

Séance 1904: La mesure des populations difficiles à dénombrer et des questions sensibles

Organisatrice : Maryse MARPSAT (France), Insee

Titre : Comment enquêter les femmes excisées, vivant en France ?

Auteurs : Marie LESCLINGAND, Armelle ANDRO, Christelle CIRBEAU et Emmanuelle CAMBOIS

Résumé long

Le contexte de la recherche

L'OMS estime qu'entre 100 et 140 millions de fillettes et de femmes ont subi une mutilation sexuelle et que, chaque année, deux autres millions de fillettes risquent d'être soumises à cette pratique. Les régions les plus concernées par cette pratique sont l'Afrique ainsi que quelques régions du Proche-Orient et de l'Asie du Sud et de l'Est. Cependant, l'OMS estime que 5 % des victimes des mutilations sexuelles féminines (MSF) vivent dans des pays du Nord, soit plus de 6,5 millions de femmes et de filles. En Europe, la réalité de cette pratique est liée aux courants migratoires des populations d'origine africaine.

La France est le seul pays à avoir porté des affaires d'excision en justice. Le 1er procès a eu lieu en 1979 et depuis, on en dénombre une trentaine. Si la première réponse apportée par l'État a pris la forme judiciaire, celles des associations ont été avant tout des réponses préventives et informatives. Leurs actions de prévention s'adressent à la fois aux populations immigrantes originaires des pays « à risque » et aux professionnels de la santé et de l'action sociale susceptibles d'être confrontés à la gestion de ces risques. Depuis quelques années, une étape marquante a été réalisée dans ce domaine : un protocole de chirurgie réparatrice est maintenant possible dans une dizaine de centres hospitaliers, permettant de restaurer le clitoris des femmes excisées, à visée à la fois antalgique, anatomique et de restauration du plaisir sexuel. Cette avancée médicale et cette reconnaissance « sociale »¹ changent fondamentalement la conception de l'excision puisqu'elle ouvre la voie, dans une certaine mesure, à la réversibilité des handicaps que cette mutilation entraîne.

C'est dans ce contexte que s'inscrit le projet de recherche *Excision et Handicap (ExH)* qui a trois objectifs : proposer une nouvelle estimation de la population concernée en France à partir des données démographiques disponibles ; étudier à travers une enquête socio-démographique spécifique l'excision, son histoire et ses conséquences en termes de santé et de qualité de vie pour les femmes l'ayant subie en évaluant les complications sanitaires et sociales liées à cette pratique ; s'interroger sur la transmission familiale de la pratique et les modalités de son abandon, à travers une enquête qualitative. *Cette présentation traite particulièrement du protocole et des enjeux de l'enquête quantitative, réalisée en France, entre février 2007 et décembre 2008.*

Les enjeux de l'enquête quantitative : un cumul a priori de difficultés

L'enquête auprès de femmes mutilées, vivant en France, présentait, a priori, une multiplicité de difficultés. *En premier lieu, se pose la question du repérage de la population concernée, quantitativement peu importante et mal identifiée dans la statistique publique.* Depuis les années 80, deux estimations du nombre de femmes victimes de l'excision en France, avaient été réalisées : l'une en 1982, la seconde en 1989 qui évaluait à environ 27 000 la population féminine « à risque » (excisées ou menacées de l'être) (GILLETTE, 1992). Le

¹ L'acte chirurgical est depuis peu reconnu et remboursé par la caisse nationale d'assurance maladie et aujourd'hui, une dizaine d'équipes chirurgicales pratiquent cette intervention sur l'ensemble du territoire.

travail lié au premier volet du projet *ExH* a permis de proposer une nouvelle estimation du nombre de femmes adultes concernées grâce aux données EHF et à l'actualisation du recensement : ce sont sans doute près de 53 000 femmes adultes vivant en France qui sont concernées en 2004 (ANDRO et LESCLINGAND, 2007). Si cette estimation est relativement fiable au niveau national agrégé, elle l'est sans doute moins au niveau régional². On sait par ailleurs que les populations originaires des pays à risque ne sont pas présentes dans toutes les régions. L'enquête a donc été conçue comme une enquête multicentrique, basée sur le choix raisonné de régions particulièrement concernées. Le choix s'est principalement basé sur la répartition de la population « cible » (originaires d'Afrique sub-saharienne) d'après les résultats du recensement 1999 même si des changements de localisation sur le territoire ont certainement eu lieu depuis cette date. Cette sélection a également été validée par la Direction Générale de la Santé avec l'identification de neuf régions prioritaires concernant les mutilations sexuelles féminines dans le plan d'action « Violences et Santé » mis en œuvre en 2007. Ainsi, l'enquête *ExH* s'est déroulée dans cinq de ces régions³ en tenant compte à la fois de l'ancienneté de la migration, des pays d'origine représentés mais également du degré de mobilisation et de sensibilisation autour de la question des MSF, très variable d'une région à l'autre.

En second lieu, *il s'agissait d'identifier les lieux d'enquête les plus pertinents au vu des objectifs de la recherche*. Pour accéder à la population concernée, nous avons donc choisi de mener l'enquête en milieu médical, lors d'une consultation en gynécologie ou planning familial, c'est à dire dans un cadre où les femmes sont disposées à aborder des questions relatives à la sexualité et à la santé sexuelle et où elles sont entourées de professionnels (gynécologues, sage femmes, conseillères conjugales, psychologues, assistantes sociales, etc...) qui peuvent relayer l'enquêtrice en cas de nécessité. Ainsi, dans un premier temps, les centres de protection materno-infantile (PMI) ont été retenus comme lieux d'enquête sachant que ces lieux étaient particulièrement fréquentés par des femmes migrantes et qu'ils avaient été, dans de nombreux départements, les premiers lieux de sensibilisation à la question des MSF. La patientèle des PMI présente néanmoins une forte homogénéité selon l'âge puisqu'il s'agit principalement de femmes en âge de la reproduction. Cependant, l'immigration féminine africaine (hors Afrique du Nord) étant relativement récente, les femmes à risque, plus âgées, sont peu nombreuses sur le territoire français. Néanmoins, suite à l'enquête pilote, un élargissement des lieux d'enquête a été décidé afin de diversifier l'échantillon de femmes interrogées d'un point de vue socio-démographique en réalisant l'enquête dans des services de gynécologie et de planification d'hôpitaux. Les résultats du bilan de collecte présentés en troisième partie attesteront d'ailleurs de patientèles différentes, d'un point de vue socio-démographique, entre les deux types de lieux d'enquête.

En troisième lieu, l'enquête abordait un sujet sensible et intime, source de souffrances souvent indicibles. Il était important de mettre en place un protocole et un questionnaire permettant de créer un rapport de confiance entre l'enquêtée et l'enquêtrice en évitant d'une part la crainte de la stigmatisation de la part de l'enquêtée mais aussi celle du caractère intrusif du questionnement qui pouvait être ressenti par les enquêtrices. L'intérêt particulier porté à la relation enquêtrice-enquêtée permettait également de minimiser les refus ou abandons en cours d'entretiens, dans un contexte juridique français, rappelons-le, où la pratique est interdite et pénalement sanctionnée. Enfin, le statut d'excisée n'est pas toujours connu, soit par la femme elle-même (qui n'a pas de souvenir de sa mutilation), soit par les personnels de santé (difficultés à identifier certains types de mutilation, manque de formation

² Les actualisations faites avec les données du dernier recensement ont été réalisées à un niveau agrégé, les données plus détaillées n'étant pas encore disponibles auprès de l'Insee.

³ L'enquête a eu lieu en Ile de France, Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

dans le repérage des MSF). Par ailleurs, la collecte de données statistiques sur des questions de santé publiques nécessite un strict respect de l'anonymat des personnes enquêtées. Il est donc nécessaire de réussir à élaborer un protocole de collecte respectant à la fois le cadre légal lié aux mutilations et la confidentialité des informations fournies par les enquêtées.

La mise en place du protocole d'enquête ainsi que l'élaboration du questionnaire, présentées ensuite, ont ainsi été pensés pour remédier aux difficultés inhérentes à une telle enquête.

Le protocole mis en place et la logique du questionnaire.

Dans les cinq régions retenues, un échantillon de centres de PMI et d'hôpitaux a été identifié (suite à des rencontres avec les professionnels de santé locaux) selon la fréquentation estimée par la population cible ainsi que la disponibilité et la motivation des structures de santé publique⁴. Dans ces centres, une préparation systématique de la collecte était réalisée : présentation du projet et du protocole à l'ensemble de l'équipe soignante, éventuelle adaptation du protocole par rapport au fonctionnement de la structure, identification des consultations concernées (suivi de grossesse, suivi de planification...). Dans ces centres de santé, les critères de sélection de l'échantillon des femmes enquêtées étaient les suivants : être une patiente en gynécologie⁵, être majeure⁶, être francophone et être migrante ou fille de migrants. A partir de ces critères, deux populations étaient ensuite distinguées, durant l'entretien : les femmes « cas » qui sont des femmes ayant subi une mutilation sexuelle et les femmes « témoins », qui sont des femmes n'ayant pas été excisées mais présentant par ailleurs des caractéristiques socio-démographiques proches des femmes « cas » (origine géographique, âge, nombre d'enfants..).

Le questionnaire s'appuie en partie sur des modules déjà validés dans les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) réalisées en Afrique Sub-saharienne depuis une vingtaine d'années, ainsi que dans de grandes enquêtes nationales (enquête nationale périnatale, enquête HID, enquête santé et soins médicaux, enquête événements de vie et santé, enquête Enveff). Le questionnement est construit dans une logique en « entonnoir » afin d'amener petit à petit les femmes sur la question des mutilations en commençant par des questions plus générales sur la santé reproductive. Ainsi la première partie du questionnaire, qui comprend 3 modules, concerne l'ensemble des femmes enquêtées (les cas et les témoins) et aborde successivement les caractéristiques de l'enquêtée (données socio-démographiques et histoire génésique), l'état de santé générale (maladies, symptômes, limitations, consultations) et la sexualité (premier rapport sexuel, activité sexuelle récente et troubles de la sexualité). C'est à la suite de ces trois modules qu'une question filtre (sur le statut de la femme par rapport à l'excision) introduit la deuxième partie qui ne s'adresse qu'aux femmes ayant subi une mutilation sexuelle et qui comprend trois modules spécifiques : les circonstances de l'excision (contexte, type, conséquences perçues), la perception de l'excision (par ego et son conjoint, intentions relatives aux filles) et la chirurgie réparatrice (connaissance, intention, motivations). L'enquête pilote a également permis de reformuler certaines questions, afin qu'elles soient plus

⁴ Ce second critère entraîne un biais dans la sélection mais constitue en même temps une condition nécessaire au bon déroulement de l'enquête, argument essentiel de notre point de vue.

⁵ Il aurait été en effet possible d'interroger également les femmes en consultation pédiatrique, venant pour leurs enfants. Néanmoins, il nous semblait plus difficile d'entamer le questionnaire en la présence éventuelle d'enfants et la démarche personnelle des femmes pour une consultation de gynécologie les mettait dans des dispositions favorables à un entretien sur des sujets relevant de l'intime et de leur santé.

⁶ Le choix de n'interroger que les femmes majeures a été motivé par deux raisons : l'accès à l'opération de chirurgie réparatrice n'est possible qu'à partir de 18 ans ; le devoir de signalement n'est valable que pour les mineures.

compréhensibles auprès d'enquêtées francophones mais ne maîtrisant pas toujours parfaitement le français⁷.

Les enquêtrices recrutées pour administrer les questionnaires ont été formées de manière approfondie sur la question des MSF : elles étaient en charge de la présentation préalable du protocole et de l'enquête à l'équipe soignante (cf. plus haut). Par ailleurs, le consentement explicite de l'enquêtée, non seulement avant le début du questionnaire mais à plusieurs reprises durant l'entretien, était requis. L'entretien était réalisé dans un lieu isolé et à son issue, les enquêtées (ayant subi des mutilations) étaient systématiquement informées sur les possibilités de prises en charge et de ressources disponibles et éventuellement orientées (en cas de demande immédiate) vers des professionnels compétents. Par ailleurs, un volet complémentaire rempli par le-a médecin ou sage-femme à partir du dossier médical de la patiente (recueillant notamment la déclaration par le médecin du statut de la femme par rapport à l'excision) nécessitait le consentement de la femme (signature d'un formulaire de consentement).

Différentes variables relatives au contexte de l'entretien mais aussi aux caractéristiques des femmes ayant refusé de répondre au questionnaire permettront de discuter des apports et limites du protocole de collecte mis en place dans le cadre de cette enquête.

Le bilan de la collecte :

La collecte sera achevée en décembre 2008. Les résultats présentés dans cette partie proposeront un bilan quantitatif mais aussi qualitatif du protocole de collecte mis en place dans cette enquête. On s'intéressera particulièrement au taux de refus (du volet individuel et du volet complémentaire) et aux caractéristiques des femmes ayant refusé (âge, origine, motif), à la concordance des déclarations sur le statut par rapport à l'excision entre l'enquêtée et le-a médecin, aux différences de populations enquêtées selon le centre de santé (PMI ou hôpital).

L'ensemble de ces résultats nous permettra, en conclusion, de mettre en évidence les spécificités de l'enquête *ExH*, en comparaison avec d'autres enquêtes traitant de sujets « sensibles ».

⁷ Des variables concernant le climat de l'entretien ainsi que le niveau de langue de l'enquêtée ont d'ailleurs été recueillies au moment de la passation du questionnaire par les enquêtrices et seront analysées dans la partie suivante.