
Les mutilations génitales féminines

Un état de situation au Québec

Réalités, besoins et recommandations

Sommaire



TCRI

Table de concertation
des organismes au service
des personnes réfugiées
et immigrantes

Cet état de situation a été réalisé par la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes, grâce à une contribution financière du ministère des Femmes et de l'Égalité des genres du Canada.



Femmes et Égalité
des genres Canada

Women and Gender
Equality Canada

Canada

La Table de concertation des organismes communautaires au service des personnes réfugiées et immigrantes est un regroupement québécois de 144 organismes au service des personnes réfugiées, immigrantes et sans statut. Sa mission vise la défense des droits et la protection des personnes réfugiées et immigrantes au Québec dans leur parcours d'immigration, d'établissement et d'intégration en termes de services, d'aide, de soutien, de réflexion critique et de solidarité sur le territoire québécois.

À titre de regroupement des organismes communautaires du réseau de l'immigration et de l'intégration du Québec, la TCRI s'inscrit dans le mouvement de l'action communautaire autonome en déployant son expertise comme agent de transformation et de développement social. De par leurs pratiques diversifiées et une approche interculturelle, les organismes de la TCRI œuvrent pour un Québec inclusif et riche de sa diversité.

Le Volet Femmes de la TCRI, qui est responsable de la réalisation de cet état de situation, a pour principal mandat est de s'assurer que les femmes et les filles immigrantes, réfugiées et sans statut reçoivent des services appropriés et adaptés à leurs besoins.

Validité des renseignements

L'information contenue dans ce document était à jour le 31 mars 2019.

Les hyperliens des sources Web fournis dans ce document étaient valides le 31 mars 2019.

Pour de plus amples renseignements, veuillez vous adresser à :

Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes
518, rue Beaubien Est
Montréal (Québec) H2S 1S5

Téléphone : 514 272-6060

Courriel : info@tcri.qc.ca

Ce document est disponible sur le site Internet www.tcri.qc.ca.

Soucieux de protéger l'environnement, la Table de concertation des personnes réfugiées et immigrantes favorise l'utilisation de papier fabriqué à partir de fibres recyclées pour la production de ses imprimés et encourage le téléchargement de cette publication.

© TCRI

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, juin 2019

ISBN : Version imprimée : 978-2-9818785-2-6

Version électronique : 978-2-9818785-1-9

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à la condition que la source soit mentionnée.

Table des matières

Introduction	6
Partie 1	
Une nécessité d’agir sur la question des MGF/E au Québec	8
1.1 Contextualisation des pratiques et raisons de leur perpétuation.....	9
1.2 Terminologie	10
1.3 Pays de pratique et estimation de la prévalence.....	11
1.4 Les MGF/E dans le contexte canadien.....	15
Partie 2	
Un état de situation des MGF/E au Québec	19
2.1 Point de vue des femmes affectées par les MGF/E	20
2.2 Secteur de la santé et des services sociaux	22
2.3 Services de protection de la jeunesse.....	28
2.4 Secteur de l’éducation des jeunes.....	32
2.5 Secteur communautaire.....	34
Partie 3	
Les MGF en France, en Belgique et au Royaume-Uni.....	39

Abréviations et sigles utilisés

CLSC	Centre local de services communautaires
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
MGF	Mutilations génitales féminines
MGF/E	Mutilations génitales féminines, dont l'excision
OBNL	Organisme à but non lucratif
OMS	Organisation mondiale pour la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
RAFIQ	Réseau d'action pour l'égalité des femmes immigrées et racisées du Québec
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
TCRI	Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes
VBH	Violences basées sur l'honneur

Ce projet est mené en solidarité avec les enfants et les femmes qui ont été négativement affectées par les mutilations génitales féminines/excision au cours de leur vie. Nous saluons le courage et la résilience de ces filles et de ces femmes ainsi que celles des militantes et des militants qui œuvrent, souvent à contre-courant et à grands frais personnels, en faveur de l'élimination de ces pratiques.

La production de cet état de situation n'aurait pas été possible sans la précieuse collaboration de toutes celles et de tous ceux qui y ont contribué. Partout où nous nous sommes adressés pour aborder la question des mutilations génitales féminines/excision, nous avons été reçus avec ouverture et engagement. Nous avons senti de la part des intervenantes et intervenants et des professionnelles et professionnels de tous les secteurs consultés un intérêt sincère et une volonté réelle de s'instruire à propos de ce phénomène, dans le but de mieux le comprendre, de mieux intervenir ainsi que de mieux accompagner les filles et les femmes touchées et leur famille.

Nous vous en remercions sincèrement.

Le Comité multisectoriel sur les mutilations génitales féminines

La démarche du Volet Femmes de la TCRI est fondée sur une approche de droits humains, antidiscriminatoire et anti-raciste, respectueuse de la diversité et de la complexité des expériences. Elle s'inscrit dans le vaste mouvement visant à mettre fin aux mutilations génitales féminines/excision à l'horizon 2030.

Introduction

Les mutilations génitales féminines, dont l'excision (MGF/E), sont reconnues par le droit international comme étant une violence à l'égard des femmes et des enfants ainsi qu'une violation de leurs droits fondamentaux. Les pratiques sont considérées comme étant le reflet d'une inégalité entre les femmes et les hommes et une atteinte à leur santé physique et psychologique, à leur sécurité, à leur intégrité physique, voire à leur droit à la vie lorsque les interventions ont des conséquences mortelles.

Si des progrès peuvent être observés quant aux ressources et aux efforts déployés pour éradiquer cette forme de violence, ceux-ci demeurent insuffisants, notamment face à la forte croissance démographique dans certains pays de pratique. C'est pourquoi, à l'occasion de la Journée internationale de tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines du 6 février 2018, le Secrétaire général de l'ONU, M. António Guterres, a-t-il exhorté les États à intensifier l'action mondiale afin d'atteindre la cible du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Cet appel en faveur d'une action accrue, concertée et mondiale a été réitéré lors de la Journée internationale du 6 février 2019.

Les MGF/E sont principalement pratiquées dans 30 pays d'Afrique, du Moyen-Orient et de l'Asie du Sud. Elles sont aussi une pratique courante dans certains pays du Sud-Est asiatique, tels que l'Indonésie, la Malaisie et la Thaïlande, et d'Amérique latine, tels que la Colombie. On les retrouve également dans les pays d'immigration en Amérique du Nord, en Europe, en Australie et en Nouvelle-Zélande. En raison des mouvements de population, elles prennent une dimension mondiale.

Le Canada dont le Québec, en tant que pays d'accueil de personnes immigrantes et réfugiées provenant de toutes les régions du monde, est également le lieu de résidence de nombreuses femmes et filles qui ont subi l'excision ou qui ont fui vers le Canada pour se protéger ou protéger leurs enfants des risques qu'elles encouraient. Or, les MGF/E restent encore largement méconnues par les professionnelles et professionnels des différents secteurs susceptibles d'être en contact avec des femmes et des filles les ayant subies, dont ceux de la santé et des services sociaux, de l'éducation à l'enfance et des services en immigration et d'aide aux victimes de violence. Cela a pour effet d'entraver l'accès des filles et des femmes à des ressources compétentes, voire spécialisées, capables d'offrir des soins et des suivis adaptés et exempts de préjugés et de discriminations. Aussi, le manque de connaissances, de formation et de protocoles spécifiques et adaptés limite la capacité des professionnelles et professionnels à protéger les enfants et les jeunes filles à risque de subir une MGF/E.

Le projet de la TCRI vise à développer une approche collaborative, efficace et durable entre les acteurs de différents secteurs en se basant sur des données probantes permettant de mieux cerner l'enjeu des MGF/E et son ampleur au Québec. Il vise également à mettre en place de nouvelles pratiques adaptées aux besoins des filles et des femmes touchées, et ce, en assurant un meilleur continuum de services entre les différents secteurs concernés.

Première étape d'un projet qui conduira à l'élaboration d'un plan d'action intersectoriel et à sa mise en œuvre, ce rapport contient trois grandes parties. La première expose les raisons pour lesquelles il y a nécessité d'agir sur le phénomène des MGF/E au Québec. Le premier chapitre présente brièvement une contextualisation des pratiques et les raisons de leur perpétuation ainsi que de l'évolution du discours à l'égard des pratiques traditionnelles de l'excision et l'infibulation, aussi appelées mutilations génitales féminines. Le deuxième chapitre porte sur les enjeux relatifs à la terminologie employée pour aborder ou parler de ce phénomène ainsi que sur les appréhensions légitimes entourant un sujet si sensible, dont un traitement imprudent risque de stigmatiser des femmes ou des communautés ou, encore, de légitimer le phénomène. Le troisième chapitre brosse un portrait de l'estimation de la prévalence à l'échelle mondiale et tente d'en cerner l'ampleur au Québec. Quant au dernier chapitre, il relate l'évolution de la prise en charge de cette problématique dans le contexte canadien.

La deuxième partie, qui est le cœur du rapport, dresse un état de situation au Québec, en commençant, au premier chapitre, par donner la voix aux femmes qui en sont victimes. Suit, dans autant de chapitres distincts, la présentation de l'état de situation dans les secteurs de la santé et des services sociaux, de la protection de la jeunesse, de l'éducation des jeunes et des services communautaires. Chacun de ces chapitres se termine par des recommandations et des pistes d'action pour assurer une meilleure compréhension et une meilleure prise en charge de la problématique, de même que pour agir de façon globale et concertée entre les différents secteurs visés.

La troisième partie vise à alimenter la réflexion en vue de l'élaboration de pistes d'action locales en présentant des pratiques prometteuses ou exemplaires mises en place en France, en Belgique et au Royaume-Uni.



Partie 1

Une nécessité d'agir sur la question des MGF/E au Québec

1.1 Contextualisation des pratiques et raisons de leur perpétuation

Il n'est pas possible, dans le cadre de ce rapport, de fournir une analyse anthropo-historique et fonctionnaliste des pratiques traditionnelles de l'excision et de l'infibulation. D'une part, parce qu'à lui seul ce sujet constituerait une matière suffisamment vaste pour qu'on s'y consacre exclusivement. D'autre part, parce que cela n'est pas l'objectif du projet dans lequel ce rapport s'inscrit. Néanmoins, pour les lectrices et les lecteurs novices, qui connaissent peu le sujet, il peut être utile d'avoir quelques éléments de contexte pour mieux comprendre le phénomène.

Origine

Il est difficile de retrouver l'origine exacte de la pratique des MGF/E¹ et les avis divergent sur l'époque précise d'apparition de la pratique. Des traces d'infibulation ont été retrouvées sur des momies égyptiennes, et certains l'associent à une forme physique de distinction dans l'aristocratie pharaonique, qui se serait ensuite diffusée par imitation sociale dans les classes inférieures. Néanmoins, les chercheuses et chercheurs ne sont pas d'accord sur l'étendue et la signification de cette pratique en Égypte antique. D'autres s'avancent à dire que la pratique était déjà présente au Néolithique, mais cette perspective n'est pas partagée par tous. Le consensus est que la pratique remonte au moins au II^e siècle avant J.-C., avant l'apparition du christianisme et de l'islam et que les MGF/E ne sont pas associées à une religion, à une culture ou à une société particulière.

Il est aujourd'hui ardu de retrouver les justifications initiales des MGF/E. Une hypothèse avance que la pratique serait apparue pour contrôler les comportements sexuels des femmes. Les chercheuses et chercheurs s'entendent à dire qu'il y a un besoin de plus de recherche pour comprendre l'origine de la pratique et sa diffusion, en documentant les migrations, les guerres et les conflits, de même que les échanges commerciaux et les trafics, notamment d'esclaves. Ce qui est noté aujourd'hui c'est que les MGF/E ont été adoptées et intégrées dans des cultures, traditions et systèmes de croyances multiples, ce qui explique la diversité des explications utilisées de nos jours pour justifier leur perpétuation.

Rationalisations justifiant la perpétuation des pratiques

Dans le contexte contemporain, un ensemble de croyances et de facteurs sociétaux contribuent à la perpétuation de la pratique des MGF/E, malgré les interdictions et les initiatives visant à sensibiliser et à mettre en garde les populations quant aux multiples risques associés.

Les croyances en lien avec les MGF/E interpellent plusieurs systèmes de sens et touchent tant la sphère publique que privée. Elles peuvent varier grandement selon les pays, les origines ethnoculturelles et les communautés. Les descriptions qui suivent offrent un aperçu non exhaustif des différentes rationalisations expliquant la pratique des MGF/E² selon les différentes sphères intimes et sociales qui suivent :

- **Physiologique** : Un moyen pour préserver la virginité des jeunes filles, prévenir les grossesses hors mariage et assurer une protection contre la promiscuité sexuelle des femmes mariées;
- **Hygiénique** : Confère une propreté intime et une pureté spirituelle (lie les dimensions physiques et spirituelles de la pureté);

¹ Voir : « Excision Parlons-en! D'où Vient l'excision? », [En ligne], [<http://www.excisionparlonsen.org/comprendre-lexcision/quest-ce-que-lexcision/dou-vient-lexcision>]; MOMOH Comfort, « Female Genital Mutilation », Radcliffe Publishing, 2005; PENTCHEVA Ralitz, « Les mutilations sexuelles féminines sur la scène Internationale : Vers un discours universaliste », 2009.

² Basé sur un contenu élaboré par le Réseau d'action pour l'égalité des femmes immigrées et racisées du Québec (RAFIQ) et partagé au sein du comité multisectoriel.

- **Social** : Permet l'apprentissage de la vie en société, le respect de la hiérarchie sociale, l'acceptation du groupe pour éviter l'exclusion ou la stigmatisation;
- **Culturel** : Sens du devoir face aux traditions ancrées, aux coutumes associées au groupe d'appartenance, à l'héritage des ancêtres qu'il faut préserver ou à la préservation d'une identité collective distinctive. Le contexte d'immigration et d'acculturation peut parfois exacerber l'attachement à ces rationalisations;
- **Initiatique ou éducative** : Rite d'initiation à la vie conjugale, familiale et sociale, contrôle de la sexualité de la femme. Étape de socialisation des filles en préparation aux rôles genrés qu'elles devront assumer. « La douleur de l'excision est une préparation aux douleurs de l'accouchement »;
- **Religieuse** : Croyances religieuses (les MGF/E ne sont pas associées à une seule religion, elles sont pratiquées par des communautés chrétiennes, juives, animistes et musulmanes).

En outre, la perpétuation de la pratique des MGF/E est fréquemment tributaire d'une méconnaissance ou d'une sous-estimation des impacts et des dangers sur la santé des filles et des femmes. Dans les milieux de pratiques traditionnels ou en zones rurales, les connaissances en matière de physiologie et de pathologie peuvent être très faibles, voire inexistantes. Ainsi, une hémorragie suivant une excision ne sera pas associée à l'acte commis sur l'enfant, mais à d'autres facteurs plus symboliques tels que la fatalité ou une résilience défailante chez la femme ou l'enfant qui n'arrive pas à guérir. Également, les difficultés gynécologiques, sexuelles ou reproductives que plusieurs femmes éprouveront au cours de leur vie ne seront pas nécessairement associées aux MGF/E qu'elles ont vécu à moins que le corollaire soit médicalement établi. C'est pourquoi un grand nombre de campagnes nationales et internationales ont largement insisté sur les impacts néfastes des MGF/E sur la santé des femmes pour asseoir leurs messages promouvant l'abolition de la pratique. Plusieurs suggèrent même un lien entre la dominance du discours biomédical pour justifier l'abandon de la pratique et l'accroissement du phénomène de la médicalisation des MGF/E, notamment en Égypte où la majorité des excisions sont pratiquées dans un contexte médical par des médecins, dans une perspective de gestion des risques.

Ceci étant dit, bien que les taux de prévalence tendent à diminuer globalement avec la hausse du niveau d'instruction et du statut socio-économique des familles, il serait faux de croire que l'excision est uniquement un problème d'ignorance ou de ruralité. Les pratiques traditionnelles de MGF/E se perpétuent dans tous les milieux même parmi les élites et les diasporas. La décision de procéder à l'excision d'une fillette ou d'une adolescente est souvent un choix pragmatique et économique. Même ceux qui opposent la pratique devront soupeser les coûts versus les bénéfices. Dans un contexte social où les rôles les plus valorisés pour une femme sont ceux d'épouse et de mère, la douleur de l'excision – qui, bien qu'extrême, est vue comme passagère – représente un moindre mal en comparaison du stigmate associé au fait de ne pas être excisée et d'être perçue comme impropre au mariage, attendu que les répercussions sociales et économiques seront beaucoup plus graves et permanentes.

1.2 Terminologie

Il y a différents termes pour désigner les pratiques qui consistent à exciser une partie de l'organe sexuel externe des femmes. Ceux-ci varient selon les institutions, leurs orientations et leurs cadres d'intervention. On retrouve notamment les termes : mutilation génitale féminine/excision (MGF/E); excision; infibulation; mutilation génitale féminine (MGF); mutilation sexuelle féminine (MSF); circoncision génitale féminine (CGF) et, en anglais : *cutting*; *female genital cutting* (FGC); *female genital mutilation* (FGM).

Le terme le plus courant en français pour désigner l'ensemble des pratiques est celui de « mutilation génitale féminine (MGF) ». Ce terme est toutefois critiqué par certains pour sa formulation trop globalisante et stigmatisante envers les personnes et les communautés qui la pratique. Le terme

« mutilation sexuelle féminine (MSF) » gagne aussi en fréquence d'usage au sein de certaines agences onusiennes, notamment parce qu'il met en relief les conséquences de l'excision sur la santé sexuelle et reproductive des femmes plutôt que de sous-entendre qu'il ne porte atteinte qu'à l'appareil génital externe.

Les termes « excision » et « infibulation » sont souvent privilégiés par les professionnelles et professionnels du secteur de la santé parce qu'ils permettent de définir la teneur de l'intervention et de l'atteinte physiologique de façon objective, sans y apposer un jugement moral.

En somme, il n'y a pas de consensus ferme désignant un seul terme pour parler de ces pratiques. C'est plutôt un ensemble de vocables dont l'utilisation varie selon le contexte, les interlocutrices et interlocuteurs et les objectifs d'une communication donnée. Cette variation du langage est révélatrice de la complexité et de la nature sensible de cette problématique et de la nécessité de maintenir une ouverture et une flexibilité dans l'interaction lorsqu'on intervient sur ces questions. Les pratiques de l'excision et de l'infibulation soulèvent un questionnement qui se positionne entre deux mondes, celui de la pratique coutumière, vécue par les personnes touchées, et celui des institutions et des systèmes de droit nationaux et internationaux. On note, par exemple, que lorsque les professionnelles et professionnels interagissent avec les patientes, ils utiliseront des termes tels qu'excision ou circoncision ou des termes issus de la langue d'origine de la personne lorsqu'ils sont connus. En contrepartie, ces mêmes professionnelles et professionnels utiliseront des termes associés aux agences internationales tels que MGF ou MGF/E lorsqu'ils échangent entre eux ou qu'ils consignent l'information au dossier médical à des fins cliniques ou légales (notamment en lien avec le dossier d'immigration).

Le Comité multisectoriel sur les mutilations génitales féminines a été soucieux de trouver une façon de parler des pratiques traditionnelles de l'excision et de l'infibulation d'une façon juste et qui ne stigmatise pas davantage les femmes concernées, tout en reconnaissant la nécessité d'adapter le langage au contexte et aux interlocuteurs et interlocutrices. Ainsi, les expressions « mutilation génitale féminine/excision (MGF/E) » et « excision et infibulation » ont tour à tour été utilisées pour désigner à la fois l'ensemble et la spécificité des pratiques traditionnelles.

1.3 Pays de pratique et estimation de la prévalence

D'après le rapport statistique intitulé *Les mutilations génitales féminines/l'excision : un problème mondial* publié par l'UNICEF à l'approche de la Journée internationale de la tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines de février 2016, plus de 200 millions de filles et de femmes en vie aujourd'hui ont subi des mutilations génitales pratiquées principalement dans 30 pays, surtout des États africains, du Moyen-Orient et de certaines communautés de l'Asie, dont l'Indonésie, où ces pratiques sont concentrées. En raison du poids démographique de ces pays, plus de la moitié de ces filles et de ces femmes vivent en Égypte, en Éthiopie et en Indonésie. Près du quart (44 millions) des personnes touchées sont des filles âgées de moins de 15 ans.

Plus récemment, du fait que les pays où se concentrent les MGF/E connaissent en général une croissance démographique forte et comptent des populations très jeunes, le Secrétaire général de l'ONU, António Guterres, déclarait, pour la Journée internationale de 2018, qu'en l'absence d'une action concertée et rapide, ce chiffre pourrait augmenter de 68 millions dans le monde d'ici à 2030, compromettant ainsi l'Objectif de développement durable n° 5 adopté à l'unanimité par les États membres en septembre 2015 qui appelle à l'élimination des mutilations génitales féminines à l'horizon 2030. Cet « appel en faveur d'une action accrue, concertée et mondiale pour mettre fin aux mutilations génitales féminines et garantir pleinement le respect des droits fondamentaux des femmes et des filles » a été réitéré par le secrétaire général de l'ONU lors de la Journée internationale de février 2019.

La prévalence des MGF/E varie considérablement au sein de chaque pays et entre les divers pays. Les pays où la prévalence est plus élevée ont tendance à présenter une variation intérieure moins

importante, tandis que ceux où la prévalence est moins élevée ont tendance à présenter une plus grande variation régionale.

Même si cette pratique néfaste est plus concentrée dans certains pays, des filles et des femmes sont exposées aux MGF/E dans le monde entier, y compris en Europe, en Océanie et en Amérique. En effet, en raison des mouvements migratoires, les MGF/E peuvent avoir été pratiquées au sein des communautés des diasporas originaires de régions où les MGF/E sont répandues. Selon l'Organisation mondiale de la santé, au moins 10 % des victimes des MGF/E, soit plus de 12,5 millions de filles et de femmes, vivent en Occident.

Estimation de la prévalence des mutilations génitales féminines

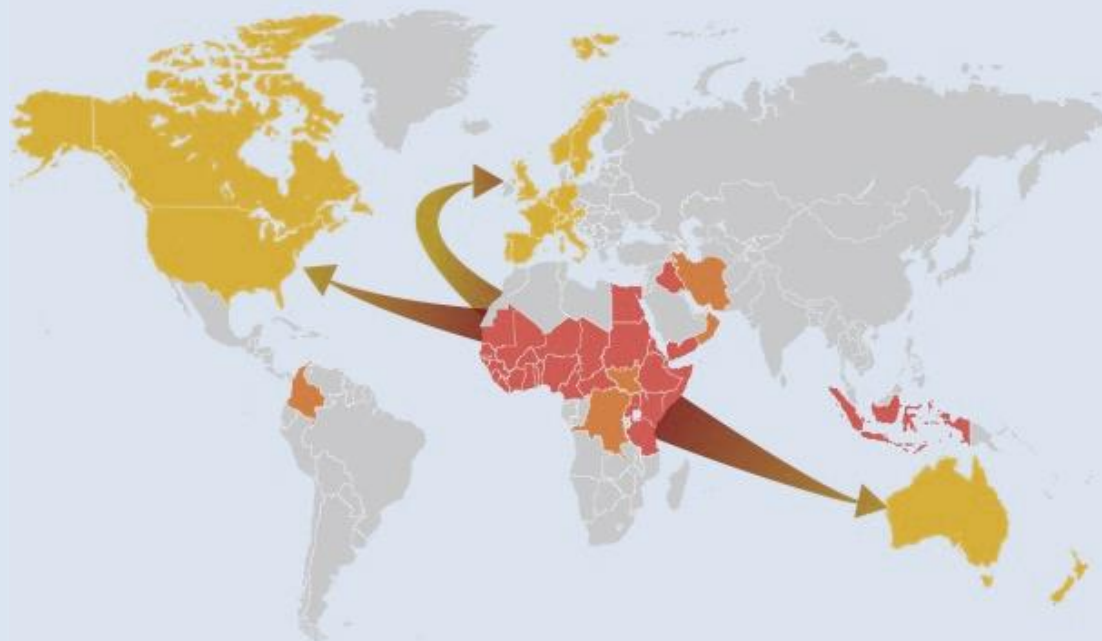
L'Organisation mondiale de la santé estime actuellement à près de 200 millions le nombre de filles et de femmes dans le monde ayant subi des MGF/E. Les MGF/E sont pratiquées dans au moins 30 pays. Elles sont largement répandues dans de vastes régions de l'Afrique, dans certains pays du Moyen-Orient et dans certaines communautés d'Asie et d'Amérique latine.

Compte tenu des migrations, des filles et des femmes victimes ou qui risquent de subir ces pratiques néfastes sont aussi établies en Amérique du Nord, en Europe occidentale, en Australie et en Nouvelle-Zélande.

Les MGF/E sont pratiquées principalement sur de jeunes filles entre la petite enfance et l'âge de 15 ans. Chaque année, ce sont près de 4 millions de filles qui y sont exposées.

D'ici 2030, quelque 68 millions de filles et de femmes subiront des MGF/E si les efforts visant à éradiquer ces pratiques ne sont pas intensifiés à l'échelle mondiale.

Les mutilations génitales sont pratiquées dans toutes les régions du monde



- Pays pour lesquels les données sur les MGF ont été recueillies au moyen d'enquêtes auprès des ménages
- Pays dans lesquels des MGF ont été signalées
- Pays dans lesquels des MGF ont été signalées au sein des communautés immigrées

Source : FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION, « Perspectives démographiques sur les mutilations génitales féminines », 2015, p 8. [En ligne], [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Demographic%20Perspectives%20on%20FGM_FR_0.pdf].

Explications

La prévalence des MGF/E varie à l'intérieur des pays et entre eux

Les pays qui affichent les plus hauts taux de prévalence des MGF/E parmi les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans sont la Somalie (98 %), la Guinée (96 %), le Djibouti (93 %) et l'Égypte (91%), l'Érythrée (89 %) et le Mali (85 %) (voir figure 1 ci-après).

Des estimations à l'échelle infranationale montrent que la prévalence des MGF/E varie presque autant à l'intérieur des pays qu'entre eux. Ainsi, la prévalence des MGF/E dans certaines régions du Mali dépasse les 95 %, tandis que dans d'autres, elle se maintient à moins de 25 %. Dans certains pays, comme la Somalie et le Niger, aucune variation à l'échelle locale n'est observée.

Selon le HCR, dans son analyse statistique intitulée *Trop de souffrance – Mutilations génitales féminines et asile dans l'Union européenne*, près de 20 000 filles et femmes originaires de pays dans lesquels les MGF/E sont pratiquées cherchent l'asile au sein de l'Union européenne chaque année. De ce nombre, quelque 16 000 demandes d'asile seraient fondées sur la persécution liée aux MGF/E.

Certains États membres de l'Union européenne ont réalisé des études nationales d'estimation de la prévalence, mais en raison de méthodologies de recherche différentes, ces études peuvent difficilement être comparées. C'est pourquoi la Convention d'Istanbul exige la mise en place d'un système de collecte des données et de recherche afin de mieux comprendre la nature et la prévalence de la violence à l'égard des femmes, y compris des MGF/E. Ces données peuvent être quantitatives ou qualitatives et provenir autant de sources administratives que d'enquêtes. La compilation régulière de telles données et leur analyse sont nécessaires pour orienter les politiques publiques et mettre en place les mesures appropriées, de même que pour suivre les progrès accomplis et soutenir la prise de décision. Il importe aussi que les statistiques et les diverses études soient diffusées aux acteurs concernés et au public. Pour s'assurer de la rigueur et de la comparabilité sur la scène nationale et internationale, le Conseil de l'Europe a d'ailleurs publié un guide concernant la collecte des données et la recherche.

Au Canada et au Québec

Les données sur la prévalence sont encore plus lacunaires au Canada et au Québec. Statistique Canada ne publie pas encore de données dans le Carrefour de données liées au développement durable sur l'indicateur 5.3.2 – Proportion de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une mutilation ou une ablation génitale, par âge. Il n'est donc pas possible d'estimer la prévalence ni même la progression du Canada vers l'atteinte de la cible 5.3 de l'objectif 5 des Objectifs de développement durable des Nations Unies relatif à l'égalité des sexes qui vise notamment à éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que la mutilation génitale féminine, à l'horizon 2030.

Au Québec, selon le Conseil du statut de la femme, des témoignages indiquent que des fillettes issues de l'immigration sont excisées ici ou lors de visites dans leur pays d'origine. Des médecins affirment avoir reçu des demandes pour effectuer des réinfibulations ou être obligés de gérer des dégâts y afférents.

En outre, certaines données démographiques justifient l'importance de tenir compte des besoins des filles et des femmes ayant subi une MGF/E ou à risque d'en subir une et d'adapter les services en conséquence. En effet, selon le Recensement de 2016 de Statistique Canada, près de 40 000 filles et femmes originaires de pays où la pratique des MGF/E prévaut sont présentes au Québec. Il est important de préciser toutefois que de ce chiffre global, il est impossible d'inférer une estimation de prévalence des MGF/E au Québec, notamment parce que nous ne savons pas combien de ce nombre ont vécu l'excision, nous ne savons pas combien sont venus au Canada pour fuir l'excision, et nous ne savons pas non plus quel impact l'immigration a eu sur leurs perceptions de la pratique des MGF/E.

Ce que nous apprennent toutefois les données récentes sur les demandes d'asile au Canada publiées par l'Agence des Nations Unies pour les réfugiées à Ottawa, c'est que parmi les personnes originaires d'un des principaux pays source en 2018 – le risque de mutilation génitale féminine est le deuxième motif de persécution invoqué³.

Même s'il n'est pas possible, ou judicieux, d'extrapoler un taux de prévalence à partir des données censitaires ou de celles sur les demandes d'asile, la présence au Québec d'un nombre significatif de femmes et de filles susceptibles d'être touchées par ces pratiques justifie qu'une attention particulière soit prêtée à la problématique des MGF/E, puisqu'il s'agit d'une violation grave de leurs droits fondamentaux et qu'un besoin de prévention et de protection en la matière a déjà été identifié à maintes reprises.

³ UNHCR L'AGENCE DES NATIONS UNIES POUR LES RÉFUGIÉS, « Les arrivées irrégulières à la frontière : informations générales janvier-décembre 2018 », mars 2019, [En ligne], [<https://www.unhcr.ca/wp-content/uploads/2019/03/Les-arrivées-irrégulières-à-la-frontière-en-2018.pdf>].

1.4 Les MGF/E dans le contexte canadien

Ainsi qu'il a été mentionné, il est difficile d'obtenir des données quantitatives ou des statistiques sur la prévalence des MGF/E au Canada, néanmoins des filles et des femmes ayant subi des MGF/E sont bien présentes sur le territoire, comme l'indiquent les différentes sources consultées ainsi que cet état de situation. En effet, le Canada est un pays d'accueil pour des personnes immigrantes et réfugiées, dont un certain nombre de femmes et de filles provenant de pays où la prévalence des MGF/E est élevée. Certaines femmes ayant déjà subi une MGF/E⁴, avant leur immigration, font encore face aux conséquences sur leur santé et leur bien-être. Bien qu'il n'existe aucune donnée officielle, plusieurs données anecdotiques et médiatiques suggèrent que la mutilation peut également avoir lieu sur le sol canadien. Par exemple, un article publié par Radio-Canada en 2017 fait part de témoignages récoltés par l'organisme Oasis Centre des femmes et par la Commission ontarienne des droits de la personne, qui indiquent que des MGF/E seraient pratiquées en Ontario et dans le reste du Canada et que certaines filles sont emmenées à l'étranger pour y subir des MGF/E⁵. Le *Sexuality Education Resource Centre* de Winnipeg a fait part de personnes faisant appel à leur organisme afin d'aborder la problématique des MGF/E dans leur communauté⁶. Par la suite, le centre a lancé l'initiative *Our Selves Our Daughters* en matière d'engagement communautaire et d'éducation en lien avec les MGF/E⁷. Des informations non officielles de l'Unité consulaire pour les enfants vulnérables du ministère des Affaires étrangères obtenues grâce à la Loi sur l'accès à l'information (L.R.C. (1985), ch. A-1) font part de la présence estimée de plusieurs milliers de filles et de femmes potentiellement à risque ou affectées par les MGF/E au Canada. Les résultats d'une enquête préliminaire menée auprès d'une communauté Dawoodi Bohra habitant au Canada indiquent aussi que des femmes ont subi la mutilation sur le sol canadien.

Dès les années 2000, des discussions ont été engagées dans divers secteurs qui agissent en première ligne auprès de femmes issues de communautés ou de pays où l'excision est largement répandue (secteur de la santé, Agence des services frontaliers du Canada, secteur de la justice, organismes communautaires). Certains ont été confrontés directement à la question des MGF/E dans leur cadre professionnel : la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a indiqué avoir reçu des plaintes de praticiennes et praticiens en lien avec les MGF/E. Dans une fiche d'information, le Conseil canadien des femmes musulmanes fait part en 2017 d'organismes de lutte contre les violences faites aux femmes ayant témoigné que des filles étaient entrées en contact avec eux afin d'obtenir de l'aide pour ne pas être emmenées à l'étranger pour y subir une MGF/E⁸. En outre, l'Agence des services frontaliers du Canada a émis des lignes directrices pour ses agentes et agents et a mis à leur disposition une note d'information afin de les former à dépister les départs et entrées au Canada pour des raisons de MGF/E⁹. Cette note comprend notamment des illustrations de ce que peut contenir une trousse d'exciseuse (outils, herbes, objets de rituels). Tous ces exemples révèlent que les MGF/E constituent bien un véritable enjeu au Canada et de nombreuses filles et femmes sont concernées.

⁴ PACKER Corinne, RUNNELS Vivien et LABONTÉ Ronald, « Canada's response to female genital mutilation », *Canadian Medical Association Journal*, 2015, [En ligne], [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4387059/pdf/187e188.pdf].

⁵ MACDONALD-DUPOUIS Natasha, « Combien de femmes en Ontario vivent avec les conséquences de l'excision? », Radio-Canada, 6 février 2017, [En ligne], [https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1015270/femme-ontario-excision-mutilation-genital].

⁶ [En ligne], [http://serc.mb.ca/sexual-health-info/sexuality/female-genital-cutting/].

⁷ CANADIAN COUNCIL OF MUSLIM WOMEN, « Fact Sheet - Female genital cutting/mutilation », [En ligne], [http://ccmw.com/violence-against-women-health-and-justice-for-canadian-muslim-women/].

⁸ CANADIAN COUNCIL OF MUSLIM WOMEN, *op. cit.*

⁹ CANADA BORDER SERVICES AGENCY, « Female Genital Mutilation Practitioners Entering Canada - Recommended for Shift Briefing ».

En réponse aux préoccupations de terrain, quelques initiatives ont été mises en place :

- Les médecins canadiens disposent d'un guide pour soigner les conséquences des MGF/E¹⁰;
- En Ontario, les médecins ont l'obligation de signaler les cas de MGF/E (politique de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario¹¹);
- Le nouveau Guide d'étude *Découvrir le Canada – Les droits et responsabilités liés à la citoyenneté* inclut des informations sur l'interdiction des MGF/E¹².

Malgré ces premières actions, le Québec et plus largement le Canada en sont encore aux prémices de la lutte contre les MGF/E¹³. Au-delà de la législation, les moyens ne sont pas toujours suffisants afin de mener cette lutte et d'accompagner les femmes concernées. Il n'existe pas actuellement de système de suivi ou d'identification de départ à l'étranger pour faire subir une MGF/E (*vacation cutting*), permettant une meilleure surveillance et un meilleur suivi. Dans le secteur de la santé, les complications dues spécifiquement aux MGF/E ne sont pas toujours connues des médecins, alors que les femmes hésitent à chercher de l'aide. Dans le secteur de la protection de la jeunesse, bien que les professionnelles et professionnels aient la responsabilité de s'impliquer et d'intervenir en cas d'atteintes avérées ou de risque, ils ne disposent pas d'information ni de directives spécifiques soutenant une intervention impliquant un cas de MGF/E, et il n'y a pas de loi provinciale qui aborde spécifiquement la question¹⁴.

Code criminel

En avril 1997, le Code criminel a été modifié¹⁵ pour y inclure la pratique des MGF/E au nombre des voies de fait graves en vertu du paragraphe 268(3). Ainsi, toute personne qui pratique une MGF/E commet des voies de fait graves qui sont considérées comme étant un acte criminel passible d'emprisonnement pendant une durée pouvant aller jusqu'à 14 ans. Un parent qui pratique une MGF/E sur son enfant peut ainsi être accusé de voies de fait graves. Si le parent ne commet pas l'acte, mais accepte de le faire exécuter par une autre partie, il peut être condamné comme partie à l'infraction en vertu du paragraphe 21(1) du Code criminel. Le Code criminel énonce aussi que commet une infraction criminelle toute personne qui agit dans le but de faire passer à l'étranger une personne résidant habituellement au Canada pour y subir un acte qui est considéré comme étant une voie de fait grave (article 273.3). Ainsi, on peut avoir recours à cet article pour empêcher l'envoi d'enfants de sexe féminin à l'extérieur du pays aux fins de pratique des MGF/E. Jusqu'à ce jour, il n'y a eu aucune poursuite judiciaire au criminel pour cause de MGF/E au Canada.

Droit d'asile

S'il n'existe aucune jurisprudence en cours criminelle sur la question des MGF/E, il en est tout autrement des tribunaux administratifs en droit de l'immigration. Chaque année un nombre significatif de femmes demandent la protection du Canada dans le but d'échapper à la menace d'une excision (la leur ou celle de leur fille.s) dans leur pays d'origine. Ces demandes d'asile sont traitées au niveau fédéral par la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR). La question des mutilations génitales y est traitée à travers les *Directives numéro 4 du président (de la) Commission de l'immigration et du statut de réfugié : Revendicatrices du statut de réfugié craignant d'être persécutées en raison de leur sexe*, qui considèrent les MGF/E comme constituant

¹⁰ PACKER Corinne, RUNNELS Vivien et LABONTÉ Ronald, *op.cit.*

¹¹ COMMISSION ONTARIENNE DES DROITS DE LA PERSONNE, « Politique sur la mutilation génitale féminine », 30 juin 2008, p. 15. [En ligne], [<http://www.ohrc.on.ca/fr/politique-sur-la-mutilation-genitale-feminine>].

¹² [En ligne], [<https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/publications-guides/decouvrir-canada.html>].

¹³ MADUENO Melinda, « L'excision et la législation québécoise », *Journal du Barreau*, volume 36, numéro 15, 15 septembre 2004, [En ligne], [<https://www.barreau.qc.ca/pdf/journal/vol36/no15/une.html>].

¹⁴ CANADIAN COUNCIL OF MUSLIM WOMEN, « Fact Sheet - Female genital cutting/mutilation », [En ligne], [<http://ccmw.com/violence-against-women-health-and-justice-for-canadian-muslim-women/>].

¹⁵ Ces modifications sont entrées en vigueur par suite de la sanction le 25 avril 1997 de la Loi modifiant le Code criminel (prostitution chez les enfants, tourisme sexuel impliquant des enfants, harcèlement criminel et mutilation d'organes génitaux féminins) (projet de loi C-27). Plusieurs des dispositions de ce projet de loi avait d'abord été présentée en 1994 par une députée du Québec, Mme Christiane Gagnon, alors porte-parole du Bureau de la coordonnatrice de la situation de la femme du Bloc Québécois au moyen d'un projet de loi émanant d'un député, soit le projet de loi C-277 intitulé Loi modifiant le Code criminel (mutilation génitale des personnes de sexe féminin).

une forme de persécution fondée sur le sexe. Ces directives sont entrées en vigueur en novembre 1996 puis mises à jour en juillet 2018.

Droit de la santé

Dès 1992, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) s'est prononcée contre la pratique des MGF. Elle demande à ses membres de refuser de les pratiquer tout en traitant avec dignité et compassion les filles et les femmes ayant subi cette intervention et en leur offrant les soins appropriés à leur situation. Au moyen de la nouvelle *Déclaration de principe – Excision/mutilations génitales féminines* publiée en 2012¹⁶, la SOGC avise ses membres que pratiquer une MGF/E ou apporter son assistance à une telle pratique est une offense criminelle, qu'il est impératif de signaler aux autorités de la protection de la jeunesse toute jeune fille soupçonnée d'avoir été soumise à une MGF/E ou qui risque de l'être et que toute demande de réinfibulation se doit d'être refusée. La SOGC procède actuellement à la mise à jour de ses lignes directrices afin de les adapter aux plus récentes recherches et aux réalités sociales actuelles. La SOGC et la TCRI collaborent de façon soutenue autour de la question des MGF/E.

Droits et libertés de la personne

En décembre 1994, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec a publié une étude intitulée *Les mutilations génitales sexuelles : une atteinte illicite à l'intégrité de la personne*¹⁷. Pour formuler son opinion, elle analyse les instruments internationaux qui contiennent des dispositions concernant les droits de la personne, de même que le Code criminel et la Charte des droits et libertés de la personne du Québec (RLRQ, chapitre C-12).

En Ontario, afin d'assurer la protection et la promotion efficaces des droits fondamentaux des femmes et des filles, la Commission ontarienne des droits de la personne a publié, en 2006, la Politique sur la mutilation génitale féminine¹⁸. Elle y énonce explicitement que la mutilation génitale féminine est une atteinte aux droits de la personne, qui est d'ailleurs reconnue à l'échelle internationale et que le Canada, à titre de signataire de conventions et traités internationaux, a l'obligation d'agir à cet égard.

Politiques publiques québécoises

Bien que le Québec se soit doté de politiques publiques pour lutter contre les agressions sexuelles et la violence conjugale ainsi que pour favoriser l'égalité entre les femmes et les hommes depuis nombre d'années, ce n'est qu'en 2010 que la question des MGF/E a été spécifiquement abordée. Le Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013 (prolongé jusqu'en 2015) *Au féminin... à l'écoute de nos besoins* du ministère de la Santé et des Services sociaux et le Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015 *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait* contiennent chacun une mesure pour améliorer les services de santé et les services sociaux offerts aux femmes victimes de MGF/E. Ces mesures ne visent pas toutefois la prévention, ni l'élimination de cette pratique néfaste pour les filles et les femmes.

Mobilisation des organismes communautaires et des organismes des minorités ethnoculturelles

Depuis le début des années 1990, avec la diversification de l'immigration, le milieu communautaire s'est mobilisé pour prévenir les MGF/E et mieux protéger les filles et les femmes qui en sont victimes ou risquent de l'être. Ainsi, le Comité Inter-Africain milite depuis 1994 pour enrayer ces pratiques néfastes. Un forum de sensibilisation s'adressant à la population a été organisé par le Réseau Femmes Africaines Horizon 2015 en décembre 2003. En 2004, un colloque destiné aux

¹⁶ SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA, « Déclaration de principe – Excision/mutilation génitale féminine », No 272, février 2012.

¹⁷ COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, « Les mutilations sexuelles : une atteinte illicite à l'intégrité de la personne », 1994, [En ligne] [<http://www.cdpcj.qc.ca/Publications/mutilations.pdf>].

¹⁸ COMMISSION ONTARIENNE DES DROITS DE LA PERSONNE, « Politique sur la mutilation génitale féminine », 30 juin 2008, [En ligne], [<http://www.ohrc.on.ca/fr/politique-sur-la-mutilation-genitale-feminine>].

professionnelles et professionnels de la santé a été organisé. Ce colloque a été suivi par celui qui vise les professionnelles et professionnels du milieu juridique. Lors de ce dernier colloque, il est ressorti que la législation seule ne suffit pas. Des mesures d'accompagnement pour les filles et les femmes sont alors réclamées, de même qu'un plan d'action pour lutter contre ces pratiques considérées comme étant une violation des droits des femmes.

Lors des *États généraux sur la situation des femmes immigrées et racisées* de 2012 et des consultations préalables tenues dans différentes régions du Québec, la question des violences à l'égard des femmes est clairement ressortie. C'est pourquoi le Plan d'action 2012-2015¹⁹ dévoilé par la TCRI et le RAFIQ dans la foulée des États généraux contient une série de mesures pour « assurer une prévention et une intervention adaptées aux victimes de violences ». Des mesures visent spécifiquement les violences basées sur l'honneur. Le Volet Femmes de la TCRI a tissé un partenariat à l'échelle du Québec sur les VBH puis sur les MGF/E. Le RAFIQ, de son côté, s'est penché sur les MGF/E en mobilisant les femmes concernées par cet enjeu, en leur donnant la parole et en définissant leurs besoins les plus urgents.

Le projet *Agissons ensemble pour contrer les violences faites au nom de l' « honneur au Québec : collaborations pluridisciplinaires et stratégies intersectorielles autour des processus de détection, de prévention et d'intervention*, mis sur pied par la TCRI, a permis de tisser un partenariat multisectoriel et intersectoriel inédit. De concert avec le Comité multidisciplinaire et intersectoriel sur les VBH de la TCRI qui s'est réuni à plusieurs reprises, la TCRI a organisé les Journées de réflexion *Les VBH, comprendre pour agir* les 23 et 24 avril 2014. Ces Journées ont permis d'enrichir les connaissances de l'état de lieux, des besoins et des pratiques en cours sur les territoires de Montréal, de Laval, de Québec, de Gatineau et de Sherbrooke en tenant compte du point de vue des intervenantes et intervenants de différents organismes et institutions et de celui des femmes concernées.

Par la suite, la TCRI, par le truchement du Comité conjoint TCRI-RAFIQ sur les MGF/E, a mis en place plusieurs activités de sensibilisation et d'information afin de dénoncer cette forme de pratique oppressive qui entrave la liberté des femmes excisées et met à risque les petites filles du Québec. La Journée de réflexion de juin 2015 organisée sur la problématique des MGF/E a mis en évidence les besoins de mieux informer et sensibiliser les personnes touchées par les MGF/E et la population; de prévenir et d'intervenir pour éradiquer cette pratique ainsi que d'agir avec détermination pour l'abolition des MGF/E sur la scène locale, nationale et internationale. Les activités organisées par le RAFIQ, notamment avec la collaboration de la TCRI, pour souligner la Journée internationale de la tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines ont aussi été une occasion de partager des réflexions et d'échanger sur des pratiques exemplaires afin de mieux accompagner les femmes et les filles.

¹⁹ TABLE DE CONCERTATION AU SERVICE DES PERSONNES RÉFUGIÉES ET IMMIGRANTES et RÉSEAU D'ACTION POUR L'ÉGALITÉ DES FEMMES IMMIGRÉES ET RACISÉES DU QUÉBEC, *Plan d'action 2012-2015 issu des États généraux sur la situation des femmes immigrées et racisées 20-21 et 22 janvier 2012, mai 2012*, [En ligne], [tcri.qc.ca/images/publications/volets/volet-femmes/2012/Etats_generaux_de_la_situation_des_femmes_immigrees_et_racisee_Plan_Action_2012-2015-2012.pdf].

Partie 2

Un état de situation des MGF/E au Québec

Pour dresser l'état de situation des MGF/E au Québec, le Comité multisectoriel sur les mutilations génitales féminines s'est assuré de la participation des femmes directement touchées tout au long du projet. Ainsi, des femmes ayant subi des MGF/E, originaires de diverses parties du monde où ces pratiques néfastes sont répandues, ont participé au projet. Elles ont fait connaître leur point de vue à propos de la terminologie. Elles ont aussi formulé des recommandations quant aux changements qui devraient être apportés dans les pratiques des intervenantes et intervenants. Elles ont notamment souligné le caractère délicat de ces changements afin d'éviter toute stigmatisation.

Des femmes des communautés à risque ont été associées au projet grâce au soutien du Comité du RAFIQ sur les MGF/E. Ce comité, composé d'une dizaine de femmes ayant subi des MGF/E, a le mandat de définir les moyens les plus appropriés à mettre en œuvre afin d'apporter des changements structurels et durables.

Les partenaires associés au projet proviennent des secteurs les plus concernés en matière de prévention et d'intervention auprès des femmes et des filles ayant subi des MGF/E ou qui y sont à risque. Il s'agit notamment des secteurs suivants : santé et services sociaux, protection de la jeunesse, éducation des jeunes et communautaire.

L'évaluation des besoins des femmes a été réalisée d'une façon participative, impliquant prioritairement des femmes des populations cibles, et suivant une approche interculturelle, genrée, féministe et fondée sur le droit à l'égalité, en conformité avec les objectifs du projet qui vise le respect de l'intégrité des femmes et leur sécurité dans tous les milieux de vie.

2.1 Point de vue des femmes affectées par les MGF/E

Cette partie du rapport présente la voix de femmes ayant subi des MGF/E. L'analyse de leurs témoignages permet de dégager des portraits types qui correspondent à des expériences et à des positions diverses des femmes interviewées, selon qu'elles se situent dans la période avant le début de leur sexualité ou après.

Globalement, les répondantes peuvent être regroupées en trois catégories : celles qui sont dans l'angoisse du futur, celles qui sont conscientes et dans la résignation et celles qui sont conscientes et dans la résilience.

Celles qui sont dans l'angoisse pour le futur

Si l'ensemble des femmes interviewées reconnaissent être confrontées à de multiples enjeux concernant leur santé sexuelle et reproductive, physique et psychologique et aussi d'ordre socioculturel liés à l'excision subie; celles qui angoissent pour le futur se questionnent constamment et spécifiquement sur de potentiels problèmes relatifs à la sexualité, à la normalité de leurs organes génitaux, à leur futur conjoint, aux conséquences possibles, etc.

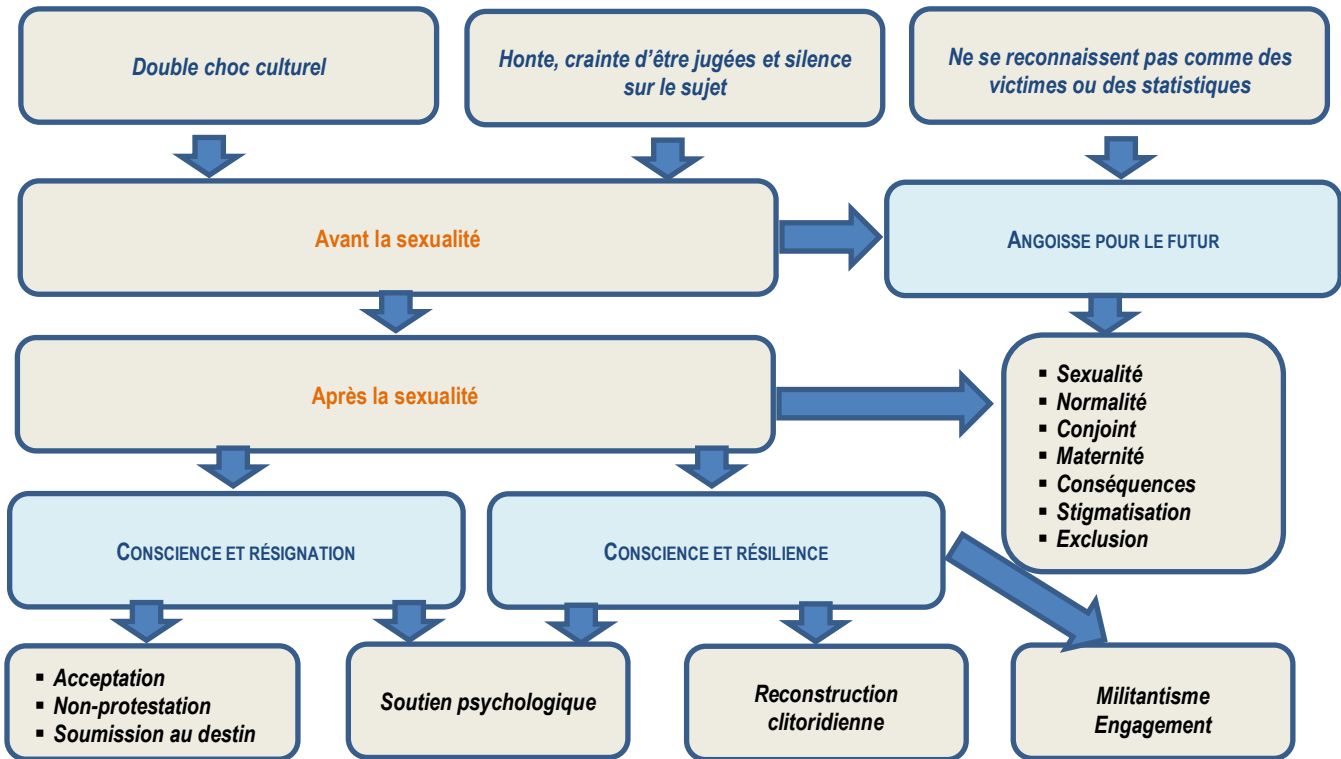
*Celles qui sont **conscientes** et dans la **résignation***

Celles qui sont conscientes de la situation et qui ont opté pour la résignation ne veulent rien faire concernant leur MGF/E. Elles acceptent leur sort tel quel. Elles ne feront rien pour améliorer l'apparence physique de leurs organes génitaux externes ou pour avoir du plaisir sexuel.

*Celles qui sont **conscientes** et dans la **résilience***

Les femmes qui sont conscientes et qui sont dans la résilience sont pour leur part déterminées à agir pour trouver des réponses à leurs besoins en matière de soutien psychosocial, de réparation clitoridienne ou, encore, de leurs besoins de s'engager et de militer pour contrer la pratique des MGF/E.

Figure 2
Portraits types des expériences des femmes interviewées



Recommandations et pistes d'action

Les entretiens avec les femmes ayant subi une MGF/E ont mis en perspective un réel double choc culturel face à cette pratique. Des portraits types de femmes peuvent être esquissés : celles qui angoissent pour le futur, celles qui sont résignées quant à leur sort et celles qui sont résilientes.

Si certaines femmes excisées ont pu satisfaire leurs besoins en soins médicaux concernant la désinfibulation ou la reconstruction clitoridienne, la majorité des femmes fait plutôt écho à un désenchantement vis-à-vis ce qu'elle estime être une quasi-absence de services adaptés à leurs besoins. Ces dernières parlent d'un « système non inclusif », qui ne tient pas compte de leur présence au Québec. Elles se sentent incomprises et sont démunies face à l'information et aux ressources dont elles ont besoin.

Selon leurs dires, les médecins au Québec méconnaissent les MGF/E et ne sont pas formés pour intervenir en la matière. La communauté d'accueil non plus ne connaît pas les enjeux associés aux MGF/E, ce qui expose les femmes à la stigmatisation et à la honte.

Ce que cette étude exploratoire révèle concerne essentiellement le domaine de la santé et des services sociaux du Québec, ainsi que leurs partenaires terrain.

Par-delà leurs positions diverses sur leurs besoins et leurs expériences en matière de MGF/E dans le contexte québécois, les femmes interviewées convergent vers une position commune appelant à améliorer l'accès à des soins et à des services adaptés à leurs besoins. Pour ce faire, elles ont exprimé des souhaits et formulés des propositions qui peuvent se résumer comme suit :

- Créer un système inclusif (qui tient compte de la présence de femmes excisées au Québec);
- Mieux informer et former les professionnels intervenant auprès des femmes concernées;
- Mettre en place des structures spécialisées sur le sujet des MGF/E;
- Faire de la sensibilisation tant auprès de la société d'accueil qu'auprès de communautés ethnoculturelles;
- Créer des outils pour l'information et la sensibilisation;
- Impliquer les femmes ayant subi une MGF/E dans la sensibilisation;
- Renforcer les dispositifs juridiques.

Par ailleurs, le cadre théorique du sociologue Blumer, qui est présenté dans la section sur les services de la protection de la jeunesse, invite à une reconnaissance et à une légitimation des MGF/E comme étant un problème social au Québec.

2.2 Secteur de la santé et des services sociaux

La présente section vise à partager un état des lieux auprès des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux afin de circonscrire certaines préoccupations liées à l'information, aux connaissances et aux pratiques de ces derniers relativement aux MGF/E vers une prise en charge de qualité et sensible aux expériences et trajectoires des filles, des femmes et des familles touchées ou à risque de MGF/E.

Parmi les préoccupations qui concernent le secteur de la santé et des services sociaux, les mutilations génitales féminines, dont l'excision (MGF/E), représentent un défi de taille. Face aux besoins complexes des filles et des femmes ayant été touchées par une MGF/E, plusieurs professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux rapportent ne pas être suffisamment informés ni formés, résultant en une prise en charge limitée relativement aux besoins complexes de cette population tant sur le plan physique que psychologique. Malgré les progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes et de stratégies sensibles depuis le début des années 1990 au Canada, la compréhension des trajectoires et des expériences reste limitée, affectant une prise en charge de qualité des filles, des femmes et des familles touchées ou à risque de MGF/E. De plus, en ce qui concerne les défis associés à la prise en compte des trajectoires spécifiques liés à l'immigration et aux particularités culturelles, un besoin de soutien provenant des expériences et des expertises dans ce domaine a été décelé.

Une collecte de données a été réalisée en utilisant une approche mixte. D'une part, un questionnaire d'enquête, partagé sur plateforme électronique, a été transmis à plus de 250 professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux du Québec. Au total, 90 personnes ont participé. De plus, cinq entretiens de groupe auprès d'un total de 22 personnes ont eu lieu afin d'enrichir et de valider les résultats issus de l'enquête. Une analyse de ressources sur divers sites Web a également été réalisée en parallèle à l'enquête par questionnaire et aux entretiens de groupe afin de circonscrire les ressources qui viendraient en soutien aux professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux lors de leurs prestations de soins auprès des femmes et des filles touchées par les MGF/E. Au total, 151 ressources Web en provenance de l'ensemble du territoire canadien ont été recensées.

L'analyse des données illustre clairement que le fait d'avoir été exposé d'une façon ou d'une autre à des femmes ou à des filles touchées par les MGF/E alimente les connaissances et l'intérêt des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux sur le sujet. Il ressort également qu'en détenant une certaine expérience dans la prise en charge de MGF/E, les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux sont plus à même de réaliser une prise en charge estimée plus complète. Il n'est toutefois pas clair quel type de sensibilisation, d'information ou de formation les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux recherchent afin d'améliorer leur prise en charge. À cet effet, il a été rapporté que les guides de sensibilisation et d'information, de même que les programmes de formation spécifique sur les MGF/E sont difficiles d'accès. Quand ces derniers sont accessibles, ceux-ci ne sont pas nécessairement ciblés pour les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux.

Les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux rapportent une certaine difficulté lors des interactions cliniques en ce qui concerne les aspects liés à la communication en contexte de distance linguistique, le recours à la médiation culturelle et à l'interprétariat dans leurs établissements de santé et des services sociaux. Finalement, de nombreux participantes et participants ont déclaré un besoin de programmes de soutien par les pairs afin de les guider avec une sensibilité culturelle sur les questions complexes d'immigration et de santé liées aux MGF/E. Il a été discuté lors des entretiens qu'une prise en charge différenciée nécessitant des repères culturels ancrés dans la diversité des communautés affectées était essentielle. Pour ce faire, la grande majorité, sinon toutes les personnes ayant participé, ont mentionné l'urgence de rendre disponibles et accessibles des directives et des outils cliniques mis à jour. De plus, les résultats convergent vers l'importance de répondre aux défis éthiques et juridiques liés à la prévention, à la prise en charge et à la reconstruction quand il s'agit de répondre à des besoins spécifiques des filles, des femmes et des familles touchées par les MGF/E. Il est intéressant de noter une prise en charge différenciée selon le genre des personnes répondantes à l'enquête ainsi que selon leur expertise et affiliation professionnelle.

En somme, l'élaboration, la validation et la mise à disponibilité d'information, de sensibilisation, de formations, surtout celles continues en milieu clinique d'intervention, d'outils et de directives cliniques ancrés dans la réalité des expériences d'immigration et sensibles aux trajectoires de genre sont des étapes à considérer de façon impérative. Ces étapes nécessiteront une complémentarité d'expertises ainsi que des bases de collaboration intersectorielle et multidisciplinaire pour une réelle prise en charge de qualité des besoins des filles, des femmes et des familles touchées par les MGF/E.

Recommandations et pistes d'action

À l'issue de l'analyse des constats et des besoins relevés lors de l'enquête et des entretiens de groupe auprès des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux et par la recension de ressources Web, plusieurs thématiques et pistes d'action ont retenti. Celles-ci ont permis l'élaboration des recommandations suivantes :

CONSTAT 1 : BESOINS D'ACTIVITÉS DE SENSIBILISATION ET D'INFORMATION LIÉES À UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ

Recommandation 1.1 – Enrichir l'information et renforcer les connaissances des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux liées à la prévention et à une prise en charge de qualité des femmes ou à risque de MGF/E.

Recommandation 1.2 – Instaurer des groupes de prévention et de sensibilisation de type « éducation populaire » en collaboration avec des OBNL et les femmes elles-mêmes sur les risques liés aux MGF/E et leurs conséquences.

Pistes d'action 1.1

- Élaborer, mettre en place et évaluer un programme de soutien, de sécurisation, de médiation et d'intervention en contexte de diversité culturelle auprès de femmes touchées ou à risque de MGF/E.
- Élaborer et intégrer des activités de pratique réflexive pour la pratique de première ligne en contexte d'immigration.
- Explorer la possibilité d'élaborer des webinaires animés en collaboration des femmes ayant une variété d'expériences sur les défis liés à l'immigration en intersection aux questions liées sur les MGF/E
- Élaborer et mettre en place des outils pédagogiques tels que des textes d'information et de sensibilisation, ainsi que des outils réalisés par et pour les familles concernées par les MGF/E.
- Contribuer à l'élaboration ou à la mise à jour selon les ordres professionnels de lignes directrices et de directives cliniques afin de soutenir une pratique sensible et de qualité sur ces questions complexes.
- Élaborer des documents d'information et de soutien pour des cas particuliers ayant une teneur sensible sur le plan confidentiel et éthique, telles que des demandes spéciales par des femmes et des familles réfugiées et demandeuses d'asile.

Pistes d'action 1.2

- Élaborer et mettre en place des activités impliquant des femmes touchées ou à risque de MGF/E à titre de 'paires aidantes'.
- Élaborer et mettre en place des histoires de cas et des capsules illustrant les expériences des femmes et des familles en lien avec les MGF/E dans un contexte de collaboration multidisciplinaire et intersectorielle.

Personnes concernées

- Les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant en première ligne en contexte d'immigration.
- Les intervenantes et intervenants des OBNL œuvrant en première ligne en contexte d'immigration.
- Les femmes et dans certains cas les familles incluant des hommes ayant une expertise en ce qui concerne l'intersection des expériences liées aux MGF/E.
- Les gestionnaires des établissements de santé et des services sociaux.

CONSTAT 2 : BESOINS D'INTÉGRATION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ, DONT LA TRAJECTOIRE MIGRATOIRE ET LES RAPPORTS SOCIAUX DE GENRE POUR UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ

Recommandation 2.1 – Développer, renforcer et soutenir la collaboration multidisciplinaire et intersectorielle entre les milieux de soins.

Recommandation 2.2 – Développer, renforcer et soutenir la compréhension des repères et déterminants socioculturels ainsi que des rapports sociaux de genre liés aux MGF/E pour une prise en charge sensible et de qualité.

Recommandation 2.3 – Élaborer, mettre en place et rendre disponibles et accessibles des stratégies concrètes pour favoriser le soutien à la communication, à la sécurisation, à la médiation culturelle et à l'interprétariat dans la pratique professionnelle.

Pistes d'action 2.1

- Repérer des plateformes novatrices pour échanger et diffuser les directives cliniques, les outils et autres bonnes pratiques de façon uniforme à travers l'ensemble des services de santé et des services sociaux et dans les régions éloignées.
- Faire des démarches pour mettre en place des cliniques spécialisées répondant aux besoins spécifiques et particuliers des filles et des femmes touchées ou à risque de MGF/E dans la grande région de Montréal.
- Mettre au point des directives cliniques sensibles aux différentes étapes de la trajectoire d'immigration des filles et des femmes touchées ou à risque de MGF/E à travers les services de santé et services sociaux.
- Élaborer et mettre en place des directives cliniques en collaboration entre les milieux communautaires et secteurs de la santé et des services sociaux.

Pistes d'action 2.2

- Concevoir et implanter, en collaboration avec les OBNL, des formulaires destinés à l'identification des facteurs de risque auxquels sont exposés les filles et les femmes touchées ou à risque de MGF/E, un dépistage et les étapes à respecter pour assurer un suivi de qualité tout au long du continuum des services.
- Élaborer et mettre en place un programme de formation qui aborde les stratégies à adopter pour offrir un soutien psychologique aux femmes ayant été touchées par une MGF/E qui font une demande de reconstruction clitoridienne.
- Élaborer, mettre en place et évaluer un programme d'information, de formation et de sensibilisation mettant en exergue la contribution des déterminants socioculturels, notamment les perspectives et attitudes différenciées selon les sexes ainsi que les rapports sociaux de genre.

Pistes d'action 2.3

- Élaborer des lignes directrices pour l'établissement d'une relation de confiance en renforçant les compétences de communication en contexte clinique impliquant des distances culturelles et linguistiques.
- Établir un protocole d'accès aux interprètes permettant de pallier les distances linguistiques rencontrées dans la pratique et de soutenir adéquatement les femmes touchées ou à risque de MGF/E.
- Rendre accessible la présence d'interprètes de sexe féminin pour encourager un espace de confiance et de sécurité.

CONSTAT 2 (SUITE)

Personnes concernées

- Les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant en première ligne en contexte d'immigration.
- Les intervenantes et intervenants des OBNL œuvrant en première ligne en contexte d'immigration.
- Les femmes et dans certains cas les familles incluant des hommes ayant une expertise en ce qui concerne l'intersection des expériences liées aux MGF/E.
- Les gestionnaires des établissements de santé et des services sociaux.

CONSTAT 3 : BESOINS D'ACTIVITÉS DE FORMATION LIÉES À UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ

Recommandation 3.1 – Concevoir, renforcer et soutenir les programmes de formation destinés aux professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux au regard des MGF/E.

Pistes d'action 3.1

- Entamer des discussions avec les facultés de programmes pertinents du domaine de la santé et des services sociaux afin d'intégrer les questions liées aux MGF/E dans le cursus académique selon les expertises professionnelles.
- Élaborer et mettre en place une formation initiale ou une formation d'appoint en collaboration multidisciplinaire et intersectorielle.
- Élaborer et mettre en place une formation ciblée sur les lois canadiennes concernant les MGF/E, les obligations déontologiques, les conséquences d'une MGF/E sur la santé et le développement des jeunes filles ainsi que sur les autorités à contacter en cas de suspicion.
- Procéder à une recension des écrits scientifiques et des rapports gouvernementaux ainsi que ceux publiés par des OBNL pour repérer des outils pédagogiques et ainsi mieux situer les besoins à la formation initiale et en formation continue.
- Élaborer et rendre accessibles des lignes directrices pour la prise en charge des femmes demandant ou cliniquement requérant une réinfibulation et une reconstruction clitoridienne. Des lignes directrices doivent également être élaborées et mises à disposition en ce qui concerne les étapes à suivre suite à une identification de risque potentiel de MGF/E²⁰.

Personnes concernées

- Les responsables du premier cycle et des spécialités des facultés de programmes du domaine de la santé et des services sociaux.
- Les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant en première ligne en contexte d'immigration.
- Les intervenantes et intervenants des OBNL œuvrant en première ligne en contexte d'immigration.
- Les femmes et dans certains cas les familles incluant des hommes ayant une expertise en ce qui concerne l'intersection des expériences liées aux MGF/E.
- Les gestionnaires des établissements de santé et des services sociaux.

²⁰ ABDULCADIR J., RODRIGUEZ M.I. et SA, L. (2015), « A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 129(2), 93-97. doi : 10.1016/ijgo.2014.11.008.

CONSTAT 4 : BESOINS D'ACTIVITÉS DE RECHERCHE LIÉES À UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ

Recommandation 4.1 – Mettre en place un projet visant à documenter de façon plus systématique les connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux au regard des MGF/E.

Recommandation 4.2 – Mettre à jour les directives cliniques et outils pédagogiques existants destinés à informer, sensibiliser et former sur la prise en charge et la prévention des MGF/E.

Pistes d'action 4.1

- Explorer de façon systématique l'étendue des connaissances et des besoins de formation et d'information sur les questions liées aux MGF/E pour chaque profession de la santé et des services sociaux jugée pertinente.
- Élaborer un protocole de recherche pour mieux comprendre, analyser et évaluer les conséquences d'une prise en charge différenciée selon les sexes et les rapports sociaux de genre sur la prévention, la prise en charge et le suivi de femmes touchées ou à risque de MGF/E.

Piste d'action 4.2

- Entamer des discussions pour enclencher des démarches de mise à jour des formulaires OBS-1, OBS-2 et OBS-23 du MSSS afin que ceux-ci incluent une composante sur les questions liées aux MGF/E.

Recommandation 4.3 – Documenter de façon plus systématique les connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux en lien avec les besoins psychologiques et de santé mentale des filles et des femmes touchées ou à risque de MGF/E.

Pistes d'action 4.3

- Élaborer et mettre en place un protocole de recherche pour mieux comprendre, analyser et évaluer les conséquences psychologiques des MGF/E sur les filles et les femmes touchées ou à risque de MGF/E.
- Élaborer et mettre en place un protocole de recherche pour mieux comprendre et cerner les bonnes pratiques de prise en charge des besoins en santé mentale des filles et des femmes touchées ou à risque de MGF/E.
- Explorer de façon systématique l'étendue des connaissances et des besoins de formation liés aux conséquences psychologiques et en santé mentale des personnes impliquées dans la protection, la prévention et la prise en charge des filles et femmes touchées ou à risque de MGF/E.

Personnes concernées

- Les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant en première ligne en contexte d'immigration.
- Les intervenantes et intervenants des OBNL œuvrant en première ligne en contexte d'immigration.
- Les femmes et dans certains cas les familles incluant des hommes ayant une expertise en ce qui concerne l'intersection des expériences liées aux MGF/E.
- Les gestionnaires des établissements de santé et des services sociaux.

2.3 Services de protection de la jeunesse

Cette partie du rapport traite des connaissances, des pratiques et des besoins des professionnelles et professionnels des services de protection de la jeunesse relativement aux MGF/E au Québec.

La Loi sur la protection de la jeunesse du Québec s'applique aux enfants qui vivent des situations qui compromettent ou qui peuvent compromettre leur sécurité ou leur développement, notamment lorsqu'ils se retrouvent dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'ils présentent des troubles de comportement sérieux.

C'est le Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) qui est chargé de l'application de cette loi. Il est appuyé par une équipe de professionnelles et professionnels dont l'intervention auprès d'un enfant et de ses parents doit viser à mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant et éviter qu'elle ne se reproduise, et ce, dans l'intérêt de l'enfant et dans le respect de ses droits. Les responsabilités des professionnelles et professionnels des services de protection de la jeunesse consistent, entre autres, à recevoir le signalement; décider si le signalement doit être retenu pour évaluation; procéder à l'évaluation de la situation; déterminer et appliquer les mesures pour corriger la situation et réviser la situation de l'enfant.

Alors que plusieurs pays d'Europe se sont dotés de politiques et de programmes pour traiter de la question des MGF/E, ce travail est à peine amorcé dans le contexte canadien et québécois, malgré la présence importante des personnes vivant au Québec originaires de pays où cette pratique est courante. Les familles immigrantes constituent une part importante de la clientèle des services de la protection de la jeunesse. Quel est l'état des connaissances des professionnelles et professionnels de ces services en matière de MGF/E? Qu'en est-il de leurs pratiques et de leurs besoins en matière d'intervention et d'accompagnement des filles et de leurs familles affectées par les MGF/E? Comment les services et les professionnels des différents services de la protection de la jeunesse composent-ils avec cet enjeu qui affecte bon nombre de filles au Québec.

Les personnes interrogées dans le cadre de cette recension déclarent avoir des connaissances sommaires en matière de MGF/E. Une part importante de leurs connaissances a été acquise en dehors du contexte professionnel ou académique, c'est-à-dire au moyen de lectures personnelles, par les médias ou lors de voyages.

Elles mentionnent n'avoir jamais eu à évaluer un signalement en lien avec une MGF/E, et ce, même au sein de l'équipe d'évaluation des abus physiques et sexuels.

Aucune pratique spécifique n'a été développée au moment de cette recension des pratiques pour traiter d'un cas impliquant une MGF/E. Il n'y a pas non plus de consignes ou de procédures explicites à ce sujet. La question néanmoins, devait-elle survenir, serait traitée au sien du Comité de réflexion sur les VBH, qui lui détient une expertise en intervention interculturelle et a l'habitude de traiter de cas complexes. Ceci étant dit, les MGF/E comportant des dynamiques bien spécifiques, et l'on reconnaît que les outils développés pour dépister et traiter de la question des VBH ne sont pas adaptés aux MGF/E et que des ressources spécifiques doivent être élaborées.

Les personnes interrogées s'accordent pour affirmer que le tabou et la méconnaissance constituent les principaux obstacles à surmonter pour répondre aux besoins des femmes concernées par les MGF/E au Québec. Autrement dit, ces pratiques préjudiciables pour les femmes créent des chocs culturels importants. La complexité de la rencontre interculturelle présente donc des défis importants qui se doivent d'être abordés pour bien outiller les professionnelles et professionnels.

Sont clairement identifiés, les besoins de formation des professionnelles et professionnels des services de protection de la jeunesse pour leur permettre de mieux dépister, évaluer, orienter, informer, intervenir, accompagner et au besoin référencer les personnes concernées par les MGF/E au Québec. La formation devrait être axée non seulement sur l'intervenir auprès des filles affectées, mais aussi auprès des parents et des familles de ces filles.

Plusieurs types de collaboration sont proposés pour améliorer l'accès des filles aux soins et aux services adéquats, dont celui d'établir une entente de collaboration avec des services hospitalier

ou de santé communautaire vers lesquels orienter les « victimes » pour qu'elles puissent bénéficier d'un suivi au-delà de l'intervention en protection de la jeunesse.

Recommandations et pistes d'action

Contrairement au Code criminel du Canada qui dans le cas d'une MGF/E vise seulement la voie de fait causant des lésions corporelles, la Loi sur la protection de la jeunesse comporte un ensemble de facteurs de compromissions pouvant faire l'objet d'une prise en charge dans le cas où une jeune fille est affectée ou risque de subir cette pratique préjudiciable. Ces facteurs sont notamment la détresse psychologique et le choc post-traumatique, ainsi que la violence physique et sexuelle comportant des séquelles et nécessitant des soins. La Loi sur la protection de la jeunesse présente ainsi un potentiel d'intervention plus large que celui de la judiciarisation d'un acte criminel (qui, par ailleurs, n'a jamais eu lieu au Canada).

Pourtant, ainsi qu'il ressort de différents échanges tenus pour broser cet état de situation, aucun modèle d'intervention adapté au besoin des personnes concernées en matière de MGF/E n'existerait actuellement au sein des secteurs francophone et anglophone de la DPJ Montréal. Du côté de l'institution et de ses professionnelles et professionnels, il y a un intérêt manifeste à offrir des services d'accompagnement, de soutien et d'interventions appropriés aux filles et aux familles concernées par ce phénomène. C'est principalement au chapitre du renforcement des connaissances des enjeux et des capacités d'intervention qu'il importerait d'agir pour concevoir un modèle d'intervention.

Les recommandations ci-après sont structurées autour de trois actions complémentaires qui permettraient d'assurer un début de capacitation des professionnelles et professionnels du DPJ. Ces recommandations seraient déployées selon une certaine chronologie, soit l'*accompagnement de l'émergence* du phénomène des MGF/E en misant sur la planification et la mise en place d'actions concrètes de conscientisation (1^{re} recommandation), le *renforcement des capacités d'intervention* des professionnelles et professionnels (2^e recommandation) réalisé en amont d'une *collaboration des parties prenantes du milieu* (3^e recommandation), qui assurerait une base de connaissance commune et un début d'expertise sur lesquels bâtir les assises d'une offre locale organisée de services d'intervention et d'accompagnement en matière de MGF/E. Chacune de ces recommandations est expliquée. Pour chacune d'entre elles, une argumentation est présentée, un objectif est visé et des pistes d'action sont proposées.

Accompagner l'émergence de la problématique des MGF/E : mise en place d'actions concrètes de conscientisation

Au Québec et au Canada, la société n'a pas conscience et ne reconnaît pas l'existence des MGF/E comme étant un problème social²¹. Cette méconnaissance pourrait expliquer que la question n'émerge pas et, qu'en conséquence, elle n'est pas traitée par les professionnelles et professionnels de la DPJ Montréal – secteurs francophone et anglophone. Selon certaines personnes rencontrées dans le cadre de ce rapport, les MGF/E sont considérées au Québec comme un phénomène qui se passe ailleurs et qui concerne les « autres ». Cette pratique est considérée comme étant un tabou qui renvoie à des valeurs « contestables ou subversives ». Ce qui expliquerait également qu'au

²¹ La source d'inspiration est le modèle d'analyse du sociologue de l'école de Chicago, Blumer Herbert qui suggère : un problème social n'existe pas tant qu'une société ne reconnaît pas son existence [...]. Une société n'ayant pas conscience d'un problème ne perçoit pas celui-ci, ne l'aborde pas, ne le discute pas, ne fait rien à son sujet [...]. Même si dans une société des groupes de personnes s'efforcent de faire porter l'attention sur une situation qu'ils considèrent problématique, il se peut que le reste de la société considère ce problème comme étant insignifiant, non digne d'intérêt, ou faisant partie des choses intouchables, inabordables [...]. Ensuite, la définition du problème peut aussi être considérée comme étant « une marque de mauvais goût » par rapport au code de bonnes conduites reconnues; ou encore qu'elle mette de l'avant des valeurs « contestables ou subversives » [...]. Pour Blumer, on peut considérer les problèmes sociaux comme un produit d'un processus de définition collective suivant cinq étapes : 1) l'émergence du problème social, 2) la légitimation de ce problème (de la manière dont le problème est vu), 3) la mobilisation de l'action vis-à-vis de ce problème (le considérer et l'aborder), 4) la formation d'un plan d'action officiel pour le traiter et 5) la transformation de ce plan d'action dans sa mise en œuvre concrète (des changements induits par l'application de ses plans d'action) (Blumer, 2004).

Canada la rhétorique entourant le phénomène décrit les MGF/E comme des pratiques « barbares », « inhumaines », qu'elles sont un « crime d'honneur », plutôt que des pratiques reposant sur des considérations d'ordre culturel justifiables pour les personnes qui les pratiquent.

Ainsi, au Québec et au Canada, les MGF/E n'ont pu s'inscrire dans un processus de définition collective et dépasser le stade de son émergence pour être considérées comme un problème social au même titre que d'autres problèmes sociaux, tels que l'itinérance et les infections transmises sexuellement et par le sang. Cette problématique a donc longtemps stagné sans pour autant acquérir la légitimation (la reconnaissance sociale), puis permettre la mobilisation autour du problème, l'élaboration d'un plan d'action officiel pour le traiter et sa transformation par la mise en œuvre concrète des actions. L'enjeu actuel serait donc de faire en sorte que ce problème devienne un enjeu collectif et empêcher qu'il soit étouffé, ignoré ou évité, comme c'est le cas de nombreux problèmes émergents. Si le processus de reconnaissance d'un problème social demeure complexe, il serait important de cerner rapidement les facteurs qui permettraient de faire reconnaître les MGF/E comme étant un problème social au Québec. Pour ce faire, les trois recommandations suivantes sont formulées :

1^{re} recommandation : Accompagnement de l'émergence

Objectif : Accompagner l'émergence du phénomène des MGF/E dans son passage de réalité émergente à une problématique sociale jouissant de la légitimité et de la reconnaissance sociale au Québec.

Piste d'action suggérée : Planifier et mettre en œuvre des mesures concrètes de conscientisation.

L'offre québécoise de services en matière de MGF/E, actuellement embryonnaire au sein des DPJ de Montréal, gagnerait à être structurée de façon organisée, afin de planifier et de soutenir les différentes étapes d'une action de conscientisation et de mobilisation des professionnelles et professionnels et acteurs des différentes régions du Québec.

Ainsi, cette piste d'action permettrait d'accompagner la nouvelle problématique québécoise dans toutes les phases de son émergence jusqu'au développement de son cheminement de problème social.

Renforcer les capacités des professionnelles et professionnels : formation de formatrices et formateurs et de pairs-éducateurs

Les résultats du questionnaire et des entretiens avec des professionnelles et professionnels des DPJ de Montréal ont révélé un besoin de formation, que ce soit pour mieux informer, intervenir, accompagner et orienter les personnes concernées par les MGF/E au Québec.

Il serait donc important de leur offrir la formation qui leur permettrait de répondre aux besoins spécifiques des filles et des familles en matière de MGF/E.

Ainsi, afin de construire une connaissance commune et pratique de l'intervention en matière de MGF/E au sein du DPJ, le renforcement des capacités des professionnelles et professionnels pourrait être envisagé. Au nombre des pistes d'action pour ce faire, il y aurait la possibilité de mettre sur pied un projet pilote de formation de formateurs et de pairs-éducateurs sur les MGF/E, qui intégrerait des notions sur l'intervention interculturelle et intersectionnelle. L'évaluation de ce projet-pilote permettrait de concevoir une formation systématique.

2^e recommandation : R renforcement des capacités d'intervention

Objectif : Viser le renforcement des capacités d'intervention des professionnelles et professionnels des services de protection de la jeunesse quant à la nouvelle réalité québécoise des MGF/E dans toute sa dynamique et dans son contexte interculturel et intersectionnel.

Piste d'action suggérée : Mettre sur pied un projet pilote de formation de formateurs et de pairs-éducateurs pour familiariser le personnel au phénomène des MGF/E et aux enjeux qui y sont associés.

Ensuite, un plan de formation systématique, comprenant des ateliers de formation de l'ensemble des professionnelles et professionnels des services de protection de la jeunesse serait élaboré. Ce plan prévoirait une stratégie de formation en cascade, d'abord la formation des formatrices et formateurs ainsi que des cadres des milieux institutionnels de différents secteurs des services de protection de la jeunesse, de la santé, de l'éducation et de la sécurité publique. Puis, ces formateurs pourront à leur tour former des pairs-éducateurs issus des différents secteurs.

De ce projet pilote découlerait une première expérience concrète et organisée de formation de formatrices et formateurs et de pairs-éducateurs au sein des services de protection de la jeunesse, laquelle mènerait à définir un contenu adapté aux besoins et aux enjeux sur le sujet, l'organisation technique, le déroulement ainsi que l'élaboration de manuels et de guides de formation.

Mobiliser les acteurs et partenaires des services de protection de la jeunesse : création ou consolidation du partenariat entre acteurs

Afin que les MGF/E fassent partie de l'écosystème d'intervention et de prise en charge dans les différentes directions de la protection de la jeunesse du Québec, il importe de les intégrer dans le respect de la dynamique de développement de la collaboration entre acteurs de différents secteurs professionnels. En effet, il y a une dynamique historique et territoriale de fonctionnement au sein des services de protection de la jeunesse, qui doit être prise en compte pour l'élaboration d'une stratégie cohérente et efficace servant de modèle québécois d'intervention en matière de MGF/E. À noter que la LPJ est une loi d'exception et que le DPJ vise à prévenir ou à mettre fin à toute situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant et éviter qu'elle ne se reproduise.

La Loi sur la protection de la jeunesse prévoit dans ses articles (39 et 39.1 et 42) que les professionnels travaillant auprès des enfants, les employés du réseau de la santé et des services sociaux, les enseignants, les personnes œuvrant dans un milieu de garde et les policiers, dans l'exercice de leurs fonctions, ont l'obligation de signaler toutes les situations visées par la Loi et qu'ils peuvent aussi signaler certaines catégories de situation lorsqu'ils ne sont pas en fonction. Les autres personnes de la population sont obligées de signaler toutes les situations d'abus sexuels et physiques. Elles peuvent aussi signaler les autres situations pouvant compromettre la sécurité ou le développement d'un enfant.

Précisons que tout adulte a l'obligation d'apporter l'aide nécessaire à un enfant désirant signaler sa situation ou celle de ses frères et sœurs ou d'un autre enfant qu'il connaît (art. 42). Dans cette perspective, une consultation et une collaboration entre les directions de la protection de la jeunesse et ces différentes parties prenantes de ses actions sont indispensables.

3^e recommandation : Collaboration des parties prenantes

Objectif : Mobiliser les acteurs et les partenaires des services de protection de la jeunesse des différentes régions du Québec autour des enjeux des MGF/E.

Piste d'action suggérée : Intégrer cette nouvelle réalité sociale à l'écosystème québécois d'intervention et de prise en charge dans les directions de la protection de la jeunesse, par exemple, au moyen de la consolidation de la collaboration entre les acteurs des milieux : services de protection de la jeunesse, éducation, santé, services sociaux, sécurité publique, etc.

Cette mobilisation permettrait d'élaborer une stratégie collaborative dont la démarche et la forme sont à définir. Toutefois, une réflexion pourrait être engagée autour des idées suivantes :

- Concevoir une stratégie commune de détection de cas à risque et miser sur la prévention;
- Désigner et répertorier les ressources spécialisées vers lesquelles orienter les personnes dans le besoin;
- Sensibiliser les communautés d'accueil et les minorités ethnoculturelles;
- Faire un plaidoyer auprès des *leaders* et décideurs à tous les niveaux (communautaire, politique, économique, juridique, etc.);
- Requestionner la définition actuelle des violences basées sur l'honneur et celle de la violence sexuelle en lien avec les MGF/E.

De cette mobilisation et collaboration entre acteurs, découleraient des consensus, la détermination des prochaines étapes et les mesures à mettre en place pour l'intégration de l'intervention en matière de MGF/E dans les services de protection de la jeunesse.

2.4 Secteur de l'éducation des jeunes

À l'origine du projet il n'était pas prévu d'inclure le secteur de l'éducation des jeunes, soit les ordres d'enseignement primaire et secondaire, dans l'état de situation des MGF/E au Québec. C'est au fil des travaux et des consultations effectués durant la première année du projet que le secteur de l'éducation des jeunes s'est révélé comme étant incontournable pour un ensemble de raisons. La première en importance est que les MGF/E se pratiquent majoritairement sur de jeunes filles de 0 à 15 ans. Considérant que le milieu scolaire est le lieu occupationnel principal des enfants entre l'âge de 5 et 16 ans, il va de soi que toutes les mesures de prévention des MGF/E doivent passer par une sensibilisation des acteurs de ce milieu. Parce que le milieu scolaire est une interface importante entre les familles et les services publics en enfance, celui-ci représente un lieu de dépistage et de référencement privilégié. De plus, une revue des pratiques exemplaires en Europe a mis en évidence le rôle que le secteur scolaire peut jouer dans la lutte pour la prévention et l'abandon des MGF/E. Dans plusieurs pays d'Europe, les gestionnaires, les professionnelles et professionnels spécialisés et les jeunes sont tous visés par de telles mesures de prévention. Le fait d'offrir des formations aux acteurs scolaires pour leur faire connaître les MGF/E, leurs conséquences physiques et psychologiques sur la santé des jeunes filles, les dynamiques culturelles et sociales qui y sont associées et la législation encadrant l'interdiction des MGF/E, tout en évitant les risques de préjugés ou de stigmatisation, apparaît comme une piste de prévention particulièrement porteuse.

Parce que la recension de ce secteur a été ajoutée tardivement, il n'a pas bénéficié des mêmes ressources ni de la même profondeur d'analyse que les autres secteurs présentés dans ce rapport. Néanmoins, les constats présentés ici n'en demeurent pas moins pertinents et représentent un bon point de départ pour ouvrir un dialogue avec les acteurs du milieu sur la question des MGF/E et sur le rôle qu'ils peuvent jouer en matière de prévention et d'intervention.

Les personnes répondantes du secteur de l'éducation des jeunes ont rapporté ne jamais avoir rencontré ou n'avoir jamais eu connaissance d'un cas impliquant une MGF/E en milieu scolaire.

Le phénomène des MGF/E est largement méconnu et ne fait l'objet d'aucune mesure de sensibilisation, de prévention ou de formation auprès des professionnelles et professionnels ou des élèves.

Aucun mécanisme d'intervention intégrant cette problématique n'est prévu, que ce soit par le ministère ou par les commissions scolaires, et rien n'indique que la question des MGF/E soit traitée de quelque manière que ce soit par les différentes institutions scolaires.

Les intervenantes et intervenants rapportent avoir une connaissance sommaire des MGF/E. Celle-ci a été acquise de façon informelle pour la plupart (70 % au moyen des médias, 40 % par la formation académique, 30 % en raison d'intérêts personnels et 10 % par le truchement de voyages ou d'activités bénévoles).

Une majorité (70 %) des intervenantes et intervenants se dit peu ou pas outillée pour intervenir, et 30 % se considèrent modérément outillés.

Les intervenantes et intervenants de milieu sont sensibles à l'aspect culturel de la pratique et sont soucieux de fournir une intervention sensible et adaptée.

Les personnes répondantes s'expliquent la pratique des MGF/E comme suit : une forme de rituel, liée à la tradition, une forme de pratique culturelle, une pratique religieuse, un contrôle de la sexualité et des femmes, un sujet tabou, dû à une méconnaissance du corps féminin ou une pratique intergénérationnelle.

Recommandations et pistes d'action

En somme, les besoins exprimés par les professionnelles et professionnels au cours des différents entretiens sont les suivants :

- Formation sur le sujet des MGF/E;
- Meilleure compréhension des contextes culturels et historiques;
- Outils de soutien à l'intervention en matière de MGF/E et d'intervention interculturelle;
- Lignes directrices et protocoles;
- Nécessité d'une intervention concertée multisectorielle;
- Liens de collaboration avec des ressources complémentaires à des fins d'information, de soutien et de référencement;
- Interprétariat ou médiation interculturelle;
- Connaissance de la loi encadrant les MGF/E.

Pour répondre à ces besoins, trois principaux axes pourraient être retenus pour la mise en œuvre d'actions permettant d'aborder les MGF/E. Il s'agit de la lutte contre la violence, des services et de l'intervention interculturels ainsi que du Programme d'éducation sexuelle.

Premier axe : lutte contre la violence

- Intégrer des mesures spécifiques aux MGF/E visant à détecter la pratique et à assurer la sécurité et un accompagnement des mineures dans le Plan de prévention et de lutte contre la violence et l'intimidation et l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique.

Deuxième axe : services et intervention interculturels

Direction des services d'accueil et d'éducation interculturelle

- Spécialiser des intervenantes et intervenants sur la problématique des MGF/E;
- Tenir compte de la problématique des MGF/E dans l'élaboration des différentes mesures visant l'intervention ou l'éducation en contexte interculturelle.

Direction des services éducatifs, commissions scolaires, conseillères et conseillers pédagogiques responsables de l'accueil

- Développer une expertise sur les pratiques pédagogiques visant une plus grande équité en éducation du point de vue culturel, religieux et linguistique.

Intervenants communautaires interculturels, Enfance jeunesse de la TCRI

- Offrir un accompagnement aux familles touchées et aux acteurs institutionnels concernés.

Professionnelles et professionnels du milieu scolaire

- Offrir de la formation continue sur la question des MGF/E.

Troisième axe : Programme d'éducation sexuelle

- Intégrer de l'information spécifique au MGF/E dans le Programme d'éducation sexuelle.

2.5 Secteur communautaire

La Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI) est un regroupement d'organismes au service des personnes réfugiées, immigrantes et sans statut. Sa mission vise la défense des droits et la protection des personnes réfugiées, immigrantes et à statut précaire au Québec dans leur parcours d'immigration, d'établissement et d'intégration en termes de services, d'aide, de soutien, de réflexion critique et de solidarité sur le territoire québécois. L'un des objectifs du Volet Femmes de la TCRI est de s'assurer que les femmes et les filles réfugiées, immigrantes et sans statut reçoivent des services appropriés et adaptés à leurs besoins, notamment en matière de santé et de services sociaux.

Selon des témoignages reçus par la TCRI, les organismes communautaires intervenant auprès des personnes immigrantes, réfugiées, sans statut ou des femmes des communautés concernées par les MGF/E ne connaissent pas nécessairement tous les risques et enjeux associés aux MGF/E ou ne veulent pas les aborder, car le phénomène reste tabou. Il y a aussi un déficit en termes de connaissance de la législation ainsi que des ressources qui existent, afin de mieux informer, accompagner et orienter les personnes qui ont vécu l'excision ou qui sont à risque.

Néanmoins, un réel intérêt des organismes du secteur communautaire face à la problématique des MGF/E est observé, car 39 organismes ont répondu au questionnaire. On note une diversification de la provenance des organismes répondants qui se répartissent dans 9 régions du Québec. Un peu plus de la moitié provient de la région de Montréal (54 %).

La très grande majorité des organismes répondants (95 %) déclare avoir certaines connaissances en matière de MGF/E; seulement 5 % relatent n'avoir aucune connaissance. Cette proportion

élevée s'explique toutefois par le fait que les répondants sont des organismes spécialisés intervenant auprès des populations immigrantes.

Plus du tiers des organismes, 15 répondants sur 39 (38 %), mentionne ne pas avoir rencontré ou ne pas avoir eu connaissance de cas de MGF/E dans le contexte de leurs activités professionnelles. Un autre tiers, 14 sur 39 (36 %), signale avoir rencontré des cas. Toutefois, il leur était difficile de donner un nombre de cas précis.

Pour un peu plus de la moitié des organismes répondants (54 %), la question des MGF/E a émergé dans le contexte de leurs interventions ou de leurs accompagnements. Au contraire, pour un peu moins de la moitié (46 %) des organismes répondants, cette question n'a jamais été soulevée. Parmi les 36 organismes ayant fourni une réponse, 16 (44 %) ont cité l'intervention ou la référence comme étant la façon dont ils ont traité la question quand elle est survenue.

Selon les organismes répondants, les femmes concernées par les MGF/E au Québec sont principalement confrontées à quatre obstacles ou défis : 1) le tabou autour de cette question constitue l'obstacle majeur (29 % des organismes répondants; 2) la méconnaissance du sujet par les professionnelles et professionnels de la santé et le manque de services offerts en la matière (15 %); 3) le problème de santé (santé physique, psychologique et sexuelles) (12 %) et 4) la pression sociale, le rejet et l'exclusion (3 %).

En ce qui concerne les moyens liés à l'intervention directe, près des trois quarts des organismes ayant fourni une réponse (72 %) signalent avoir besoin à la fois d'être formés et d'avoir des outils d'information, de sensibilisation et d'accompagnement en matière de MGF/E; 17 % veulent trouver des organismes ou des structures d'accueil vers lesquels orienter les femmes dans le besoin.

Pour améliorer l'accès des femmes aux soins et aux services adéquats en matière de MGF/E, les organismes répondants estiment qu'il faut : l'éducation, l'information, la communication et la sensibilisation de la population en général ainsi que des professionnelles et professionnels (35 %); l'accès gratuit aux services des professionnelles et professionnels de la santé, des services sociaux et des services juridiques (26 %), de même que la formation des professionnelles et professionnels et des intervenantes et intervenants (21 %).

Recommandations et pistes d'action

L'analyse des données obtenues auprès des organismes du secteur communautaire a permis de comprendre les pratiques et les besoins de ces organismes en matière de MGF/E au Québec et de tenter d'en proposer des explications plausibles. Ainsi qu'il a été exprimé par les organismes répondants provenant de diverses régions du Québec, différentes solutions pour répondre à ces besoins pourraient être envisagées.

Ces pistes d'action déjà soulignées lors de l'analyse seront traduites en recommandations, lesquelles sont structurées autour des objectifs et des actions potentielles présentés ci-dessous :

- Le renforcement de la capacité d'intervention et de prévention des organismes communautaires en matière de MGF/E;
- La création ou la consolidation du partenariat entre organismes intervenants en MGF/E;
- La mobilisation autour des enjeux sur les MGF/E au Québec.

Ces pistes d'action seraient à déployer auprès des cibles suivantes :

- Les professionnelles et professionnels et les intervenantes et intervenants des organismes communautaires du Québec;
- Les femmes touchées par les MGF/E;
- Les communautés d'accueil;
- Le milieu de la recherche.

Renforcement de la capacité d'intervention et de prévention des organismes communautaires en matière de MGF/E

Les réponses au questionnaire révèlent que la moitié des organismes répondants (18 sur 36) ont besoin de formation pour être en mesure de mieux informer, intervenir, accompagner ou orienter les personnes concernées vers les services adéquats.

De plus, près des trois quarts des organismes participants (72,2 %) ont besoin à la fois d'être formés et de disposer d'outils d'information, de sensibilisation et d'accompagnement en matière de MGF/E. C'est pour satisfaire à cette demande des organismes et leur permettre de s'outiller pour accomplir leurs mandats, que leurs capacités d'action devraient être renforcées, notamment au moyen des pistes d'action ci-après.

Offrir de la formation au personnel des organismes communautaires

La formation devrait porter sur la prévention des cas de MGF/E et sur la protection des filles québécoises issues des communautés au sein desquelles de telles pratiques existent.

Comment intervenir en offrant des services et des soins adaptés aux besoins des femmes concernées? L'intervention devrait intégrer de solides connaissances sur les MGF/E ainsi que sur les approches féministe, interculturelle et intersectionnelle. Toutefois, une réflexion soutenue devrait être engagée sur l'articulation entre ces trois approches et la manière de les mettre en pratique. Cette réflexion gagnerait notamment à tenir compte des aspects suivants :

- Une maîtrise de la littérature sur les différentes formes d'oppression des femmes en matière de MGF/E;
- Une formation des intervenantes et intervenants axée non seulement sur le savoir-faire, mais également sur le savoir-être, afin d'éviter le risque que les organismes ou les intervenantes et intervenants eux-mêmes n'adoptent des pratiques d'oppression envers des femmes ayant subi une MGF/E;
- Des campagnes de sensibilisation qui impliquent des femmes concernées par les MGF/E;
- Un soin attentif pour éviter une reproduction de la violence systémique à l'endroit des femmes touchées par les MGF/E dans le contexte des imaginaires et des représentations sociales.

Désigner ou créer des structures spécialisées sur les MGF/E vers lesquelles orienter les femmes

Une part importante des organismes répondants suggère de désigner ou de créer des organismes ou des structures vers lesquels orienter les femmes touchées par les MGF/E. Dans cette perspective, les pistes d'action suivantes sont évoquées :

- Mettre en place des organismes ou des ressources spécialisés multidisciplinaires (psychosocial, travail social, santé, adaptation culturelle des soins, droit, sexologie) qui répondraient spécifiquement aux besoins des femmes touchées par les MGF/E;
- Donner un accès gratuit aux services des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux de même que des services juridiques;
- Élaborer un protocole d'intervention pour femmes et filles « victimes » ou à risque;
- Offrir les services de chirurgie réparatrice pour celles qui le désirent et en assurer la couverture par le Régime d'assurance maladie du Québec;
- Travailler à la création d'une communauté de pratique sur les MGF/E;
- Faire connaître les professionnelles et professionnels habilités;
- Appliquer une solide législation, de sévères sanctions et renforcer l'arsenal juridique;
- Avoir la possibilité de dénoncer et de sanctionner les personnes qui pratiquent les MGF/E même après l'acte.

Faire de la recherche (enquête nationale)

- Trouver les moyens nécessaires pour mener une recherche de fond permettant éventuellement d'améliorer la situation actuelle, à partir des résultats préliminaires de cet état de situation;
- Mener une enquête nationale de type qualitatif et quantitatif pour connaître la prévalence et les enjeux des MGF/E au Québec.

Consolidation du partenariat entre les organismes intervenants en MGF/E

La problématique des MGF/E touche de nombreuses dimensions (sociologiques, médicales, psychologiques, juridique, éthiques, etc.), si bien qu'elle requiert une approche globale, concertée et coordonnée entre les différents professionnels et professionnelles des structures et secteurs impliqués dans la prise en charge des personnes touchées et de leurs familles.

Dans cette perspective, l'expérience acquise sur le terrain aux contacts des communautés concernées devrait être mise de l'avant et permettre de construire des plateformes de rencontres et d'échanges afin de s'approprier des pratiques prometteuses. L'expérience du Comité multisectoriel sur les violences basées sur l'honneur et du Comité intersectoriel sur les mutilations génitales féminines constituent des atouts importants pour tisser ce futur partenariat.

Les différents secteurs (santé, justice, éducation, culture, accueil et soutien à l'intégration, droit d'asile, etc.) et les professionnelles et professionnels des différentes régions travaillant avec des personnes issues des communautés concernées par les MGF/E devraient être associés à ce projet de partenariat. En outre, il importerait d'y associer des femmes touchées par les MGF/E.

Élaborer une stratégie de collaboration entre les acteurs des différents secteurs

Pour ce faire, trois axes de collaboration sont envisagés :

- Créer ou consolider les partenariats intersectoriels entre les organismes communautaires et les secteurs de la santé et des services sociaux, les services d'immigration, les services juridiques, le réseau de l'éducation et la sécurité publique;
- Créer ou consolider le partenariat entre les groupes communautaires et le milieu de la recherche;
- Créer ou consolider le partenariat entre les groupes communautaires et des femmes concernées.

Mobilisation autour des enjeux sur les MGF/E au Québec

Les tabous entourant les MGF/E et la méconnaissance du sujet constituent des obstacles et des défis majeurs. Il serait donc important de concevoir une stratégie de mobilisation impliquant à la fois les structures institutionnelles, le secteur communautaire et les communautés concernées. Une telle stratégie permettrait de mettre en place des actions de conscientisation, de prévention des MGF/E, notamment en structurant des activités visant à offrir des conseils pratiques pour aborder le sujet avec les familles concernées ou de les orienter vers des associations ou institutions relais. Elle permettrait aussi d'obtenir un engagement institutionnel pour le financement des actions. Les différentes parties, dont l'État, les organismes communautaires, les femmes touchées par les MGF/E, les communautés d'accueil et le milieu de la recherche, seraient ainsi conscientisées sur les enjeux liés aux MGF/E en contexte québécois.

Définir une stratégie de mobilisation permettant de conscientiser, de sensibiliser et d'offrir des outils d'éducation

- Structurer des activités permettant d'informer, de sensibiliser et d'éduquer la population en général ainsi que les intervenantes et intervenants des organismes communautaires et institutionnels;
- Informer, sensibiliser et outiller les ressources existantes, les professionnelles et professionnels de l'ensemble des secteurs d'intervention et les minorités ethnoculturelles en mettant sur pied des stratégies d'intervention ciblées; en offrant une ligne d'écoute et de référence; en organisant des groupes de discussion et de soutien et en publiant des guides et des dépliants d'information, notamment sur l'étendue du problème et ses impacts, sur les besoins des personnes et sur les lois québécoises et canadiennes.

Partie 3

Les MGF en France, en Belgique et au Royaume-Uni

Cette section du rapport présente une sélection d'initiatives menées en France, en Belgique et au Royaume-Uni pour prévenir et combattre les mutilations génitales féminines ainsi que pour soutenir les filles et les femmes qui en sont victimes ou qui risquent de les subir. Les pratiques exemplaires ou prometteuses qui sont présentées ont été choisies en consultant des recensions effectuées par des organismes non gouvernementaux, par le Conseil de l'Europe, par l'OMS et par des organismes onusiens, notamment l'UNICEF. Les exemples sont présentés à titre informatif. Ils visent à illustrer comment ces trois États interviennent devant cette problématique. Ces exemples n'ont pas fait l'objet d'une évaluation par les auteures de ce rapport. Dans le même ordre d'idées, l'absence d'une pratique ne signifie pas qu'elle est inintéressante. L'objectif est d'offrir des exemples pouvant servir d'inspiration pour élaborer une stratégie d'action adaptée au contexte québécois.

La **France** est connue pour ses avancées juridiques et son travail de terrain depuis les années 1980 en faveur de l'abandon des MGF. Cette pratique a tristement marqué l'opinion publique en 1982, lors du décès d'un bébé des suites d'une excision. Plus récemment, une étude menée en 2013 par le HCR classe la France comme le premier pays d'asile pour les femmes et les filles victimes de MGF. La Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul) a été signée par la France le 11 mai 2011, puis ratifiée le 4 juillet 2014. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2014.

En **Belgique**, cette problématique a émergé plus tard dans les années 1990. Un ensemble de facteurs a mené à la création d'une loi contre les MGF et pour la protection des mineurs : les médias belges ont popularisé les nombreux procès en France contre des exciseuses et des parents; des professionnelles et professionnels qui devaient offrir des soins de santé à des familles somaliennes et djiboutiennes ayant fui leur pays dans un contexte de guerre civile n'étaient pas ou peu formés à soigner des femmes souffrant des conséquences des MGF/E et ont été confrontés à des demandes de réinfibulation après un accouchement (deux ont été pratiquées); l'influence des plaidoyers des organismes-femmes auprès des autorités politiques et, enfin, « l'affaire Dutroux », l'homme qui a été arrêté pour avoir séquestré, violé et tué plusieurs mineures. La Belgique a signé la Convention d'Istanbul le 11 septembre 2012, puis ratifié le 14 mars 2016. Elle est entrée en vigueur, le 1^{er} juillet 2016.

Au **Royaume-Uni**, les MGF ont été dépistées d'abord par des professionnelles et professionnels de la santé qui n'étaient ni préparés ni formés pour traiter des patientes hospitalisées pour leur accouchement et qui avaient subi, entre autres, une infibulation (réfugiées somaliennes et soudanaises). Une loi sur les MGF a été adoptée en 1985. Signée le 8 juin 2012, la Convention d'Istanbul n'était pas ratifiée fin mars 2019.

En matière de stratégie de lutte contre les MGF/E, la France, la Belgique et le Royaume-Uni ont des approches similaires, avec quelques spécificités.

Dans l'ensemble, les trois pays rattachent l'enjeu des MGF/E aux protocoles et actions en matière de protection de la jeunesse et de l'enfance. Les trois pays mettent de l'avant l'importance de la collaboration entre secteurs pour assurer la protection des filles à risque ou victimes de MGF/E;

La stratégie du Royaume-Uni est d'intégrer l'enjeu des MGF/E au sein des protocoles locaux de protection de l'enfance, pour permettre aux acteurs d'adapter les protocoles aux contextes locaux en matière d'organisation de services. Le Royaume-Uni a aussi mis en place un système global de recueil de données sur les MGF/E;

En France, le terrain est relativement bien quadrillé sur le plan des services de protection maternelle infantile, et l'enjeu est aujourd'hui d'impliquer plus grandement les services d'aide sociale à l'enfance et les acteurs du système éducatif (enseignantes et enseignants et médecine scolaire);

Les différences en matière de stratégie d'action découlent en partie des différences en matière de fonctionnement politique des pays (système fédéral ou système unitaire, décentralisation des pouvoirs et des services, etc.) ainsi que de l'historique du pays en matière de lutte contre les MGF/E;

Dans les trois pays, un accent est mis sur la nécessité de procurer des soins adaptés, illustré par des initiatives comme des centres de prise en charge multidisciplinaire (santé, soutien psychologique, parfois autres services);

Dans les trois pays, le secteur associatif est relativement bien mobilisé. En Belgique, il est le secteur de première ligne en matière de production d'outils et de guides à destination des professionnelles et professionnels.

Les recommandations et les outils élaborés ne sont pas tous du même ordre entre les pays.

Les trois pays ont des outils d'aide à la décision (soit des arbres décisionnels, ou une liste d'actions selon les cas de figure) afin d'orienter les professionnelles et professionnels;

Les recommandations du Royaume-Uni se situent beaucoup à un niveau organisationnel : organisation interne des services, organisation locale entre agences, etc. pour favoriser l'approche multiagence dans la réponse en matière de protection de l'enfance;

La France et la Belgique ont produit des outils très pratiques à destination des professionnelles et professionnels, notamment avec des exemples de questions ou de phrases à utiliser lors d'entrevue avec les filles ou les familles afin de s'assurer d'aborder le sujet de manière adéquate, sans risque d'aggraver la situation;

Dans les trois pays, les secteurs privilégiés en matière de production d'outils et de guide, de lignes directrices ou d'activités directes sont les secteurs de la santé, des services sociaux et de l'éducation. Quelques outils ou grandes lignes directrices existent pour d'autres secteurs : police, avocat, magistrat, autorités locales, secteur de l'immigration, mais sont plus anecdotiques.





TCRI

Table de concertation
des organismes au service
des personnes réfugiées
et immigrantes



Femmes et Égalité
des genres Canada

Women and Gender
Equality Canada

Canada

