de résidence, pays de naissance)

QUEST4 Selon vous, la durée totale de l'entretien (présentation de l'enquête, passation du questionnaire) était :

1. Trop longue
2. Convenable
3. Trop courte

QUEST5 D'après votre expérience, trouvez-vous que le questionnaire trouve sa place dans la consultation médicale ?

1. Oui, complètement
2. Oui, partiellement
3. Non, pas du tout

QUEST6 Quelles pistes d'amélioration suggériez-vous pour le questionnaire de cette enquête ?
(non obligatoire)

.....
.....

Volet d'évaluation des outils d'aide à la passation du questionnaire [6]

Des documents annexes au questionnaire ont été mis à votre disposition avant le démarrage de l'enquête MSF-PREVAL. Ces documents comprenaient des outils d'aide à la passation du questionnaire (glossaire médical, glossaire vulgarisé, outil de visualisation). Ce volet consiste à évaluer ces outils.

OUTILS1 Avez-vous eu recours aux outils d'aide à la passation du questionnaire ?
1. Oui
2. Non

Si vous avez utilisé ces outils (OUTILS1 = oui)

OUTILS2 Quels outils avez-vous utilisé au moins une fois au cours de la période de l'enquête ?
Vous pouvez cocher plusieurs réponses.
1. Le glossaire médical
2. Le glossaire vulgarisé (aide à la passation du questionnaire)
3. L'outil de visualisation

OUTILS3 Avez-vous rencontré des difficultés à utiliser ces outils ?
1. Oui
2. Non

OUTILS4 Sur une échelle de 1 à 10, quelle note attribueriez-vous à l'utilité de ces outils d'aide à la passation du questionnaire ?

OUTILS5 Quelles pistes d'amélioration suggériez-vous pour ces outils d'aide à la passation du questionnaire ?

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

OUTILS6 Avez-vous suggéré les flyers comportant la liste des associations aux femmes interrogées ?
1. Oui
2. Non

OUTILS7 Sur une échelle de 1 à 10, quelle note attribueriez-vous à l'utilité de ces flyers ?

Evaluation globale [3]

GLOBAL1 Globalement, avez-vous jugé cette étude ?
1. Très intéressante
2. Intéressante
3. Peu intéressante
4. Pas du tout intéressante

GLOBAL2 Si vous avez d'autres remarques à formuler, n'hésitez pas !

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

Volet socio-démographique [5]

Pour terminer, quelques petites questions sur votre département et votre établissement d'exercice.

- DEPT* Dans quel département avez-vous recueilli les données dans le cadre de l'enquête MSF-PREVAL ?
1. Alpes-Maritimes
 2. Rhône
 3. Seine-Saint-Denis
- ETAB* Dans quel type d'établissement avez-vous recueilli les données dans le cadre de l'enquête MSF-PREVAL ?
1. CeGIDD/CDPS/CASO
 2. Centre de PMI-CPEF
 3. Centre de vaccination internationale
 4. Maternité
 5. Service de prévention université
 6. Autre, merci de préciser : _____
- PROF* Quelle profession exercez-vous ?
1. Médecin généraliste
 2. Gynécologue
 3. Sage-femme
 4. Infirmier-e
 5. Autre, merci de préciser : _____
- SEX* Vous êtes :
1. Un homme
 2. Une femme
- AGE* Quel âge avez-vous ?

Nous vous remercions pour votre participation. Pour toute autre remarque ou question, n'hésitez pas contacter la coordinatrice du projet, Marie Lesclingand (Marie.LESCLINGAND@univ-cotedazur.fr)

Pour suivre l'avancée et les résultats du projet d'enquête MSF-PREVAL, rendez-vous sur notre site web : <https://www.urmis.fr/projet-msf-preval/>

Annexe J. La grille d'entretien de l'évaluation du dispositif d'enquête

Grille d'entretien d'évaluation post-enquête à destination des professionnel·les de santé ayant administré le questionnaire de l'enquête MSF-PREVAL

Notice d'information

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions pour votre participation active à l'enquête MSF-PREVAL ainsi que d'avoir pris le temps de répondre au questionnaire d'évaluation post-enquête.

Nous vous remercions également d'avoir accepté cet entretien afin d'approfondir vos remarques et commentaires qui nous seront utiles dans l'évaluation du dispositif de cette enquête pilote.

Volet socio-démographique

1. Dans quel département avez-vous recueilli les données dans le cadre de l'enquête MSF-PREVAL ?
2. Dans quel type d'établissement avez-vous recueilli les données dans le cadre de l'enquête MSF-PREVAL ?
3. Quelle profession exercez-vous ?
4. Vous êtes une femme, un homme ?

Volet d'évaluation de la formation

Pour rappel, ce volet consiste à évaluer la formation proposée aux professionnel·les de santé sur les objectifs, la méthode, le protocole et l'administration du questionnaire de l'enquête MSF-PREVAL.

5. Avant votre participation à l'enquête MSF-PREVAL, quel était votre niveau de connaissance sur les différentes formes d'interventions et modifications génitales féminines (ex : Hyménoplastie, excision, nymphoplastie ou labioplastie, vaginoplastie, reconstruction du clitoris, épisiotomie etc...) ?
6. Avant le démarrage de l'enquête MSF-PREVAL, avez-vous suivi une formation sur les objectifs, la méthode, le protocole et l'administration du questionnaire de l'enquête ?

Si oui :

7. Sous quel(s) format(s) avez-vous suivi la formation ?
8. Qu'avez-vous pensé de la formation suivie ?
9. Quelles pistes d'amélioration suggèreriez-vous pour les outils de formation qui ont été mis à votre disposition ?

Volet d'évaluation du protocole

10. A quel moment le questionnaire a-t-il été administré auprès des femmes enquêtées ?
11. Avez-vous rencontré des difficultés à présenter l'enquête ?

Si oui :

12. Merci de préciser les difficultés rencontrées.
13. Avez-vous rencontré des difficultés à recueillir le consentement des femmes enquêtées ?

Si oui :

14. Merci de préciser les difficultés rencontrées.

Qu'avez-vous pensé du protocole de l'enquête, de la notice d'information et du formulaire de consentement ?

15. Quelles pistes d'amélioration suggèreriez-vous pour le protocole de l'enquête, la notice d'information et le formulaire de consentement ?

Grille d'entretien d'évaluation post-enquête à destination des professionnel·les de santé ayant administré le questionnaire de l'enquête MSF-PREVAL

Volet d'évaluation du questionnaire

16. Sous quel format avez-vous administré le questionnaire ?
17. Avez-vous rencontré des difficultés à accéder au questionnaire en ligne sur LimeSurvey ?

Si oui :

18. Merci de préciser les difficultés rencontrées.
19. Avez-vous rencontré des difficultés à administrer le questionnaire ?

Si oui :

20. Merci de préciser les difficultés rencontrées.
21. Qu'avez-vous pensé du questionnaire ?
22. Qu'avez-vous pensé de la durée totale de l'entretien ?
23. D'après votre expérience, trouvez-vous que le questionnaire trouve sa place dans la consultation médicale ?
24. Quelles pistes d'amélioration suggéreriez-vous pour le questionnaire de cette enquête ?

Volet d'évaluation des outils d'aide à la passation du questionnaire

Pour rappel, des documents annexes au questionnaire ont été mis à votre disposition avant le démarrage de l'enquête MSF-PREVAL. Ces documents comprenaient des outils d'aide à la passation du questionnaire (glossaire médical, glossaire vulgarisé, outil de visualisation). Ce volet consiste à évaluer ces outils.

25. Avez-vous eu recours aux outils d'aide à la passation du questionnaire ?
26. Quels outils avez-vous utilisé au moins une fois au cours de la période de l'enquête ?
27. Avez-vous rencontré des difficultés à utiliser ces outils ?

Si oui :

28. Merci de préciser les difficultés rencontrées.
29. Qu'avez-vous pensé des outils d'aide à la passation du questionnaire ?
30. Avez-vous suggéré les flyers comportant la liste des associations aux femmes interrogées ?
31. Qu'avez-vous pensé des flyers ?
32. Avez-vous eu des retours des femmes enquêtées concernant l'enquête : au cours de l'entretien, à la fin de l'entretien ou à un autre moment (ex : lors d'une autre consultation) ?

Si oui :

33. Merci de préciser les retours des femmes enquêtées ainsi que le moment où vous avez eu ces retours.

Evaluation globale

34. Qu'avez-vous pensé de cette étude ?
35. Quel impact a eu cette étude sur vous, en tant que professionnel·le de santé ?

36. Globalement, si vous avez rencontré des difficultés, pensez-vous que ces difficultés soient rattachées à la méthodologie de l'enquête, à votre patientèle, à votre type de consultation, à votre établissement de santé, au département ou à d'autres facteurs ?

37. Avez-vous d'autres remarques ?

Nous vous remercions de nous avoir accordé cet entretien et d'avoir pris le temps de répondre à nos questions. Pour toute autre remarque ou question, n'hésitez pas à contacter la coordinatrice du projet, Marie Lesclingand (Marie.LESCLINGAND@univ-cotedazur.fr).

Pour suivre l'avancée et les résultats du projet d'enquête MSF-PREVAL, rendez-vous sur notre site web : <https://www.urmis.fr/projet-msf-preval/>