Projet MSF-MAP

Marie Lesclingand, Anabell Alfonzo-Gamez

▶ **To cite this version:**

Marie Lesclingand, Anabell Alfonzo-Gamez. Projet MSF-MAP : Rapport final. Université Côte d'Azur. 2024. hal-04420091

HAL Id: hal-04420091
https://hal.science/hal-04420091

Submitted on 26 Jan 2024

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.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR

Projet MSF-MAP

Rapport final

Marie LESCLINGAND, coordinatrice du projet

Anabell ALFONZO-GAMEZ, ingénieure d'étude

MINISTÈRE CHARGÉ DE L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES, DE LA DIVERSITÉ ET DE L'ÉGALITÉ DES CHANCES
Liberté Égalité Fraternité

Direction générale de la cohésion sociale

TABLE DES MATIERES

I. LE PROJET MSF-MAP 1

1. DANS LE PROLONGEMENT DU PROJET MSF-PREVAL 1

a. Le projet MSF-PREVAL : rappels des objectifs et principaux résultats 1

b. Recommandations du projet MSF-PREVAL 2

2. OBJECTIFS ET METHODOLOGIES 3

a. Actualisation de l'estimation indirecte du nombre de femmes adultes excisées et des mineures à risque (volet 1) 3

b. Cartographie des profils socio-démographique des populations féminines à risque d'excision dans les territoires les plus concernés (volet 2) 4

3. ORGANISATION ET MOYENS MIS EN ŒUVRE 5

a. Organisation 5

b. Moyens mis en œuvre 5

II. ACTUALISATION DE L'ESTIMATION INDIRECTE 6

1. L'ESTIMATION DE LA POPULATION ADULTE 7

a. La population de référence adulte 7

b. Les prévalences des MSF observées dans les pays d'origine 11

c. L'estimation de la population des femmes migrantes adultes 16

2. L'ESTIMATION DE LA POPULATION DES MINEURES 19

a. La population de référence des mineures 19

b. Les prévalences de MSF observées dans les pays d'origine 22

c. L'estimation de la population des filles migrantes 24

III. CARTOGRAPHIE DE LA POPULATION DE REFERENCE DANS LES TERRITOIRES FRANCILIENS 25

1. LA DEMARCHE GENERALE DES INFOGRAPHIES 26

a. Le choix de l'infographie numérique 26

b. Les variables retenues 26

c. Les limites 26

2. LES DIFFERENTS MODULES DES INFOGRAPHIES 28

a. Le chapeau introductif 28

b. Chiffres clés de la population « à risque » dans le département 29

c. Les principaux pays d'origine de la population à risque de MSF. 29

d. La répartition de la population « à risque de MSF » dans le département 30

e. Les principales caractéristiques sociodémographiques de la population féminine du département 32

f. Le focus sur les caractéristiques sociodémographiques des pays les plus représentés 33

g. Répartition de la population à risque dans le département par niveau d'études et par classe d'âge....34
h. Le module 7 « Synthèse »....35

3. SYNTHESE DES RESULTATS....36

a. Une population numériquement plus importante dans les huit départements franciliens....36
b. Une population inégalement répartie au sein de chaque département....37
c. Les principaux pays d'origine représentés....39
d. Une sur-représentation des 18-49 ans....40
e. Une population globalement moins instruite mais avec des variations selon les départements....40
f. Des femmes majoritairement actives dans tous les départements mais plus souvent au chômage....42
g. Une majorité de femmes avec un grand nombre d'enfants....42

CONCLUSION....44

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES....47

ANNEXES....49

En 2021-22, la direction générale de la cohésion sociale avait financé le projet MSF-PREVAL[1] qui avait expérimenté un nouvel outil de collecte directe de la prévalence des « mutilations sexuelles féminines » (MSF) au sein de la population féminine dans trois départements français plus ou moins concernés par cette problématique (Lesclingand *et al.*, 2023). Dans le prolongement de ce premier projet et en prenant en compte certaines des recommandations émises dans le rapport final (Lesclingand et al., 2022), le projet MSF-MAP a démarré en décembre 2022 pour une durée de 12 mois.

Dans un premier temps, nous rappellerons les principaux objectifs, résultats et recommandations du projet MSF-PREVAL (Partie I.1), puis nous présenterons les objectifs et la méthodologie envisagée dans le projet MSF-MAP (Partie I.2). Après avoir décrit l'organisation et les moyens mis en œuvre (Partie I.3), nous présenterons successivement les résultats de l'actualisation de l'estimation indirecte (Partie II) et les cartographies socio-démographiques des populations de référence dans les huit territoires franciliens (Partie III).

I. Le projet MSF-MAP

1. Dans le prolongement du projet MSF-PREVAL

a. Le projet MSF-PREVAL : rappels des objectifs et principaux résultats

Le projet MSF-PREVAL avait deux objectifs : premièrement, il s'agissait d'expérimenter un outil de collecte permettant une production régulière de données sur l'évolution de la prévalence des « mutilations sexuelles féminines » en France à travers une méthode d'estimation directe, dispositif encore inédit en contexte migratoire. Deuxièmement, il s'agissait de tester ce nouvel outil dans des territoires différents selon le niveau attendu de la prévalence de la pratique (élevé, moyen, faible) afin d'évaluer sa pertinence et son éventuelle réplication à l'échelle nationale.

L'enquête a donc été déployée dans trois départements français pilotes plus ou moins concernés par cette problématique : la Seine-Saint-Denis (1er département français concerné), le Rhône (1er département hors Ile de France concerné) et les Alpes-Maritimes (département peu concerné).

[1] Le projet d'une durée de 18 mois a été réalisé entre novembre 2020 et avril 2022.

Selon les départements et notamment selon la présence plus ou moins importante de femmes originaires « d'un pays à risque d'excision »[2] (variant entre 4% et 5% dans les Alpes-Maritimes et le Rhône à 24% en Seine-Saint-Denis), les prévalences estimées[3] étaient contrastées : un pourcentage élevé et supérieur à la moyenne nationale en Seine-Saint-Denis (autour de 7,2%) ; un pourcentage moyen et proche de la moyenne nationale dans le Rhône (autour de 1,0%) et un pourcentage faible et inférieur à la moyenne nationale dans les Alpes-Maritimes (autour de 0,7%) (Lesclingand *et al.*, 2023).

En outre, les analyses sur les risques d'excision au sein des populations originaires d'un pays à risque ont conforté une tendance révélée il y a plus de 10 ans par l'enquête « Excision et Handicap » : celle de la disparition progressive du risque d'excision parmi les filles nées en France après 1995 (Andro *et al.*, 2009). En effet, dans les trois départements, pour les femmes des secondes générations nées après 1995, le risque d'excision est quasi-nul (Lesclingand *et al.*, 2023). Ce constat est le résultat des actions de prévention et de pénalisation de la pratique qui ont été mises en place en France dès les années 1980 par les pouvoirs publics et les associations.

La mise en œuvre de l'enquête dans les trois départements pilotes a nécessité une implication importante à la fois des professionnel·les de santé impliqué·es dans la collecte des données. Elle a également requis des ressources financières conséquentes et les résultats obtenus ont conduit à un certain nombre de recommandations.

b. Recommandations du projet MSF-PREVAL

Le nouveau dispositif (questionnaire et protocole) testé et permettant une estimation directe de la prévalence s'est avéré tout à fait opérationnel et pertinent mais également couteux et sa réplication serait sans doute plus pertinente à mettre en œuvre dans les départements les plus concernés. Dans les autres départements et au niveau national, les estimations indirectes (dont la dernière date du début des années 2010) apparaissent fiables et sont donc suffisantes (Lesclingand, Andro et Lombart, 2019).

[2] Les femmes originaires d'un pays à risque regroupent l'ensemble des femmes nées dans un pays à risque (premières générations) d'excision ou dont l'un des parents au moins est né dans un pays à risque d'excision (deuxièmes générations).
[3] Pourcentage de femmes ayant déclaré avoir subi une excision.

Néanmoins, la réplication d'une telle enquête dans les sept autres départements franciliens (en plus de la Seine-Saint-Denis) représente un coût très important tant en ressources humaines que financières et il n'apparaissait pas forcément opportun de réitérer ce dispositif dans le contexte actuel (Lesclingand *et al.*, 2022).

Du fait de l'inégale répartition de la population à risque d'excision sur le territoire national, le projet MSF-MAP propose donc de compléter l'approche nationale de la question des « mutilations sexuelles féminines » en contexte migratoire par une approche au niveau des territoires avec un focus sur les départements franciliens. En effet, si l'abandon de la pratique au fil du temps et après la migration est confirmé, la prise en charge des femmes déjà « mutilées » et particulièrement les femmes migrantes (excisées avant leur arrivée en France) de même que la prévention à poursuivre auprès des familles récemment arrivées, restent des éléments cruciaux dans le cadre des politiques publiques sur ces questions. Il s'avère alors nécessaire d'apporter de nouveaux éléments de connaissance sur ces populations, dans les territoires particulièrement concernés par cette problématique.

C'est donc en s'appuyant sur ces deux principales recommandations que le projet MSF-MAP propose d'avancer dans deux directions.

2. Objectifs et méthodologies

Pour faire suite au projet MSF-PREVAL et en tenant compte des préconisations faites, nous proposons une nouvelle étude, MSF-MAP, qui comporte deux objectifs principaux :

- Actualiser l'estimation indirecte du nombre de femmes excisées en France et proposer une estimation des mineures ;
- Cartographier les profils socio-démographiques des populations féminines à risque d'excision dans les territoires les plus concernés ;

a. Actualisation de l'estimation indirecte du nombre de femmes adultes excisées et des mineures à risque (volet 1)

La dernière estimation indirecte évaluait à 125 000 le nombre de femmes adultes excisées vivant en France (Lesclingand, Andro et Lombart, 2019). Elle a été réalisée à partir de données issues de la statistique publique française dans la première moitié des années 2010[4] et

[4] Les données du recensement français de 2014.

nécessite donc d'être actualisée à partir des données les plus récentes. Outre son actualisation, la nouvelle estimation pourrait également prendre en compte d'autres données statistiques relatives aux populations féminines migrantes en situation de vulnérabilité et qui échappent souvent aux collectes de données du recensement de la population : il s'agit notamment des données de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA). Enfin, cette nouvelle estimation pourrait également intégrer la population des mineures à risque, identifiable *via* les données du recensement et *via* les données de l'OFPRA[5]. Ces méthodes d'estimation intégrant ces sources ont été mises en œuvre ces dernières années dans d'autres pays européens (Belgique, Italie et Pays-Bas) (De Schrijver *et al.*, 2020 ; Dubourg et Richard, 2018 ; Farina, Ortensi et Menonna, 2016 ; Kawous et al., 2020 ; Leye *et al.*, 2017).

b. Cartographie des profils socio-démographique des populations féminines à risque d'excision dans les territoires les plus concernés (volet 2)

Comme le montre le rapport du projet MSF-PREVAL, la population originaire d'un pays à risque d'excision est très inégalement répartie sur le territoire métropolitain puisque plus de la moitié vit dans une seule région, l'Ile-de-France. Et parmi les huit départements franciliens, la Seine-Saint-Denis et Paris concentrent 40% de la population née dans un pays à risque et vivant en Ile-de-France (Lesclingand *et al.*, 2022).

Afin de mieux cibler les actions en termes de prévention et de prise en charge des femmes excisées dans ces territoires particulièrement concernés, il apparaît important de pouvoir disposer de données relatives à ces populations à un échelon géographique plus fin comme celui de la commune (ou de l'arrondissement) dans l'ensemble des départements franciliens. Ces cartographies des profils socio-démographiques peuvent être réalisées à partir des données du recensement de la population, représentatives à cet échelon géographique. Ces cartographies seront ensuite valorisées sous forme de « portraits de territoires » à destination des actrices et acteurs de terrain dans le secteur associatif et sanitaire mobilisé·es sur ces problématique. Elles pourront également permettre par la suite de mieux cibler les actions à mettre en œuvre en fonctions des caractéristiques des populations cibles. Cette démarche a été entreprise en Espagne depuis 2010 et ensuite actualisée tous les 4 ans environ (Kaplan Marcusàn et Lopez Gay, 2010, 2013, 2017 ; Kaplan Marcusàn, Lopez Gay et Ajenjo Cosp, 2022).

[5] La protection contre l'excision pour soi-même ou pour sa ou ses filles, est devenue un motif de demande d'asile.

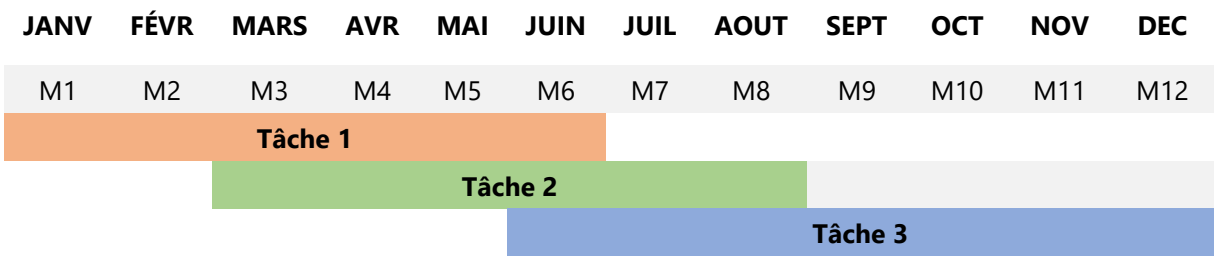
3. Organisation et moyens mis en œuvre

a. Organisation

Cette étude est sous la responsabilité scientifique et la coordination de Marie LESCLINGAND, socio-démographe, professeure des universités à l'Université Côte d'Azur et qui avait assuré la responsabilité scientifique et la coordination du projet MSF-PREVAL.

b. Moyens mis en œuvre

Cette étude, répartie sur douze mois[6] durant toute l'année 2023, pour un budget total de 30 000 euros, est décomposée en trois grandes phases/tâches dont la programmation est présentée ci-dessous :



Tâche 1 : Identification et accès aux sources de données nécessaires pour les deux volets de l'étude ;

Tâche 2 : Réalisations des estimations et des cartographies (volet 1) ;

Tâche 3 : Valorisation des résultats : réalisation des « portraits de territoires » (volet 2)

Conformément à ce qui avait été prévu, Anabell Alfonzo Gamez[7] a été embauchée comme ingénieure d'étude pour la durée du projet afin de réaliser ces différentes tâches, sous la supervision et la responsabilité de Marie Lesclingand. Un suivi hebdomadaire a été entamé depuis le début du projet.

[6] Le projet initial avait été pensée sur huit mois. Cependant, l'accès aux données pour le volet 2 a nécessité finalement beaucoup plus de temps auprès de l'ADISP. Le projet a donc été prolongé de 4 mois sans complément budgétaire.

[7] Anabell ALFONZO-GAMEZ avait participé en tant que stagiaire et enquêtrice à toutes les étapes du projet MSF-PREVAL. Elle a donc une très bonne connaissance des différentes données mobilisées dans le cadre de du projet MSF-MAP.

II. Actualisation de l'estimation indirecte

Le premier objectif du projet MSF-MAP consiste à actualiser la dernière estimation indirecte du nombre de femmes excisées en France. La dernière estimation indirecte évaluait à 125 000 le nombre de femmes adultes excisées vivant en France (Lesclingand, Andro et Lombart, 2019). Elle avait été réalisée à partir de données issues de la statistique publique française dans la première moitié des années 2010[8] et nécessitait donc d'être actualisée à partir des données disponibles les plus récentes.

La méthode d'estimation indirecte ou d'extrapolation (De Schrijver et al., 2020) comprend deux étapes : la première consiste à identifier la population soumise au risque de MSF (ou population de référence) en France métropolitaine ; la seconde s'attache à appliquer à cette population les taux de prévalence observés dans les pays d'origine (schéma 1).

S'agissant de la première étape, les données mobilisées pour identifier la population de référence sont les données du recensement de la population de 2019, données les plus récentes mises à disposition par les Archives de Données Issues de la Statistique Publique (ADISP). Étant donné qu'une partie de la population de référence échappe au recensement de la population (Dietrich-Ragon, 2017), les données de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) seront également mobilisées.

Relativement à la seconde étape, les taux de prévalence observés dans les pays d'origine sont issus de deux types d'enquêtes représentatives au niveau national de chaque pays : les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS). Dans les deux types d'enquêtes, nous disposons des pourcentages de femmes âgées entre 15 et 49 ans ayant déclaré avoir subi une MSF.

Contrairement aux deux estimations précédentes (Andro et Lesclingand, 2007 ; Lesclingand, Andro et Lombart, 2019), celle-ci ne porte que sur les femmes migrantes (« premières générations » et ne prend donc pas en compte les femmes issues de l'immigration (« deuxièmes générations ») pour deux principales raisons. Tout d'abord, l'identification des « secondes générations » ne peut se faire qu'avec la connaissance non seulement du pays de naissance de la femme mais également de celui de ses deux parents puisque les femmes des

[8] Les données du recensement français de 2014.

« secondes générations » regroupent les « femmes nées en France avec au moins un parent né dans un pays à risque de MSF. Or les données du recensement ne renseignent pas le pays de naissance des parents. En outre, les résultats du projet MSF-PREVAL ont montré que les risques étaient quasi-nuls au sein de cette population, notamment parmi celles nées après 1990 (Lesclingand et al., 2022).

Si cette nouvelle estimation ne concerne finalement que les femmes migrantes, elle intègre par ailleurs les mineures, ce qui n'était pas le cas des estimations précédentes.

1. L'estimation de la population adulte

a. La population de référence adulte

Identification de la population de référence à travers la statistique publique

La population de référence est définie comme la population féminine vivant en France et née dans l'un des 31 « pays à risque de MSF ». Ces derniers sont tous les pays où la pratique des MSF est statistiquement documentée. Il s'agit de 31 pays principalement localisés sur le continent africain, au Proche et Moyen-Orient et en Asie[9].

L'identification de la population de référence s'est faite d'une part à travers la variable « pays de naissance » présente dans les données annuelles du recensement de la population (année 2019) et d'une autre part, à travers les données du service statistique de l'OFPRA (année 2019). Il est important de noter que les estimations indirectes antérieures n'intégraient pas les données de l'OFPRA (Andro et Lesclingand, 2007 ; Lesclingand, Andro et Lombart, 2019). En prenant en compte cette autre source de données statistiques on élargit la portée de cette étude : on inclut une population féminine migrante en situation de vulnérabilité qui échappe souvent aux collectes de données du recensement de la population (Dietrich-Ragon, 2017).

Tableau 1. Identification de la population de référence adulte selon la source
(Effectifs et pourcentages)

Type de source	Effectifs	Pourcentages
Recensement de la population	345 162	97,5
OFPRA	8 914	2,5
Ensemble	**354 076**	**100,0**

Sources : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP) et données de l'OFPRA 2019

[9] Bénin, Burkina Faso, Cameroun, République Centrafricaine, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Indonésie, Iraq, Kenya, Liberia, Maldives, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tanzanie, Tchad, Togo, Yémen.

D'après les données du recensement, 345 162 femmes âgées de 18 ans et plus sont nées dans l'un des 31 « pays à risque de MSF ». A cela s'ajoutent les femmes demandeuses d'asile identifiées par l'OFPRA[10] et qui constituent une population féminine totale de 8 914 femmes adultes (tableau 1). D'après ces deux sources, en 2019, ce sont donc environ 354 000 femmes nées dans un « pays à risque de MSF » qui résidaient en France métropolitaine, soit environ 1,3 % de l'ensemble de la population féminine majeur (tableau 2). En l'espace de cinq années, cette population a augmenté puisqu'en 2014 on estimait à 227 757 le nombre de femmes adultes nées dans « un pays à risque de MSF » (Lesclingand, Andro et Lombart, 2019).

Tableau 2. La population de référence au sein de l'ensemble de la population féminine (Effectifs et pourcentages)

Catégorie de population	Effectifs	Pourcentages
Femmes nées dans un pays à risque de MSF (population de référence)	345 162	1,3
Femmes nées à l'étranger dans un pays non à risque de MSF	3 559 302	12,9
Femmes nées en France	23 627 082	85,8
Ensemble	**27 531 548**	**100**

Source : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP)

Principales caractéristiques de la population de référence

Les principales caractéristiques socio-démographiques de la population de référence renseignent l'âge (ou l'année de naissance), le pays de naissance et le département de résidence[11].

Tableau 3. Répartition de la population de référence adulte par classes d'âges (Effectifs et pourcentages)

Générations	Classes d'âges	Effectifs	Pourcentages
1994-2001	18-25 ans	40 581	11,5
1986-1993	26-33 ans	59 597	16,8
1978-1985	34-41 ans	75 735	21,4
1970-1977	42-49 ans	65 919	18,6
Avant 1970	50 ans et plus	112 244	31,7
Ensemble		**354 076**	**100,0**

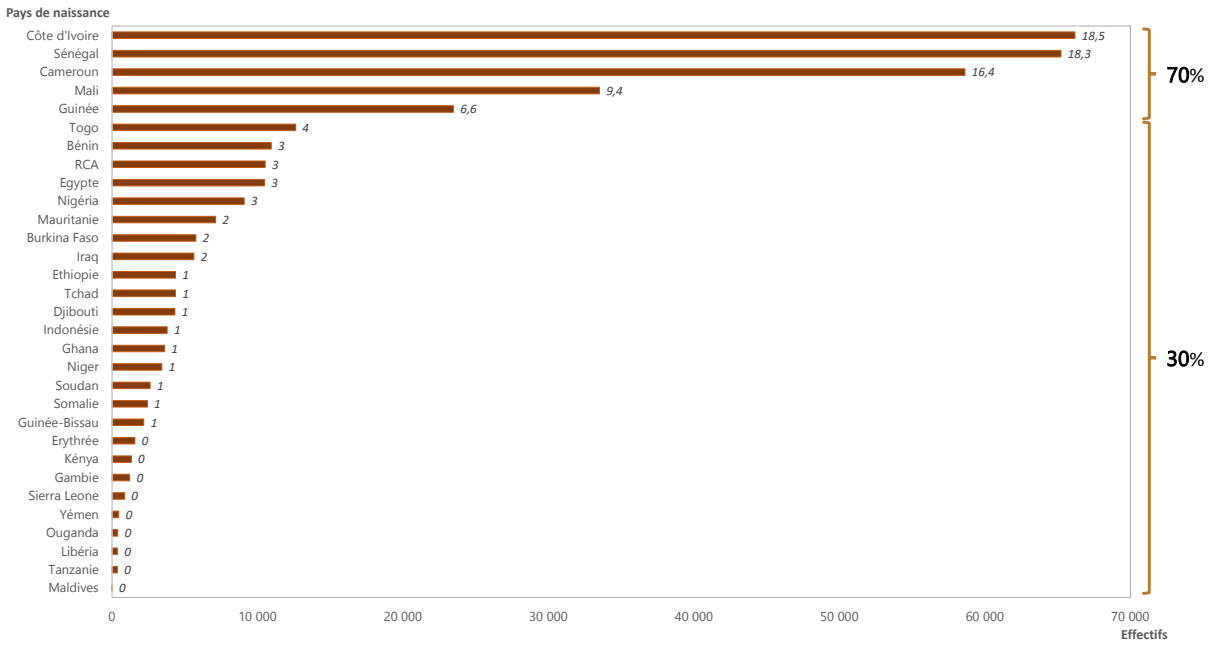
Sources : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP) et données de l'OFPRA 2019

[10] Les données ont été récupérées auprès du service statistique de l'OFPRA.
[11] Le département de résidence n'est disponible que pour les données du recensement.

La population de référence adulte est une population jeune : 70% d'entre elles sont âgées entre 18 et 50 ans (tableau 3). En outre, la grande majorité des femmes majeures est arrivée après l'âge de 15 ans (88%)[12]. Sachant que les MSF sont essentiellement pratiquées sur les fillettes avant l'âge de 15 ans (Andro et Lesclingand, 2016), les femmes adultes migrantes vivant en France encourent donc majoritairement les risques observés dans leurs pays d'origine.

Par ailleurs, la très grande majorité (près de 8 femmes sur 10) sont originaires de « pays à risque de MSF » d'Afrique francophone occidentale et centrale. 70% de la population de référence adulte est originaire de seulement cinq pays : Côte d'Ivoire (18,5%), Sénégal (18,3%), Cameroun (16,5%), Mali (9,4%) et Guinée (6,6%) (figure 1).

Figure 1. Répartition de la population de référence adulte selon le pays de naissance
(Effectifs et pourcentages)



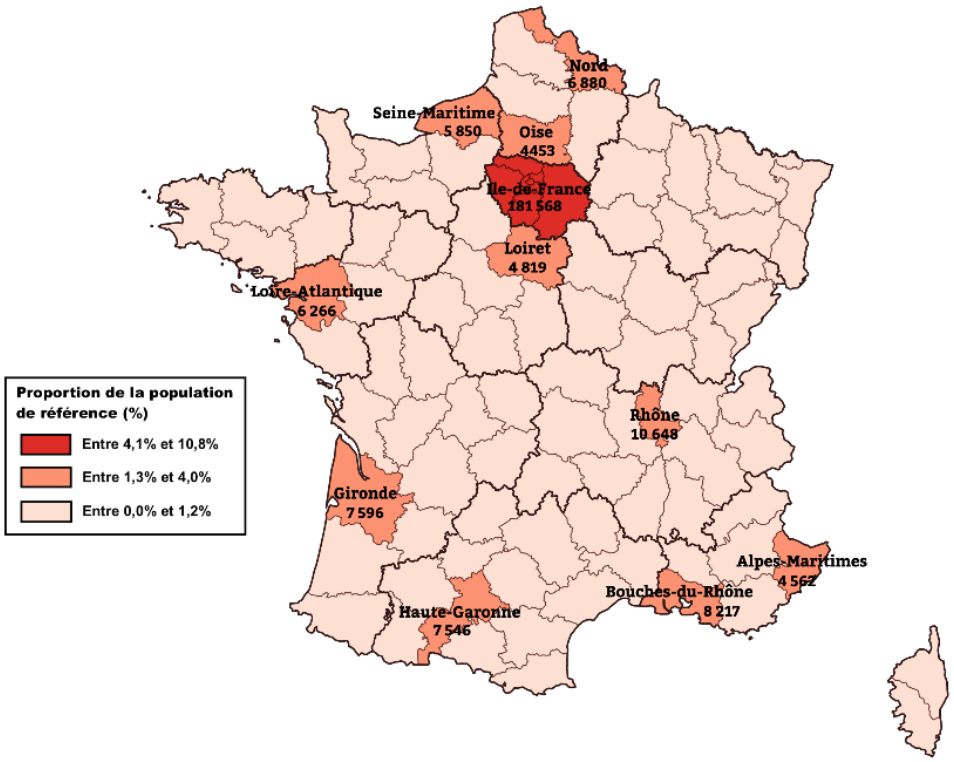
Note : Les chiffres en italiques indiquent le pourcentage ; les échelles des deux figures sont très différentes.
Lecture : 19% des femmes originaires d'un « pays à risque de MSF » sont nées en Côte d'Ivoire, ce qui représente un effectif d'environ 66 000 femmes.
Sources : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP) et données de l'OFPRA 2019

Enfin, la population féminine adulte née dans un « pays à risque de MSF » est très inégalement répartie sur le territoire métropolitain. Cette population est très fortement

[12] Parmi les 345 162 femmes adultes migrantes nées dans un pays à risque d'excision, 304 168 sont arrivées en France après l'âge de 15 ans (Données harmonisées des recensements de la population - 2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP)

concentrée en Ile-de-France où 1 femme concernée sur 2 y vit. Hors de l'Ile de France, dans quelques départements limitrophes on note une présence relativement plus importante (Loiret, Oise, Seine-Maritime). De même quelques départements situés à l'Ouest, au Sud-Est sont relativement plus concernés notamment autour de quelques grandes agglomérations (Nantes, Bordeaux, Toulouse, Lyon, Marseille et Nice) (carte 1).

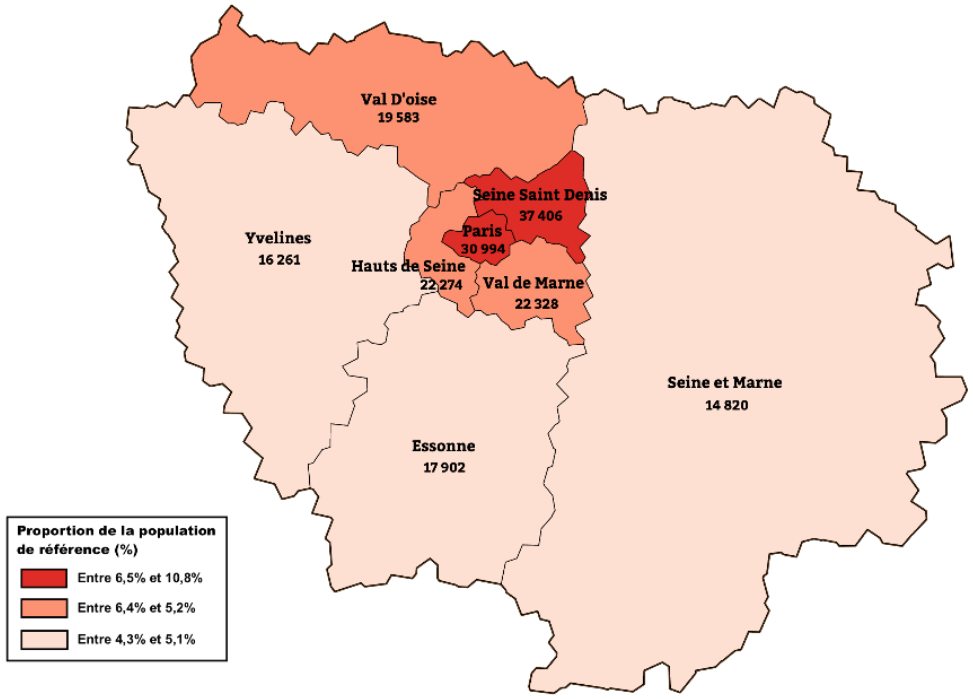
Carte 1. Répartition de la population de référence adulte sur le territoire métropolitain



Carte réalisée avec la solution de cartographie Magrit
Note : les effectifs sont indiqués pour les départements où le % de femmes nées dans un pays à risque de MSF dans l'ensemble de la population féminine née dans un pays à risque de MSF en France est supérieure à 1,3 % (ce qui correspond à un effectif d'environ 4 500).
Source : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP)

Parmi les huit départements franciliens, la Seine-Saint-Denis et Paris concentrent 40% de la population née dans un pays à risque et vivant en Ile-de-France, soit un effectif total de près de 70 000 femmes. Les trois autres départements franciliens accueillant une part importante de la population féminine née dans un pays à risque sont les Hauts de Seine et le Val de Marne (13,2 %, soit environ 22 00 femmes dans chaque département) et le Val d'Oise (10,8%, un peu moins de 20 000 femmes). Les trois autres départements (Yvelines, Essonne et Seine-et-Marne) se situent légèrement en-dessous avec des parts inférieures à 10 % correspondant à des effectifs de femmes autour de 15 000 (carte 2).

Carte 2. Répartition de la population de référence adulte en Ile-de-France



Carte réalisée avec la solution de cartographie Magrit
Note : Les différentes catégories de couleur (en dégradé) indiquent le pourcentage de la population féminine née dans un pays à risque de MSF dans l'ensemble de la population féminine née dans un pays à risque vivant en France. Pour chaque département francilien sont indiqués les effectifs de femmes concernées.
Source : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP).

b. Les prévalences des MSF observées dans les pays d'origine

Les données dans les pays d'origine proviennent de deux sources principales : les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes par grappes à indicateurs multiples pilotées par l'Unicef (MICS) (Andro et Lesclingand, 2016). Ces enquêtes nationales représentatives, comprenant un module spécifique sur les MSF, existent depuis le début des années 1990 et s'adressent aux femmes âgées entre 15 et 49 ans (Yoder, Abderrahim et Zhuzhuni, 2004).

Le module sur les MSF des questionnaires EDS est standardisé, avec quelques variantes selon les pays. Celui-ci est introduit par une question filtre sur la connaissance des MSF par la femme enquêtée puis se décompose en trois grandes séries de questions :

- La situation personnelle de l'enquêtée par rapport aux MSF ;

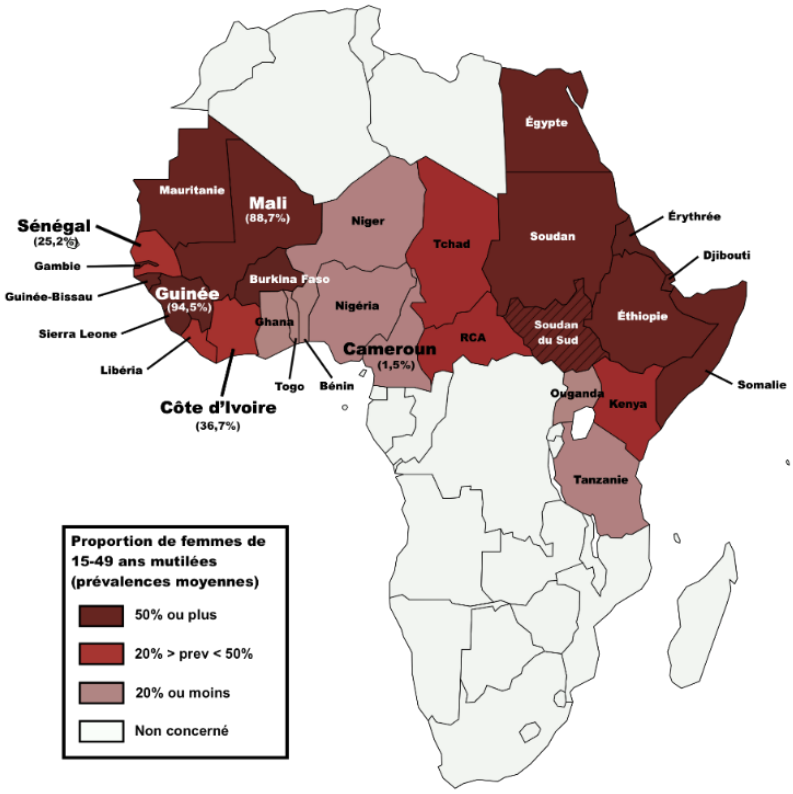
- La situation de la ou des filles (de moins de 15 ans) de la femme enquêtée ;

- Perceptions et opinions sur la pratique.

Ainsi, l'analyse de ces données permet, dans un premier temps, de fournir une mesure du phénomène en calculant les proportions de femmes ayant subi une MSF dans chaque pays. Parmi les 31 pays à risque, dans 14 d'entre eux (près de la moitié), les prévalences de MSF observées sont supérieures à 50% et dans 8 pays, plus de 8 femmes sur 10 ont subi une MSF : Somalie (99 %), Guinée (94 %), Djibouti (90 %), Mali (88 %), Egypte (87 %), Soudan (86 %), Erythrée (83 %) et Sierra Leone (83 %) (carte 3 ; annexe 1).

Carte 3. Des niveaux de prévalences contrastés entre pays

Proportion de femmes ayant subi une MSF par pays sur le continent africain (%)



Carte réalisée avec la solution de cartographie Magrit
Sources : Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) les plus récentes.

Les prévalences observées dans les cinq pays de naissance les plus représentés dans la population migrante vivant en France (Côte d'Ivoire, Sénégal, Cameroun, Mali et Guinée), illustrent cette variété des niveaux de prévalence : le Cameroun est un des pays où la pratique est très minoritaire (1,5%) tandis que le Sénégal et la Côte d'Ivoire sont à des niveaux moyens : respectivement 25,2% et 36,7%. Au Mali et en Guinée, la quasi-totalité des femmes sont concernées puisque les taux sont de 88,7% et 94,5% (carte 3, annexe 1).

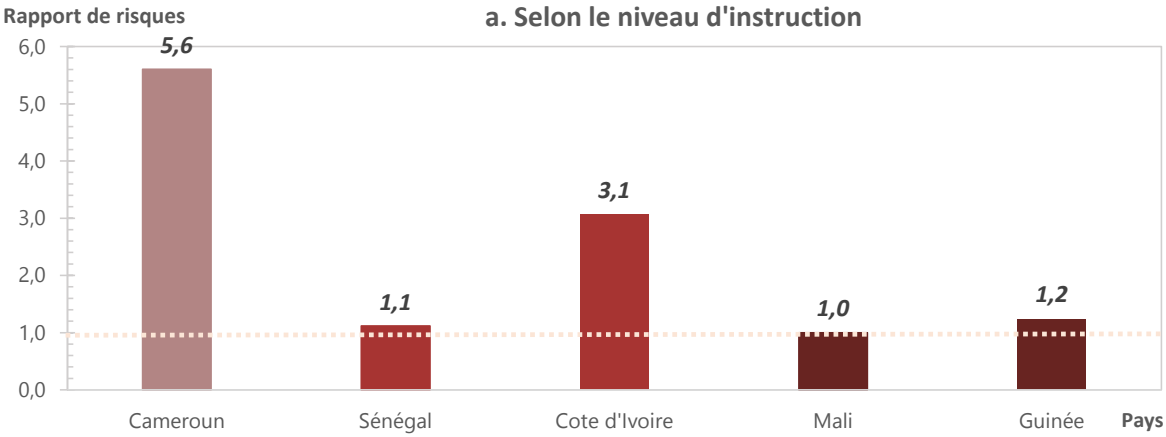
Les enquêtes EDS et MICS renseignent également plusieurs caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées et permettent de mettre en évidence, à l'intérieur de chaque pays, des facteurs de variation de la pratique. Si le principal facteur est l'origine ethnique des femmes, d'autres variables individuelles sont déterminantes comme le niveau d'instruction, le milieu de résidence, le niveau économique du ménage et l'âge (Andro et Lesclingand, 2016).

Dans les pays où la pratique n'est pas généralisée (prévalence inférieure à 80%), le niveau d'instruction a un effet positif sur le recul de la pratique des MSF : les femmes les plus instruites présentent des risques plus faibles que les femmes sans instruction : au Cameroun ou en Côte d'Ivoire, les femmes sans instruction ou avec au plus un niveau primaire ont respectivement 5,6 et 3,1 fois plus de risques d'avoir subi une MSF que les femmes avec un niveau d'instruction plus élevé (secondaire ou plus). Cependant, dans les pays où la pratique concerne plus de 8 femmes sur 10, comme au Mali ou en Guinée, le niveau d'instruction n'est pas un facteur de variation de la pratique (figure 2.a).

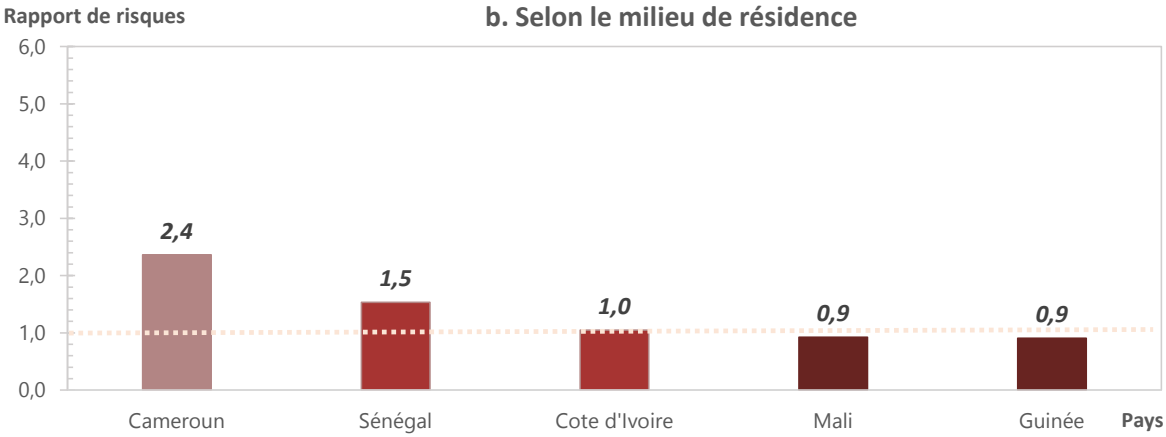
Généralement, les femmes résidant en milieu urbain ont des risques moins élevés d'avoir subi une MSF, du fait d'un brassage social et ethnique plus important dans les villes (Andro et Lesclingand, 2016). C'est ce qu'on observe d'ailleurs au Sénégal et au Cameroun où les femmes vivant en milieu rural ont entre 1,5 et 2,4 fois plus de risques d'avoir subi une MSF que les femmes résidant en milieu urbain. Cependant, dans les trois autres pays, les différences selon le milieu de résidence ne sont pas significatives (figure 2.b).

Même si le niveau d'aisance économique est lié à d'autres caractéristiques sociales, il reste un facteur clairement associé à la réduction des risques de MSF dans plusieurs pays (Andro et Lesclingand, 2016). En Côte d'Ivoire et au Cameroun par exemple, les femmes vivant dans un ménage « pauvre » (1er quintile de richesse) ont environ 2 fois plus de risque d'avoir subi une MSF que les femmes des ménages « riches » (5ème quintile de richesse) (figure 2.c).

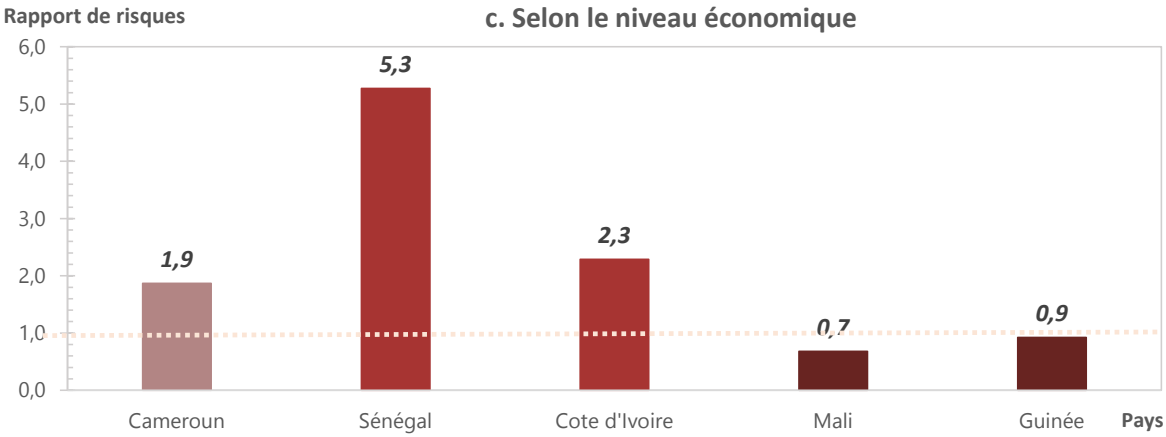
Figure 2. Rapports de risques selon différents indicateurs socio-économiques dans les cinq pays d'origine les plus représentés en France[13]



Lecture : En côte d'Ivoire, une femme sans instruction ou avec un niveau d'études primaire a environ 3 fois plus de risques d'avoir subi une MSF qu'une femme avec un niveau d'études secondaire ou supérieur.



Lecture : Au Sénégal, une femme vivant en milieu rural a 1,5 fois plus de risques d'avoir subi une MSF qu'une femme vivant en milieu urbain.



Lecture : Au Cameroun, une femme appartenant à un ménage « pauvre' » a 1,9 fois plus de risques d'avoir subi une MSF qu'une femme appartenant à un ménage « riche »[14].

Sources : Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) les plus récentes.

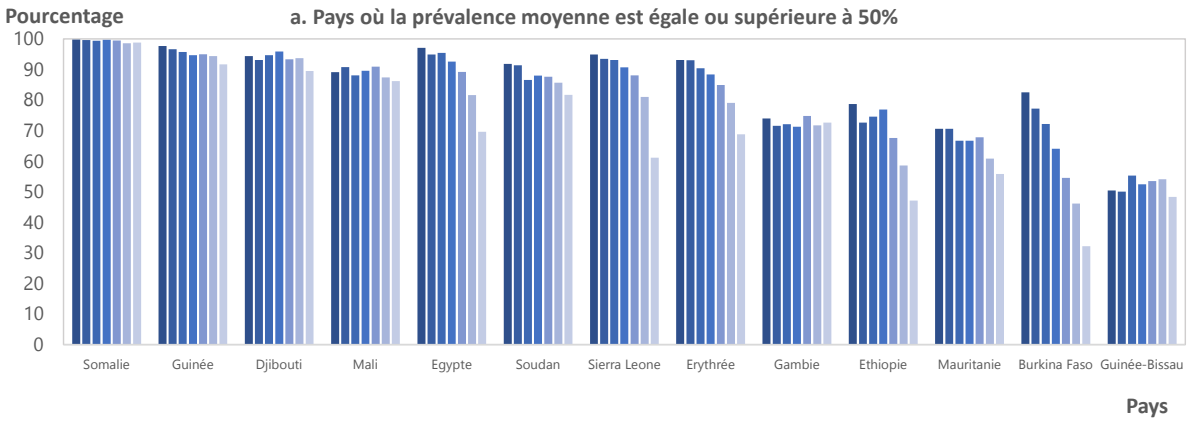
[13] Les rapports de risques pour la totalité de pays à risque se trouvent dans les annexes (annexe 2).

[14] Le niveau de richesse des ménages est mesuré à travers les quintiles de revenu. Un ménage « pauvre » correspond au quintile le plus bas et un ménage « riche » au quintile le plus élevé.

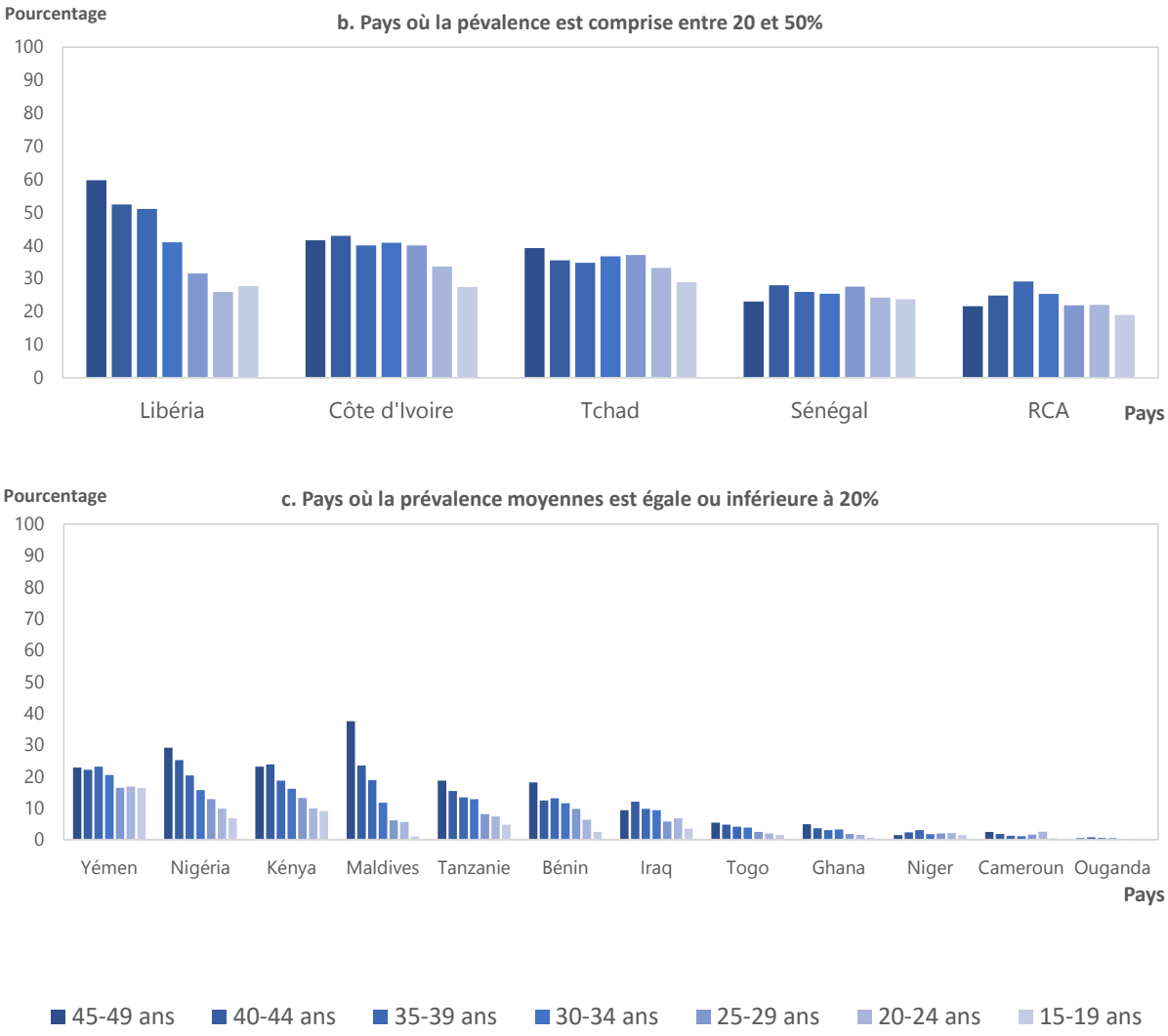
L'analyse de la variation des niveaux de prévalence par classes d'âges est l'une des mesures de l'évolution du phénomène au fil du temps[15]. Les figures 3 présentent, selon le niveau de prévalence observé dans le pays (inférieur à 20%, entre 20 et 50% et supérieur à 50%), les niveaux de prévalences différentiels selon les classes d'âges. Indépendamment du niveau de prévalence du pays, la tendance générale est à la baisse : ainsi, au sein des classes d'âges les plus jeunes (15-19 ans), les niveaux de prévalence sont généralement plus faibles que parmi les classes d'âges les plus âgées et on note même une évolution linéaire au fil des classes d'âges (figures 3).

Cependant, cette évolution n'est pas uniforme : dans les pays où la pratique concerne une majorité de femmes (plus de 80%, figure 3.a), cette baisse est moins forte que dans les pays où la pratique ne concerne qu'une minorité de femmes (moins de 20%, figure 3.c). Au Mali et au Guinée, par exemple, les taux de prévalence entre les différentes classes d'âge varient peu (figure 3.a). En revanche, Au Nigéria et aux Maldives, on observe une baisse du niveau de la pratique au fil de générations (figure 3.c).

Figure 3. Proportion de femmes ayant subi une MSF par classes d'âge selon le niveau de prévalence des MSF (%)



[15] L'autre méthode consiste à comparer les valences observées à plusieurs dates d'enquêtes puisque nous disposons aujourd'hui d'un recul temporel important (entre 20 et 30 ans), les premières enquêtes datant du début des années 1990.

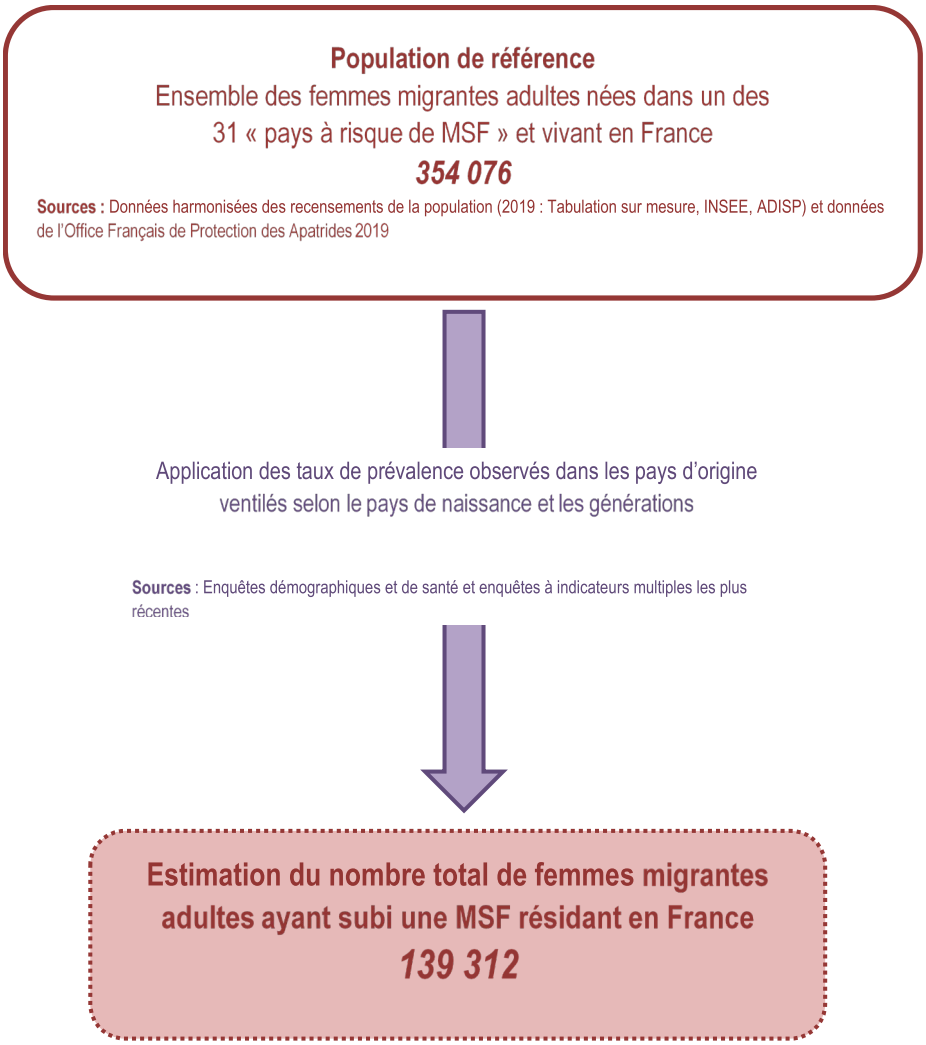


Sources : Enquêtes démographiques et de sante (EDS)) et Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) les plus récentes.

c. L'estimation de la population des femmes migrantes adultes

En appliquant les taux de prévalences des MSF observés dans les pays d'origine, ventilés par pays de naissance et par groupes de générations, on estime à **139 312** le nombre de femmes adultes ayant subi une MSF et vivant en France en 2019 (schéma 1).

Schéma 1. Estimation indirecte du nombre de femmes migrantes ayant subi une MSF et vivant en France en 2019



Si on compare l'estimation de 2019 avec la précédente estimation indirecte réalisée à partir des données du RP2014 (86 343[16]), on observe une augmentation relative de 61% (tableau 3). Cet accroissement de la population n'est pas lié à une intensification de la pratique ni dans les pays d'origine ni sur le territoire français. Elle s'explique tout d'abord par l'inclusion des femmes demandeuses d'asiles et identifiées *via* les données de l'OFPRA. Cependant, ce facteur est relativement minime car la part des femmes identifiées *via* l'OFPRA est finalement très faible (2,5% du total, tableau 1). En effet, l'augmentation de la population de femmes excisées vivant en France s'explique essentiellement par un changement dans la taille et dans la composition de la population de référence.

[16] L'estimation indirecte de 2014 incluait aussi les « secondes générations » (38 012), soit une estimation globale à environ 125 000 (124 355) (Lesclingand, Andro et Lombart, 2019).

Tableau 4. Comparaison des estimations 2014 et 2019

Catégorie de population	2014	2019	Taux de variation relative (%)
Femmes adultes nées dans un pays à risque et vivant en France	227 757	354 076	+ 55 %
Femmes adultes excisées et vivant en France (estimation indirecte)	86 343	139 312	+ 61 %

Sources : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP) et données de l'OFPRA 2019 ; Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) les plus récentes

D'une part, on observe une augmentation des effectifs de femmes migrantes originaires de pays à risque d'excision ces dernières années : comme on l'a vu précédemment (cf. II. L'identification de la population soumise au risque de MSF ou population de référence), on comptait en 2014 227 757 femmes nées dans un pays à risque et vivant en France contre 354 076 en 2019, soit une augmentation de 55 % en l'espace de 5 ans (tableau 4). L'augmentation de la population de référence entraîne automatiquement celle de la population de femmes ayant subi une MSF, sachant que les niveaux de prévalence observés dans les pays d'origine entre 2014 et 2019 n'ont pas beaucoup évolué[17]. Néanmoins, on observe que l'augmentation relative de la population de femmes ayant subi une MSF et vivant en France est supérieure de 6 points à celle de la population de référence (+61% contre +55%). Ce deuxième constat est lié à une modification de la composition de la population de référence entre les deux dates.

En effet, en analysant l'évolution des effectifs entre les deux dates par pays de naissance, on constate que les populations féminines migrantes originaires de plusieurs pays comme l'Erythrée, la Somalie, le Soudan, le Nigeria, le Yémen et l'Iraq ont significativement augmenté entre les deux dates puisque leurs effectifs entre les deux dates ont plus que doublé (tableau 5). Alors que le taux de variation relative pour l'ensemble des pays est de 55%, certaines sous-populations ont vu leurs effectifs tripler en l'espace de 5 ans (l'Erythrée et le Soudan) ou plus que doublé comme la Somalie (+ 161%). L'intensification de ces flux migratoires est liée à différentes situations, telles que des conflits armés ou des persécutions religieuses et ethniques. Or, dans ces trois pays les prévalences des MSF sont très élevées : 78% pour l'Erythrée et 96,7% pour la Somalie et 81% pour le Soudan (tableau 5).

[17] En outre, pour de nombreux pays, les enquêtes mobilisées sont les mêmes.

Tableau 5. Taux de variations relatives des effectifs de femmes nées dans un pays à risque de MSF entre 2014 et 2019 (sélection de pays[1])

Pays de naissance	Taux de variation relative (%)	Prévalence observée (%)
Iraq	111	7,4
Yémen	124	18,5
Nigeria	134	15,1
Somalie	161	99,4
Soudan	204	86,6
Erythrée	224	83,0
Ensemble des pays à risque	55	

[1] Pays pour lesquels les effectifs ont plus que doublé entre 2014 et 2019 (taux de variation relative supérieur à 100%)
Sources : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP) et données de l'OFPRA 2019 ; Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) les plus récentes

2. L'estimation de la population des mineures

a. La population de référence des mineures

Afin d'identifier la population de référence pour les filles mineures nous avons suivi la même démarche que pour les femmes majeures. L'identification s'est alors faite à partir de deux sources : les données annuelles du recensement de la population (2019) et les données récupérées auprès du service statistique de l'OFPRA (2019). Ces deux sources fournissaient le pays de naissance détaillé « parmi les 31 pays à risque ».

Tableau 6. Identification de la population de référence des mineures selon la source (effectifs et pourcentages)

Type de source	Effectifs	%
Recensement de la population	26 191	91,8
OFPRA	2 330	8,2
Mineures accompagnées	*2 264*	*97,1*
Mineures non accompagnées	*66*	*2,9*
Ensemble	28 521	100,0

Sources : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP) et données de l'OFPRA 2019

Ainsi, nous avons identifié 26 191 femmes mineures (0-17 ans) à partir du recensement et 2 330 à partir des données de l'OFPRA, soit un total de 28 521 mineures nées dans des « pays

à risque d'excision » qui résidaient en France métropolitaine en 2019, soit environ 0,5% de l'ensemble de la population féminine mineure[18] (tableau 6).

Parmi les mineures identifiées via l'OFPRA, la grande majorité (97,1%) sont des mineures accompagnées tandis que les mineures non accompagnées (MNA) sont très peu nombreuses (66 soit 2,9%, tableau 6), la population des MNA étant une population très majoritairement masculine (Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, 2022). En outre, cette disproportion entre mineures accompagnées et non accompagnées est un phénomène qui n'est pas exclusif à la France mais que l'on observe au niveau Européen (Dimitrova-Stull, 2015).

Tableau 7. Répartition de la population de référence des mineures par classes d'âges (effectifs et pourcentages)

Générations	Classes d'âges	Effectifs	Pourcentages
2011-2019	0-9 ans	7 798	29,8
2002-2010	10-17 ans	18 393	70,2
Ensemble 0-17 ans		**26 191**	**100,0**

Sources : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP) et données de l'OFPRA 2019

En distinguant la population des mineures en deux classes d'âges, les moins de 10 ans et les 10-17 ans, on observe que la majorité des mineures nées dans un pays à risque de MSF sont âgées de plus de 10 ans (70,2 %, tableau 7). De plus, la plupart (78 %) sont arrivées après l'âge de 10 ans[19]. Sachant qu'on observe une tendance au rajeunissement de la pratique dans les pays d'origine, la grande majorité des filles migrantes sont donc exposées au risque de MSF dans leur pays de naissance.

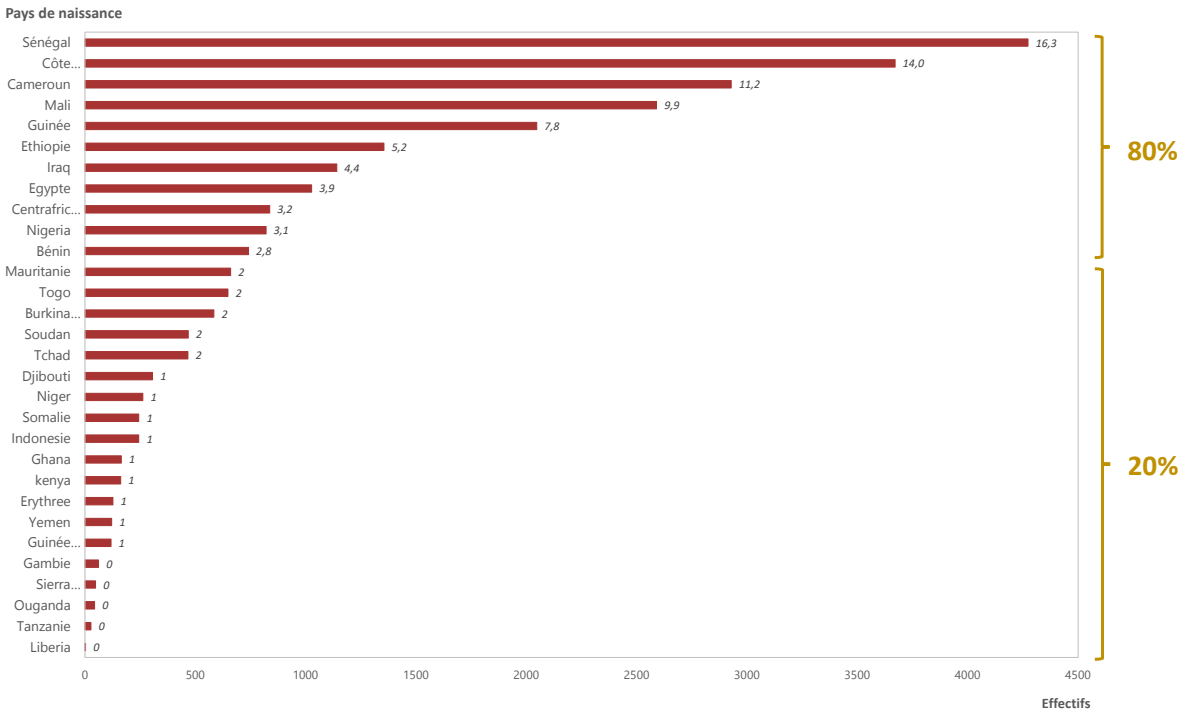
À l'instar des femmes majeures, 8 filles sur 10 sont nées dans un pays d'Afrique francophone, cependant la population de référence mineure est plus hétérogène relativement aux pays

[18] D'après les données du recensement, on compte 5,7 millions (5 673 961) de filles mineures (0-17 ans) résidant en France hexagonale en 2019 (Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP).

[19] Parmi les 26 191 filles mineures migrantes nées dans un pays à risque d'excision, 20 404 sont arrivées en France après l'âge de 10 ans (Données harmonisées des recensements de la population - 2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP)

d'origine puisque 80% de filles sont originaires de 11 pays différents[20] (tandis que 70% des femmes majeures étaient originaires de seulement 5 pays). Le Sénégal (16%), la Côte d'Ivoire (14%), le Cameroun (11%) et le Mali (10%) sont les plus importants avec 50% de la population qui y est née (figure 4).

Figure 4. Répartition de la population de référence selon le pays de naissance
(Effectifs et pourcentages)

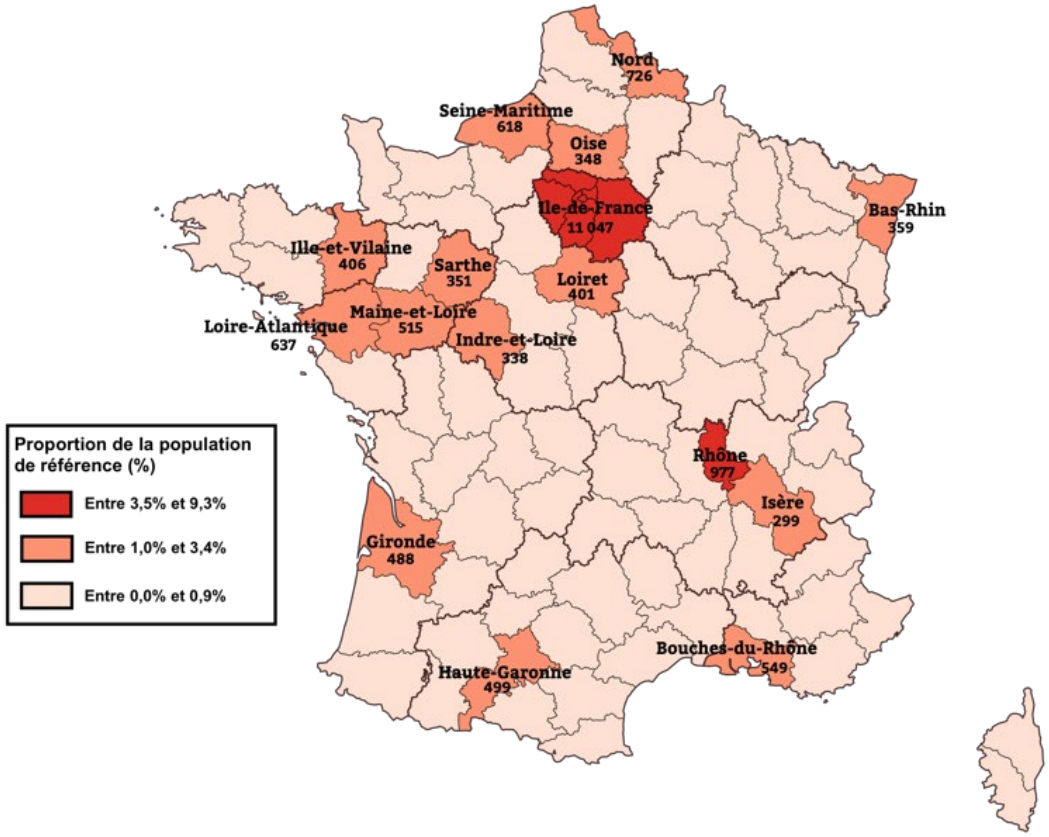


Note : Les chiffres en italiques indiquent le pourcentage.
Lecture : 16% des filles originaires d'un pays à risque d'excision sont nées au Sénégal.
Sources : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP) et données de l'OFPRA 2019

Par ailleurs, la répartition des filles mineures nées dans un « pays à risque » sur le territoire hexagonal est assez disparate puisque 70% de la population des mineures se répartit dans 23 départements tandis que 4 filles sur 10 habitent en Ile-de-France (carte 4). Hormis les 8 départements franciliens, le Rhône se démarque parmi ceux qui ont une très forte concentration de la population de référence avec 3,4% de filles qui y habitent (carte 4).

[20] 70% des femmes majeures étaient originaires de seulement cinq pays (cf. Principales caractéristiques de la population de référence)

Carte 4. Répartition de la population de référence mineure sur le territoire hexagonal



Carte réalisée avec la solution de cartographie Magrit
Sources : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP).

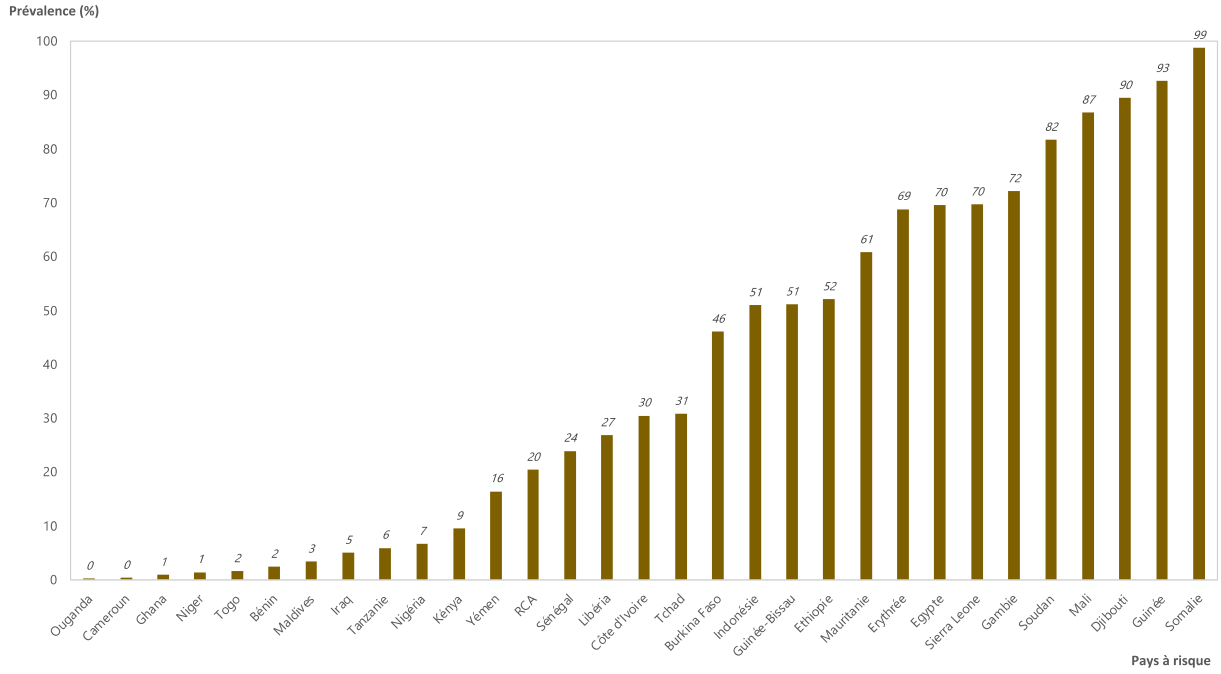
b. Les prévalences de MSF observées dans les pays d'origine

Pour évaluer les niveaux de prévalence de MSF des filles âgées entre 0 et 17 ans dans les pays d'origine, nous avons utilisé les mêmes sources que pour les femmes majeures : les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes par grappes à indicateurs multiples pilotées par l'Unicef (MICS). Une partie de ces enquêtes disposent d'un module de questions interrogeant les femmes enquêtées potentiellement mères de filles sur l'éventuelle mutilation de leur(s) fille(s)[21]. Cependant, les données recueillies sur les filles auprès de leur mère sous-estiment le niveau réel de la pratique pour deux principales raisons : tout d'abord, dans la grande majorité des « pays à risque », des lois condamnant ces pratiques ont été adoptées durant ces deux dernières décennies (Gillette-Faye, 2020) et il devient donc, beaucoup plus difficile, même dans le cadre d'enquêtes anonymes, de déclarer la mutilation

[21] Dans les 31 pays où au moins une enquête permet de documenter statistiquement le niveau de prévalence des femmes âgées de 15 à 49 ans, 23 disposent également d'un module sur les filles des femmes enquêtées.

de ses filles. En outre, une partie des filles (âgées de moins de 15 ans) qui n'ont pas été mutilées au moment de l'enquête, sont toujours exposées au risque de l'être plus tard (effet de césure). Il est donc préférable, d'approcher le niveau de la pratique des populations de mineures à travers le niveau de prévalence observé parmi la classe d'âge la plus jeune des femmes enquêtées, c'est-à-dire les 15-19 ans (De Schrijver et al., 2020 ; Dubourg et Richard, 2018 ; European Institute for Gender Equality, 2013).

Figure 5. Prévalence des MSF dans les pays d'origine (femmes 15-19 ans)



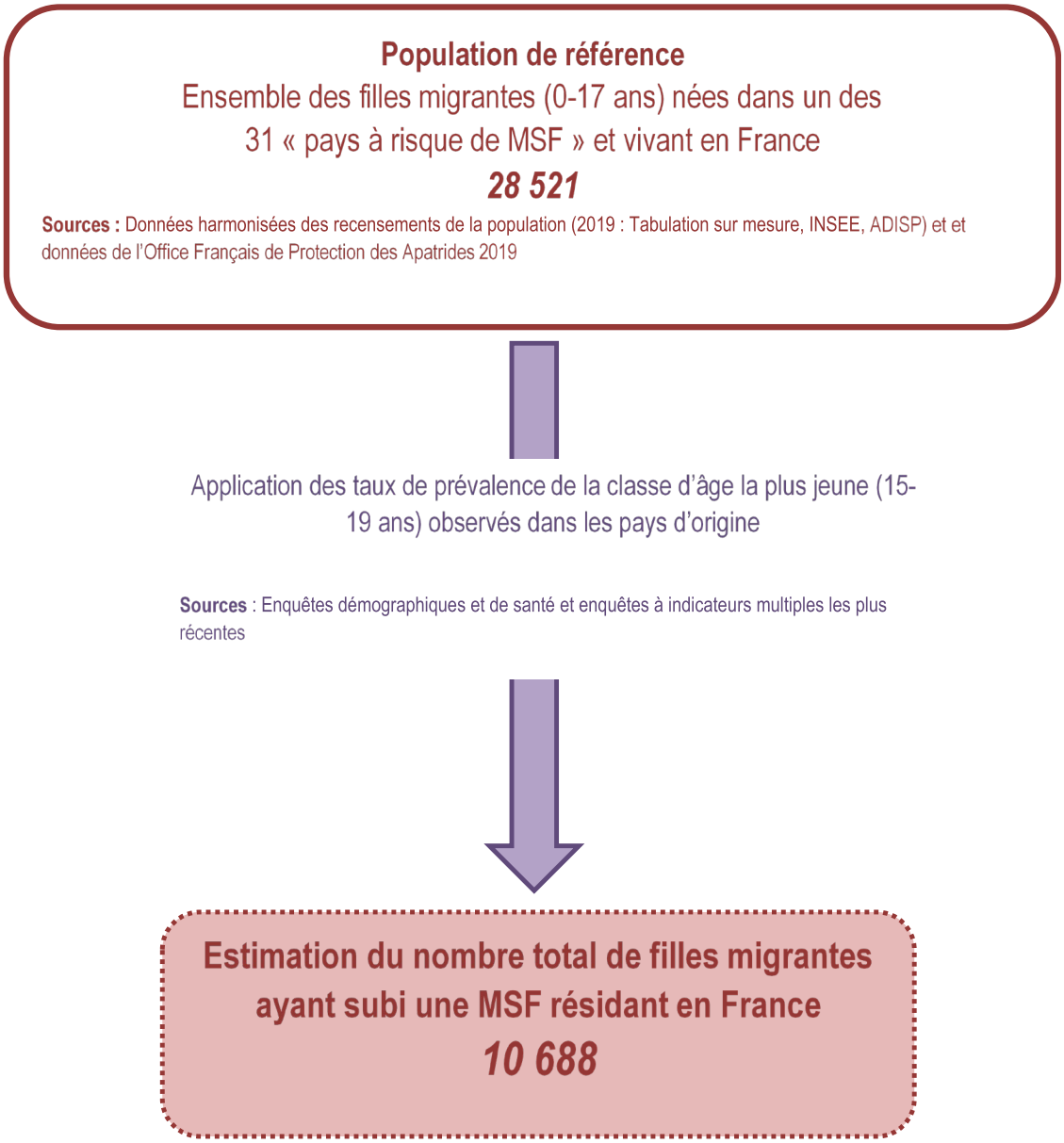
Sources : Enquêtes démographiques et de sante (EDS) et Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) les plus récentes.

La figure 5 présente les niveaux de prévalence observés dans la classe d'âges 15-19 ans dans les 31 pays à risque, par ordre croissant. Si le niveau de la pratique est globalement en baisse (cf. Les prévalences des MSF observées dans les pays d'origine), cette baisse n'est pas uniforme : dans les pays à forte prévalence, c'est-à dire, avec une prévalence de 50% ou plus, les niveaux de prévalence entre les différentes classes d'âges sont relativement stables. Ainsi, en Somalie, en Guinée, et à Djibouti, au Mali et au Soudan, les niveaux de prévalence des 15-19 ans restent très élevés (plus de 80%). En revanche, dans les pays avec une faible prévalence (20% ou moins), la pratique est en forte baisse. C'est notamment le cas du Nigéria et du Kenya, où moins de 10% des femmes âgées entre 15-19 ans déclarent avoir été mutilées (figure 5).

c. L'estimation de la population des filles migrantes

La méthode d'estimation des filles migrantes suit la même logique que celle des migrantes majeures en distinguant uniquement le pays de naissance. On estime ainsi à **10 688** le nombre de filles mineures ayant subi une MSF/E vivant en France en 2019 (schéma 2). Cette estimation doit être néanmoins interprétée avec prudence. En effet si la majorité des filles mineures nées dans un pays à risque de MSF sont arrivées en France après l'âge de 10 ans, un tiers d'entre elles sont arrivées avant l'âge de 10 ans et sont donc encore soumises à un risque de mutilation.

Schéma 2. Estimation indirecte du nombre de filles migrantes excisées vivant en France



III. Cartographie de la population de référence dans les territoires franciliens

Plus de la moitié (52,6%) de la population féminine adulte originaire d'un « pays à risque de MSF » vit en Ile-de-France (tableau 8). Le 2ème objectif du projet MSF-MAP vise donc à caractériser plus finement la population soumise au risque de MSF dans les huit territoires métropolitains les plus concernés que sont les huit départements franciliens : la Seine-Saint-Denis, Paris, le Val-de-Marne, les Hauts-de-Seine, le Val-d'Oise, l'Essonne, les Yvelines et la Seine-et-Marne (tableau 8).

Tableau 8. Répartition des femmes adultes migrantes nées dans un pays à risque de MSF dans les huit départements franciliens (effectifs et pourcentages)

Département	Effectifs	Pourcentages
Seine-Saint-Denis	37 406	20,6
Paris	30 994	17,1
Val-de-Marne	22 328	12,3
Hauts-de-Seine	22 274	12,3
Val-d'Oise	19 583	10,8
Essonne	17 902	9,9
Yvelines	16 261	9,0
Seine-et-Marne	14 820	8,2
Ile-de-France	**181 568**	**100,0**
France hexagonale	***345 162***	***52,6***

Source : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP).

Il s'agit donc d'approfondir la caractérisation socio-démographique des populations féminines soumises au risque de MSF et vivant dans ces territoires à partir des variables disponibles dans les données du recensement de la population : pays de naissance, âge, niveau d'instruction, statut d'activité, nombre d'enfants. Ces données sont analysées au niveau départemental et pour certaines, au niveau communal (ou de l'arrondissement pour Paris). Ces profils socio-démographiques ou « Portraits de territoires », présentés sous forme d'infographies (une par département) constituent un outil pour mieux cibler les actions en termes de prévention et de prise en charge des femmes concernées par les MSF dans ces huit territoires et sont destinés à tous les actrices et acteurs mobilisé·es sur ces questions dans les champs associatif, sanitaire, social et politique.

Dans un premier temps, nous expliciterons les indicateurs que nous avons retenus pour réaliser les infographies en illustrant notre démarche à partir d'un département, celui de la

Seine-Saint-Denis. Dans un deuxième temps, nous présenterons une synthèse globale des analyses afin de mettre en évidence à la fois des éléments communs aux huit départements mais aussi certaines spécificités départementales.

1. La démarche générale des infographies

Les huit « portraits de territoire » constituent une collection de huit infographies (une pour chaque département francilien) qui répondent à plusieurs contraintes : construire des indicateurs synthétiques pertinents pour les acteur·ices de terrain ; présenter ces analyses statistiques sous une forme accessible à un public de non-spécialistes. Les huit infographies sont présentées en annexes.

a. Le choix de l'infographie numérique

Le format de l'infographie a été retenu car il constitue le format idoine dans le cadre de la diffusion scientifique à un public non-expert (Dunlap et Lowenthal, 2016). Ce format simplifie et résume de manière visuelle les résultats obtenus lors du traitement et de l'analyse de données. Dès lors, cela permet une lecture rapide qui transmet les points les plus importants en une seule page. En outre, à la différence d'un rapport de recherche, ce format permet aux lecteurs et lectrices de repérer facilement et rapidement les informations qui pourraient être utiles pour leurs actions sur le terrain. Enfin, pour faciliter sa diffusion et dans une démarche éco-responsable, c'est le format numérique qui a été choisi plutôt qu'un support papier.

b. Les variables retenues

Les indicateurs synthétiques retenus sont tout d'abord conditionnés à la disponibilité des données du recensement de la population et ces indicateurs concernent donc les variables socio-démographiques présentes dans le recensement : le pays de naissance, l'âge, le niveau d'étude, le statut d'activité et le nombre d'enfants. En outre, afin de mettre en évidence d'éventuelles spécificités socio-démographiques de la population à risque de MSF, nous avons comparé, pour chaque indicateur, la population cible (femmes migrantes nées dans un pays à risque de MSF) avec deux autres populations féminines : la population migrante née dans un pays non à risque de MSF et la population née en France (non-migrante).

c. Les limites

Si les données du recensement permettent de réaliser des analyses à un niveau géographique fin, comme celui de la commune ou de l'arrondissement, les données sont

soumises aux principes de diffusion des recensements annuels de l'Insee qui reposent sur l'arrêté du 19 juillet relatif à la diffusion des résultats du recensement de la population. Cela concerne notamment les variables sensibles (article 8) dont le pays de naissance et le niveau géographique à partir duquel elles peuvent être diffusées. Ainsi, pour certains indicateurs exploités à l'échelle de la commune ou de l'arrondissement, il a été nécessaire de regrouper les pays de naissance car la conservation du pays de naissance détaillé engendrait un taux de secret statistique beaucoup trop élevé. En outre, les données récupérées à l'échelle de la commune, sont filtrées et aucune donnée n'est diffusée pour les communes de moins de 5 000 habitant·es (Arrêté du 19 juillet 2007 relatif à la diffusion des résultats du recensement de la population : article 8). Pour quatre départements dont les densités de population sont les plus élevées, les taux de données manquantes sont très faibles : 0% à Paris, moins de 3% en Seine-Saint-Denis et dans les Hauts-de-Seine et 10% dans le Val-de-Marne. En revanche, dans les quatre autres départements franciliens où la densité de population est plus faible et les territoires aussi plus vastes avec un bien plus grand nombre de communes, les pourcentages de données manquantes sont très élevés (entre 66% et 87%) (tableau 9).

Tableau 9. Taux de communes manquantes par département (pourcentages)

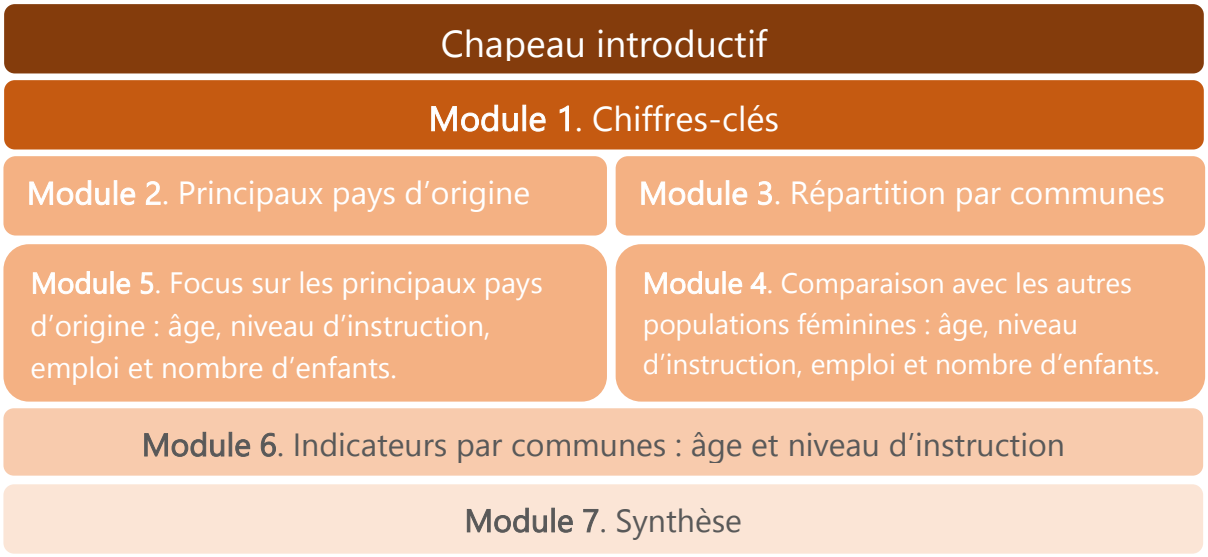
Département	Pourcentages
Paris	0,0
Seine-Saint-Denis	2,5
Hauts-de-Seine	2,8
Val-de-Marne	10,6
Essonne	66,5
Val-d'Oise	69,6
Yvelines	73,0
Seine-et-Marne	87,0

Source : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP).

Nous allons maintenant expliciter les différents modules présents dans chaque infographie en illustrant nos propos à partir de l'exemple de l'infographie de la Seine-Saint-Denis (schéma 3).

2. Les différents modules des infographies

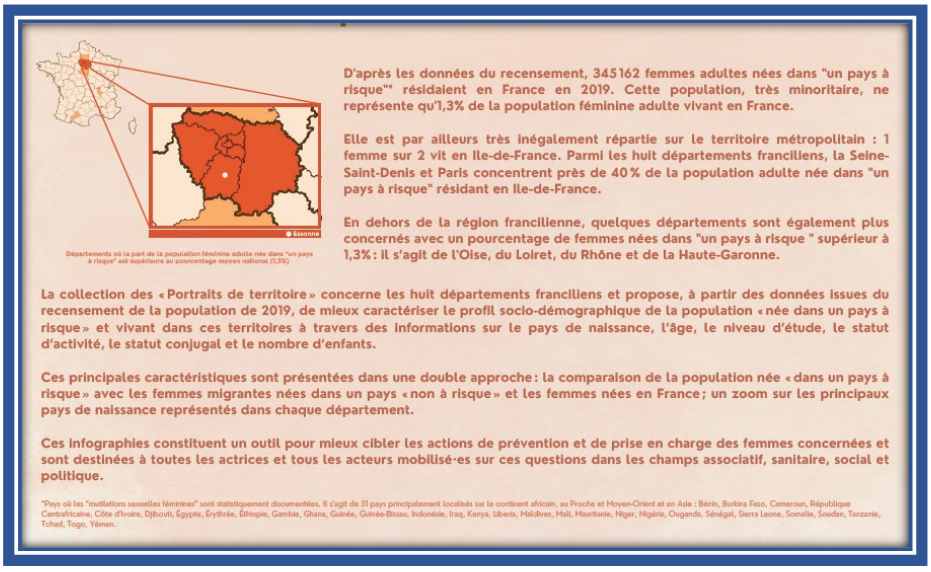
Schéma 3. Les différents modules des infographies



a. Le chapeau introductif

Un chapeau introductif général débute chaque infographie en fournissant d'une part des éléments d'information sur la population à risque de MSF sur l'ensemble du territoire national : nombre total de femmes concernées, part au sein de la population féminine, répartition sur l'hexagone ; et d'autre part en explicitant l'objectif et la démarche de ces « portraits de territoires ». Ce chapeau introductif est commun aux huit infographies et est illustré par deux cartes : celle de la France hexagonale et celle de l'Ile de France en marquant d'un point le département francilien concerné. Nous avons aussi inclus une légende qui donne la définition du « pays à risque » ainsi que la liste détaillée des 31 pays concernés (encadré 1).

Encadré 1. Le chapeau introductif illustré commun aux huit infographies



b. Chiffres clés de la population « à risque » dans le département

Chaque infographie est introduite par deux données chiffrées qui décrivent la population « à risque de MSF » en valeurs relatives et absolues qui constitue le module 1(schéma 3). Il s'agit d'une part de la part de la population féminine adulte « à risque de MSF » parmi l'ensemble de la population féminine adulte du département ; d'autre part de l'effectif correspondant.

Encadré 2. Les chiffres-clés de la Seine-Saint-Denis

Comme cela est rappelé dans le chapeau introductif, en France, la part de la population « à risque de MSF » parmi l'ensemble de la population féminine est de 1,3 %. Or, dans les huit départements franciliens, ce pourcentage est supérieur à 1,3 (cf. figure 6, p. 37) et il permet d'apprécier la présence plus ou moins forte de la population à risque au sein de chaque département. En Seine-Saint-Denis, la population à risque représente 5,8% de la population féminine adulte du département, pourcentage le plus élevé en Ile-de-France (encadré 2).

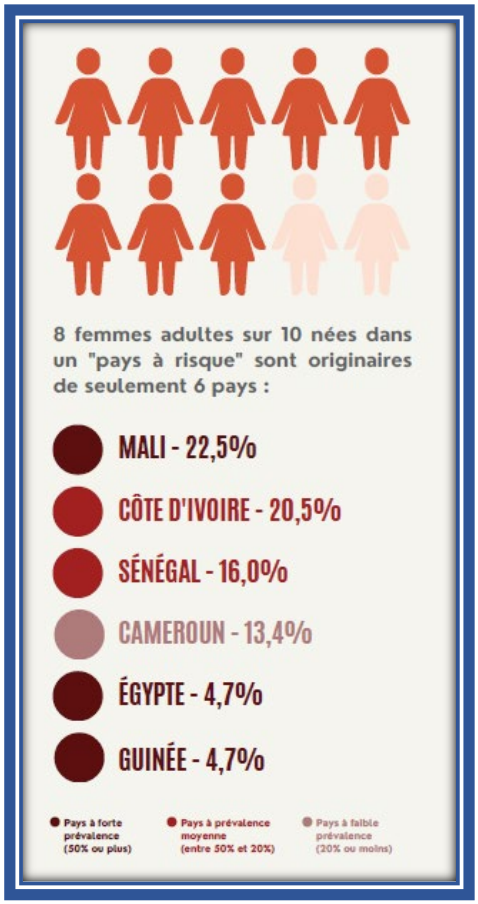
c. Les principaux pays d'origine de la population à risque de MSF.

Le module 2 présente les principaux pays de naissance des femmes nées dans un pays à risque de MSF en affichant plus précisément les pays de naissances des 80% de la population à risque. Selon les départements, ces principaux pays sont au nombre de 6 ou 7. Les pays sont différenciés par une couleur qui varie selon le niveau de prévalence observé : forte prévalence (plus de 50%) / prévalence moyenne (entre 20 et 50%) / faible prévalence (moins de 20%). On indique également à côté de chaque pays le % de femmes adultes migrantes qui y sont nées et les pays apparaissent par ordre décroissant : du pays le plus représenté au pays le moins représenté.

En Seine-Saint-Denis, 80% des femmes adultes nées dans un pays à risque de MSF sont originaires de six pays seulement : le Mali, pays à forte prévalence et dont 22,5% des femmes à risque sont originaires ; le Sénégal, pays à prévalence moyenne et dont 20,5% des femmes à risque sont originaires ; le Cameroun, pays à faible prévalence et dont 13,4% des femmes à

risque sont originaires. Viennent ensuite l'Egypte et la Guinée, deux pays à forte prévalence et dont moins de 5% des femmes à risque sont originaires (encadré 3).

Encadré 3. Les principaux pays d'origine représentés en Seine-Saint-Denis



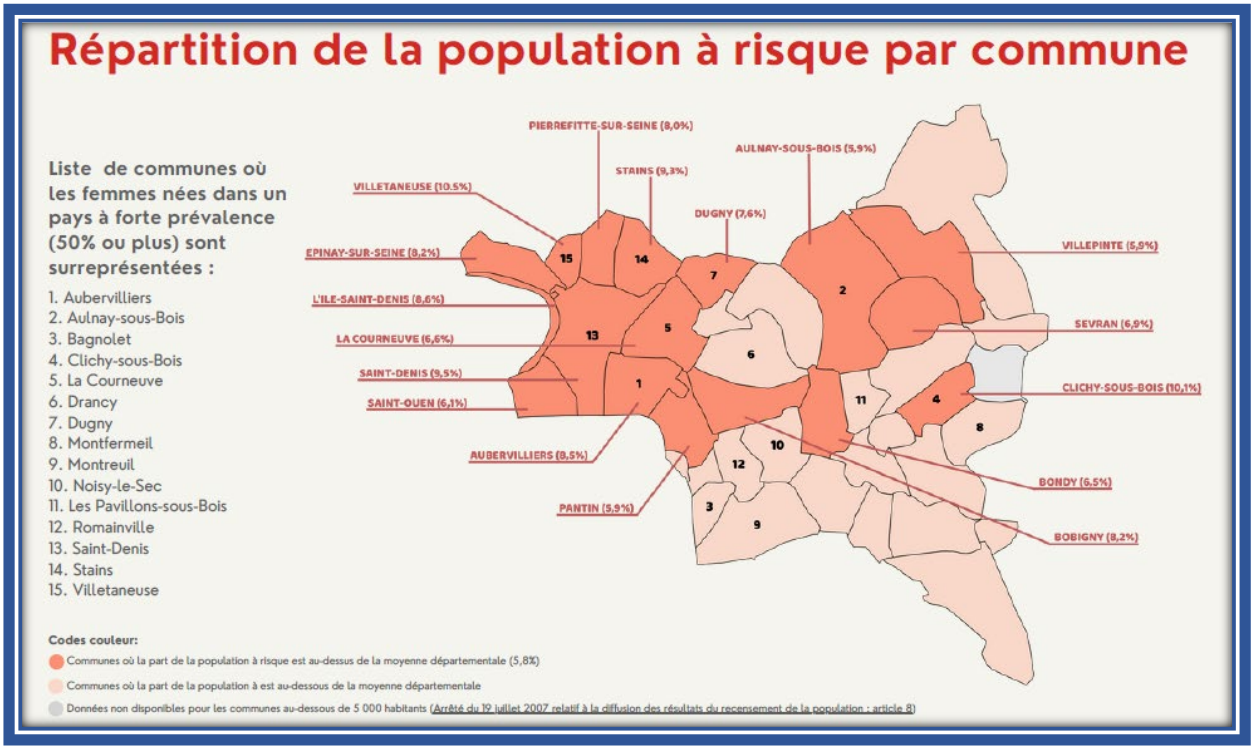
d. La répartition de la population « à risque de MSF » dans le département

Dans ce troisième module, on se focalise sur la répartition des femmes nées dans un « pays à risque » par commune à travers une représentation cartographique. Dans les communes pour lesquelles on dispose des données, on indique la présence de femmes originaires d'un pays à risque de MSF en différenciant par une couleur les communes où la part de la population féminine originaire d'un « pays à risque » est supérieure à la moyenne départementale (colorées en orange foncé avec indication de leur nom et du % correspondant) des communes où cette part est inférieure à la moyenne départementale (colorées en orange clair). D'autre part, on indique également (par un numéro) les communes dans lesquelles le % de femmes

nées dans un pays à forte prévalence[22] est supérieure à la moyenne départementale. Les noms de ces communes figurent alors sous forme d'une liste avec les numéros correspondants.

Cette illustration permet de cibler les communes qui sont les plus concernées mais également d'avoir des éléments sur la composition de cette population, autant d'éléments qui peuvent ensuite être prise en compte dans l'aide et l'accueil de femmes à risque dans des structures du milieu associatif ainsi que des structures de santé mais également dans le cadre d'actions à mettre en œuvre plus spécifiquement dans certaines communes. Conformément à l'article 8 de l'arrêté du 19 juillet 2007, les données que nous avons reçues de l'ADISP ne concernent que les communes de plus de 5 000 habitants (tableau 8). Les communes pour lesquelles les données sont manquantes sont donc grisées avec une légende le précisant (encadré 4).

Encadré 4. La répartition de la population à risque de MSF dans les communes de Seine-Saint-Denis



[22] Ce sont les « pays à risque » dans lesquels plus de 50% de la population féminine âgée de 15 ans ou plus a subi une forme de MSF.

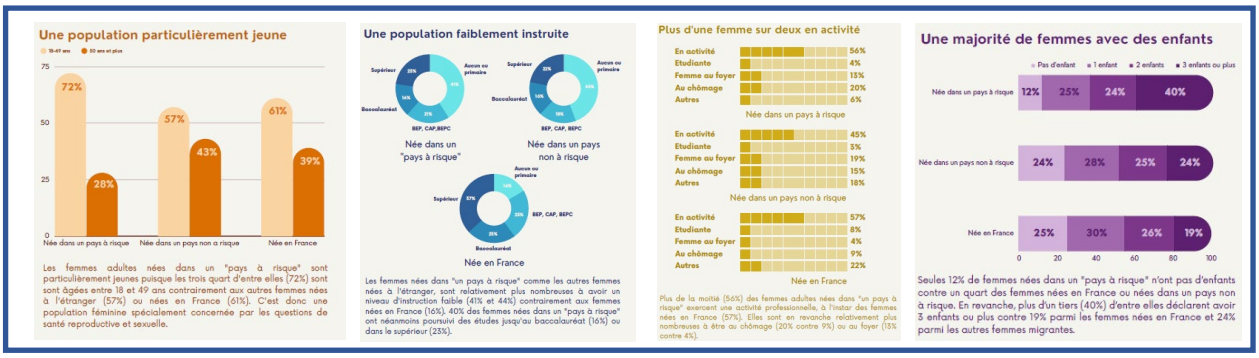
e. Les principales caractéristiques sociodémographiques de la population féminine du département

Les modules 4 et 5 présentent les principales caractéristiques socio-démographiques de la population de référence selon deux approches : le module 4 s'attache à comparer la population de référence avec deux autres populations féminines : les autres femmes migrantes nées dans un pays non à risque de MSF et les femmes non migrantes nées en France tandis que le module 5 qui se décline sur la partie gauche de l'infographie constitue un focus sur les principaux pays de naissance représentés dans chaque département et qui avaient été présentés dans le module 2 (cf. c. Les principaux pays d'origine de la population à risque de MSF).

La première caractéristique est celle de l'âge en distinguant les femmes de 18-49 ans des femmes âgées de 50 ans et plus. Cette catégorisation aide à identifier les femmes qui sont particulièrement concernées par les questions de santé reproductive et sexuelle (encadré 5).

La deuxième caractéristique est le niveau d'instruction catégorisé en quatre modalités différentes : aucune instruction ou niveau primaire / BEP, CAP, BEPC / Baccalauréat / Supérieur. Cette variable, comme on l'a vu, constitue un des facteurs de risque de la pratique dans les pays d'origine et les femmes les moins instruites présentent souvent des risques plus élevés d'avoir subi une MSF (figure 2).

Encadré 5. Comparaison des principales caractéristiques socio-démographiques des femmes nées dans un « pays à risque » avec d'autres populations féminines



La troisième caractéristique est le statut d'activité qui distingue cinq statuts différents : en activité / en études / au foyer / au chômage / autres[23]. Cette variable peut permettre d'approcher partiellement l'intégration sociale des populations migrantes au sein du marché du travail.

[23] Cette catégorie recouvre les retraitées et les femmes inactives qui reçoivent le Revenu de Solidarité Active (RSA).

La quatrième caractéristique est celle du nombre d'enfants qui distingue quatre catégories différentes : sans enfant, 1 enfant, 2 enfants, 3 enfants ou plus. Cette variable est également importante pour cibler les établissements où les femmes concernées par les MSF peuvent être plus particulièrement prises en charge.

Pour chaque caractéristique citée, on compare les éventuelles spécificités de la population à risque par rapport aux autres femmes nées à l'étranger mais dans un pays non à risque de MSF et par rapport aux femmes nées en France. Chaque illustration est accompagnée d'un texte qui rend compte des principales informations à retenir et qui facilite la compréhension et la lecture des données présentées.

f. Le focus sur les caractéristiques sociodémographiques des pays les plus représentés

Dans le module 2, nous présentons les pays de naissance des 80% de la population à risque du département. Le module 5 qui se décline sur toute la partie gauche de l'infographie, en-dessous du module 2, reprend les quatre caractéristiques socio-démographiques présentées dans le module 4 précédent mais en distinguant les 6 ou 7 principaux pays de naissance et en retenant, pour chaque caractéristique, la modalité la plus fréquente observée pour la population à risque.

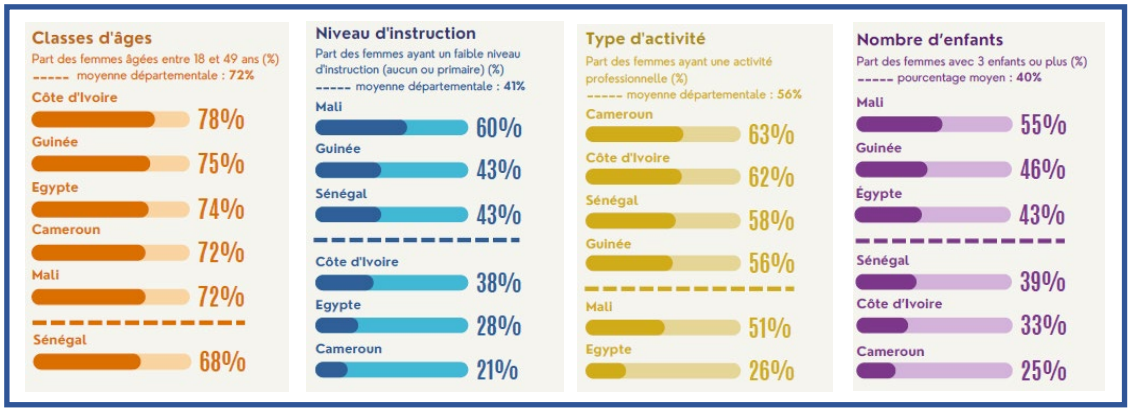
Relativement à la structure par âges, au sein de la population à risque, c'est la classe d'âge 18-49 ans qui est majoritaire. En Seine-Saint-Denis, 72% de la population à risque est âgée entre 18 et 49 ans. Selon les pays de naissance, on observe néanmoins quelques différences avec plusieurs pays dont la part de la population âgée de 18-49 ans est supérieure à cette moyenne départementale de 72% : il s'agit de femmes nées en Côte d'Ivoire, en Guinée, en Egypte, au Cameroun ou au Mali contrairement aux femmes nées au Sénégal qui ont une structure par âge relativement plus âgée. Dans le module 5, les principaux pays apparaissent classés, par ordre décroissant, de haut en bas avec un trait en pointillé qui symbolise la moyenne départementale. Cette représentation permet d'identifier les populations qui se situent au-dessus de la moyenne (au-dessus du trait en pointillé) des populations qui se situent en-dessous de la moyenne (encadré 6).

Relativement au niveau d'instruction, la modalité la plus fréquente au sein de la population à risque de Seine-Saint-Denis est la modalité « aucune instruction ou niveau primaire » qui

concerne 41 % des femmes nées dans un pays à risque. Cependant, ce pourcentage est très contrasté selon le pays d'origine : 60% des femmes nées au Mali ont au plus un niveau d'instruction primaire alors que ce pourcentage n'est que de 21% pour les femmes nées au Cameroun (encadré 6).

Relativement au statut d'activité et au nombre d'enfants, ce sont les modalités respectives « En activité » et « 3 enfants et plus » qui ont été retenues. Et pour ces deux indicateurs, des différences apparaissent également selon le pays d'origine.

Encadré 6. Images du module 5 pour l'infographie de la Seine-Saint-Denis

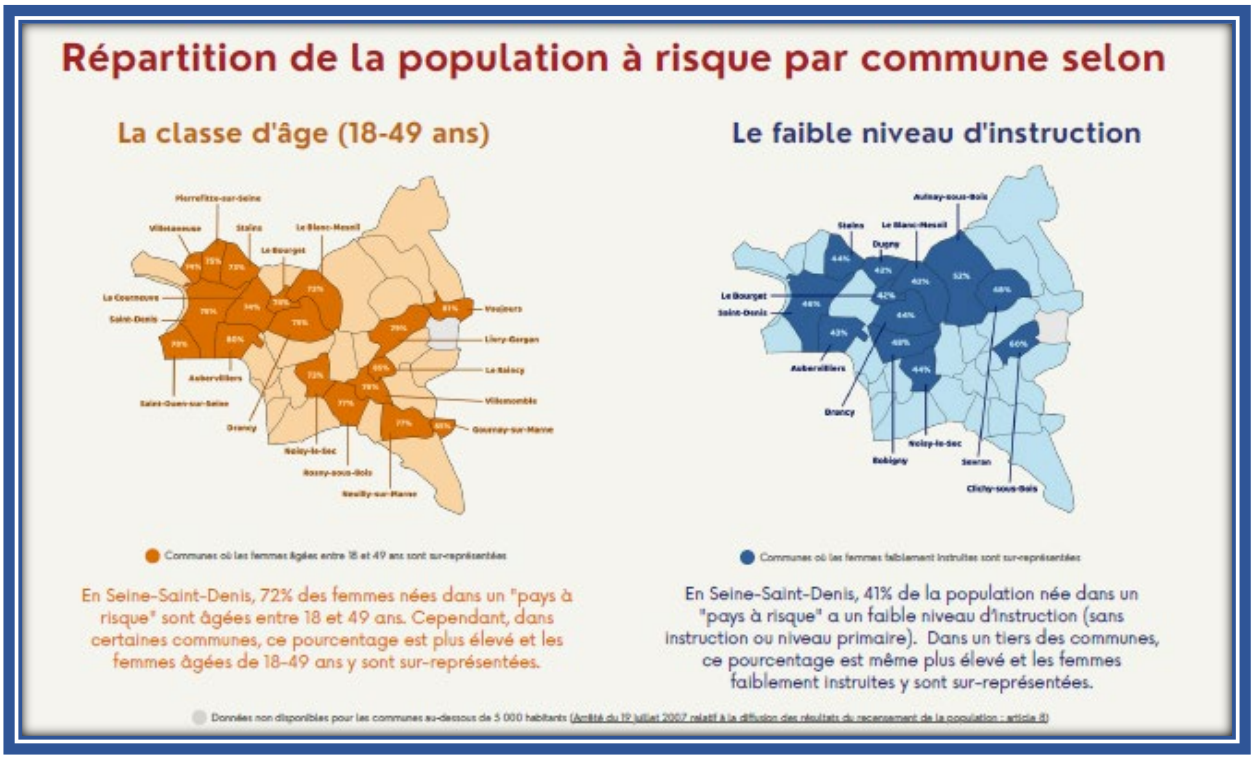


g. Répartition de la population à risque dans le département par niveau d'études et par classe d'âge

L'avant-dernier module (module 6) présente la répartition par commune (ou arrondissements pour Paris) de deux indicateurs qui caractérisent la population à risque relativement aux autres populations féminines, à savoir sa structure par âge jeune et son niveau d'instruction globalement plus faible.

La carte présentée dans l'espace de gauche fait apparaître (en orange foncé) les communes du département où la part des femmes nées dans un « pays à risque de MSF » et âgées de 18-49 ans est supérieure à la moyenne départementale et figurent également leur nom. En Seine-Saint-Denis, par exemple, le pourcentage moyen de femmes âgées entre 18 et 49 ans est de 72% (encadré 5). Sur la carte, toutes les communes où la part de femmes dans cette classe d'âge est supérieure à 72% sont coloriées en orange foncé avec leur nom (encadré 7).

Encadré 7. Cartes du module 6 de l'infographie de la Seine-Saint-Denis



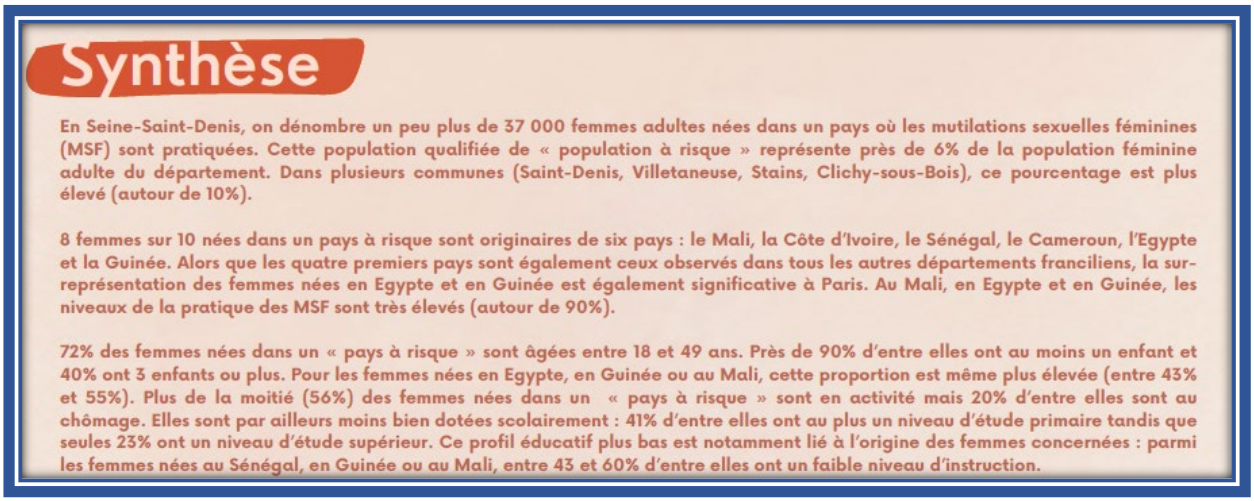
Relativement au niveau d'instruction, nous avons marqué en bleu foncé les communes où les femmes avec un faible niveau d'instruction[24] sont surreprésentées par rapport à la moyenne départementale. Ainsi, en Seine-Saint-Denis, 41% de la population à risque du département a un faible niveau d'instruction mais dans un tiers des communes, ce pourcentage est encore plus élevé et les femmes faiblement instruites y sont sur-représentées. Comme pour le module 3, la diffusion des données n'est pas exhaustive et dans quatre départements, le pourcentage de données manquantes au niveau communal dépasse les 50% (tableau 9).

h. Le module 7 « Synthèse »

Le module 7 constitue une synthèse des principaux résultats mis en évidence à travers les différents modules précédents. Le texte met en évidence à la fois les points communs avec les autres départements franciliens tout en pointant un certain nombre de spécificités propre au territoire étudié. Ce module, contrairement au chapeau introductif, est propre à chaque département.

[24] Ce sont les femmes qui déclarent ne pas avoir aucune instruction ou sont allées jusqu'à l'école primaire.

Encadré 8. La synthèse de l'infographie de Seine-Saint-Denis



Synthèse

En Seine-Saint-Denis, on dénombre un peu plus de 37 000 femmes adultes nées dans un pays où les mutilations sexuelles féminines (MSF) sont pratiquées. Cette population qualifiée de « population à risque » représente près de 6% de la population féminine adulte du département. Dans plusieurs communes (Saint-Denis, Villetaneuse, Stains, Clichy-sous-Bois), ce pourcentage est plus élevé (autour de 10%).

8 femmes sur 10 nées dans un pays à risque sont originaires de six pays : le Mali, la Côte d'Ivoire, le Sénégal, le Cameroun, l'Egypte et la Guinée. Alors que les quatre premiers pays sont également ceux observés dans tous les autres départements franciliens, la sur-représentation des femmes nées en Egypte et en Guinée est également significative à Paris. Au Mali, en Egypte et en Guinée, les niveaux de la pratique des MSF sont très élevés (autour de 90%).

72% des femmes nées dans un « pays à risque » sont âgées entre 18 et 49 ans. Près de 90% d'entre elles ont au moins un enfant et 40% ont 3 enfants ou plus. Pour les femmes nées en Egypte, en Guinée ou au Mali, cette proportion est même plus élevée (entre 43% et 55%). Plus de la moitié (56%) des femmes nées dans un « pays à risque » sont en activité mais 20% d'entre elles sont au chômage. Elles sont par ailleurs moins bien dotées scolairement : 41% d'entre elles ont au plus un niveau d'étude primaire tandis que seules 23% ont un niveau d'étude supérieur. Ce profil éducatif plus bas est notamment lié à l'origine des femmes concernées : parmi les femmes nées au Sénégal, en Guinée ou au Mali, entre 43 et 60% d'entre elles ont un faible niveau d'instruction.

3. Synthèse des résultats

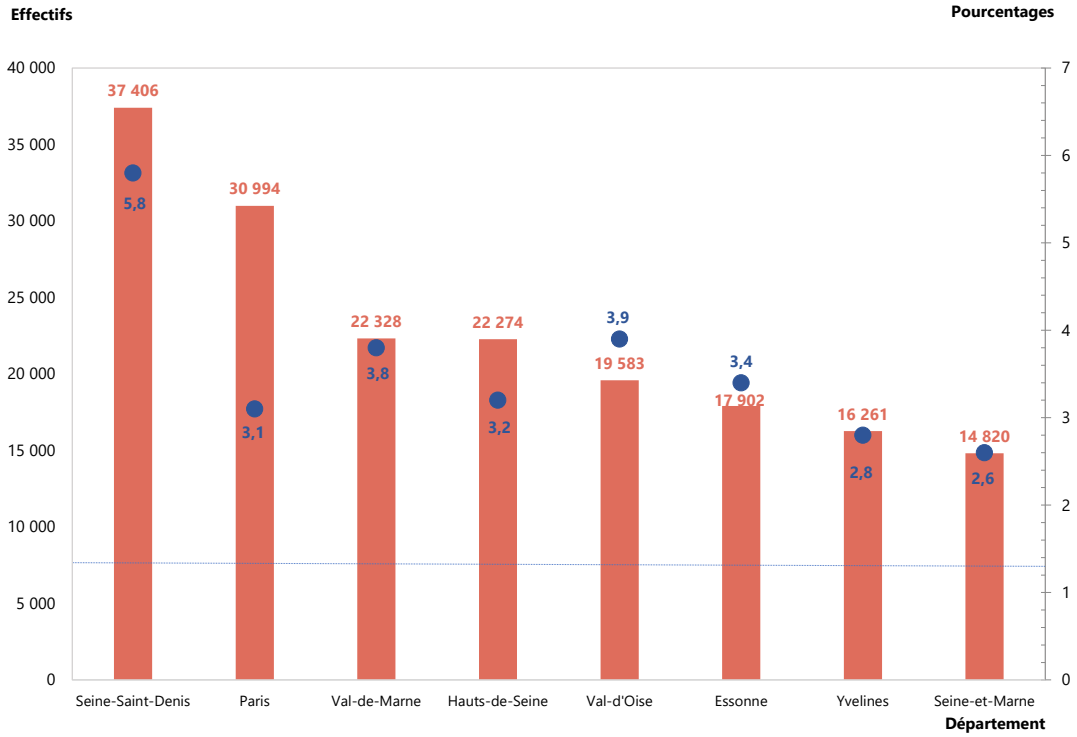
Cette partie est une synthèse des indicateurs présentés dans les huit infographies. Pour chaque indicateur retenu et présenté dans la partie précédente, nous le présentons à la fois au niveau de l'Ile-de-France et par département pour certains indicateurs.

a. Une population numériquement plus importante dans les huit départements franciliens

En France, on dénombre environ 354 000 femmes nées dans un pays à risque de MSF, soit 1,3 % de la population féminine vivant en France en 2019 (tableau 2). Dans les huit départements franciliens, la part de la population née dans un pays à risque dans l'ensemble de la population féminine du département est supérieure à 1,3. La Seine-Saint-Denis et Paris comptabilisent les effectifs les plus importants, avec respectivement 37 406 et 30 994 femmes nées dans un « pays à risque de MSF », soit près de 40 % de la population née dans un « pays à risque » et vivant en Ile de France.

C'est en Seine-Saint-Denis que la part de la population née dans un pays à risque dans l'ensemble de la population féminine est la plus importante (5,8 %) contre 3,1 % à Paris. Dans les 6 autres départements, cette part oscille entre 2,6 % (Yvelines) et 3,9 % (Val-d'Oise) (figure 6). En dehors de l'Ile-de-France, le pourcentage dépasse légèrement la moyenne nationale dans 3 départements : le Loiret (1,7%), l'Oise (1,3%) et le Rhône (1,4%) (Lesclingand *et al.*, 2022).

Figure 6. Effectifs des femmes nées dans un « pays à risque de MSF » et part dans la population féminine adulte, par département



Note : les points en bleu correspondent aux pourcentages de la population née dans un pays à risque dans l'ensemble de la population féminine du département. Le trait horizontal correspond au pourcentage observé au niveau national (1,3).
Source : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP).

b. Une population inégalement répartie au sein de chaque département

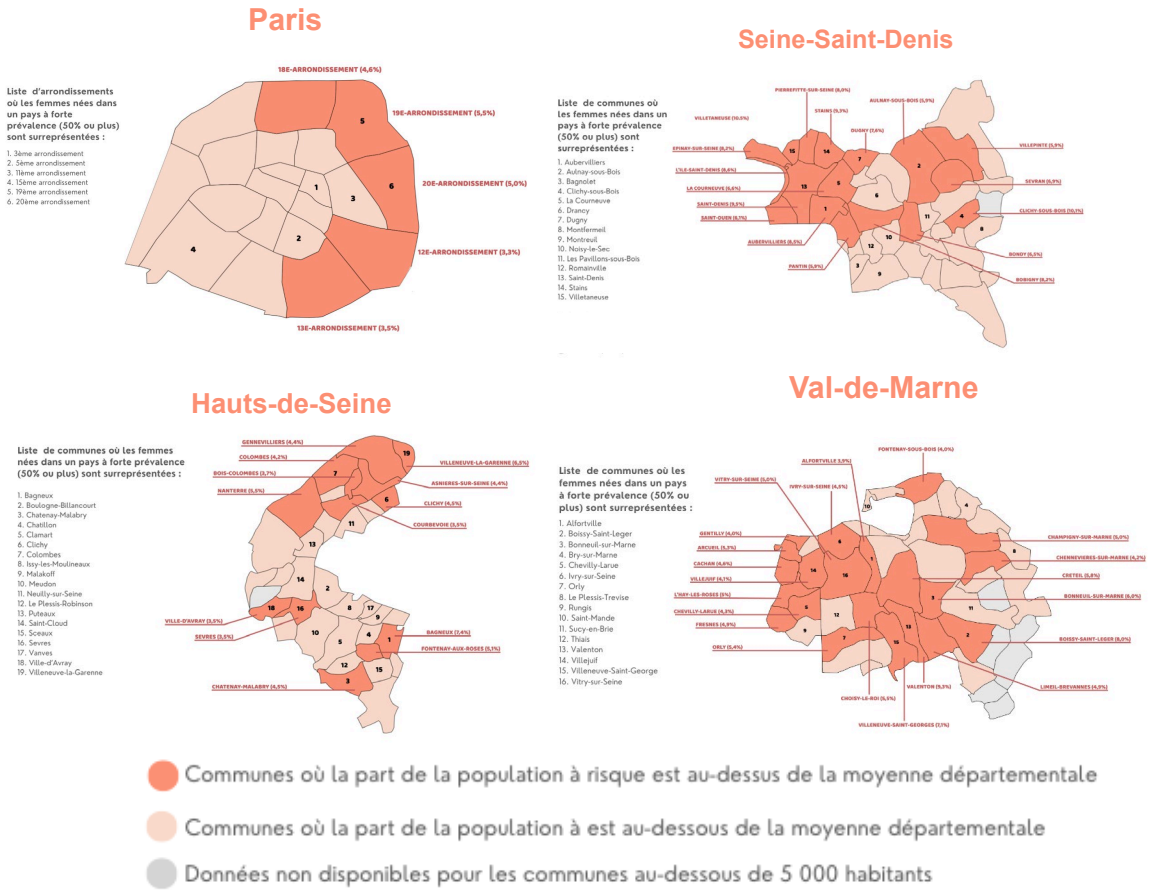
Dans les quatre départements franciliens les plus densément peuplés et pour lesquels on dispose de la quasi-totalité des données au niveau communal, on constate que la population féminine « née dans un pays à risque de MSF » est inégalement répartie à l'intérieur de chaque département entre les communes (ou arrondissements).

A Paris, on a une sur-représentation de la population cible dans les arrondissements de tout l'est parisien, du Sud jusqu'au Nord (13ème, 12ème, 20ème 19ème et 18ème) et plus particulièrement dans les 18ème et 19ème arrondissements où les femmes nées dans un pays à risque de MSF représentent plus de 5 % de la population féminine (carte 5).

En Seine-Saint-Denis, on observe une plus forte concentration de la population à risque dans les communes situées à l'Ouest, à la fois limitrophes de Paris (Pantin, Aubervilliers, Saint-Denis, Saint-Ouen) et également sur tout le nord avec les communes limitrophes du Val-d'Oise (Aulnay, Dugny, Stains, Pierrefitte). Dans plusieurs communes, 1 femme sur 10 est née dans un

pays à risque de MSF : à Villetaneuse (10,5%), à Saint-Denis (9,5 %), à Stains (9,3 %) et à Clichy-sous-Bois (10,1 %) (carte 5).

Carte 5. Répartition des populations féminines nées dans un « pays à risque de MSF » par commune dans quatre départements franciliens



Carte réalisée avec la solution de cartographie Magrit
Source : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP).

Dans les Hauts-de-Seine, les femmes nées dans un « pays à risque de MSF » sont sur-représentées dans toutes les communes du Nord du département : Gennevilliers, Colombes, Bois-Colombe, Nanterre, Villeneuve-la-Garenne (6,5 %), Asnières-sur-Seine, Clichy et Courbevoie ainsi que quelques communes situées dans la partie Sud du département : Bagneux (7,4 %), Fontenay-aux-Roses, Chatenay-Malabry, Ville d'Avray et Sèvres (carte 5).

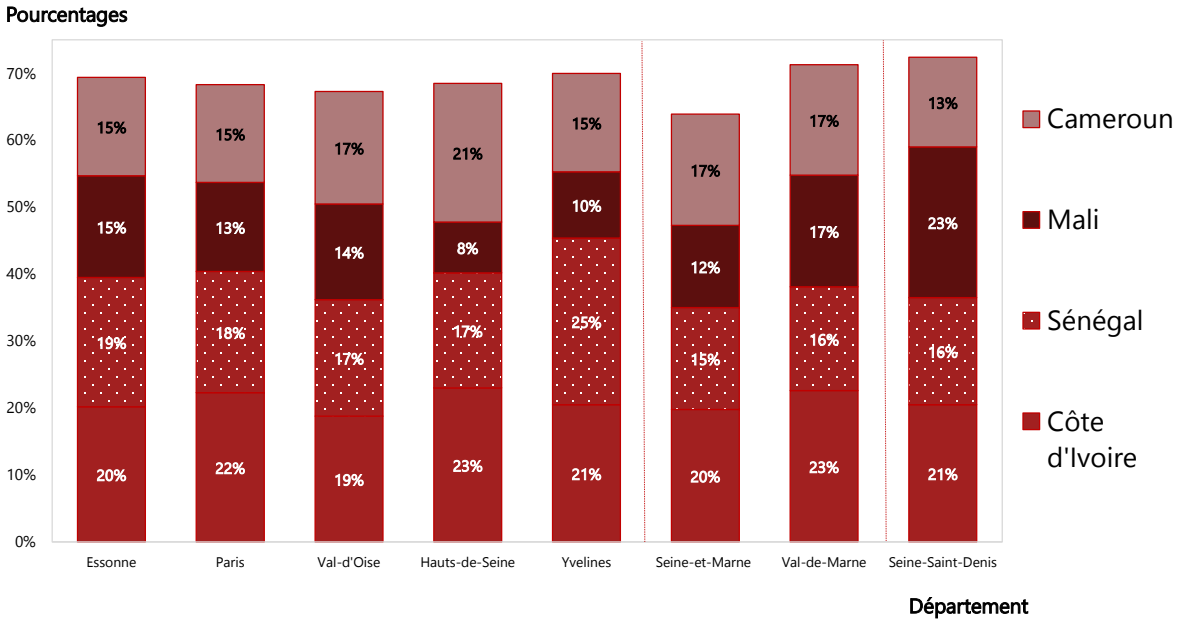
Dans le Val-de-Marne, la population née dans un pays à risque est plus également répartie sur le territoire avec une légère concentration dans les communes du centre et de l'ouest du département. Plusieurs communes enregistrent une part de la population à risque bien supérieure à la moyenne départementale (3,8 %) : il s'agit de Valenton (9,3 %), de Villeneuve-

Saint-Georges (7,1 %), de Bonneuil-sur-Marne (6,0 %) et de Boissy-Saint-Léger (8,0 %) (carte 5).

c. Les principaux pays d'origine représentés

Dans les huit départements franciliens, 7 femmes sur 10 sont nées dans seulement quatre pays : le Cameroun, le Mali, le Sénégal et la Côte d'Ivoire[25]. La part respective de chaque pays varie : dans l'Essonne, à Paris, dans le Val-d'Oise, dans les Hauts-de-Seine et dans les Yvelines, les deux principaux pays sont le Sénégal et la Côte d'Ivoire et concernent 40 % des femmes nées dans un « pays à risque » (figure 7). En Seine-et-Marne et dans le Val-de-Marne, les deux premiers pays sont la Côte d'Ivoire et le Cameroun ; en Seine-Saint-Denis, c'est le Mali et la Côte d'Ivoire qui sont les deux principaux pays de naissance (figure 7).

Figure 7. Les quatre principaux pays de naissance représentés dans les huit départements franciliens (pourcentages)



Source : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP).

La connaissance détaillée des pays de naissance est importante puisque les niveaux de prévalence de la pratique des MSF mesurée dans les pays d'origine sont très disparates d'un pays à l'autre. Ainsi, parmi les quatre principaux pays, le Cameroun est le pays où la prévalence est très faible (1,4 %) alors que le Sénégal et la Côte d'Ivoire ont des prévalences moyennes

[25] Qui sont également les principaux pays de naissance dans l'ensemble de la population à risque et vivant en France (figure 1).

(respectivement 25,2 % et 36,7 %) tandis que le Mali appartient au groupe des pays à très forte prévalence (88,6 %) (annexe 1).

d. Une sur-représentation des 18-49 ans

La comparaison de la structure par âges de la population née dans un « pays à risque » (population de référence) avec les femmes nées à l'étranger mais dans un pays non à risque ou avec les femmes nées en France fait apparaître une spécificité de la population de référence. En effet, 71 % des femmes nées dans un pays à risque et vivant en Ile-de-France sont âgées entre 18 et 49 ans contre seulement 54 % et 57 % parmi les deux autres catégories de population (tableau 10). Cette large prédominance de la classe d'âge 18-49 ans s'observe dans tous les départements franciliens.

Tableau 10. Structures par âges de la population féminine selon la catégorie de population en Ile-de-France (pourcentages)

Catégorie de population	Classes d'âges		
	18-49 ans	50 ans et plus	Ensemble
Femmes nées dans un pays à risque de MSF (population de référence)	71	105	100
Femmes nées à l'étranger dans un pays non à risque de MSF	54	46	100
Femmes nées en France	57	39	100
Ensemble	57	43	100

Source : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP)

e. Une population globalement moins instruite mais avec des variations selon les départements

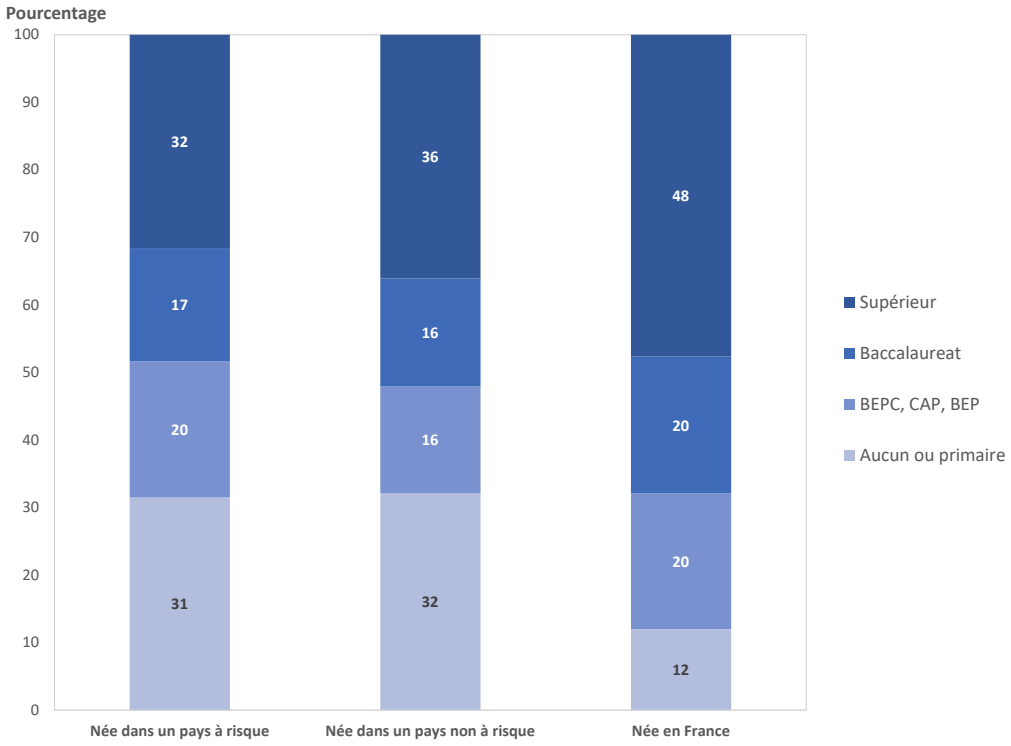
En Ile-de-France, les femmes nées à l'étranger, dans un pays à risque ou non, ont un profil éducatif spécifique qui les distingue des femmes nées en France. Un tiers d'entre elles sont sans instruction ou avec un niveau primaire contre seulement 12 % parmi les femmes nées en France. A contrario, entre 32 et 36 % d'entre elles ont un niveau d'études supérieur, soit 10 points de moins que les femmes nées en France (48 %) (figure 8).

Dans les huit départements, la proportion de femmes nées dans un « pays à risque de MSF » avec un faible niveau d'instruction est toujours bien supérieure à celle observée parmi les femmes nées en France et est autour de 30 % à l'exception de deux départements : les Hauts-de-Seine où le pourcentage est significativement plus bas (23 %) et la Seine-Saint-Denis où le

pourcentage est significativement plus élevé (41 %). En outre, dans cinq départements, la modalité la plus fréquente est le niveau d'instruction supérieur qui concerne plus du tiers des femmes nées dans un pays à risque et même 43 % dans les Hauts-de-Seine.

Figure 8. Un profil éducatif spécifique aux populations migrantes

Répartition des femmes selon le niveau d'études et la catégorie migratoire en Ile-de-France (pourcentages)



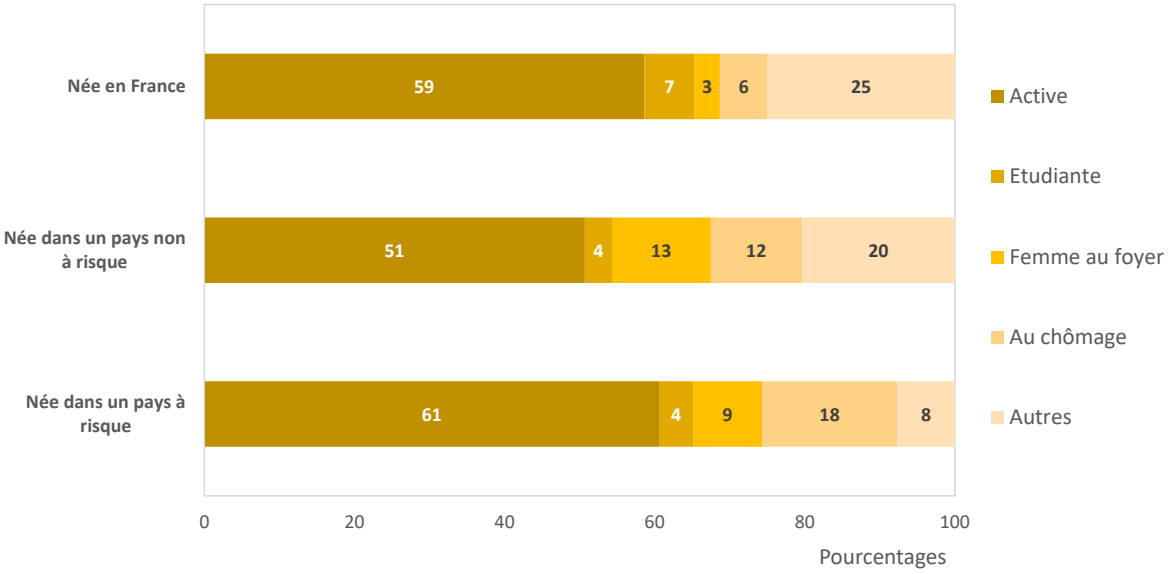
Source : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP)

A l'intérieur de chaque département, on observe en outre des différences importantes selon le pays d'origine : dans les huit départements, les femmes nées au Mali, en Guinée ou au Sénégal sont les femmes qui ont les niveaux d'instruction les plus faibles. Par exemple, entre 50 et 60% des femmes nées au Mali ont au plus un niveau primaire dans trois départements (Yvelines, Val-d'Oise et Seine-Saint-Denis). A l'inverse, les femmes nées au Cameroun, en Egypte ou au Bénin ont des profils éducatifs plus élevés. Par exemple, dans les Hauts-de-Seine et à Paris, près de 60 % des femmes nées en Egypte ont un niveau d'études supérieur.

f. Des femmes majoritairement actives dans tous les départements mais aussi plus souvent touchées par le chômage

Dans les huit départements, parmi les femmes nées dans un « pays à risque de MSF », 6 sur 10 sont actives, soit une part similaire à celle des femmes nées en France. En revanche, la proportion de femmes au chômage est bien plus importante parmi les femmes nées dans un pays à risque (18 % contre 6 %), caractéristique d'ailleurs partagée avec les autres femmes étrangères nées dans un pays non à risque dont 12 % sont au chômage (figure 9). En effet, les femmes étrangères subissent sur le marché du travail une double discrimination, liée à la fois à leur genre et à leur origine (Roulleau-Berger et Lanquetin, 2004).

Figure 9. Un taux de chômage plus élevé parmi les femmes migrantes
Répartition des femmes selon le statut d'activité et la catégorie migratoire en Ile-de-France (pourcentages)



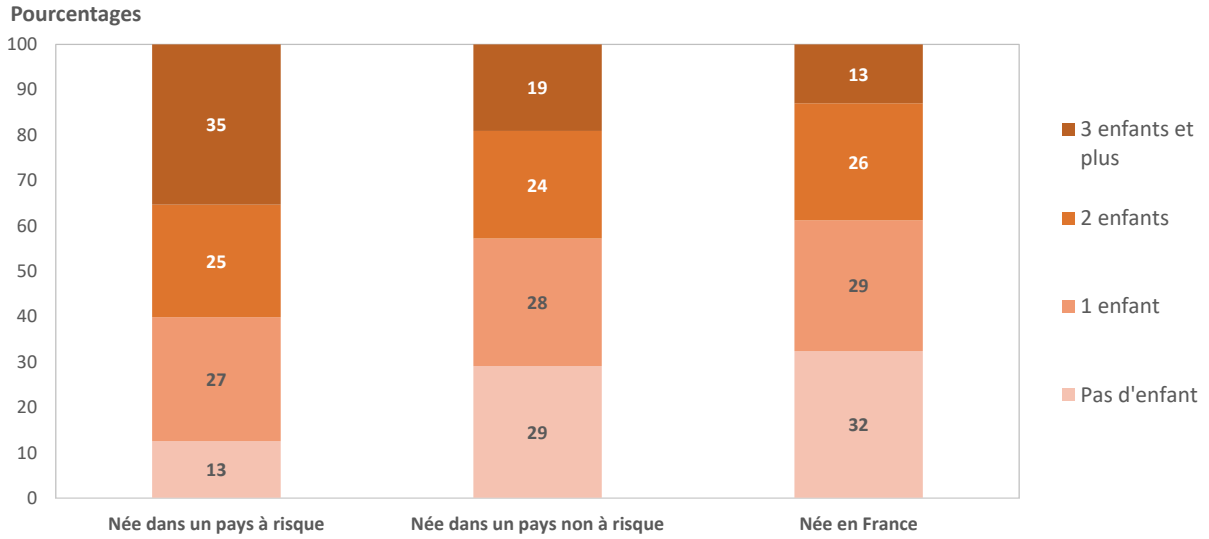
Source : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP)

g. Une majorité de femmes avec un grand nombre d'enfants

Si la population féminine née dans un pays à risque de MSF se distinguait par une structure par âge beaucoup plus jeune, elle se distingue également par un nombre d'enfants plus élevé que les deux autres catégories de femmes. D'une part, elles sont très peu nombreuses à ne pas avoir d'enfants (13 %) contrairement aux autres femmes étrangères (29 %) et aux femmes nées en France (32 %). En revanche, 35 % d'entre elles ont 3 enfants ou plus contre 19 % parmi les autres femmes étrangères et 13 % parmi les femmes nées en France (figure 10). Ce schéma global s'observe dans les huit départements franciliens.

Figure 10. Un plus grand nombre d'enfants parmi les femmes nées dans un pays à risque de MSF

Répartition des femmes selon le nombre d'enfants et la catégorie migratoire en Ile-de-France (pourcentages)



Source : Données harmonisées des recensements de la population (2019 : Tabulation sur mesure, INSEE, ADISP)

En outre, dans les huit départements, on constate des différences significatives selon le pays de naissance : ainsi parmi les femmes nées au Mali et en Guinée, la part de celles qui ont 3 enfants ou plus est significativement plus importante, ce qui s'explique par des taux de fécondité plus élevés observés dans ces pays[26]. Or ces pays sont également parmi ceux où la prévalence des MSF est très élevée (annexe 1).

[26] D'après les dernières enquêtes démographiques et de santé réalisées en 2021 au Mali et en Guinée, le nombre moyen d'enfant par femmes était de 5,7 au Mali et 4,1 en Guinée (StatCompiler).

Conclusion

Synthèse des résultats

D'après les nouvelles estimations réalisées qui concernent exclusivement les femmes migrantes, les populations concernées par les mutilations sexuelles féminines restent une population numériquement minoritaire en France puisqu'elles représentent moins de 0,5 % des populations féminines adultes et mineures en France. Néanmoins, du fait d'une augmentation des migrations en provenance de « pays à risque de MSF » et notamment de pays où les prévalences sont très élevées, le nombre de femmes ayant subi une MSF a augmenté en l'espace de cinq années.

Cette augmentation révèle aussi que la situation dans les pays à risque évolue très lentement. En France, les femmes migrantes ayant subi une MSF sont principalement originaires de cinq pays. Parmi ces cinq pays, à l'exception du Cameroun où la prévalence est très faible (moins de 2 %), au Mali et en Guinée, les prévalences sont toujours autour de 90 % tandis qu'en Côte d'Ivoire et au Sénégal, la prévalence se stabilise depuis une dizaine d'année respectivement autour de 40 et 25 %. Ces stabilités observées dans plusieurs pays du continent africain pourraient être des conséquences de la pandémie mondiale de 2020-21 avec la fermeture des écoles et des programmes contribuant à protéger les filles de ces pratiques, effets indirects qui peuvent être par ailleurs accentués dans les pays où le contexte politique est très instable (Mali).

Enfin, les femmes concernées par les pratiques des MSF vivent, pour plus de la moitié d'entre elles, en Ile-de-France. Dans les huit départements franciliens, cette population est donc numériquement plus visible puisqu'elle représente, selon les départements, entre 2,6 % et 5,8 % de la population féminine adulte. Les infographies qui ont permis de se focaliser sur les territoires les plus concernées ont mis en évidence des caractéristiques communes aux huit départements : des femmes majoritairement âgée de moins de 50 ans ; des femmes plus faiblement instruites (comparativement aux autres femmes migrantes ou au femmes nées en France) ; des femmes actives mais plus souvent touchées par le chômage ; des femmes ayant un plus grand nombre d'enfants (comparativement aux autres femmes migrantes ou au femmes nées en France). Mais elles ont aussi révélé des spécificités territoriales avec des

communes plus concernées que d'autres et des différences liées aux pays d'origines des femmes.

Au regard des résultats du projet MSF-MAP, plusieurs pistes pourraient être envisagées dans la continuité du projet.

Quelques propositions de nouvelles pistes à explorer

Tout d'abord, si les « Portraits de territoires » s'avèrent être un outil pertinent et utile pour les actrices et acteurs mobilisé·es sur ces problématiques dans les huit départements franciliens, leur actualisation régulière, à partir des données harmonisées du recensement de la population, pourrait être facilement mise en œuvre[27]. En outre, ces « Portraits de territoires » pourraient aussi être réalisés dans des départements non franciliens mais qui sont néanmoins également concernés par ces problématiques : il s'agit d'une part de quatre départements limitrophes ou proches de l'Ile-de-France : l'Oise, le Loiret, la Seine-Maritime et le Nord ; et de six départements qui comprennent de grandes agglomérations : La Loire-Atlantique, La Gironde, La Haute-Garonne, Les Bouches-du-Rhône, les Alpes-Maritimes et le Rhône (carte 4).

Les « Portraits de territoires » sont destiné·es aux professionnel·les travaillant dans les secteurs associatif, sanitaire et politique dans les départements franciliens. Alors que les connaissances scientifiques sur la question des MSF se sont particulièrement développées depuis une quinzaine d'années dans les pays de migration et notamment en France, les enquêtes ont été essentiellement menées auprès des femmes concernées mais très peu auprès des professionnel·les de santé qui sont susceptibles de les prendre en charge. Une enquête portant sur les connaissances et les pratiques des professionne·les de santé en matière de MSF pourrait être envisagée et pourrait apporter des éléments complémentaires à ceux issus des enquêtes menées auprès des femmes (Azadi *et al.*, 2022).

Comme on l'a vu, tant au niveau national que francilien, parmi les femmes nées dans un pays à risque de MSF, 7 sur 10 sont âgées entre 18 et 49 ans et elles ont également un plus grand nombre d'enfants. Cette population féminine est donc particulièrement concernée par les questions de santé reproductive et sexuelle, santé qui peut être altérée par les mutilations subies (Sylla, Moreau et Andro, 2020). La dernière enquête Périnatalité réalisée en 2021 dans

[27] En Espagne, ce travail, réalisé à l'échelle nationale, est actualisé tous les 4-5 ans (Kaplan Marcusàn et Lopez Gay, 2010, 2013, 2017 ; Kaplan Marcusàn, Lopez Gay et Ajenjo Cosp, 2022)

un échantillon de maternités en France a recueilli, pour la première fois, des données sur les MSF *via* les données du dossier médical (Le Ray et Lelong, 2022). Il pourrait être intéressant de compléter ces collectes par des informations recueillies directement auprès des femmes dans la prochaine édition de l'enquête Périnatalité.

Les analyses plus approfondies sur les territoires franciliens ont été produites à partir des données harmonisées du recensement de la population auxquelles échappent les populations les plus vulnérables[28]. Il pourrait donc être intéressant de réfléchir à une enquête qui soit ciblée sur ces populations féminines en situation de grande vulnérabilité et précarité avec un protocole adapté.

[28] Dont une partie a été prise en compte dans l'estimation réalisée grâce aux données obtenues auprès de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA).

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. 4.

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.

AZADI B., TANTET C., SYLLA F., ANDRO A., 2022, « Women who have undergone female genital mutilation/cutting's perceptions and experiences with healthcare providers in Paris », *Culture, Health & Sexuality*, 24(4), p. 583-596. doi:10.1080/13691058.2021.1982010

DE SCHRIJVER L., VAN BAELEN L., VAN EEKERT N., LEYE E., 2020, « Towards a better estimation of prevalence of female genital mutilation in the European Union: a situation analysis », *Reproductive Health*, 17(1), p. 105. doi:10.1186/s12978-020-00947-2

DIETRICH-RAGON P., 2017, « Aux portes de la société française. Les personnes privées de logement issues de l'immigration: », *Population*, Vol. 72(1), p. 7-38. doi:10.3917/popu.1701.0007

DIMITROVA-STULL A., 2015, « Mineurs non accompagnés dans l'UE. État des lieux »,.

DIRECTION DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE, 2022, « Mission nationale mineurs non accompagnés. Rapport annuel 2022 », Ministère de la Justice.

DUBOURG D., RICHARD F., 2018, « Estimation de la prévalence des filles et femmes excisées ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique », Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes et SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

DUNLAP J. C., LOWENTHAL P. R., 2016, « Getting graphic about infographics: design lessons learned from popular infographics », *Journal of Visual Literacy*, 35(1), p. 42-59. doi:10.1080/1051144X.2016.1205832

EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY (dir.), 2013, *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*, Luxembourg, Publ. Office of the Europ. Union, Report / European Institute for Gender Equality, 115 p.

FARINA P., ORTENSI L. E., MENONNA A., 2016, « Estimating the number of foreign women with female genital mutilation/cutting in Italy », *European Journal of Public Health*, 26(4), p. 656-661. doi:10.1093/eurpub/ckw015

GILLETTE-FAYE I., 2020, « État des lieux des mesures législatives contre les mutilations sexuelles féminines », *Droit et cultures. Revue internationale interdisciplinaire*, 79, p. 77-95. doi:10.4000/droitcultures.6031

KAPLAN MARCUSÀN A., LOPEZ GAY A., 2010, « Mapa de la mutilación genital femenina en España 2009 », Barcelone, Universitat Autónoma de Barcelona.

KAPLAN MARCUSÀN A., LOPEZ GAY A., 2013, « Mapa de la mutilación genital femenina en España 2012 », Barcelone, Universitat Autónoma de Barcelona.

KAPLAN MARCUSÀN A., LOPEZ GAY A., 2017, « Mapa de la mutilación genital femenina en España 2016 », Barcelone, Universitat Autónoma de Barcelona.

KAPLAN MARCUSÀN A., LOPEZ GAY A., AJENJO COSP M., 2022, « Mapa de la mutilación genital femenina en España 2021 », Barcelone, Universitat Autónoma de Barcelona.

KAWOUS R., MUIJSENBERGH M. E. T. C. van den, GERACI D., KWAAK A. van der, LEYE E., MIDDELBURG A., ORTENSI L. E., BURDORF A., 2020, « The prevalence and risk of Female Genital Mutilation/Cutting among migrant women and girls in the Netherlands: An extrapolation method », *PLOS ONE*, 15(4), p. e0230919. doi:10.1371/journal.pone.0230919

LE RAY C., LELONG N., 2022, « Enquête nationale périnatale - Rapport 2021 - », Inserm.

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.

LESCLINGAND M., SYLLA F., ANDRO A., BOISSON S., 2022, « Projet MSF-PREVAL. », Rapport final pour la Direction Générale de la Cohésion Sociale, Université Côte d'Azur ; Université Paris 1 - Panthéon Sorbonne.

LESCLINGAND M., SYLLA F., ANDRO A., BOISSON S., 2023, « Une enquête pilote de prévalence des mutilations sexuelles féminines dans trois départements français », *Bull Epidémiol Hebd.*, 19, p. 398-407.

LEYE E., DE SCHRIJVER L., VAN BAELEN L., ANDRO A., LESCLINGAND M., ORTENSI L., FARINA P., 2017, « ESTIMATING FGM PREVALENCE IN EUROPE. FINDINGS OF A PILOT STUDY. », Research report, Ghent, ICRH.

ROULLEAU-BERGER L., LANQUETIN M.-T. (dir.), 2004, *Femmes d'origine étrangère: travail, accès à l'emploi, discriminations de genre*, Paris, La Documentation Française, Etudes et recherches FASILD, 175 p.

SYLLA F., MOREAU C., ANDRO A., 2020, « A systematic review and meta-analysis of the consequences of female genital mutilation on maternal and perinatal health outcomes in European and African countries », *BMJ Global Health*, 5(12), p. e003307. doi:10.1136/bmjgh-2020-003307

YODER P. S., ABDERRAHIM N., ZHUZHUNI A., 2004, « Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis », *DHS Comparative Reports*, 7, Calverton, Maryland, Macro International Inc.

Annexes

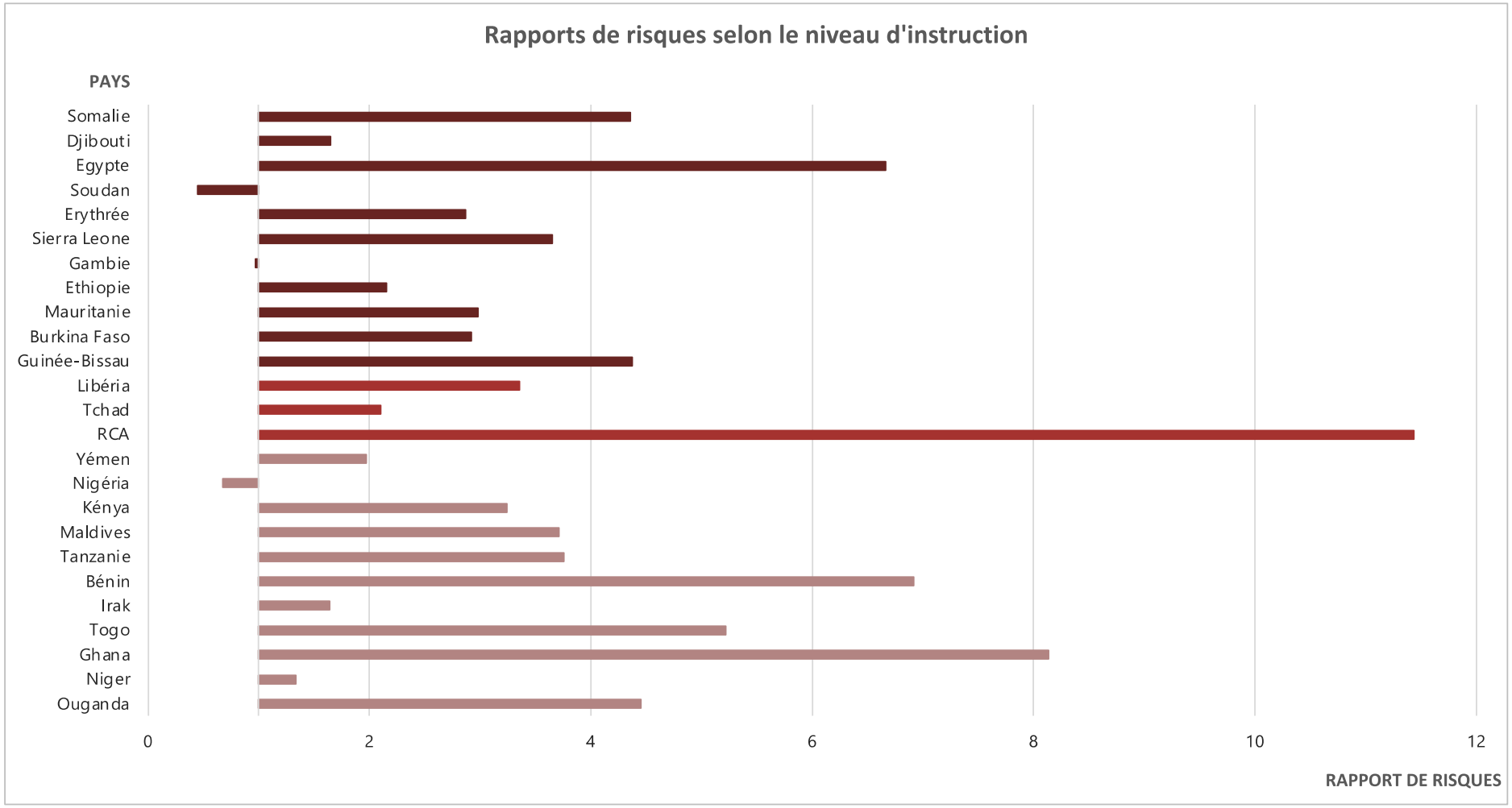
Annexe 1. Prévalences des MSF dans les pays d'origine

PAYS	PRÉVALENCE (%)	SOURCE
Somalie	99,2	SHDS, 2020
Guinée	94,5	DHS, 2018
Djibouti	90,1	EVFF, 2019
Mali	88,6	DHS, 2018
Égypte	87,2	DHS, 2015
Soudan	86,6	MICS, 2014
Erythrée	83,0	PHS, 2010
Sierra Leone	83,0	DHS, 2019
Gambie	72,6	DHS, 2019-20
Ethiopie	65,2	DHS, 2016
Mauritanie	63,9	MICS, 2019-21
Burkina Faso	56,1	DHS, 2021
Guinée-Bissau	51,1	MICS, 2018-19
Indonésie	51,0	RISKESDAS, 2013
Libéria	38,2	DHS, 2019-20
Côte d'Ivoire	36,7	MICS, 2016
Tchad	34,1	MICS, 2019
Sénégal	25,2	DHS, 2019
République Centrafricaine	21,6	MICS, 2018-19
Yémen	18,5	DHS, 2013
Nigéria	15,1	MICS, 2021
Kénya	14,8	DHS, 2022
Maldives	12,9	DHS, 2016-17
Tanzanie	10,0	DHS, 2015-16
Bénin	9,2	MICS, 2014
Iraq	7,4	MICS, 2018
Togo	3,1	MICS, 2017
Ghana	2,4	MICS, 2017-18
Niger	2,0	DHS, 2012
Cameroun	1,4	DHS, 2004
Ouganda	0,3	DHS, 2016

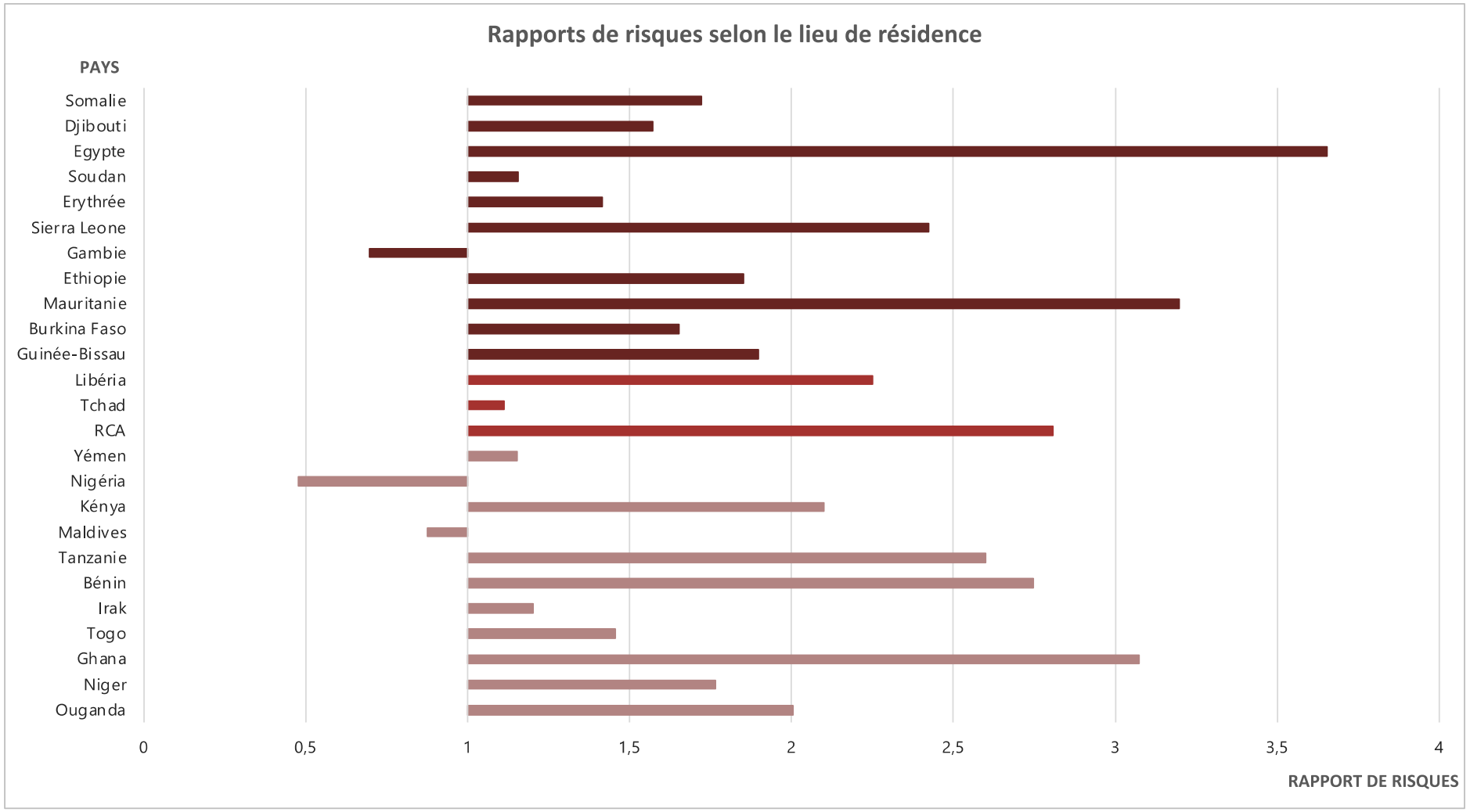
Note : Les couleurs à gauche représentent les groupes de prévalence de la pratique : rouge foncé – 50% ou plus | rouge – entre 20% et 50% | rose – 20% ou moins.

Sources : Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et enquêtes à Indicateurs Multiples (MICS) les plus récentes. Pour quatre pays (Djibouti, Erythrée, Indonésie et Somalie, il s'agit d'autres enquêtes : Enquête sur les Violences Faites aux Femmes (EVFF) ; Population and Health Survey (PHS) ; Indonesian Basic Health Research (RISKESDAS) ; the Somali Health and Demographic Survey (SHDS)

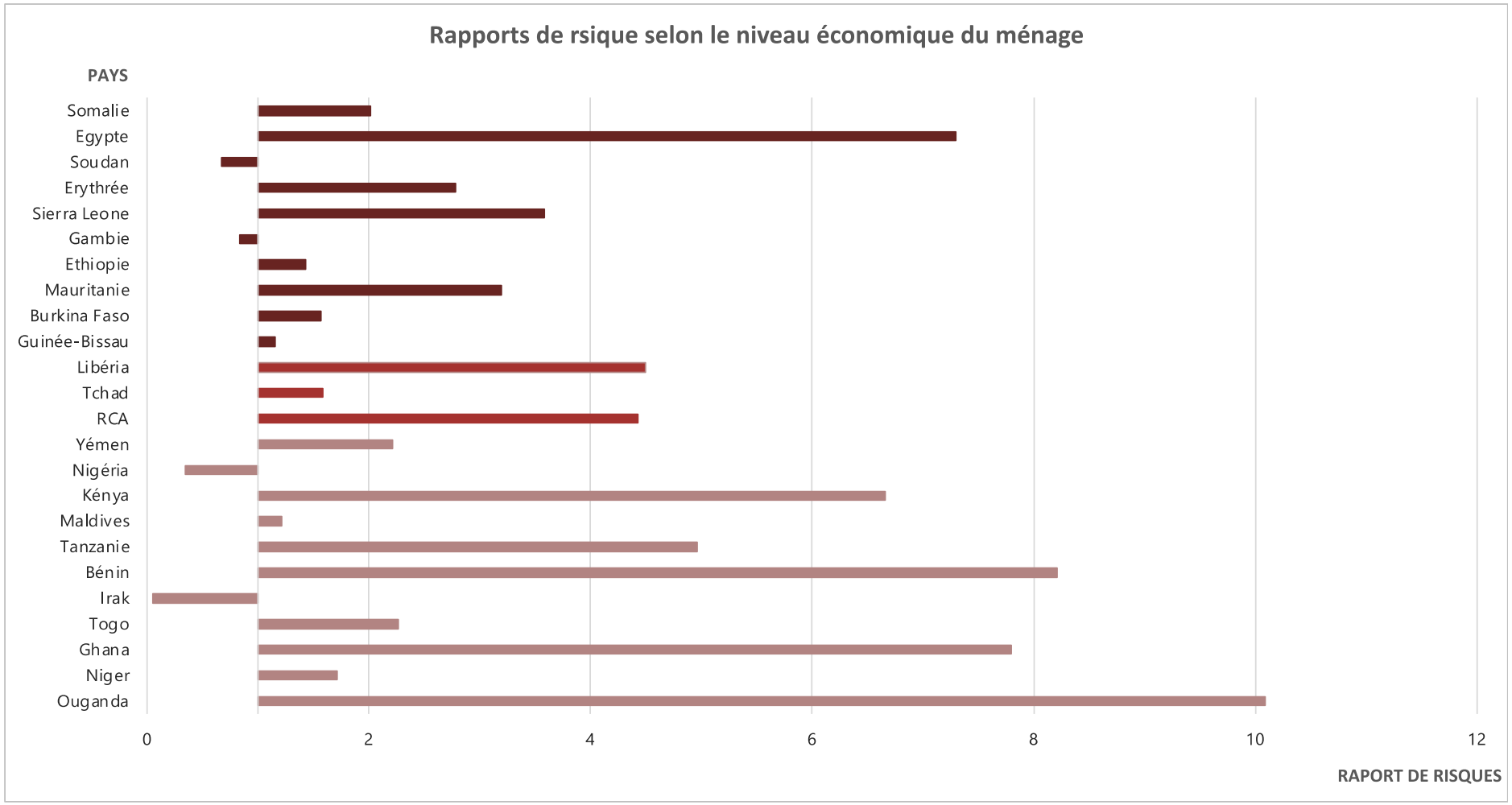
Annexe 2. Rapports de risques de la pratique selon différents indicateurs socio-économiques



Note : Risque de mutilation des femmes de niveau d'instruction primaire ou moins par rapport aux femmes de niveau secondaire ou plus. Le rapport de risque est le rapport entre le risque pour une femme ayant un niveau d'instruction primaire ou moins d'être mutilée et celui pour une femme ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus. Un rapport de risque égal à 1 indique que le niveau de la pratique est identique. Une valeur supérieure à 1 indique un sur-risque de mutilation pour les femmes les moins instruites par rapport aux femmes les plus instruites.



Note : Risque de mutilation des femmes de niveau d'instruction primaire ou moins par rapport aux femmes de niveau secondaire ou plus. Le rapport de risque est le rapport entre le risque pour une femme ayant un niveau d'instruction primaire ou moins d'être mutilée et celui pour une femme ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus. Un rapport de risque égal à 1 indique que le niveau de la pratique est identique. Une valeur supérieure à 1 indique un sur-risque de mutilation pour les femmes du milieu rural par rapport aux femmes du milieu urbain.



Note : Risque de mutilation, selon le niveau de prévalence du pays, des femmes de niveau d'instruction primaire ou moins par rapport aux femmes de niveau secondaire ou plus. Le rapport de risque est le rapport entre le risque pour une femme ayant un niveau d'instruction primaire ou moins d'être mutilée et celui pour une femme ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus. Un rapport de risque égal à 1 indique que le niveau de la pratique est identique. Une valeur supérieure à 1 indique un sur-risque de mutilation pour les femmes les plus pauvres par rapport aux femmes économiquement aisées.

Sources : Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) les plus récentes.

Annexe 3. Estimation MSF sur le territoire français par pays de naissance et par génération pour les femmes majeures (%)

PAYS	18-49 ans	50 ans et plus	ENSEMBLE	EFFECTIFS
Bénin	47,3	52,7	100,0	1 390
Burkina Faso	63,3	36,7	100,0	4 098
Cameroun	65,9	34,1	100,0	872
RCA	68,8	31,2	100,0	2 431
Côte d'Ivoire	72,9	27,1	100,0	26 203
Djibouti	66,8	33,2	100,0	4 001
Égypte	45,8	54,2	100,0	9 707
Érythrée	87,1	12,9	100,0	966
Éthiopie	74,9	25,1	100,0	3 181
Gambie	65,8	34,2	100,0	884
Ghana	44,4	55,6	100,0	137
Guinée	75,4	24,6	100,0	21 678
Guinée-Bissau	69,0	31,0	100,0	1 130
Indonésie	64,9	35,1	100,0	1 933
Iraq	61,7	38,3	100,0	462
Kénya	67,2	32,8	100,0	264
Libéria	59,7	40,3	100,0	195
Maldives	100,0	0,0	100,0	1
Mali	67,0	33,0	100,0	29 682
Mauritanie	68,0	32,0	100,0	4 823
Niger	68,6	31,4	100,0	70
Nigeria	84,2	15,8	100,0	1 658
Ouganda	64,6	35,4	100,0	2
Sénégal	63,3	36,7	100,0	16 052
Sierra Leone	84,4	15,6	100,0	766
Somalie	80,5	19,5	100,0	2 322
Soudan	80,7	19,3	100,0	2 155
Tanzanie	40,0	60,0	100,0	57
Tchad	58,8	41,2	100,0	1 575
Togo	53,5	46,5	100,0	532
Yémen	77,8	22,2	100,0	85
ENSEMBLE	**68,1**	**31,9**	**100,0**	**139 312**

Lecture : 67,2% de femmes excisées habitant en France et nées au Kénya sont âgées entre 18 et 49 ans

Source : Projet MSF-MAP 2023

Annexe 4. Estimation MSF sur le territoire français par pays de naissance pour les femmes mineures

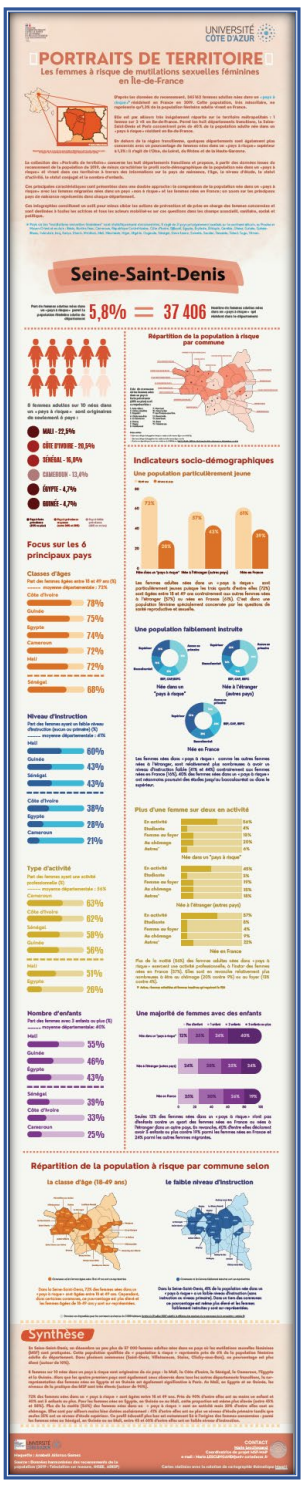
PAYS	%	EFFECTIFS
Bénin	0,2	18
Burkina Faso	1,8	195
Cameroun	0,1	12
RCA	1,6	175
Côte d'Ivoire	10,5	1 123
Djibouti	2,7	286
Égypte	7,2	766
Érythrée	1,2	127
Éthiopie	6,0	644
Gambie	0,4	46
Ghana	0,0	1
Guinée	20,4	2 177
Guinée-Bissau	0,5	58
Indonésie	0,3	32
Iraq	0,5	50
Kénya	0,1	15
Libéria	0,0	2
Maldives	0,0	0
Mali	21,7	2 314
Mauritanie	3,6	387
Niger	0,0	4
Nigeria	0,6	63
Ouganda	0,0	0
Sénégal	9,6	1 029
Sierra Leone	0,3	37
Somalie	3,1	331
Soudan	5,2	555
Tanzanie	0,0	2
Tchad	2,0	210
Togo	0,1	9
Yémen	0,2	22
ENSEMBLE	100,00	10 688

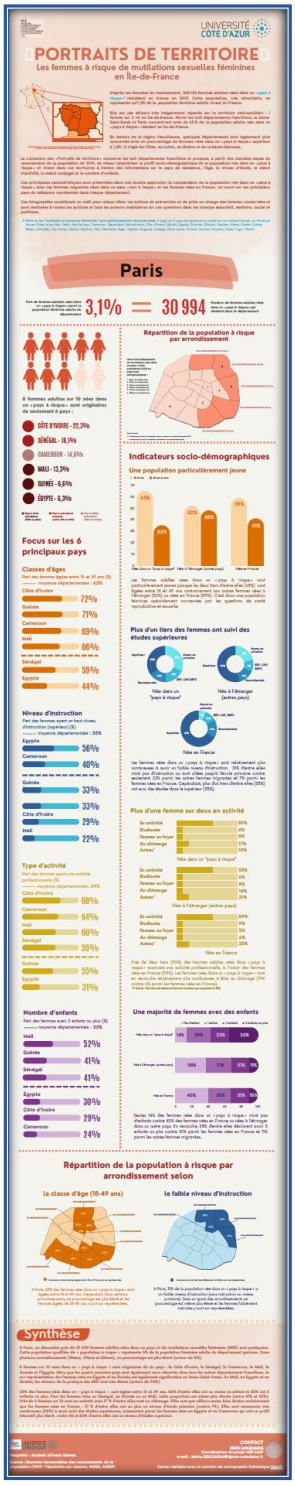
Lecture : Parmi les filles excisées habitant en France, 1,82% sont nées au Burkina Faso.

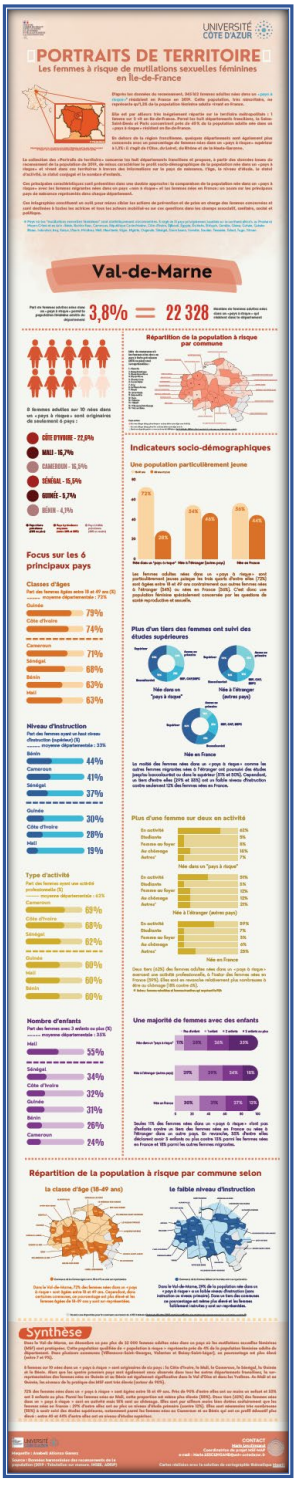
Source : Projet MSF-MAP 2023

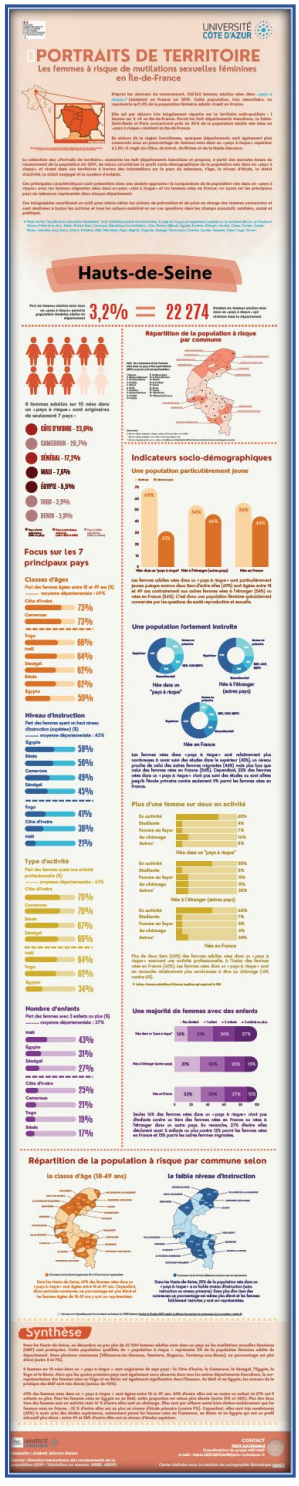
Annexe 5. Liens vers les huit infographies

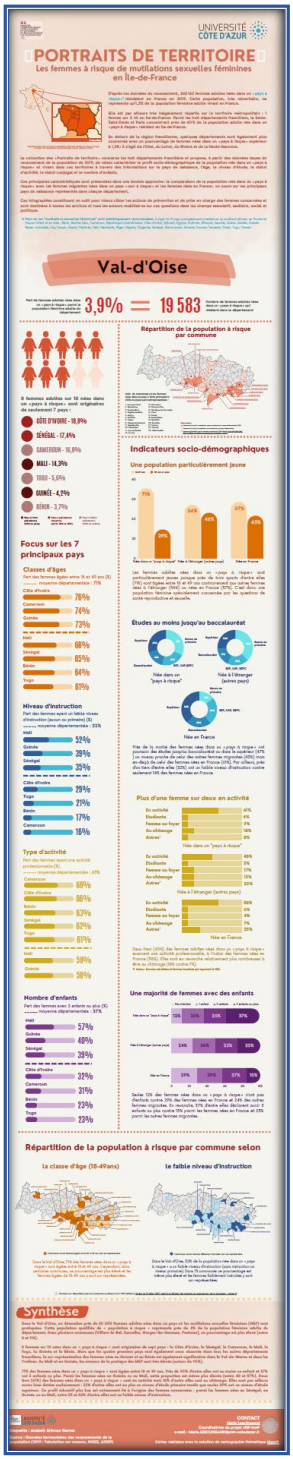
Pour accéder à chaque infographie, cliquez-dessus.

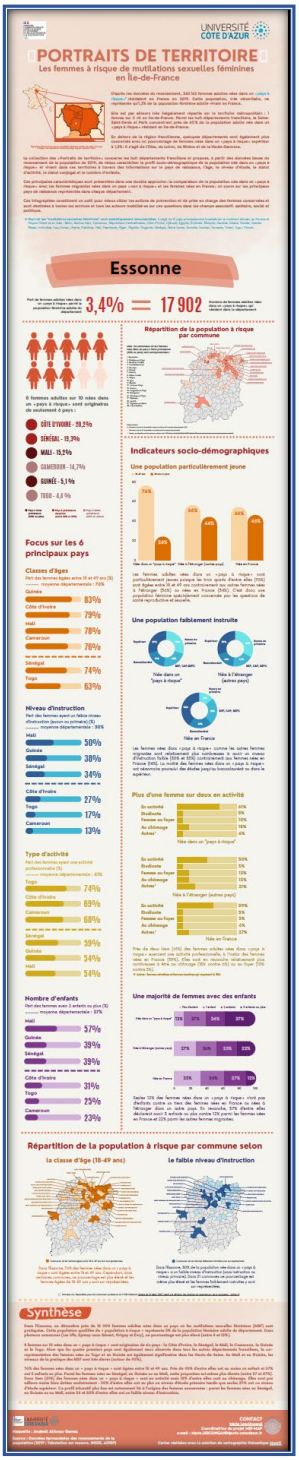


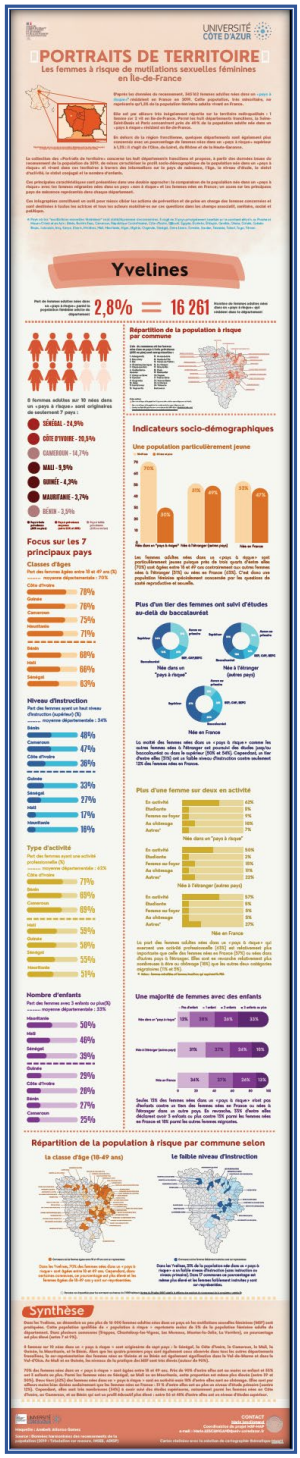


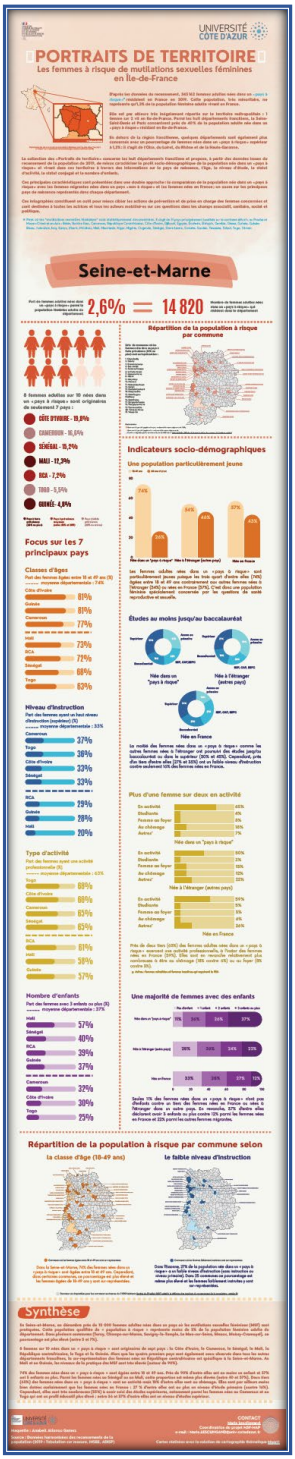





PORTRAITS DE TERRITOIRE
Les femmes à risque de mutilations sexuelles féminines en Ile-de-France
Val-d'Oise
3,9% = 19 583
Indicateurs socio-démographiques
Synthèse


PORTRAITS DE TERRITOIRE
Les femmes à risque de mutilations sexuelles féminines en Ile-de-France
Essonne
3,4% = 17 902
Indicateurs socio-démographiques
Synthèse


PORTRAITS DE TERRITOIRE
Les femmes à risque de mutilations sexuelles féminines en Ile-de-France
Yvelines
2,8% = 16 261
Indicateurs socio-démographiques
Synthèse


PORTRAITS DE TERRITOIRE
Les femmes à risque de mutilations sexuelles féminines en Ile-de-France
Seine-et-Marne
2,6% = 14 820
Indicateurs socio-démographiques
Synthèse