
Les mutilations génitales féminines

Un état de situation au Québec

Réalités, besoins et recommandations



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 150 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, janvier 2020

ISBN : Version imprimée : 978-2-9818785-0-2

Version électronique : 978-2-9817008-9-6

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

Table des matières

Introduction.....	1
Partie 1	
Une nécessité d’agir sur la question des MGF/E au Québec.....	3
1.1 Contextualisation des pratiques et raisons de leur perpétuation	4
1.2 Terminologie.....	10
1.3 Pays de pratique et estimation de la prévalence	15
1.4 Les MGF/E dans le contexte canadien	23
Partie 2	
Un état de situation des MGF/E au Québec.....	39
2.1 Point de vue des femmes affectées par les MGF/E.....	41
2.2 Secteur de la santé et des services sociaux.....	63
2.3 Services de protection de la jeunesse	96
2.4 Secteur de l’éducation des jeunes	112
2.5 Secteur communautaire	121
Partie 3	
Les MGF en France, en Belgique et au Royaume-Uni	137
3.1 Éléments de contexte.....	138
3.2 Définitions et vocables.....	143
3.3 Cadres légaux.....	143
3.4 Politiques publiques, plans d’action ou stratégies ciblées	149
3.5 Santé et services sociaux.....	151
3.6 Éducation.....	157
3.7 Ressources et services.....	159
3.8 Initiatives ciblant les jeunes	160
3.9 Initiatives ciblant les hommes.....	161
3.10 Initiatives citoyennes et communautaires	161
Annexes	
Annexe 1	
Liste des recommandations et pistes d’action.....	163
Annexe 2	
Grille d’entretien pour recueillir le point de vue des femmes affectées par les MGF/E	176
Annexe 3	
Questionnaire de l’enquête réalisée auprès de professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux.....	177
Annexe 4	
Hyperliens des ressources Web publiées par des affiliations et ordres professionnels.....	178
Annexe 5	
Méthodes utilisées pour les trois types de collecte de données.....	179

Annexe 6	
Questionnaire des entretiens de validation de groupe	180
Annexe 7	
Constats liés au portrait des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux	181
Annexe 8	
Constats liés aux perceptions des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux	182
Annexe 9	
Questionnaire auprès des services de la protection de la jeunesse	183
Annexe 10	
Questionnaire auprès des organismes du secteur communautaire	184
Annexe 11	
Schémas de l'obligation et des responsabilités de signalement des MGF/E en France, en Belgique et au Royaume-Uni.....	185

Liste des encadrés

Encadré 1 Définition et typologie des MGF/E – Classifiées selon le degré de sévérité de l'intervention	7
Encadré 2 Convention d'Istanbul	8
Encadré 3 Terminologie.....	11
Encadré 4 Estimation de la prévalence des mutilations génitales féminines	17
Encadré 5 Sources de données sur la prévalence et leurs limites	18
Encadré 6 Approche thérapeutique de l'excision.....	93
Encadré 7 Défis et enjeux liés à l'intervention interculturelle en situation de MGF au Québec	110
Encadré 8 Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique	118

Liste des tableaux

Chapitre 1.4 Les MGF/E dans contexte canadien

Tableau 1

Ce que disent les lois fédérales et provinciales en lien avec les MGF/E32

Tableau 2

Ce que disent les conventions internationales en lien avec les MGF/E.....37

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

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des femmes interviewées43

Tableau 2

Pays d'origine des femmes interviewées.....44

Tableau 3

Région de résidence au Québec des femmes interviewées44

Chapitre 2.3 Services de protection de la jeunesse

Tableau 1

Catégories d'organisme.....99

Tableau 2

Niveau de connaissance 100

Tableau 3

Modes d'acquisition des connaissances en matière de MGF/E 100

Tableau 4

Émergence de la question des MGF/E lors des interventions ou des accompagnements 101

Tableau 5

Pratiques utilisées pour faire face aux MGF/E..... 102

Tableau 6

Obstacles à surmonter pour répondre aux besoins des filles concernées 103

Tableau 7

Besoins de l'institution pour mieux informer, intervenir, accompagner et orienter les personnes concernées par les MGF/E au Québec 103

Tableau 8

Comment améliorer l'accès aux soins et services adéquats..... 104

Tableau 9

Ressources pour répondre aux besoins des femmes concernées 104

Tableau 10

Types de collaboration pour mieux cerner les enjeux des MGF/E..... 105

Chapitre 2.5 Secteur communautaire

Tableau 1

Catégories d'organisme..... 123

Tableau 2

Régions de provenance des organismes répondants..... 123

Tableau 3

Niveau de connaissance des organismes en matière de MGF/E 124

Tableau 4

Modes d'acquisition des connaissances en matière de MGF/E 124

Tableau 5

Nombre de cas rencontrés par les organismes répondants ou dont ils ont eu connaissance 125

Tableau 6	
Émergence de la question des MGF/E lors des interventions ou des accompagnements	126
Tableau 7	
Façon de traiter la question lorsqu'elle est survenue.....	127
Tableau 8	
Pratiques entreprises par les organismes pour faire face aux MGF/E	128
Tableau 9	
Autres réponses sur les pratiques utilisées par les organismes pour faire face aux MGF/E.....	128
Tableau 10	
Obstacles et défis que rencontreraient les femmes concernées par les MGF/E rapportés par les organismes	129
Tableau 11	
Besoins des organismes pour mieux agir	130
Tableau 12	
Comment améliorer l'accès aux soins et services adéquats.....	130
Tableau 13	
Ressources à rendre disponibles pour répondre aux besoins des femmes concernées.....	132
Tableau 14	
Types de collaboration pour mieux cerner les enjeux des MGF/E.....	133

Liste des figures

Figure 1	
Nombre de filles et de femmes issues des pays ciblés selon l'estimation de la prévalence des MGF/E – Tout statut*, âge et période d'immigration confondus – Québec – Recensement de 2016.....	21
Figure 2	
Portraits types des expériences des femmes interviewées	41
Figure 3	
Expertises des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux	69
Figure 4	
Affiliations des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux.....	69
Figure 5	
Nombre d'années d'expérience des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux	70
Figure 6	
Intérêt des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux au sujet des MGF/E	70
Figure 7	
Connaissances des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux au sujet des MGF/E	71
Figure 8	
Nombre de femmes touchées par une MGF/E ayant été rencontrées en clinique tel que rapporté par les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux et les interventions réalisées	72
Figure 9	
Nuage des 50 mots les plus souvent rapportés par les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux en réponse à la question ouverte dans l'enquête	73
Figure 10	
Liens synaptiques autour du mot « formation »	74
Figure 11	
Liens synaptiques autour du mot « sensibilisation »	75
Figure 12	
Liens synaptiques autour du mot « intervenants »	75
Figure 13	
Liens synaptiques autour du mot « pratique »	76
Figure 14	
Ressources Web publiées selon les années.....	78
Figure 15	
Domaines d'intérêt des ressources Web recensées	79
Figure 16	
Répartition des personnes répondantes sur l'île de Montréal	114
Figure 17	
Cartographie des secteurs et acteurs impliqués dans la lutte contre les MGF/E en France	139
Figure 18	
Cartographie des secteurs et acteurs impliqués dans la lutte contre les MGF/E en Belgique.....	140
Figure 19	
Cartographie des secteurs et acteurs impliqués dans la lutte contre les MGF/E au Royaume-Uni....	141

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.

Remerciements

Coordination, recherche et rédaction

Fatoumata LAMARANA BALDÉ, *sociologue consultante, doctorante et chargée de cours, Département de sociologie, Université du Québec à Montréal*

Bilkis VISSANDJÉE, *professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. Chercheuse, Centre de recherche SHERPA, CIUSSS Centre-Ouest de l'Île-de-Montréal, Équipe Migration et Ethnicité dans les Interventions en Santé et en Services Sociaux (METISS); Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal.*

Jennifer Lys GRENIER, *M.A. Anthropologie, coordonnatrice du Volet Femmes et coordonnatrice de la réalisation du projet sur les MGF/E, TCRI*

Martine FAILLE, *consultante et chercheuse indépendante, révision et édition*

Véronique HARVEY, *travailleuse sociale et psychothérapeute, Réseau d'intervention auprès des personnes victimes de violences organisées (RIVO)*

Estibaliz JIMENEZ, *professeure au Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières*

Myriam RICHARD, *T.S., Candidate au doctorat, École de travail social, Université de Montréal*

Julie ROMAGON, *M.A. Anthropologie, chargée de projet, Volet Femmes, TCRI*

Yasmina CHOOUAKRI, *consultante et chercheuse indépendante*

Pour leur soutien et assistance, le Volet Femmes de la TCRI tient à remercier

Rita ACOSTA, *directrice, Mouvement contre le viol et l'inceste (MCVI)*

Geneviève BINETTE, *coordonnatrice, Comité d'aide aux réfugiés (CAR)*

Florence BOURDEAU, *coordonnatrice de projet, TCRI*

Marie-Ève FORTIN, *agente principale de programme, Direction du programme de promotion de la femme et des opérations régionales, ministère des Femmes et de l'Égalité des genres du Canada*

Sylvie GUYON, *coordonnatrice de projet, TCRI*

Shirley ROY, *professeure, Département de sociologie, UQÀM*

Linda SEE, *directrice de la protection de la jeunesse, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal*

Mejda SHAIEK, *infirmière, La Maison Bleue*

Marc STEBEN M.D., *Groupe de médecine familiale La Cité du Parc Lafontaine, Président Réseau Canadien de Prévention du VPH/ Chair Canadian Network for HPV Prevention, Président, Communications Action Santé inc.*

Martin TÉTU, *doctorant et chargé de cours en sociologie, UQÀM*

Monica ZANCHETTIN, *agente de programme, Direction du programme de promotion de la femme et des opérations régionales – Région du Québec et du Nunavut, ministère des Femmes et de l'Égalité des genres du Canada*

Pour leur inestimable contribution, le Volet Femmes de la TCRI remercie les membres du Comité multisectoriel sur les mutilations génitales féminines

Annabelle CARON, *coordonnatrice, Centre de santé des femmes de Montréal*

Audrée COURCHESNE, *agente de planification, de programmation et de recherche, CIUSSS du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal, Direction des services multidisciplinaires – Volet Pratiques professionnelles*

Fatoumata LAMARANA BALDÉ, *sociologue consultante, doctorante et chargée de cours, Département de sociologie, Université du Québec à Montréal*

Véronique HARVEY, *travailleuse sociale et psychothérapeute, Réseau d'intervention auprès des personnes victimes de violences organisées*

Estibaliz JIMENEZ, *professeure au Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières*

Justine D. LALANDE, *infirmière de proximité, Médecins du monde*

Liette PERRON, *gestionnaire de projet en santé mondiale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*

Marie-Ève SAINT-LAURENT, *présidente, Ordre des sages-femmes du Québec*

Djenabou SANGARÉ, *coordonnatrice, Réseau d'action pour l'égalité des femmes immigrées et racisées du Québec*

Marie-Hélène SENAY, *coordonnatrice communication et analyse, Fédération des maisons d'hébergement pour femmes violentées*

Sophie TREMBLAY, *agente conseillère Violence conjugale et intrafamiliale, Service de police de la Ville de Montréal*

Maryse TREMPE, *sexologue, M.A. Sexologie clinique*

Marie-Bernarde PÉRÈS, *conseillère experte, Direction Société inclusive et interculturelisme, ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion*

Nicole PINO, *coordonnatrice, Regroupement Naissance-Renaissance*

Bilkis VISSANDJÉE, *professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. Chercheuse, Centre de recherche SHERPA, CIUSSS Centre-Ouest de l'Île-de-Montréal, Équipe Migration et Ethnicité dans les Interventions en Santé et en Services Sociaux (METISS); Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal.*

Des remerciements tout particuliers sont exprimés au ministère des Femmes et de l'Égalité des genres qui, par sa contribution financière et ses conseils judicieux, a rendu possible la rédaction de cet état de situation.

Avant-propos

La Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI) est un regroupement de 150 organismes à l'échelle du Québec qui offrent des services d'accueil, d'établissement et de défense de droits des personnes réfugiées, immigrantes et sans statut. Afin de répondre à un ensemble d'enjeux qui ont été portés à son attention en lien avec les mutilations génitales féminines, dont l'excision et l'infibulation, le Volet Femmes de la TCRI a reçu en 2017 un financement du ministère des Femmes et de l'Égalité des genres (anciennement Condition féminine Canada) pour produire un état de situation sur cette problématique au Québec.

Le présent rapport traite des pratiques traditionnelles de l'excision et de l'infibulation, également désignées par le terme « mutilations génitales féminines ». Ce qui est entendu par « pratiques traditionnelles », ce sont les pratiques coutumières historiquement ancrées dans la culture des groupes ethnoculturels et des communautés qui les pratiquent, et qui sont perpétrées dans le but de socialiser et de conformer les individus aux normes d'une collectivité. Les pratiques traditionnelles de l'excision et de l'infibulation se distinguent des pratiques contemporaines, comme la vaginoplastie, par leur valeur symbolique hautement significative et par l'importance déterminante qu'elles ont sur le statut et l'identité sociale de l'enfant ou de la femme excisée¹. Le fait que nous n'abordions pas les pratiques contemporaines dans ce rapport ne doit pas être interprété comme un cautionnement différencié. Simplement, ces pratiques émergentes, qui affectent de plus en plus d'adolescentes et de femmes dans les pays industrialisés, posent des questions complexes qui exigent d'être traitées en profondeur et ce rapport n'était pas le lieu pour le faire.

Bien qu'il existe un ensemble de vocables pour désigner ces pratiques, c'est le terme *mutilation génitale féminine/excision* (MGF/E) qui est utilisé dans ce rapport. Celui-ci permet de faire référence à la fois à la pratique spécifique de l'excision (qui est la forme la plus répandue) et de référer plus largement à l'ensemble des actes pratiqués sur les corps des filles et des femmes dans le but de définir et d'exercer un contrôle sur leur vie sexuelle et sociale. L'expression *mutilation génitale féminine* (MGF) est un terme générique, qui désigne l'ensemble des pratiques qui consistent à modifier ou à intervenir sur les parties génitales des filles et des femmes. Il a été consacré par le droit international et réfère tout autant aux engagements et aux stratégies adoptés par l'ensemble des parties signataires pour combattre ces pratiques tant sur la scène nationale qu'internationale.

Réflexions sur les MGF/E en tant que « violence basée sur l'honneur »

Au Québec, les mutilations génitales féminines, dont l'excision (MGF/E), sont généralement comprises comme une forme de violence basée sur l'honneur (VBH), bien que dans les faits, elles bénéficient d'une définition bien distincte dans le Code criminel (L.R.C. (1985), ch. C-46) canadien. Or, si les VBH sont aujourd'hui un peu mieux connues au Québec, grâce notamment à des projets d'envergure menés par différentes chercheuses et différents chercheurs ainsi que par des organisations tel que le Conseil du statut de la femme, le Bouclier d'Athéna, le Centre social d'aide aux immigrants et la TCRI, aucune attention particulière n'avait été consacrée jusqu'à maintenant à la question des MGF/E. Le projet de la TCRI, dans lequel ce rapport s'inscrit, vise précisément à combler cette lacune.

Si les MGF/E partagent certaines caractéristiques avec les violences dites basées sur l'honneur, c'est néanmoins un phénomène à part entière qui, à notre avis, doit être appréhendé de façon distincte. Si la pratique des MGF/E vise à conférer une valeur et une honorabilité accrue à l'enfant ou à la femme qui y est soumise, et à exercer un contrôle sur l'expression de sa sexualité, les pratiques de l'excision et de l'infibulation ne constituent pas une forme de rétribution ou de

¹ Voir DENISON Eva et BERG Rigmor C., « A tradition in transition: Factors perpetuating and hindering the continuance of female genital mutilation/cutting (FGM/C). Summarized in a systematic review », *Health care for women International*, 34 : 837-859, 2013, et VISSANDJÉE et al., « The cultural context of gender identity: female genital excision and infibulation », *Health care for women International*, 24 : 115-124, 2003.

châtiment. Elles relèvent plutôt d'un acte de socialisation, hautement valorisé, dont le but est de préparer les filles à assumer les rôles sociaux les plus importants qui leur seront conférés dans leur vie adulte, soit ceux d'épouse et de mère. De plus, l'excision et l'infibulation se distinguent des VBH du fait qu'elles représentent des actes ponctuels, commis le plus souvent (quoique pas exclusivement) durant l'enfance où lors du passage à la puberté.

On comprendra ici que l'intention n'est pas de débattre de la question à savoir si les MGF/E constituent ou non une forme de VBH. Plutôt, il est suggéré que les connaissances acquises au cours des dernières années et les expertises développées pour mieux dépister et intervenir dans les cas de VBH au Québec puissent servir de point d'ancrage pour intégrer de nouvelles connaissances et des pratiques prometteuses pour traiter spécifiquement des MGF/E, tout en tenant compte de la nature bien distincte de la problématique et des besoins qui en découlent.

Implication de la TCRI sur l'enjeu des MGF/E

En 2014, le Volet Femmes de la TCRI et le Réseau d'action pour l'égalité des femmes immigrées et racisées du Québec (RAFIQ) ont mis en place le Comité conjoint TCRI-RAFIQ sur les MGF/E. Les travaux du comité ont donné lieu à une série de recommandations et de pistes d'action pour mieux prévenir et protéger les femmes et les filles touchées par les MGF/E, et ont mené à la tenue d'une Journée de réflexion sur les MGF/E, en juin 2015. Émanant à la fois des membres du comité et des témoignages recueillis auprès de femmes ayant subi des MGF/E, les recommandations principales avaient mis en évidence des besoins que l'on peut répartir en trois grands axes : 1) informer et sensibiliser, 2) prévenir et intervenir et, enfin, 3) agir pour l'abolition des MGF/E sur la scène locale, nationale et internationale.

C'est à partir de certaines de ces recommandations que la TCRI a élaboré le présent projet soumis au ministère des Femmes et de l'Égalité des genres, alors que les autres recommandations ont été prises en charge par le RAFIQ avec le soutien de Justice Canada. Le projet du RAFIQ consiste à concevoir des outils d'information et de sensibilisation à l'endroit des femmes et des filles, des communautés ainsi que des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux sur les conséquences légales, physiques et psychologiques des MGF/E².

Le RAFIQ assume aussi la responsabilité de donner suite à certaines recommandations issues du Plan d'action 2012-2015, élaboré à la suite des *États généraux sur la situation des femmes immigrées et racisées* de 2012, de se pencher sur les violences basées sur l'honneur. Alors que la TCRI a travaillé davantage au niveau des structures et des organisations pour soutenir une meilleure prise en charge de besoins des femmes affectées par les MGF/E, le RAFIQ, lui, a centré ses efforts sur le travail de sensibilisation et de mobilisation des femmes concernées par cet enjeu, en créant pour et avec elles des espaces d'échange, de solidarité et de mobilisation.

De 2014 à 2016, la TCRI, par le truchement du Comité conjoint sur les MGF/E, a mis en place plusieurs activités de sensibilisation et d'information afin de dénoncer ces pratiques qui entravent la liberté et la qualité de vie des femmes et qui mettent à risque des enfants résidentes du Québec. Le Comité s'est réuni plusieurs fois par année depuis sa création en 2014. Le 24 mars 2015, la TCRI, en collaboration avec le RAFIQ, a présenté devant la Commission des relations avec les citoyens à l'occasion de la consultation sur le Plan d'action sur les agressions sexuelles, son analyse³ sur les violences sexuelles en soulevant les enjeux liés aux MGF/E, dont les besoins particuliers des filles et des femmes touchées. La TCRI a également participé aux réunions du Comité conseil du Regroupement québécois des centres de lutte contre les agressions sexuelles (RQCALACS) portant sur la défense des droits des femmes en matière de violence sexuelle. Le projet en cours, dont cet état de situation fait partie, s'inscrit dans la continuité d'une démarche collaborative et concertée qui vise à sensibiliser les milieux à la problématique des MGF/E, mais

² Pour plus d'information ou pour consulter les outils du RAFIQ : [<http://rafiq.ca>] ou info@rafiq.ca.

³ TABLE DE CONCERTATION DES ORGANISMES AU SERVICE DES PERSONNES RÉFUGIÉES ET IMMIGRANTES/VOLET FEMMES, Des mesures spécifiques pour les femmes immigrées et racisées encore insuffisantes – Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle, Commission des relations avec les citoyens, Consultations particulières et auditions publiques sur le Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle, 24 mars 2015, [En ligne], [<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CRC/mandats/Mandat-29347/memoires-deposes.html>].

plus encore, à les outiller afin que les femmes et les filles affectées ne soient plus seules face à leurs difficultés et qu'elles puissent bénéficier du meilleur soutien et services possibles.

Un contexte international propice à l'élimination des MGF/E

L'Assemblée générale des Nations Unies a inclus les mutilations génitales féminines dans sa résolution (A/RES/48/104, article 2) de février 1994 concernant la *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes*.

En décembre 2012, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution concernant *l'Intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines* (A/RES/67/146.). Cette résolution de même que les quatre autres relatives à la promotion des droits des femmes adoptées lors de cette assemblée ont été approuvées par les 194 États membres des Nations Unies. L'article 21 « [e]ngage les États, le système des Nations Unies, la société civile et tous les acteurs concernés à continuer de célébrer le 6 février la Journée internationale de la tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines et à saisir l'occasion pour intensifier les campagnes de sensibilisation et prendre des mesures concrètes contre les mutilations génitales féminines. »

La résolution relative aux MGF/E demande instamment aux pays de condamner toutes les pratiques dangereuses qui affectent les femmes et les filles, en particulier les mutilations génitales féminines, et de prendre toutes les mesures nécessaires, y compris l'application de la législation, la sensibilisation et l'allocation de ressources suffisantes, pour protéger les femmes et les filles contre cette forme de violence. Elle appelle à prêter une attention particulière à la protection et à l'appui des femmes et des filles qui ont été victimes de mutilations génitales féminines ainsi que de celles qui sont exposées à des risques, y compris les femmes réfugiées et les femmes migrantes.

Constats et objectifs du projet

Les MGF/E sont définies comme étant toute intervention, incluant l'ablation partielle ou totale des organes sexuels externes de la femme, ou autre lésion des organes sexuels. Il s'agit d'un enjeu de droits fondamentaux et de santé publique qui affecte la vie de nombreuses filles et de nombreuses femmes au Québec. Les MGF/E peuvent engendrer des troubles physiques et psychologiques, des douleurs ou des infections chroniques, des troubles de l'humeur, des chocs traumatiques, la stérilité, un accroissement du risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine ou, encore, des accouchements dangereux pour la santé et la vie des mères et des bébés. D'où la nécessité pour le gouvernement, les institutions publiques et les organisations de la société civile au Québec de se joindre aux initiatives internationales visant l'abandon des MGF/E. Cette problématique affecte des femmes et des filles du Canada et du Québec comme tous les pays d'immigration d'ailleurs en raison des mouvements migratoires internationaux.

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 assurant un meilleur continuum de services entre les différents secteurs concernés.

Étapes et objectifs du projet

Pour chacune des trois étapes du projet, différents objectifs sont visés, les voici :

1. Produire un état de situation sur les MGF/E au Québec
 - Recenser les connaissances, formelles et informelles, les pratiques et les besoins des intervenantes et des intervenants des milieux professionnels en ce qui concerne les MGF/E;
 - Recenser les expériences et les besoins des femmes vivant avec les conséquences des MGF/E au Québec.
2. Élaborer un plan d'action intersectoriel
 - Nouer une collaboration durable entre les différents secteurs;
 - Soutenir la mise en place de pratiques nouvelles et prometteuses pour assurer une meilleure collaboration entre les différents secteurs et un meilleur continuum de services pour les femmes.
3. Mettre en œuvre le plan d'action intersectoriel en collaboration avec les partenaires du projet
 - Améliorer les pratiques et ainsi lever les obstacles systémiques à la protection des femmes et des filles touchées.

Le présent rapport constitue la première étape du projet sur laquelle s'appuient les étapes subséquentes.



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.

Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) estime que 200 millions de femmes et de filles ont subi des mutilations génitales féminines et que quelque 3 millions risquent d'en être victimes chaque année, alors qu'en septembre 2015, les États membres de l'Organisation des Nations Unies (ONU) se sont engagés – à l'unanimité – à éliminer toutes les pratiques préjudiciables compromettant la pleine égalité entre les femmes et les hommes, telles les mutilations génitales féminines, à l'horizon 2030⁴.

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. Ce rapport présente un état de la situation au Québec qui permet de mieux comprendre la problématique des MGF/E en pays d'accueil et de mieux répondre aux besoins des femmes et des filles touchées. Ce rapport permettra d'apporter des réponses significatives à l'atteinte d'un objectif incontournable, soit la mise en place de mesures et de pratiques novatrices pour assurer une prise en charge de la problématique qui soit adaptée, concertée et qui tiennent compte de l'intérêt primordial des femmes et des enfants.

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

⁴ L'Objectif de développement durable n° 5 – Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles comporte comme cible d' « [é]liminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine » (cible 5.3) à l'horizon 2030.

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.

Des annexes complètent le document, dont une recension des recommandations et pistes d'action présentées au fil de l'état de situation.

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.

1.1.1 Origine

Il est difficile de retrouver l'origine exacte de la pratique des MGF/E⁵ 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.

Plusieurs formes de MGF/E ont été retrouvées dans des sociétés et des époques diverses. Ainsi, les Romains inséraient un anneau dans les lèvres des femmes esclaves pour qu'elles ne puissent pas tomber enceinte. Le terme infibulation viendrait d'ailleurs du latin (*fibula* signifiant agrafe ou attache). D'autres traces de la pratique ont été retrouvées au Moyen-Âge en Perse, dans la secte russe Skoptzy, de façon isolée dans certaines communautés d'Australie, d'Océanie et d'Amazonie et, plus récemment au XIX^e siècle, en Europe de l'Ouest et aux États-Unis. En effet, des gynécologues pratiquaient l'ablation du clitoris pour guérir ce qui était considéré comme étant une maladie chez les femmes : folie, masturbation, hystérie, nymphomanie, épilepsie, troubles mentaux, etc.

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.

1.1.2 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 sommaire –

⁵ Voir : « Excision Parlons-en! D'où Vient l'excision? », [En ligne], [<http://www.excisionparlonsen.org/comprendre-lexcision/quest-à-que-lexcision/dou-vient-lexcision>]; MOMOH Comfort, « Female Genital Mutilation », Radcliffe Publishing, 2005; PENTCHEVA Ralitzka, « Les mutilations sexuelles féminines sur la scène Internationale : Vers un discours universaliste », 2009.

non exhaustif – des différentes rationalisations pouvant expliquer la pratique des MGF/E⁶ selon les différentes sphères intimes et sociales qu'elles concernent :

- **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);
- **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.

Aussi, et de non moindre importance en ce qui a trait à la perpétuation de la pratique, l'excision est souvent une source de revenus significative pour les femmes qui la pratiquent, en plus de leur conférer un statut social rehaussé. C'est pourquoi plusieurs initiatives, notamment en Afrique de l'Ouest, ont visé spécifiquement les sages-femmes/exciseuses pour enrayer la pratique, par exemple en les enjoignant à se réorienter professionnellement à l'aide d'incitatifs financiers. Là aussi les résultats ont été mitigés, car ces initiatives, financées par des fonds internationaux, sont

⁶ 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.

rarement pérennisées et lorsque le financement ou le programme cesse, les exciseuses sont contraintes de retourner à leurs anciennes sources de revenus.

1.1.3 Évolution du discours et de la réponse internationale encadrant la pratique des MGF/E

La façon de concevoir et de parler de l'excision, de l'infibulation et des autres pratiques traditionnelles touchant l'intégrité physique des femmes et des filles est directement liée à l'évolution du droit international et aux travaux des différentes agences de l'Organisation des Nations Unies (ONU) saisies de la question. Elle est le reflet de changements historiques et sociétaux, notamment dans la façon de concevoir et de définir les droits des femmes et des enfants en tant que sujets juridiques titulaires de droits à part entière.

Avant les années 1980, on utilisait le terme « circoncision féminine » pour désigner les pratiques traditionnelles ou rituelles pratiquées sur les filles, dont l'excision et l'infibulation. Cette dénomination avait pour effet d'associer, à tort, les pratiques visant les femmes à une version féminisée de la circoncision masculine, masquant de ce fait la gravité de certains actes et leurs conséquences néfastes sur la santé physique et reproductive des femmes.

En 1989, l'ONU adopte la Convention internationale relative aux droits de l'enfant dans laquelle les États parties s'engagent à prendre « toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants » (article 24.3). En 1991, le terme « mutilation génitale féminine » (MGF) est adopté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour désigner l'ensemble des interventions visant à altérer ou à léser intentionnellement les organes génitaux externes des filles et des femmes à des fins non médicales. Dès lors, la mutilation génitale féminine est définie comme une violation des droits des femmes et des enfants, donc un enjeu de droits de la personne.

Quelques années plus tard, en 1997, l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) se dotent d'une définition et d'une classification commune pour définir les MGF qui est toujours en usage aujourd'hui.

La définition commune issue de ce consensus désigne les mutilations génitales féminines comme suit : « toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques⁷ ».

Cette définition onusienne classe les mutilations génitales féminines en quatre types, dont certains comportent des subdivisions.

⁷ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, UNICEF et FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION, « Les mutilations sexuelles féminines : Déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP », Genève, 1997, [En ligne], [<http://www.who.int/iris/handle/10665/41930>].

Encadré 1

Définition et typologie des MGF/E – Classifiées selon le degré de sévérité de l'intervention

Selon la typologie adoptée par l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP, les mutilations sexuelles féminines recouvrent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques.

- Type 1 La clitoridectomie : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce.
 - Type 1a – Ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement
 - Type 1b – Ablation du clitoris et du prépuce
- Type 2 L'excision : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.
 - Type 2a – Ablation des petites lèvres uniquement
 - Type 2b – Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres
 - Type 2c – Ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres
- Type 3 L'infibulation : Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans ablation du clitoris.
 - Type 3a – Ablation des petites lèvres
 - Type 3b – Ablation et l'accolement des grandes lèvres
- Type 4 Toutes les autres interventions néfastes pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

Depuis, l'évolution du droit international en matière de MGF a connu une croissance exponentielle alors que de plus en plus d'instruments législatifs et cadres réglementaires ont été mis en place pour enjoindre l'ensemble des acteurs à œuvrer pour l'abandon de la pratique des MGF à l'échelle internationale.

En 2010, l'OMS publie la Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines, en collaboration avec d'autres instances et organisations internationales.

En 2012, l'Assemblée générale des Nations Unies adopte une résolution (A/RES/67/146) portant sur l'intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines qui enjoint les États à continuer de célébrer le 6 février la Journée internationale de la tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines et à saisir l'occasion de cette journée pour intensifier les campagnes de sensibilisation, de même qu'à prendre des mesures concrètes contre les mutilations génitales féminines.

Encadré 2 Convention d'Istanbul

En 2011, 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)⁸ a été adoptée et est entrée en vigueur en 2014. Cet instrument juridique contraignant est le premier à reconnaître l'existence des MGF/E en Europe et la nécessité de combattre la pratique de façon systématisée par l'instauration de politiques globales et l'allocation de ressources adéquates. Ce traité impose aux États signataires l'obligation d'offrir des mesures préventives, une protection et une assistance aux femmes et aux filles à risque ou étant affectées par les MGF/E. Elle offre ainsi un cadre directeur pour adopter une politique intégrée et agir en matière de prévention, de protection et de poursuites. Sa particularité est que les mesures visées s'adressent à la fois aux communautés concernées, à la société civile, aux ONG ainsi qu'aux instances et aux professionnels compétents. Cette approche globale exige des États parties de se doter de dispositifs législatifs, juridiques et administratifs, de prévoir des services de soutien spécialisés, de prendre en compte l'intérêt supérieur de l'enfant, de concevoir des mesures applicables aux secteurs de l'éducation, de la santé, de la sécurité publique, de la protection de l'enfance et de l'accueil des personnes immigrantes et réfugiées.

Cette convention est ouverte à la signature des États membres du Conseil de l'Europe, des États non membres qui ont participé à son élaboration et de l'Union européenne ainsi qu'à l'adhésion des autres États non membres, dont le Canada, les États-Unis, le Japon et le Mexique. Au 31 mars 2019, le nombre total de ratifications ou d'adhésions s'élevait à 24 et le nombre total de signatures non encore suivies de ratifications à 12. Parmi les membres du Conseil de l'Europe, seules l'Azerbaïdjan et la Fédération de Russie n'ont ni signé ni ratifié la Convention. Quant aux États non membres du Conseil de l'Europe aucun n'avait signé la Convention à cette date, incluant le Canada.

La Convention d'Istanbul prévoit un mécanisme de suivi spécifique afin d'assurer la mise en œuvre de ses dispositions par les Parties. Celui-ci est confié au Groupe d'experts sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (GREVIO).

En 2015, l'ONU lance le programme *Objectifs de développement durable*, ciblant 17 objectifs « pour transformer le monde », dont l'objectif n° 5 – Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles. Cet objectif comporte comme cible d'« [é]liminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine » (cible 5.3) à l'horizon 2030.

En 2016, l'OMS, en collaboration avec l'UNICEF et l'UNFPA, publie les premières lignes directrices pour la prise en charge des complications dues à des mutilations sexuelles féminines⁹. Ces lignes directrices sont fondées sur une expérience clinique et des pratiques exemplaires pour mieux soigner les filles et les femmes.

Cependant, la définition des MGF reste toujours sujette à des variations, selon qu'il s'agit des institutions, du milieu de la recherche ou des personnes et organismes en défense des droits. Même au sein des organismes onusiens, la définition évolue au gré des projets et des contextes. En effet, les publications de l'UNICEF en 2013 ont abordé le sujet en utilisant l'expression « mutilation génitale féminine/excision »¹⁰, et le rapport d'activité de l'OMS en 2014 a plutôt employé « mutilation sexuelle féminine ».

D'autres écrits réfutent le terme « mutilation » : pour les auteurs, désigner l'acte comme une « mutilation » pourrait être difficile, voire émotionnellement choquant, pour les femmes l'ayant subi. A. Rahman et N. Toubia (2000)¹¹, dans leur rapport de recherche sur 41 pays où sont pratiquées les MGF, ont qualifié le terme « mutilation » de propos « incendiaire et à charge émotive voire stigmatisante » pour les femmes victimes.

⁸Le texte de la Convention est accessible à l'adresse suivante : [<https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/0900001680084840>].

⁹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, « Les mutilations sexuelles féminines », Centre des médias, janvier 2018, [En ligne], [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>].

¹⁰ FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE, « Mutilations génitales féminines/excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements », New York, UNICEF, 2013, [En ligne], [https://www.unicef.org/esaro/FGM_Report_Summary_French__16July2013.pdf].

¹¹ RAHMAN Anika et TOUBIA Nahid, *Female Genital Mutilation, A Guide to Laws and Policies Worldwide*, 2000.

B. Vissandjée et collab.¹², dans leur étude de cas au Canada, ont recommandé de retenir plutôt les termes « excision » et « infibulation » pour désigner toutes ces « formes de procédures culturelles ou non thérapeutiques qui altèrent les organes génitaux féminins ».

La croissance de la médicalisation des interventions soulève de nouveaux enjeux, notamment en pouvant sous-entendre qu'elles sont sans danger pour les filles et les femmes, car elles sont réalisées par des médecins ou un personnel formé.

Un élément problématique et contesté de la définition onusienne de l'excision est la définition des typologies de type 1 et de type 2 qui parlent d'« ablation partielle ou totale du clitoris ». Depuis que cette définition a été arrêtée en 1997, les connaissances scientifiques ont évolué et nous savons maintenant que le clitoris est un organe beaucoup plus complexe que l'on nous avait laissé croire. De la représentation du clitoris comme un petit bouton situé en haut de la vulve nous savons maintenant qu'il est de forme arborescente et ramifié à l'intérieur de la vulve et du vagin. Par conséquent, il est physiologiquement impossible de procéder à une « ablation totale du clitoris » même avec les formes les plus extrêmes de l'excision.



¹² VISSANDJÉE Bilkis, DENETTO Shereen, MIGLIARDI Paula et PROCTOR Jodi. A., « Défis d'intervention en contexte interculturel : le cas de pratiques traditionnelles telles que l'excision et l'infibulation dans une perspective ethnique et de santé publique au Canada », 2013, [En ligne], [https://www.cicc-iccc.org/files/prod/onglet_files/8/Lexcision-et-infibulation.pdf].

1.2 Terminologie

SOMMAIRE

Il y a différents termes pour désigner les pratiques qui consistent à exciser 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.

Cette section du document ne présente pas la variété des termes utilisés dans les langues d'origine des communautés qui pratiquent l'excision et l'infibulation. Ce n'est pas par manque d'intérêt, au contraire, mais plutôt parce que leur nombre est aussi important que diversifié. Il n'est donc pas possible dans le contexte de ce rapport de se consacrer à cette recension. De plus, les lectures et les recherches effectuées ont permis de constater que la terminologie utilisée par les institutions internationales constitue dorénavant un vocable commun, partagé entre les États et largement embrassé au sein de ceux-ci. Cette section se limite donc à présenter les termes et les définitions utilisés par la communauté internationale et par les États qui sont parties des conventions internationales qui régissent la santé et les droits des femmes et des enfants – ce qui inclut, en l'occurrence, bon nombre de pays où se pratiquent les MGF/E.

Il est à noter que si, dans le contexte national, il est fait mention des contextes canadiens et québécois, c'est en référence aux juridictions spécifiques et partagées entre les provinces et le fédéral.

Encadré 3 Terminologie

Chirurgie réparatrice : Intervention chirurgicale qui vise à restaurer des fonctions anatomiques et sensorielles perdues à la suite d'une MGF/E.

Clitoridectomie : Ablation partielle ou totale du clitoris, du prépuce (le repli de peau qui entoure le clitoris) ou de ces deux structures.

Désinfibulation : Réouverture de l'orifice vulvo-vaginal chez une femme qui a subi une infibulation, en vue des relations sexuelles ou de l'accouchement.

Excision : « Action d'enlever quelque chose avec un instrument tranchant. Ablation chirurgicale d'un tissu malade, ne laissant en place que des tissus sains. Mutilation qui consiste en une ablation rituelle du clitoris et parfois des petites lèvres, pratiquée chez certains peuples sur les petites filles¹³. »

Infibulation : « Opération qui consiste à faire passer un anneau (fibule) à travers le prépuce chez l'homme, à travers les petites lèvres chez la femme ou à coudre partiellement celles-ci, afin d'empêcher les rapports sexuels¹⁴. »

« L'infibulation féminine consiste, après avoir coupé le clitoris et les petites lèvres des fillettes, à procéder à la lacération des grandes lèvres afin de faire saigner leurs bords internes ce qui a pour résultat de mettre les muqueuses à vif. Ensuite, les bords réunis et les surfaces accolées se cicatrisent. Ce rapprochement est obtenu par la pose d'agrafes ou par une couture. Généralement, les agrafes utilisées sont des épines d'acacia. ¹⁵ »

Mutilation : « Atteinte volontaire à l'intégrité physique d'une personne entraînant la perte d'un membre ou d'un organe. (La mutilation peut être une circonstance aggravante de certaines infractions [tortures et actes de barbarie, viol, violences, délaissement d'enfant, enlèvement, séquestration, etc.]. Le risque de mutilation est un des éléments constitutifs de la mise en danger d'autrui.) ¹⁶ »

MGF/E : Toute intervention aboutissant à l'ablation partielle ou complète des organes génitaux externes ou toute autre lésion (perforation, perçage, incision, curetage, cautérisation) aux organes génitaux pratiquée à des fins non thérapeutiques.

Réinfibulation : Suture de l'orifice vulvo-vaginal ou des lèvres après la désinfibulation.

1.2.1 Terminologie utilisée dans le contexte canadien

Au Canada, les MGF/E sont définies par le truchement du Code criminel qui énonce que « [...] l'excision, l'infibulation ou la mutilation totale ou partielle des grandes lèvres, des petites lèvres ou du clitoris d'une personne constituent une blessure ou une mutilation [...] ». Le Code criminel précise qu'il n'y a pas de consentement valable pour les cas d'excision, d'infibulation ou à la mutilation totale ou partielle des grandes lèvres, des petites lèvres ou du clitoris.

La définition du Code criminel intègre donc des pratiques spécifiques, telles que l'excision et l'infibulation, et une référence plus large aux actes qui portent atteinte à l'intégrité physiologique des organes génitaux féminins. On peut saisir l'insistance sur les notions de « blessure » et de « mutilation », dans le contexte où ces pratiques tombent sous l'infraction de « voies de fait graves ».

D'un point de vue médical, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) s'est également penchée sur cette question. Dans sa *Déclaration de principe – Excision/mutilation génitale féminine* ¹⁷, elle utilise la terminologie « excision génitale féminine ». Selon elle, il s'agit là d'un « terme correct au plan médical, neutre et adapté à la réalité culturelle ». Les directives cliniques de la SOGC mettent l'accent sur les pratiques à caractère culturel, non thérapeutiques, non médicales et se positionnent clairement contre toute classification qui intègre parmi les MGF/E

¹³ LE PETIT LAROUSSE, 2017, [En ligne], [www.larousse.fr/dictionnaires/francais/excision].

¹⁴ LE PETIT LAROUSSE, 2017, [En ligne], [www.larousse.fr/dictionnaires/francais/infibulation/].

¹⁵ VULGARIS MÉDICAL, [En ligne], [www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medecale/infibulation].

¹⁶ LE PETIT LAROUSSE, 2017, [En ligne], [www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mutilation].

¹⁷ SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA, « Déclaration de principe – Excision/mutilation génitale féminine », N° 272, février 2012.

les pratiques de nature esthétique portant atteinte aux organes génitaux. Son analyse se base sur la recommandation de l'OMS voulant que « les principes des droits de la personne soient respectés au moment de déterminer si une pratique touchant les organes génitaux constitue ou non une excision génitale féminine ». Les principes de droit devant servir à la détermination d'une MGF/E sont : le droit à la santé, le droit des enfants et le droit de ne pas faire l'objet de discrimination en fonction du sexe.

La *Déclaration de principe*¹⁸ publiée par la SOGC est d'une importance capitale dans le secteur de la santé sexuelle des femmes au Canada. Les directives cliniques sont par ailleurs en cours de révision afin de les mettre à jour et d'y intégrer les données et les connaissances probantes les plus récentes.

1.2.2 Terminologie utilisée dans le contexte provincial

En 2006, la Commission ontarienne des droits de la personne a publié la Politique sur la mutilation génitale féminine¹⁹. Son analyse de la problématique s'appuie sur la Charte canadienne des droits et libertés (partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982* (R-U) constituant l'annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R-U), 1982, C-11) et le principe selon lequel toute personne a droit à son intégrité physique. La terminologie retenue par la Commission est celle de « mutilation génitale féminine » qui est définie comme suit : « les mutilations rituelles ou traditionnelles consistant à lacérer les organes sexuels d'une enfant ou d'une femme ou à procéder à leur ablation ». Les classifications incluses dans le document sont basées sur les statistiques mondiales selon lesquelles deux types de MGF/E sont dominants : la clitoridectomie, ou excision, qui touche environ 85 % des victimes sur le plan mondial, et l'infibulation qui représente 15 % des cas recensés.

Au Québec, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) a publié en 1994 un avis intitulé *Les mutilations sexuelles : une atteinte illicite à l'intégrité de la personne*. Les « mutilations sexuelles féminines » sont présentées comme étant : « [...] une pratique coutumière fondée sur un rôle stéréotypé des femmes [...] ». On y précise que « [d]epuis l'adoption de la Charte en 1975, le législateur québécois confirme la reconnaissance à tout être humain du droit à la sûreté et à l'intégrité de sa personne et l'obligation de le respecter en conférant à la victime d'une atteinte illicite à ce droit la possibilité d'obtenir la cessation de cette atteinte et la réparation du préjudice moral ou matériel qui en résulte » et que, par conséquent, « [...] les mutilations sexuelles faites aux femmes constituent une atteinte illicite à l'intégrité de la personne qui engage la responsabilité de tous ceux et celles qui ont participé à de telles pratiques²⁰. »

Également au Québec, bien qu'elle ne fasse pas référence explicitement aux MGF/E, la Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ, chapitre P-34.1) a été modifiée en 2017 pour y inclure des dispositions visant les pratiques basées sur l'honneur. Ainsi, la Loi sur la protection de la jeunesse précise qu'aucune considération, qu'elle soit d'ordre idéologique ou autre, incluant celle qui serait basée sur une conception de l'honneur, ne peut justifier que la sécurité ou le développement d'un enfant soit compromis (article 38.3).

En somme, les notions de droits de la personne, d'intégrité du corps ainsi que de non-discrimination sont des critères déterminants pour reconnaître une mutilation génitale féminine.

¹⁸ Le processus d'élaboration et de validation de la directive clinique de la SOGC a réuni les différentes représentations du secteur de la santé au Canada. Cette directive a été révisée en novembre 2013.

¹⁹ COMMISSION ONTARIENNE DES DROITS DE LA PERSONNE, « Politique sur la mutilation génitale féminine », laquelle a été approuvée par la Commission le 9 avril 1996 et révisée en 2009 pour tenir compte des modifications législatives résultant de la Loi de 2006 modifiant le Code des droits de la personne entrée en vigueur le 30 juin 2008, [En ligne], [<http://www.ohrc.on.ca/fr/politique-sur-la-mutilation-genitale-feminine>].

²⁰ 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.cdpdj.qc.ca/Publications/mutilations.pdf>].

1.2.3 Terminologie utilisée par les femmes

Les termes utilisés par les femmes issues des communautés qui pratiquent les MGF/E sont souvent révélateurs de la signification ou de la symbolique associée à ces pratiques. Certains termes consacrent le passage de l'enfance à l'âge adulte; d'autres sont suggestifs d'une transformation intrinsèque de la personne menant à un statut social rehaussé au sein de la communauté. Dans plusieurs langues africaines, dont le Bambara, les termes utilisés pour désigner une excision sont évocateurs de la notion de « purification ».

On note dans la littérature sur le sujet – et cela a été confirmé par les femmes rejointes dans le cadre de ce projet – la majorité des femmes ayant vécu une MGF/E ne se voient pas comme des victimes et ne veulent pas se définir ainsi. Cela est d'autant plus marqué dans les contextes d'immigration où les pratiques traditionnelles tel que l'excision sont fortement stigmatisées. Certaines femmes trouvent le terme « mutilation » particulièrement stigmatisant du fait que l'évocation de la sexualité en lien avec la « mutilation » semble inférer que l'excision exclue la possibilité d'une vie sexuelle normale et satisfaisante pour les femmes qui l'ont vécu. Or, un tel corollaire est à la fois simpliste et inexact compte tenu de la diversité des atteintes et des typologies de MGF/E et de la complexité de l'appareil sexuel féminin qui s'étend au-delà de la partie externe des organes génitaux.

Généralement, quand elles n'utilisent pas les termes familiers dans leur langue d'origine, les termes le plus fréquemment employés par les femmes en interaction avec des membres de la société d'accueil sont *circumcision*, *circumcision féminine* et *excision*, bien qu'elles soient toutes familières avec la terminologie onusienne qui est largement utilisée dans les pays qui pratiquent les MGF/E. Les femmes qui utilisent plus systématiquement le terme MGF sont souvent des femmes plus militantes et politiquement mobilisées par la question.

1.2.4 Terminologie préconisée par le Comité multisectoriel

Considérant que les différentes expressions sont porteuses de sens et qu'elles ont une influence sur la façon de conceptualiser les pratiques de l'excision et de l'infibulation, le Comité multisectoriel sur les mutilations génitales féminines a reconnu l'importance de privilégier une terminologie en cohérence avec une approche de proximité. Ce choix implique que le vocable utilisé soit adapté aux interlocutrices et aux interlocuteurs, de même qu'aux différents contextes. C'est ainsi qu'à l'instar des organisations internationales, des chercheuses et chercheurs ainsi que des praticiennes et praticiens, le Comité multisectoriel, lui-même, utilise différents termes plus ou moins interchangeables.

L'expression « mutilation génitale féminine (et son sigle MGF) » est utilisée comme terme parapluie pour désigner l'ensemble des pratiques traditionnelles qui sont visées par le droit international et les agences onusiennes et sur lequel se fondent la plupart des législations nationales, dont les lois canadiennes. Cette expression est aussi utilisée dans des pays de haute prévalence de pratique, en raison de son association à un mouvement global en faveur d'une éradication des pratiques.

Parallèlement, les termes « excision » et « infibulation » sont utilisés pour désigner des pratiques spécifiques. Ceux-ci se veulent neutres, factuels et détachés des processus politico-historiques qui ont mené à leur définition sur la scène internationale. Pour cette raison, ces termes sont le plus souvent utilisés par les professionnelles et professionnels de la santé lorsqu'ils sont en interaction avec les femmes affectées par ces pratiques. Toutefois, ces termes sont perçus par certaines personnes comme étant trop techniques, ce qui serait inefficace pour mobiliser la population sur la question. En contrepartie, le terme MGF, en raison du mot « mutilation », est non seulement très familier au sein de la population, mais il frappe aussi l'imaginaire, ce qui permet de mieux toucher la conscience du public.

Pour les praticiennes et les praticiens, leur besoin est double. Ils se soucient d'avoir recours à un vocabulaire qui est signifiant pour les femmes, auquel elles peuvent s'identifier et qui ne compromet pas le lien de confiance. Ils doivent aussi avoir recours à un vocabulaire qui est médicalement et légalement juste afin que l'acte subi et l'état de santé de la femme puissent être bien documentés

advenant que l'information doit constituer un élément de preuve dans le cadre d'une démarche légale (p. ex. pour le droit d'asile ou pour une poursuite pénale).

Ainsi, afin de tenir compte des usages et des fonctions diverses des vocables, l'expression « mutilation génitale féminine/excision » (et son sigle MGF/E) est largement utilisée par le Comité multisectoriel pour désigner l'ensemble des pratiques et des contextes. En outre, peu importe le contexte de pratique et les termes utilisés, le Comité multisectoriel souligne l'importance d'une approche féministe, interculturelle et antiraciste qui place les femmes et leurs besoins au cœur de l'interaction et qui soit en cohérence avec une approche de proximité.



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 entre les divers pays et au sein de chaque pays. Les pays où la prévalence nationale 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, associée notamment à l'identité ethnoculturelle des groupes. Par exemple, à l'intérieur d'un même pays, où le taux de prévalence national serait de 34%, on retrouvera des communautés où le taux de pratique est de 100% alors que d'autres ne pratiquent aucunement l'excision. C'est pourquoi, dans la plupart des pays, les variations régionales et ethniques sont plus déterminantes du risque que les taux de prévalences nationaux.

Même si ces pratiques sont plus concentrées 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.

En Europe

Le nombre exact de filles et de femmes ayant vécu une MGF/E en Europe reste inconnu, bien qu'en 2009 le Parlement européen²¹ estimait jusqu'à 500 000 dans l'Union européenne le nombre de femmes qui sont affectées par les MGF/E et à 180 000 par année le nombre de celles considérées comme étant vulnérables en raison de leur pays d'origine ou de leur ascendance. Ces données ne calculent pas le nombre de demandeuses d'asile ni le nombre de migrantes. Récemment, en Allemagne, selon un rapport publié en 2017, 47 359 femmes et filles vivant dans le pays avaient vécu des mutilations génitales féminines, ce qui représente une augmentation de 30 % depuis 2014²². Par ailleurs, en Australie, selon des données publiées en 2018, plus de 200 000 femmes et filles ont subi des mutilations génitales féminines ou risqueraient d'en être victimes, ce qui représente une augmentation de 252 % depuis 2014, augmentation qui s'explique par

²¹ Résolution du Parlement européen du 24 mars 2009 sur la lutte contre les mutilations sexuelles féminines pratiquées dans l'UE.

²² [En ligne], (en allemand seulement) : [<https://www.netzwerk-integra.de/startseite/studie-fgm>]. Cité dans 73^e session de l'Assemblée générale des Nations Unies, Intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines, Rapport du Secrétaire général A/73/266, juillet 2018. [En ligne], [<https://reliefweb.int/report/world/intensification-de-l-action-mondiale-visant-eliminer-les-mutilations-g-nitales-f-minines>].

l'accroissement des mouvements migratoires d'immigrantes et de réfugiées provenant de pays où cette pratique a cours²³.

²³ No FGM Australia, « FGM prevalence in Australia, 2018 ». [En ligne], (en anglais seulement) : [\[http://nofgmoz.com/2018/03/07/new-report-fgm-prevalence-australia-2018\]](http://nofgmoz.com/2018/03/07/new-report-fgm-prevalence-australia-2018). Cité dans 73^e session de l'Assemblée générale des Nations Unies, *Intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines*, Rapport du Secrétaire général A/73/266, juillet 2018. [En ligne], [<https://reliefweb.int/report/world/intensification-de-l-action-mondiale-visant-liminer-les-mutilations-g-nitales-f-minines>].

Encadré 4

Estimation de la prévalence des mutilations génitales féminines

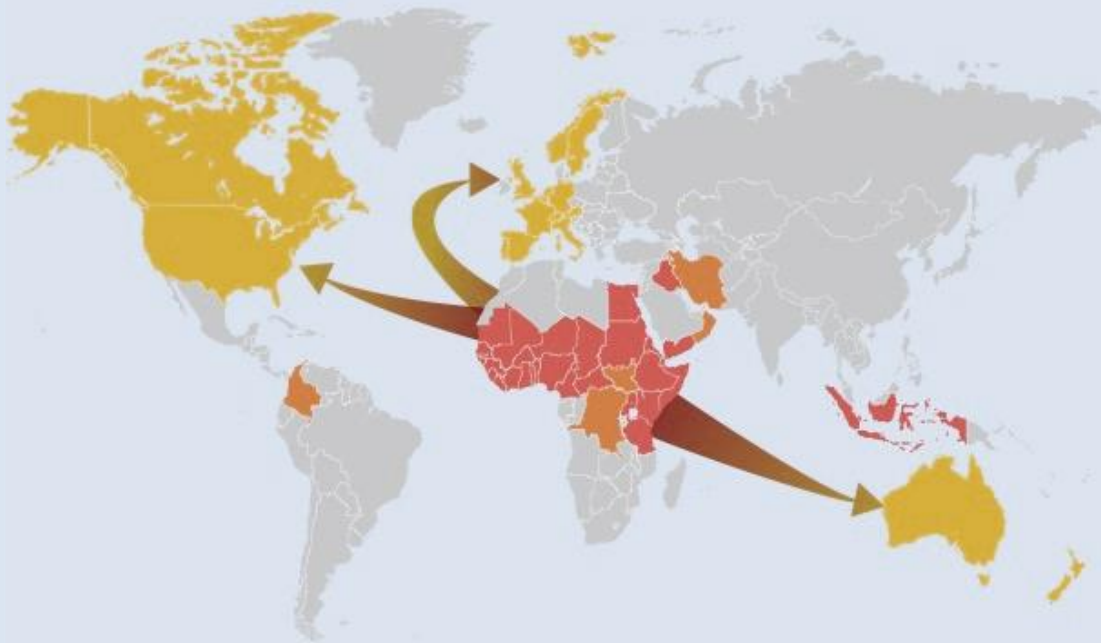
L'Organisation mondiale de la santé estime actuellement à près de 200 millions le nombre de filles et de femmes dans le monde ayant subi des MGF/E. Les MGF/E sont pratiquées dans au moins 30 pays. Elles sont largement répandues dans de vastes régions de l'Afrique, dans certains pays du Moyen-Orient et 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 des jeunes filles entre l'âge de 0 à 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.

Encadré 5

Sources de données sur la prévalence et leurs limites

Un des moyens de mieux comprendre et de mieux agir en matière de MGF/E est de réaliser des études sur leur taux de prévalence, qui permettent d'estimer la proportion de femmes et de filles âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E. C'est ainsi que les acteurs gouvernementaux, les intervenants médicosociaux, les organisations non gouvernementales (ONG) locales et internationales ainsi que les donateurs utilisent ces données afin de savoir comment, quand et où les MGF/E sont pratiquées afin de mieux comprendre les impacts de la pratique et de mobiliser des ressources pour l'éradiquer²⁴. Toutefois, plusieurs limites caractérisent ce type d'études. Bon nombre de pays d'immigration qui accueillent des femmes concernées par les MGF/E ont néanmoins tenté d'estimer la prévalence des MGF/E sur leur territoire, notamment la Belgique, la France, la Suisse, l'Angleterre, le Pays de Galle, l'Irlande, l'Italie, les Pays-Bas, la Suède, l'Espagne, les États-Unis, la Hongrie, l'Australie et l'Allemagne. Aucune donnée fiable sur la prévalence n'est toutefois disponible au Canada et au Québec²⁵.

Les données primaires concernant la prévalence des MGF/E s'appuient sur deux sources principales. Il s'agit de l'Enquête sur la démographie et la santé (*Demographic and Health Surveys* [DHS]) publiée par *Macro International* (maintenant *International Coach Federation*) ainsi que des Enquêtes à grappes à indicateurs multiples (*Multiple Indicator Cluster Survey* [MICS]) dirigée par l'UNICEF. Compilées pour la première fois au Nord Soudan en 1989-1990, puis dans 7 pays africains en 1997, ces enquêtes sont maintenant réalisées dans 27 pays africains ainsi qu'au Yémen. Elles couvrent toutes deux un ensemble d'indicateurs à propos de la santé des individus qui vont bien au-delà des MGF/E, mais elles incluent également des questions portant spécifiquement sur les MGF. Les deux enquêtes utilisent les mêmes séries de questions, permettant de comparer les données d'un pays à l'autre. Ces questions visent d'abord à déterminer si les femmes ont déjà entendu parler des MGF/E (en utilisant le terme employé dans la région), et si oui, si elles ont elles-mêmes déjà subi une MGF/E.

En plus de s'inspirer directement des données tirées de ces deux enquêtes nationales, les études de prévalence au sein des pays d'accueil des femmes concernées par les MGF/E mobilisent un ensemble de sources statistiques qui varient selon les données recueillies au sein des différents pays. C'est ainsi que la Belgique se sert par exemple des données du registre national (équivalent du recensement canadien), de l'Office de la naissance et de l'enfance (entité s'apparentant à la Direction de la protection de la jeunesse en contexte québécois) ainsi que des informations fournies par l'Office des étrangers et de l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile. Toutes ces données recoupées permettent d'estimer le nombre de femmes excisées ainsi que le nombre de filles à risque vivant sur le territoire (issues de la deuxième génération), afin notamment d'estimer la population cible des différents services médicosociaux concernés par les MGF/E.

Les études de prévalence comportent toutefois des limites importantes qui doivent être prises en considération. Un premier ensemble de limites concerne la tendance à vouloir appliquer les taux de prévalence constatés au pays d'origine pour estimer celui au sein des pays d'accueil des femmes concernées par les MGF/E. Une telle association est risquée puisqu'elle ne prend pas en considération l'influence de la migration sur les pratiques des familles. Ainsi, plusieurs familles qui quittent le pays d'origine le font pour éviter que leurs filles aient à subir une MGF/E. L'influence de la sensibilisation et du cadre légal en vigueur au sein du pays d'accueil en matière de MGF/E pourrait aussi contribuer à la diminution des pratiques.

Une autre limite importante des études à une échelle nationale telles que celles employées à l'heure actuelle réside dans le fait que la pratique des MGF/E est étroitement liée à l'appartenance à un groupe ethnique, et non pas seulement au pays d'origine. Or, les tendances nationales ne reflètent pas ces variations et les données statistiques disponibles à propos des populations issues de l'immigration dans les pays d'accueil ne pas disponibles en fonction de l'ethnie. Il en va de même pour l'appartenance à un milieu rural ou urbain, qui a une influence qu'il n'est toutefois pas possible de mesurer dans les données statistiques.

D'autres limites ont trait aux méthodes de collecte employées par les enquêtes sur la prévalence au pays d'origine (DHS et MICS). Tout d'abord, la DHS et la MICS ne recueillent pratiquement aucune donnée à propos de l'expérience des femmes situées en dehors de la tranche d'âge des 15-49 ans. Certains pays comme l'Égypte disposent de certaines données sur les filles de moins de 15 ans, mais cela reste minime. Or, l'UNICEF souligne que dans la moitié des pays recensés, la majorité des filles subit une MGF/E avant l'âge de 5 ans, et que dans le reste des pays la plupart des MGF/E ont lieu entre l'âge de 5 et de 14 ans. Les données pour les filles plus jeunes et les femmes plus âgées se basent donc en très grande majorité sur des estimations qui tiennent difficilement compte de l'évolution des pratiques qui ont été évoquées plus tôt.

²⁴ YODER P. S. WANG S. et JOHANSEN E. , « Estimates of female genital mutilation/cutting in 27 African countries and Yemen », *Studies in Family Planning*, vol. 44, n° 2, 2013, p. 189-204.

²⁵ YODER P. S. et collab., op. cit.; DUBOURG D. et RICHARD F. , « Estimation de la prévalence des filles et femmes excisées ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique », 2018, Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, SFP Santé Publique et Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement; M. EXTERKATE, « Female Genital Mutilation in the Netherlands: Prevalence, Incidence and Determinants », Utrecht, Pharos Centre on Expertise for Health of Migrants and Refugees, 2013.

Encadré 5 (suite)

Sources de données sur la prévalence et leurs limites

En somme, l'âge est un facteur important dans l'estimation des taux de prévalence, mais les limites inhérentes aux données disponibles ainsi que leur capacité à réellement témoigner des facteurs qui induisent des variations au sein d'un même pays ainsi que des modifications des pratiques en période récente font qu'il est difficile de dresser un portrait fiable et exhaustif des tendances en ce qui a trait à l'âge auquel les femmes et les filles subissent les MGF/E.

Une autre limite des données de la DHS et de la MICS réside dans le fait qu'elles se basent sur une auto-identification de la femme à savoir si elle a subi une MGF/E ou pas. Différentes études de validation qui utilisent des examens médicaux *versus* l'auto-identification ont montré des variations de 7 à 10 % entre les deux méthodes. Ces différences peuvent être, d'une part, attribuées au fait que certaines femmes peuvent craindre de rapporter les MGF/E qu'elles ou leurs filles ont subi pour différentes raisons (dont l'augmentation de la criminalisation de la pratique dans certains pays) ou encore parce qu'elles ne sont pas certaines ou pas au courant d'avoir subi une MGF/E (p. ex. lorsqu'effectuée en très bas âge, la femme peut ne pas être au courant qu'elle a subi une MGF/E). D'autre part, les études qui se basent sur des examens médicaux peuvent elles aussi être biaisées, car les médecins peuvent ne pas toujours reconnaître les formes les plus légères de MGF/E. Les variations les plus grandes dans les « erreurs » seraient donc autant du côté des femmes que de celui des médecins à propos du type de MGF/E pratiqué²⁶.

Finalement, plusieurs sources estiment que la pratique des MGF/E a changé dans différents pays et qu'elle tend à décliner au sein des cohortes plus jeunes. L'Organisation mondiale de la santé souligne à cet effet que la prévalence des MGF/E chez les femmes de 15 à 19 ans est significativement moins élevée dans différents pays d'Afrique où il est possible de recouper les deux enquêtes (DHS et MICS) tels que la Somalie, le Djibouti, mais surtout l'Égypte, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire²⁷. Seule la Guinée-Bissau indiquait une augmentation de la pratique auprès des femmes plus jeunes. L'âge auquel les MGF/E sont pratiquées tend toutefois à diminuer dans l'ensemble des lieux.

L'UNICEF souligne de plus que dans la majorité des pays où les MGF/E sont pratiquées, la majorité des femmes pensent que la pratique devrait cesser. Ainsi, 95 % des filles et des femmes âgées de 14 à 49 ans le souhaitaient au Togo, 93 % au Ghana, 90 % au Burkina Faso, 88 % en Irak, 86 % au Bénin ou, encore, 82 % en Côte d'Ivoire²⁸. D'autres changements doivent aussi être soulignés, notamment le fait que dans certains pays et régions, les parents ont de plus en plus recours à des professionnelles et professionnels de la santé pour pratiquer les MGF/E auprès de leurs filles.

Malgré leurs nombreuses limites, les études de prévalence demeurent un outil qui, utilisé en complément avec d'autres sources d'information, peut permettre de faire des estimations qui soutiennent la prise de décision et l'action en matière de prévention des MGF/E²⁹.

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'Istanbul³⁰ exige la mise en place d'un système de collecte des données et de recherche afin de mieux comprendre la nature et la

²⁶ EXTERKATE M., *op cit.*

²⁷ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, « An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM). Progress report », [En ligne], [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/rhr_11_18/en/, 2011].

²⁸ UNICEF, « Les mutilations génitales féminines/l'excision : un problème mondial », 2016. [En ligne], [FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD(1)].

²⁹ EXTERKATE M., *op.cit.*

³⁰ Article 11 – Collecte des données et recherche

- 1 Aux fins de la mise en œuvre de la présente Convention, les parties s'engagent :
 - a à collecter les données statistiques désagrégées pertinentes, à intervalle régulier, sur les affaires relatives à toutes les formes de violence couvertes par le champ d'application de la présente Convention;
 - b à soutenir la recherche dans les domaines relatifs à toutes les formes de violence couvertes par le champ d'application de la présente Convention, afin d'étudier leurs causes profondes et leurs effets, leur fréquence et les taux de condamnation, ainsi que l'efficacité des mesures prises pour mettre en œuvre la présente Convention.
- 2 Les parties s'efforcent d'effectuer des enquêtes basées sur la population, à intervalle régulier, afin d'évaluer l'étendue et les tendances de toutes les formes de violence couvertes par le champ d'application de la présente Convention.
- 3 Les parties fournissent les informations collectées conformément au présent article au groupe d'experts, mentionné à l'article 66 de la présente Convention, afin de stimuler la coopération internationale et de permettre une comparaison internationale.
- 4 Les Parties veillent à ce que les informations collectées conformément au présent article soient mises à la disposition du public.

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 recherche³¹.

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.

En Ontario, la Commission ontarienne des droits de la personne a recueilli des témoignages selon lesquels des MGF/E sont pratiquées au Canada et révélant que certaines familles font sortir leur fille du Canada pour les soumettre à une MGF/E. Dans certaines communautés, les intentions parentales au sujet des MGF/E pour leurs filles diminuent après l'immigration. Cependant, on ne comprend pas tout à fait les facteurs qui influent sur leur changement de perspective.

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.

Selon Femmes Africaines Horizon 2015, « [...] en 1993, le Québec comptait 42 179 immigrants francophones en provenance de l'Afrique, dont plus de 50 % étaient des femmes. La majorité de ces femmes étaient en âge de procréer et elles avaient certainement des filles "excisables". Ces femmes ayant un niveau d'éducation plutôt faible, il y avait une plus grande probabilité qu'elles maintiennent ces pratiques et coutumes traditionnelles ».

« Marian Shermarke (1995) et Marie-Claude Manga... ont effectué une consultation commanditée par le gouvernement fédéral auprès des immigrantes et immigrants originaires des pays « excisants » et vivant au Québec. Ceux-ci avouent que des aînées restées au pays exercent sur eux de la pression pour que les jeunes filles soient excisées. Et, plusieurs personnes murmurent que les MGF/E seraient pratiquées silencieusement au Québec. »

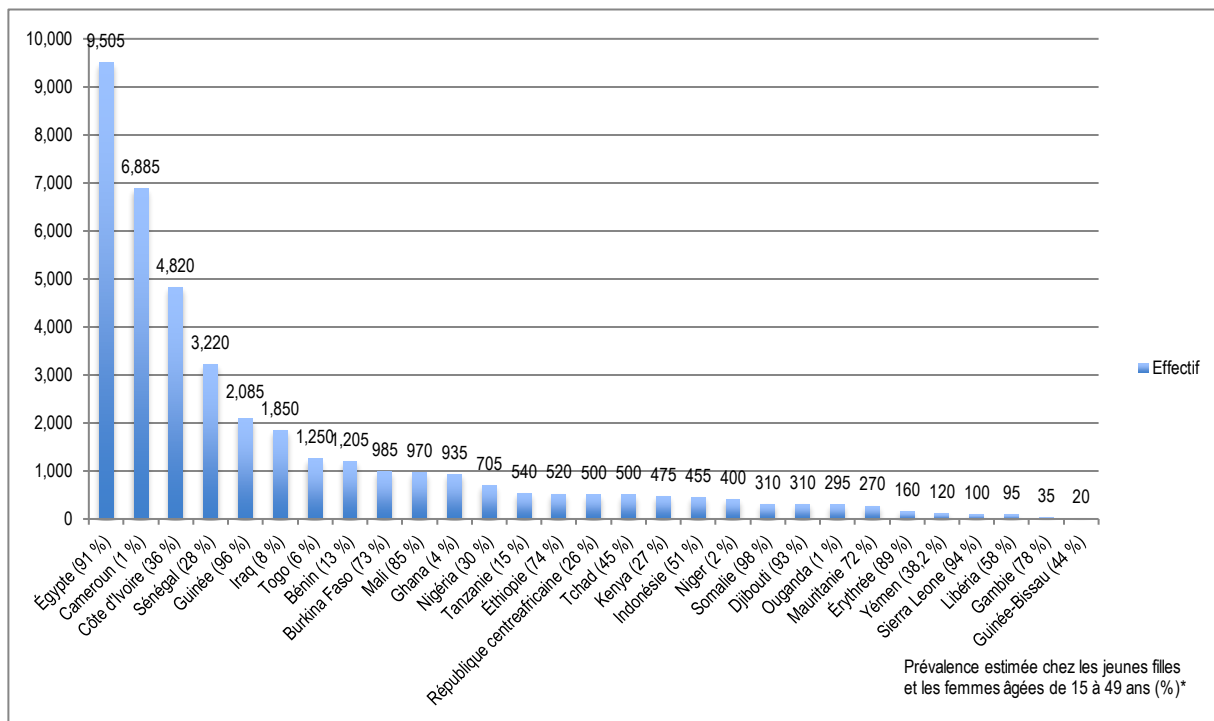
En outre, certaines données démographiques justifient l'importance de tenir compte des besoins des filles et des femmes ayant subi une MGF/E ou à risque d'en subir une et d'adapter les services en conséquence. En effet, selon le Recensement de 2016 de Statistique Canada, près de 40 000 filles et femmes 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.

La figure 1 présente la répartition du nombre de filles ou de femmes issues des pays ciblés. Les 10 premiers pays en importance en termes d'effectifs au Québec sont l'Égypte, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Sénégal, la Guinée, l'Irak, le Togo, le Bénin, le Burkina Faso et le Mali.

³¹ CONSEIL DE L'EUROPE, « Assurer la collecte de données et la recherche sur la violence à l'égard des femmes et la violence domestique : article 11 de la Convention d'Istanbul – Série de documents sur 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 », septembre 2016. [En ligne]. [<https://rm.coe.int/16806a0dfa>].

Classés selon l'estimation de la prévalence, les 10 premiers pays en importance sont la Somalie (98 %), la Guinée (96 %), la Sierra Leone (94 %), le Djibouti (93 %) l'Égypte (91 %), l'Érythrée (89 %), le Mali (85 %), le Burkina Faso (72 %), la Gambie (78 %) et l'Éthiopie (74 %).

Figure 1
Nombre de filles et de femmes issues des pays ciblés selon l'estimation de la prévalence des MGF/E – Tout statut*, âge et période d'immigration confondus – Québec – Recensement de 2016



* Sont inclus dans ces statuts, les filles et les femmes :

- non immigrantes (nées au Canada), soit 1,2 % des filles et des femmes;
- immigrantes (toutes les filles et les femmes ayant déjà eu un statut d'immigration, donc nées à l'extérieur du Canada, même si elles sont désormais citoyennes canadiennes, soit 91,5 % des filles et des femmes;
- résidentes non permanentes (détenant un permis de travail, un permis de séjour pour études ou ayant demandé l'asile), soit 7,3 % des filles et des femmes.

Sources des données :

STATISTIQUE CANADA, Recensement de 2016. Il est à noter que les données sont tirées d'estimation (à partir d'un échantillon de 25 % de la population totale). Plusieurs effectifs étant très faibles, par souci de confidentialité, ils affichent 0, même s'il est possible que des femmes soient présentes sur le territoire.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, « Prévalence des mutilations sexuelles féminines et autres pratiques nocives », [En ligne], www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/fr/.

Il est à noter que l'ensemble de ces données font état de la situation au moment de l'enquête et ne reflètent pas forcément les conditions actuelles.

Des données récentes sur les demandes d'asile au Canada en 2018 publiées par l'Agence des Nations Unies pour les réfugiées à Ottawa révèlent que les personnes sollicitant l'asile originaires

du Nigeria – le principal pays source en 2018 – ont invoqué le risque de mutilation génitale féminine comme deuxième principal motif de persécution³².

Même s'il n'est pas 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 exprimé à maintes reprises.



³² 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 vécu une MGF/E³³, 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 informations journalistiques suggèrent que l'excision 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/E³⁴. 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 communauté³⁵. 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/E³⁶. 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 une forme de mutilation génitale 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/E³⁷. 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/E³⁸. 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.

³³ 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>].

³⁴ 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>].

³⁵ [En ligne], [<http://serc.mb.ca/sexual-health-info/sexuality/female-genital-cutting/>].

³⁶ 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/>].

³⁷ Canadian Council of Muslim Women, *op. cit.*

³⁸ 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/E³⁹;
- En Ontario, les médecins ont l'obligation de signaler les cas de MGF/E rencontrés (politique de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario⁴⁰);
- Le nouveau Guide d'étude *Découvrir le Canada – Les droits et responsabilités liés à la citoyenneté* inclut des informations sur l'interdiction des MGF/E⁴¹.

Malgré ces premières actions, le Québec et plus largement le Canada en sont encore aux prémices de la lutte contre les MGF/E⁴². 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, les professionnelles et professionnels sont peu ou pas formés sur la question et ne disposent encore de pas de directives spécifiques pour soutenir une intervention impliquant un cas de MGF/E. Au niveau gouvernemental, il n'y a pas de politique ou de stratégie provinciale qui aborde spécifiquement la question⁴³.

En 2013, le Conseil canadien des femmes musulmanes, un organisme à but non lucratif (OBNL) qui œuvre pour assurer l'égalité, l'équité et le pouvoir d'agir pour toutes les femmes musulmanes canadiennes, s'est penché sur la question spécifique des MGF/E dans le rapport *Violence against women – Health and Justice for Canadian Muslim Women* en élaborant une fiche d'information qui propose notamment quelques pistes et stratégies afin d'aller de l'avant en matière de prévention et de lutte contre la pratique⁴⁴ :

- Augmenter les recherches sur le sujet pour comprendre l'étendue des MGF/E au Canada;
- Adopter des règlements et de bonnes pratiques pour les professionnels de la santé et former un ensemble de professionnels (éducation, santé, travail social, protection de la jeunesse);
- Rendre le motif MGF/E explicite en matière d'intervention en protection de la jeunesse;
- Rendre obligatoire pour toutes les professionnelles et tous les professionnels de faire un signalement pour MGF/E;
- Rendre l'information sur la législation canadienne en matière de MGF/E disponible et accessible aux personnes immigrantes.

Engagements du Canada eu égard au droit international

En 1989, le juge en chef Dickson de la Cour suprême du Canada a réitéré l'importance des engagements pris par le Canada dans les traités internationaux afin de protéger les droits garantis par ceux-ci. Dans le jugement majoritaire rendu dans *Slaight Communications c. Davidson* [1989], on y soulignait que le fait qu'une loi est interprétée comme ayant la même valeur qu'un instrument international, soit selon le droit international coutumier, soit en vertu d'un traité auquel le Canada est un État partie, devrait en général dénoter qu'un degré élevé d'importance est attaché aux droits garantis en droit international⁴⁵.

³⁹ PACKER Corinne, RUNNELS Vivien et LABONTE Ronald, *op.cit.*

⁴⁰ 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>].

⁴¹ [En ligne], [<https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/publications-guides/decouvrir-canada.html>].

⁴² 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>].

⁴³ 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/>].

⁴⁴ CANADIAN COUNCIL OF MUSLIM WOMEN, [En ligne], [http://ccmw.com/wp-content/uploads/2013/07/EN-VAW_web.pdf].

⁴⁵ *Slaight Communications c. Davidson* [1989] 1 R.C.S. p. 1041, [En ligne], [<https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/450/1/document.do>].

Les MGF/E représentent une atteinte aux droits de la personne, notamment une discrimination fondée sur le sexe et une violation des droits de l'enfant, condamnées internationalement et proscrites dans des instruments internationaux auxquels le Canada est parti. Le Canada et les provinces qui s'y sont déclarées liées doivent donc s'acquitter des obligations qui leur incombent en vertu du partage constitutionnel des pouvoirs en prenant des mesures pour éliminer cette pratique. Toute initiative prise à cet égard est relatée dans les rapports aux organismes internationaux en conformité avec les conventions internationales dont le Canada est signataire.

Code criminel

En avril 1997, le Code criminel a été modifié⁴⁶ 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 en cours criminelle pour cause de MGF/E au Canada. Pour autant, cela n'indique pas qu'il ne s'agit pas d'une problématique pour le pays et que les MGF/E ne sont pas pratiquées de façon cachée. Dans un commentaire de 2015 sur la réponse du Canada à la problématique des MGF/E, des chercheurs ont donné l'exemple de l'Australie et du Royaume-Uni où la pratique était considérée comme relativement répandue dans certaines communautés, alors que les poursuites judiciaires sont quasiment nulles⁴⁷. Par exemple, le Royaume-Uni a vu 190 cas de MGF/E signalés aux services de police de la métropole de Londres, avec 12 arrestations, mais aucune poursuite engagée jusqu'à tout récemment alors qu'une mère a été condamnée en janvier 2019 pour avoir pratiqué une excision sur sa fillette.

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

Bien qu'une analyse jurisprudentielle des cas impliquant une MGF/E à la CISR et en cours d'appel serait fortement souhaitable, il n'a malheureusement pas été possible d'entreprendre cette tâche dans le cadre de ce projet. Toutefois, un survol de plus d'une trentaine de jugements nous indiquent clairement la pertinence de s'y attarder, notamment pour analyser les rationalisations du tribunal en matière de refus et d'acceptation des demandes. Car on s'en doutera, les juges, commissaires et avocats ont eux aussi leurs limites en termes de formation et de compréhension des MGF/E, tant

⁴⁶ 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, M^{me} 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).

⁴⁷ 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>].

dans leurs manifestations sociales, politiques, économiques qu'expérientielles – telles qu'elles sont vécues par les femmes. Pourtant les décisions du tribunal ont un impact déterminant sur le sort des femmes et des enfants qui s'adressent à lui, dont celui de subir ou non une excision si la demande d'asile est refusée. Une analyse jurisprudentielle est donc un objectif que nous espérons réaliser à un moment ultérieur afin de mieux comprendre les tendances et les pratiques qui s'y dessinent.

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 vécu 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 2012⁴⁸, 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.

Au Québec, un groupe de travail a été formé en 2004 au ministère de la Santé et des Services sociaux pour définir des actions et des approches relativement aux MGF/E. En 2006, un dépliant de sensibilisation⁴⁹ sur les MGF/E à l'intention des professionnelles et professionnels de la santé a été produit. Le Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente. *Naître et Venir d'ailleurs* a aussi été élaboré en 2006, puis révisé en 2007⁵⁰. Ce guide contient une section sur le soutien aux femmes excisées qui comporte des stratégies d'action exprimées sous forme d'un questionnement pour accompagner les femmes excisées en période pré et postnatale. Les questions sont structurées autour des axes suivants : Offrir un espace d'expression aux parents; Valoriser les pratiques authentiques; Informer sur les pratiques d'ici; Favoriser le renforcement du réseau social; Comme intervenant, se distancer de sa culture. Conformément au Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013 (prolongé jusqu'en 2015) *Au féminin... à l'écoute de nos besoins*, le ministère de la Santé et des Services sociaux a diffusé auprès des décideurs et des planificateurs du réseau des recommandations sur l'approche à privilégier pour organiser les services de santé et les services sociaux adaptés aux besoins des femmes et des familles touchées par une problématique présente ou potentielle d'excision ou d'infibulation⁵¹. Puis, en 2012, le ministère de la Santé et des Services sociaux prévoyait une formation des intervenantes et intervenants en santé et services sociaux, incluant les MGF/E, dans le contexte global de formation interculturelle.

Selon le Collège des médecins du Québec, s'il est reconnu, au Québec comme au Canada, qu'un patient peut refuser un traitement par fidélité à ses convictions religieuses, il en va tout autrement d'une demande de MGF/E pour des motifs religieux ou culturels.

Alors qu'en 1997, une loi qui criminalisait la MGF/E avait été adoptée au Canada, le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario avait déjà adopté, en 1992, une politique interdisant cette pratique et déclarant que les médecins qui effectuent cette opération seront poursuivis pour inconduite professionnelle. Il en va de même dans cette province pour l'infibulation.

Le Code de déontologie des médecins du Québec n'est pas aussi précis. Par contre, il spécifie (art. 60) que le médecin doit refuser sa collaboration à des actes médicaux pouvant nuire à la santé de son patient : « Le médecin doit refuser sa collaboration ou sa participation à tout acte médical qui irait à l'encontre de l'intérêt du patient, eu égard à sa santé. »

⁴⁸ SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA, « Déclaration de principe – Excision/mutilation génitale féminine », No 272, février 2012.

⁴⁹ QUÉBEC (Gouvernement du), Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Les mutilations génitales féminines. Qu'en savez-vous?*, 2006.

⁵⁰ QUÉBEC (Gouvernement du), Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente. Naître et Venir d'ailleurs*, 2007. [En ligne], [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/fichiers/2006/06-836-01.pdf>].

⁵¹ QUÉBEC (Gouvernement du), Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Agir au Québec auprès des personnes touchées par les pratiques d'excision et d'infibulation ou à risque de l'être : État de situation et recommandations*.

Ainsi, lorsqu'un patient demande à un médecin d'accomplir un acte pouvant nuire à sa santé, le médecin est tenu de ne pas poser cet acte, notamment une MGF/E. Il s'agit pour le médecin de préserver son indépendance professionnelle et de distinguer le domaine professionnel du domaine des convictions personnelles. Le respect des convictions personnelles des patients n'implique pas que celles-ci doivent à elles seules dicter la conduite du médecin. Le médecin doit cependant être vigilant et éviter que ses propres convictions n'entravent ses obligations professionnelles.

En Ontario, devant la hausse du nombre de femmes ayant subi une MGF/E observée au début des années 1990, le Centre canadien pour les victimes de torture a formé un premier groupe d'entraide pour les femmes touchées. Ce groupe réunissait des femmes membres de communautés à risque, des médecins généralistes et Santé Canada. Depuis, d'autres initiatives ont suivi.

Afin de donner suite à la demande de personnes des communautés touchées voulant que les efforts des différents acteurs et institutions concernés soient mieux coordonnés, la ministre déléguée à la Condition féminine a mis sur pied un groupe de travail ontarien sur la prévention des MGF/E. Formé de représentantes et représentants du public, de ministères et organismes gouvernementaux et d'organismes communautaires, ce groupe de travail s'est vu confier le mandat d'élaborer des politiques et des stratégies pour venir en aide aux filles et aux femmes ayant subi une MGF/E, pour prévenir cette pratique et pour soutenir les efforts déployés par les organismes communautaires et par les femmes touchées.

Selon la politique de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO), les MGF/E se doivent d'être signalées conformément à la Loi sur les services à l'enfance et à la famille (L.R.O., 1990, chapitre C. 11). De plus, cette politique énonce que la circoncision, l'excision et l'infibulation ou la réinfibulation d'une fille ou d'une femme par un médecin détenant un permis en Ontario sont considérées, à moins d'indication médicale, comme un manquement professionnel.

En vertu du code de déontologie de l'ordre professionnel, tout médecin qui est au fait qu'un autre médecin a effectué une opération de cette nature devrait aussitôt le signaler à l'Ordre. Comme une telle opération constitue en toute vraisemblance une forme de mauvais traitement infligé à un enfant, la société d'aide à l'enfance et les services de police compétents devaient aussi être avisés.

En outre, le devoir de signalement en vertu de la Loi sur les services à l'enfance et à la famille s'applique à tous les membres du public et à toute personne qui a des rapports avec des enfants dans l'exercice de sa profession ou de ses fonctions.

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*⁵². 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).

La Commission souligne notamment qu'avec l'adoption de la Charte, « [...] le législateur québécois confirme la reconnaissance à tout être humain du droit à la sûreté et à l'intégrité de sa personne et l'obligation de le respecter en conférant à la victime d'une atteinte illicite à ce droit la possibilité d'obtenir la cessation de cette atteinte et la réparation du préjudice moral ou matériel qui en résulte. »

Elle conclut son opinion comme suit :

Face à des actes de mutilations des organes génitaux des femmes, la Commission des droits de la personne est consciente que la priorité doit, certes, être donnée à des mesures préventives d'éducation et de sensibilisation. Il est tout aussi important, toutefois, de rappeler que la Charte québécoise des droits et libertés de la personne et le Code criminel du Canada prescrivent des normes relatives à la protection de l'intégrité de la personne universellement reconnues, et qu'à cet égard toute pratique de mutilations sexuelles

⁵² 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.cdpdj.qc.ca/Publications/mutilations.pdf>].

constitue une atteinte grave à l'intégrité de la femme et est condamnable. En outre, comme c'est un acte de violence contre les femmes, il s'agit d'une pratique discriminatoire. La Commission serait donc compétente pour faire enquête suite à une plainte ou, si les circonstances l'imposent, de sa propre initiative.

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 féminine⁵³. 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/E⁵⁴. Ces mesures ne visent pas toutefois la prévention, ni l'élimination de cette pratique néfaste pour les filles et les femmes.

Par la suite, la problématique des MGF/E a été considérée comme faisant partie des violences basées sur l'honneur. Ainsi, dans la Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles 2016-2021 *Les violences sexuelles, c'est Non*, l'action 31 prévoit la mise à jour de l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique pour y tenir compte de l'évolution des connaissances et des pratiques, notamment en ce qui concerne la problématique des violences basées sur l'honneur. La Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes vers 2021, dévoilée en 2017, contient une mesure qui vise à offrir de l'accompagnement aux femmes et aux filles immigrantes, particulièrement celles qui sont

⁵³ 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>].

⁵⁴ Dans le Plan d'action en santé et bien-être des femmes, la mesure est libellée comme suit : « Diffuser auprès des décideurs et des planificateurs du réseau des recommandations sur l'approche à privilégier pour organiser les services de santé et des services sociaux adaptés aux besoins des femmes et des familles touchées par une problématique présente ou potentielle d'excision ou d'infibulation.

Dans le Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes, la mesure 66 prévoit l'« [adaptation] des services de santé et des services sociaux aux besoins des femmes et des familles touchées par une problématique présente ou potentielle d'excision ou d'infibulation. » Elle vise à mieux outiller les intervenantes et les intervenants, à sensibiliser les communautés visées et à assurer une collaboration ministérielle et interministérielle quant à cette problématique. Les réalisations qui découlent de la mise en œuvre de la mesure 66 sont présentées comme suit dans le Bilan de la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes paru en novembre 2015 :

Accompagnement

- Un comité de pilotage sur la formation interculturelle a été mis en place et le développement d'une formation plus globale a été priorisé;
- Des outils contribuant à offrir des soins de santé et des services sociaux adaptés aux besoins des communautés ethnoculturelles ont été développés par le Réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des gens réfugiés et demandeurs d'asile, dont le mandat est d'accompagner les établissements recevant ces personnes.

Révision des programmes-cadres

- Le mandat de réviser les programmes-cadres de formation interculturelle dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) a été confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Formation

- La préparation d'une formation portant sur certaines situations sensibles vécues par le personnel professionnel a été confiée à la région de Montréal à la suite des grands constats des travaux menés par l'INSPQ;
- Un projet de module de formation sur l'infibulation et l'excision a été présenté par la région de Montréal. Il est prévu que cette formation soit développée et diffusée auprès du personnel professionnel du RSSS.

parrainées, et à les informer sur leurs droits et les recours possibles en cas de violences, notamment celles basées sur l'honneur. Cette mesure est à déployer au moyen d'un partenariat avec des organismes communautaires ayant une expertise auprès de ces femmes. Une formation auprès des intervenantes et intervenants est aussi prévue pour qu'ils puissent agir comme agents multiplicateurs (mesure 5.1.1).

Ces deux stratégies prévoient aussi des actions pour mieux informer les personnes nouvellement arrivées au Québec sur leurs droits et leurs recours en matière d'agression sexuelle (action 5) ainsi que sur l'égalité entre les femmes et les hommes (mesure 1.2.2). Les documents d'information à l'intention des personnes immigrantes, notamment le guide *Apprendre le Québec* et le guide *À parts égales, à part entière* sont actuellement muets sur les violences basées sur l'honneur et sur les MGF/E.

Quant au Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2018-2023 *Contre la violence conjugale Agissons*, il est muet tant sur la question des violences basées sur l'honneur que sur celle des MGF/E. Cependant, il est prévu que les actions à portée générale de l'axe 1 sur la prévention, la sensibilisation et l'information soient adaptées aux personnes immigrantes ou des minorités ethnoculturelles, pour lesquelles des outils spécifiques sont élaborés. L'action 47, par l'entremise d'un partenariat multisectoriel réunissant des ministères et organismes gouvernementaux et des organismes communautaires, a pour objet de « [v]eiller à ce que les femmes et les filles immigrantes et issues de minorités ethnoculturelles disposent d'outils adaptés à leurs réalités et pertinents au regard des divers enjeux que soulève la violence conjugale. »

Pourtant, le Conseil du statut de la femme, dans son avis *Les crimes d'honneur : de l'indignation à l'action* paru en octobre 2013, recommandait à la ministre responsable de la condition féminine d'élaborer une politique nationale de lutte contre les violences basées sur l'honneur, en consultant les ministères, les groupes de femmes et les organismes communautaires concernés et suggérait des mesures à inclure dans un plan d'action. Concernant spécifiquement les mutilations génitales féminines, le Conseil du statut de la femme y soulignait que « [l']approche actuelle axée sur la "réduction des méfaits" adoptée dans le milieu médical, qui consiste à offrir des services mieux adaptés aux besoins des femmes excisées, ne suffit pas à contrer la pratique des mutilations génitales féminines en vue de son éradication à long terme. Il faut aussi dénoncer ces pratiques pour que la prochaine génération de filles soit épargnée. » C'est pourquoi le Conseil du statut de la femme formule la recommandation suivante :

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux revoie sa stratégie afin de lutter contre la pratique des mutilations génitales féminines et s'assure que :

- Les professionnels de la santé informent les femmes excisées qui accouchent, ou qui consultent pendant leur grossesse, sur le fait que les mutilations génitales féminines sont une pratique dangereuse pour la santé et que si elles soumettaient leurs propres filles à cette pratique, il s'agirait d'un acte illégal;
- Une campagne de sensibilisation sur les mutilations génitales féminines informe les communautés concernées de *l'illégalité et des conséquences négatives liées à cette pratique.*

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 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 2012-2015⁵⁵ 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.

D'autres organismes font aussi figure de précurseurs dans le domaine, notamment le Bouclier d'Athéna, le Centre social d'aide aux immigrants, les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS), la Fédération des maisons d'hébergement pour femmes et Médecins du Monde Canada. Des documents ont été produits pour mieux informer et sensibiliser les intervenantes et intervenants et les personnes susceptibles d'être touchées. Signalons le Répertoire à l'intention des intervenant-es et des femmes – Violences basées sur l' « honneur » – *Comprendre et agir* établi par la TCRI et le RAFIQ; la Grille d'indicateurs de risque de violence basée sur l'honneur et le site Web d'information légale en huit langues du Bouclier d'Athéna, les affiches éducatives du Centre social d'aide aux immigrants sur la violence basée sur l'honneur, le Guide d'évaluation et d'intervention en situation de violences basées sur l'honneur élaboré par les centres jeunesse de Montréal, le Cadre de référence *Santé sexuelle et reproductive* de Médecins du Monde et le dépliant *Disons non aux mutilations génitales féminines (MGF/Excision)* du RAFIQ.

Depuis l'affaire Shafia touchant une famille afghane de Montréal, triste événement déclencheur d'une prise de conscience collective au Québec sur les VBH, on assiste aussi à un accroissement des études, des publications, des projets et des activités, de même qu'à la mise en place de mesures de prévention et d'intervention par différentes institutions. Cependant, la problématique des MGF/E a été très peu examinée.

⁵⁵ 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].

Conclusion

Malgré ces premières actions, le Québec et plus largement le Canada en sont encore aux prémices de la lutte contre les MGF/E⁵⁶. 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. Dans le secteur de la santé et des services sociaux, 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 (physique, sexuelle, émotionnelle), il n'y a pas de loi provinciale qui aborde spécifiquement la question des MGF/E⁵⁷.

L'enjeu est donc à la fois de traiter les MGF/E en tant que problématique spécifique dans divers secteurs, mais également d'intégrer cette question dans des stratégies et protocoles existants, afin d'améliorer la prévention et la lutte contre cette pratique néfaste.



⁵⁶ 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>].

⁵⁷ 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/>].

Tableau 1
Ce que disent les lois fédérales et provinciales en lien avec les MGF/E

Loi	Article	Note explicative
<p>Charte des droits et libertés de la personne (RLRQ, chapitre C-12)</p>	<p>Article 1. Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne. Il possède également la personnalité juridique.</p>	<p>Le droit à l'intégrité (dont l'intégrité physique) est un droit fondamental et inaliénable. Toute personne est titulaire de ce droit, peu importe l'âge ou le sexe. En tant que personnalité juridique, toute personne a le droit de faire valoir ses droits.</p>
<p>Code criminel (L.R.C. (1985), ch. C-46)</p>	<p>Voies de fait graves Article 268. (1) Commet des voies de fait graves quiconque blesse, mutilé ou défigure le plaignant ou met sa vie en danger. Peine (2) Quiconque commet des voies de fait graves est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans. Excision (3) Il demeure entendu que l'excision, l'infibulation ou la mutilation totale ou partielle des grandes lèvres, des petites lèvres ou du clitoris d'une personne constituent une blessure ou une mutilation au sens du présent article, sauf dans les cas suivants : a) une opération chirurgicale qui est pratiquée, par une personne qui a le droit d'exercer la médecine en vertu des lois de la province, pour la santé physique de la personne ou pour lui permettre d'avoir des fonctions reproductives normales, ou une apparence sexuelle ou des fonctions sexuelles normales; b) un acte qui, dans le cas d'une personne âgée d'au moins dix-huit ans, ne comporte pas de lésions corporelles. Consentement (4) Pour l'application du présent article et de l'article 265 (Voies de fait), ne constitue pas un consentement valable le consentement à l'excision, à l'infibulation ou à la mutilation totale ou partielle des grandes lèvres, des petites lèvres ou du clitoris, sauf dans les cas prévus aux alinéas (3)a) et b).</p>	<p>1) Le Code criminel définit les MGF/E en tant que voie de fait grave, c'est-à-dire une agression physique causant des lésions corporelles. C'est la forme la plus grave d'agression, puisqu'elle implique un niveau de violence élevé. 2) Vu la gravité de l'acte, un verdict de culpabilité entraînerait une peine pouvant aller jusqu'à 14 ans d'emprisonnement. 3) a) Ne constitue pas une voie de fait grave un acte médical pratiqué par un médecin licencié, dans le but de restaurer à la femme excisée des fonctions sexuelles et reproductives normales qui auraient été perdues à la suite d'une MGF/E. Ainsi, la chirurgie réparatrice n'est pas illégale au Canada. 3) b) Ne constitue pas une voie de fait grave un acte pratiqué sur une personne de plus de 18 ans et qui ne comporte pas de lésions corporelles. ** Il faut comprendre ici qu'en l'absence de lésions corporelles des accusations pourraient être portées, mais sous un chef d'accusation moindre, p. ex : Voie de fait simple. 4) Selon la loi, nulle personne peut consentir à subir une MGF/E. Le consentement de la femme ne constitue pas une défense valable. Sauf dans les cas d'un acte médical prévu à l'article 3)a), ou un acte ne comportant pas de lésions corporelles et impliquant une personne majeure 3)b).</p>
	<p>Passage d'enfants à l'étranger Article 273.3. (1) Commet une infraction quiconque agit dans le but de faire passer à l'étranger une personne résidant habituellement au Canada et qui : c) est âgée de moins de dix-huit ans, en vue de permettre la commission d'un acte qui, s'il était commis au Canada, constituerait une infraction visée aux articles 155 ou 159, au paragraphe 160(2) ou aux articles 170, 171, 267, 268, 269, 271, 272 ou 273;</p>	<p>Il est illégal pour quiconque, incluant les parents ou tuteurs légaux, de faire voyager un enfant à l'étranger dans le but de le soumettre à des pratiques qui sont illégales au Canada (p. ex : excision, mariage forcé, mariage précoce).</p>

Tableau 1 (suite)
Ce que disent les lois fédérales et provinciales en lien avec les MGF/E

<p>Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ, chapitre P-34.1)</p>	<p>Article 38. Pour l'application de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux. On entend par :</p> <p>c) <u>Mauvais traitements psychologiques</u> : lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, du <u>contrôle excessif</u>, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à faire un travail disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale;</p>	<p>Le champ d'application de la Loi sur la protection de la jeunesse est plus large que celui du Code criminel canadien. Selon un avis juridique produit en novembre 2019, trois alinéas (motifs de compromission) de l'Article 38 de la LPJ pourraient être invoqués dans un cas impliquant une MGF/E : c) mauvais traitements psychologiques, d) abus sexuel et e) abus physique. La question des <u>séquelles psychologiques</u> pourrait être invoquée comme motif de compromission dans la mesure où les parents n'auraient pas pris les moyens nécessaires pour traiter les impacts psychologiques que pourraient avoir l'excision sur une enfant. De plus, le <u>contrôle excessif</u> est désormais reconnu dans la LPJ comme une forme de violence psychologique. Cet alinéa pourrait être invoqué dans le cas d'une MGF/E dans la mesure où la pratique vise à exercer un contrôle sur l'expression et l'expérience de la sexualité des filles qui la subissent.</p>
	<p>d) <u>Abus sexuels</u>: 1° lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, incluant toute forme d'exploitation sexuelle, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation; 2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, incluant un risque sérieux d'exploitation sexuelle, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;</p>	<p>Cet alinéa pourrait être invoqué dans le cas d'une MGF/E compte-tenu que l'acte porte atteinte à l'organe sexuel externe de l'enfant et la pratique vise à exercer un contrôle sur la sexualité des filles qui la subissent.</p>
	<p>On entend par :</p> <p>e) <u>Abus physiques</u> :</p> <p>1° Lorsque l'enfant subit des sévices corporels ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou de la part d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation; 2° Lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des sévices corporels ou d'être soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;</p>	<p>En conformité avec la définition de l'Organisation mondiale de la santé et du Code criminel canadien qui s'en inspire, les MGF/E constituent un <u>abus physique</u> et non un abus sexuel.</p>
	<p>Article 38.3. Aucune considération, qu'elle soit d'ordre idéologique ou autre, incluant celle qui serait basée sur une conception de l'honneur, ne peut justifier une situation prévue aux articles 38 et 38.1.</p>	<p>Le fait de pratiquer une MGF/E sur une enfant ne peut être justifiée par les parents, les proches ou des membres de la communauté, au nom de la tradition ou de l'honneur.</p>

	<p>Article 39. Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant, à toute personne œuvrant dans un milieu de garde ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable</p>	<p>Obligation de signaler L'obligation de signaler la situation d'un enfant diffère selon la catégorie de personnes et la situation. Professionnels travaillant auprès des enfants, employés des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, enseignants, personnes œuvrant dans un milieu de garde et policiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Lorsqu'elles sont dans l'exercice de leurs fonctions, ces personnes doivent signaler toutes les situations visées par la LPJ;
--	--	---

Tableau 1 (suite)
 Ce que disent les lois fédérales et provinciales en lien avec les MGF/E

	<p>de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions.</p> <p>Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens des paragraphes d et e du deuxième alinéa de l'article 38 est tenue de signaler sans délai la situation au directeur.</p> <p>Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens des paragraphes a, b, c ou f du deuxième alinéa de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, peut signaler la situation au directeur.</p> <p>Toute personne visée au présent article peut, à la suite du signalement qu'elle a effectué, communiquer au directeur toute information pertinente liée au signalement concernant la situation de l'enfant, en vue d'assurer la protection de ce dernier.</p> <p>Les premier, deuxième et quatrième alinéas s'appliquent même aux personnes liées par le secret professionnel, sauf à l'avocat et au notaire qui, dans l'exercice de leur profession, reçoivent des informations concernant une situation visée à l'article 38 ou 38.1.</p> <p>Article 39.1. Toute personne qui a l'obligation de signaler une situation d'abus physiques ou d'abus sexuels en vertu de l'article 39 doit le faire sans égard aux moyens qui peuvent être pris par les parents pour mettre fin à la situation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Lorsqu'elles ne sont pas dans l'exercice de leurs fonctions, ces personnes doivent signaler toutes les situations d'abus sexuels et d'abus physiques. Elles peuvent signaler les autres situations pouvant compromettre la sécurité ou le développement d'un enfant. <p>Les autres personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Doivent signaler toutes les situations d'abus sexuels et d'abus physiques. Elles peuvent signaler les autres situations pouvant compromettre la sécurité ou le développement d'un enfant. <p>L'obligation de signaler s'applique même aux personnes liées par le secret professionnel, sauf à l'avocat qui, dans l'exercice de sa profession, reçoit des renseignements concernant une situation pouvant compromettre la sécurité ou le développement d'un enfant.</p> <p>Source : https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/faire-un-sigalement-au-dpj/obligation-de-signaler/</p>
	<p>Article 42 Un adulte est tenu d'apporter l'aide nécessaire à un enfant qui désire saisir les autorités compétentes d'une situation compromettant sa sécurité ou son développement, ceux de ses frères et sœurs ou ceux de tout autre enfant.</p>	<p>Tout adulte a l'obligation de venir en aide à un enfant qui le sollicite en lien avec une situation qui menace sa sécurité ou celle d'un autre enfant.</p>

	<p>Mesures de protection immédiate</p> <p>Article 46.</p> <p>Si le directeur retient le signalement, il peut, avant même de procéder à l'évaluation lui permettant de décider si la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis conformément à l'article 49 et afin d'assurer la sécurité de l'enfant, prendre, pour une durée maximale de 48 heures, des mesures de protection immédiate.</p>	<p>Suivant un signalement, le Directeur de la protection de la jeunesse peut appliquer des mesures de protection immédiate si les circonstances le justifiaient, comme par exemple si l'enfant se trouve dans une situation de danger imminente.</p> <p>NOTE : Il reste à déterminer comment une telle disposition pourrait être appliquée dans le cas d'une MGF/E, notamment dans une situation où on soupçonnerait qu'un enfant était sur le point d'être voyageée à l'étranger dans le but de subir une excision.</p>
--	---	--

Tableau 1 (suite)
Ce que disent les lois fédérales et provinciales en lien avec les MGF/E

	<p>Le directeur peut en outre, à tout moment de l'intervention, prendre, pour une durée maximale de 48 heures, des mesures de protection immédiate, si les circonstances le justifient, peu importe qu'il y ait ou non un nouveau signalement.</p> <p>Dans toute la mesure du possible, l'enfant et ses parents doivent être consultés sur l'application des mesures de protection immédiate.</p> <p>À titre de mesures de protection immédiate, le directeur peut :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) retirer immédiatement l'enfant du lieu où il se trouve; b) confier l'enfant sans délai à un établissement qui exploite un centre de réadaptation ou un centre hospitalier, à l'un de ses parents, à une personne significative, notamment les grands-parents et les autres membres de la famille élargie, à une famille d'accueil, à un organisme approprié ou à toute autre personne ; c) (paragraphe abrogé); d) restreindre les contacts entre l'enfant et ses parents; e) interdire à l'enfant d'entrer en contact avec certaines personnes qu'il désigne ou à de telles personnes d'entrer en contact avec l'enfant; e.1) interdire que certains renseignements soient divulgués aux parents ou à l'un d'eux ou à toute autre personne qu'il désigne; f) requérir d'une personne qu'elle s'assure que l'enfant et ses parents respectent les conditions qui leur sont imposées et de l'aviser si les conditions ne sont pas respectées ; g) appliquer toute autre mesure qu'il estime nécessaire dans l'intérêt de l'enfant. <p>Lorsque la mesure retenue est de confier l'enfant à un établissement visé au paragraphe b du quatrième alinéa, le directeur doit préciser si la mesure comporte un hébergement. L'établissement désigné est tenu de recevoir l'enfant.</p>	
--	--	--

<p>Code de procédure civile (RLRQ, chapitre C-25.01)</p>	<p>Ordonnance de protection Article 509</p> <p>L'injonction est une ordonnance de la Cour supérieure enjoignant à une personne ou, dans le cas d'une personne morale, d'une société ou d'une association ou d'un autre groupement sans personnalité juridique, à ses dirigeants ou représentants, de ne pas faire ou de cesser de faire quelque chose ou d'accomplir un acte déterminé.</p>	<p>Si une personne subit ou craint de subir des actes qui menacent sa vie, sa santé ou sa sécurité, la Cour Supérieure du Québec peut ordonner à ceux qui posent la menace, de cesser leurs agissements. Cette ordonnance de protection peut être obtenue dans un contexte de violence, par exemple de violence basée sur une conception de l'honneur (qui comporte les MGF/E).</p>
---	---	---

Tableau 1 (suite)

Ce que disent les lois fédérales et provinciales en lien avec les MGF/E

	<p>Une telle injonction peut enjoindre à une personne physique de ne pas faire ou de cesser de faire quelque chose ou d'accomplir un acte déterminé en vue de protéger une autre personne physique dont la vie, la santé ou la sécurité est menacée. Une telle injonction, dite ordonnance de protection, peut être obtenue, notamment dans un contexte de violences, par exemple de violences basées sur une conception de l'honneur. L'ordonnance de protection ne peut être prononcée que pour le temps et aux conditions déterminées par le tribunal, et pour une durée qui ne peut excéder trois ans. L'ordonnance de protection peut également être demandée par une autre personne ou un organisme si la personne menacée y consent ou, à défaut, sur autorisation du tribunal. Tout jugement qui prononce une injonction est signifié aux parties et aux autres personnes qui y sont identifiées.</p>	<p>La demande d'injonction peut être faite par : La personne menacée; Une autre personne ou un organisme (avec le consentement de la personne menacée); Ordonnance d'un tribunal (p. ex : accordé au service de police).</p>
--	---	--

Tableau 2
Ce que disent les conventions internationales en lien avec les MGF/E

Traité	Article	Note explicative
Convention relative aux droits de l'enfant	Article 19 1. Les États parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié. 2. Ces mesures de protection doivent comprendre, selon qu'il conviendra, des procédures efficaces pour l'établissement de programmes sociaux visant à fournir l'appui nécessaire à l'enfant et à ceux à qui il est confié, ainsi que pour d'autres formes de prévention, et aux fins d'identification, de rapport, de renvoi, d'enquête, de traitement et de suivi pour les cas de mauvais traitements de l'enfant décrits ci-dessus, et comprendre également, selon qu'il conviendra, des procédures d'intervention judiciaire.	Signé par le Canada le 9 décembre 1991. Le Québec s'y est déclaré lié le 9 décembre 1991 (décret numéro 1696-91) Entrée en vigueur le 12 janvier 1992 au Canada et au Québec
	Article 24 (alinéa 3) 3) Les États parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.	
	Article 39 Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour faciliter la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale de tout enfant victime de toute forme de négligence, d'exploitation ou de sévices, de torture ou de toute autre forme de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou de conflit armé. Cette réadaptation et cette réinsertion se déroulent dans des conditions qui favorisent la santé, le respect de soi et la dignité de l'enfant.	
Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes	Article 5 Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour : a) modifier les schémas et modèles de comportement socioculturel de l'homme et de la femme en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières, ou de tout autre type, qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes;	Signé par le Canada le 20 octobre 1981 Entrée en vigueur le 9 janvier 1982 au Canada et au Québec

Tableau 2 (suite)

Ce que disent les conventions internationales en lien avec les MGF/E

<p>Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants</p>	<p>Article 1</p> <p>1. Aux fins de la présente Convention, le terme « torture » désigne tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne par des agents de la fonction publique ou à leur instigation, aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'un tiers des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle a commis ou qu'elle est soupçonnée d'avoir commis, ou de l'intimider ou d'intimider d'autres personnes. Ce terme ne s'étend pas à la douleur ou aux souffrances résultant uniquement de sanctions légitimes, inhérentes à ces sanctions ou occasionnées par elles, dans une mesure compatible avec l'ensemble de règles minima pour le traitement des détenus.</p> <p>2. La torture constitue une forme aggravée et délibérée de peines ou de traitements cruels, inhumains ou dégradants.</p> <p>Article 2</p> <p>Tout acte de torture ou toute autre peine ou traitement cruel, inhumain ou dégradant est un outrage à la dignité humaine et doit être condamné comme un reniement des buts de la Charte des Nations Unies et comme une violation des droits de l'homme et des libertés fondamentales proclamés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme.</p> <p>Article 3</p> <p>Aucun État ne peut autoriser ou tolérer la torture ou autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Des circonstances exceptionnelles, telles un état de guerre ou une menace de guerre, l'instabilité politique intérieure ou tout autre état d'exception, ne peuvent être invoquées pour justifier la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.</p>	<p>Entrée en vigueur le 20 juin 1979 au Québec et le 17 décembre 1982 au Canada</p> <p>Cette convention s'appuie sur la Déclaration universelle des droits de l'homme (Article 5) et sur le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (Article 7) qui prescrivent tous deux que nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.</p>
--	--	---

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

POINTS SAILLANTS

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.

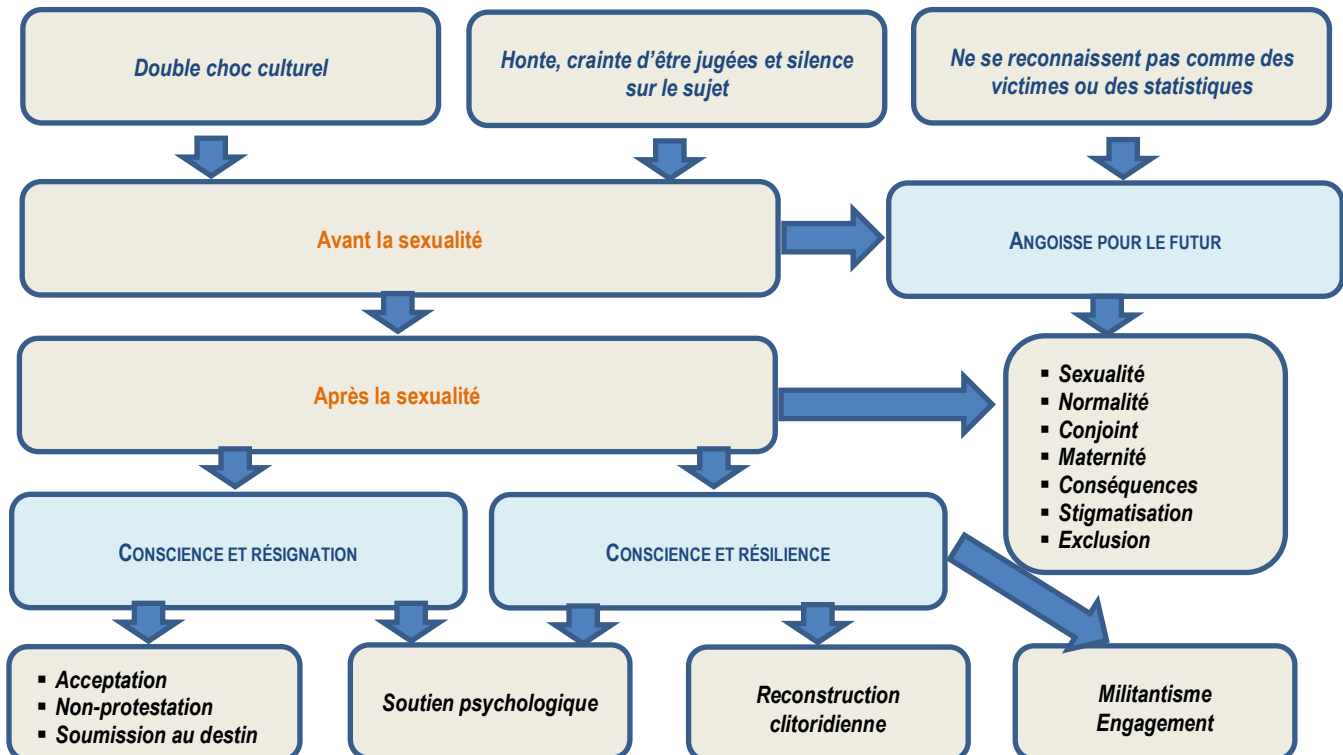
Celles qui sont conscientes et dans la résignation

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



Méthodologie – Point de vue des femmes

Source : Fatoumata Lamarana Baldé, sociologue et consultante de recherche

Cette partie du rapport présente le témoignage de femmes ayant subi des MGF/E. Pour réaliser cette enquête exploratoire, une grille d'entretien semi-dirigé, rédigée à partir d'une série de questions, a été élaborée. Pour la conduite des entretiens semi-dirigés, la sociologue et consultante de recherche, Fatoumata Lamarana Baldé, a suivi la procédure préconisée par les spécialistes de la recherche en sciences sociales, Van Campenhoudt, Marquet et Quivy, qui suggère que pour l'entretien semi-dirigé, « [...] le chercheur dispose d'une série de questions-guides, relativement ouvertes, à propos desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de la part de l'interviewé. Mais, il ne posera pas forcément toutes les questions dans l'ordre où il les a notées et sous la formulation prévue. Autant que possible, il laissera venir l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur s'efforcera de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il s'en écarte et posera les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible »*. Cette grille est jointe à l'Annexe 2.

Au total, 10 femmes ayant subi des MGF/E qui vivent au Québec ont participé à ces entretiens. Ces femmes ont été identifiées et contactées par le RAFIQ (2 femmes), la Fédération des communautés culturelles de l'Estrie (1 femme) et par la sociologue et consultante de recherche (7 femmes). Afin d'obtenir des expériences et des points de vue diversifiés, une attention particulière a été prêtée pour donner la voix à des femmes originaires de pays variés. Ces femmes proviennent de la Somalie, de la Guinée, du Burkina Faso, de la Sierra Leone et du Mali. Une attention particulière a aussi été prêtée à la diversité des régions d'habitation du Québec. Ainsi, ces femmes habitent soit Montréal, soit Laval, soit la Montérégie, soit l'Estrie.

Les entrevues d'une durée variant de 45 à 103 minutes ont été réalisées entre avril et octobre 2018. Le traitement et l'analyse des données ont été faits en préservant l'anonymat des participantes et en assurant la confidentialité. Pour les 10 entrevues des femmes ayant subi des MGF/E, cette analyse a été réalisée en deux temps :

1. Une **analyse verticale** de chacun des entretiens, soit ce que les répondantes ont rapporté pour chacune des catégories thématiques couvertes dans les entrevues.

Cette analyse a permis d'obtenir une description des pratiques, d'appréhender l'expérience vécue par les femmes touchées par les MGF/E et de saisir leur compréhension et leurs perceptions de ces pratiques dans le contexte québécois. Elle a aussi permis de connaître leurs besoins pour faire face aux MGF/E subies et leur niveau de satisfaction quant aux réponses reçues ainsi que de déceler les obstacles auxquels elles se sont heurtées et de savoir ce qui, selon elles, serait requis en vue d'améliorer l'accès à des soins et à des services adéquats.

2. Une **analyse transversale** visant, pour chacune de ces catégories, à dégager synthétiquement et par saturation les éléments-clés, les tendances et les tensions concomitantes.

Ce sont les résultats de cette dernière analyse auprès de femmes issues de l'immigration vivant au Québec et répondant à la caractéristique d'avoir été excisée ou infibulée qui sont présentés dans cette section-ci. Il s'agit donc d'une restitution synthétique et raisonnée des propos recueillis auprès des répondantes, et ce, en fonction des objectifs et des catégories d'analyses mentionnées précédemment.

Il va sans dire qu'une telle analyse n'aurait pu être réalisée sans ces femmes qui ont courageusement accepté de partager leurs expériences, parfois les plus intimes. Il convient donc de leur adresser de sincères remerciements pour avoir collaboré avec autant de générosité et d'intérêt aux entretiens.

* CAMPENHOUDT Luc Van , MARQUET Jacques et QUIVY Raymond, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 5^e édition, Dunod, 2017, p. 242-243.

Cette partie du rapport présente le point de vue de femmes ayant subi la pratique des MGF/E. L'analyse de l'information recueillie auprès de dix femmes originaires de pays variés et vivant dans différentes régions vise à mieux comprendre leurs expériences, leurs perceptions, leurs pratiques, leurs besoins, les obstacles auxquels elles se sont heurtées ainsi que d'esquisser des perspectives de solution pour faciliter l'accès à des services et à des soins adéquats et adaptés aux différents besoins.

2.1.1 Les caractéristiques des répondantes

Lors du recrutement des femmes, une attention particulière a été prêtée à la diversité des expériences et des points de vue. C'est ainsi que des femmes originaires de différents pays où des formes variées de MGF/E sont pratiquées ont participé aux entretiens semi-dirigés. Ces femmes proviennent de la Somalie, de la Guinée, du Burkina Faso, de la Sierra Leone ainsi que du Mali. Elles vivent dans diverses régions du Québec, à Montréal, à Laval, en Montérégie et en Estrie. Les trois tableaux ci-après présentent les caractéristiques des femmes rencontrées. Ils comprennent les

informations suivantes : 1) chaque répondante correspond à un numéro précédé de deux lettres (IW= Interviewée); 2) l'âge; 3) le niveau de scolarité; 4) la situation matrimoniale; 5) des renseignements sur le couple (mixte ou même culture) et le nombre d'enfants; 6) le pays d'origine et 7) la région de résidence au Québec.

Ces informations ne servent qu'à donner un aperçu général des répondantes, alors que l'analyse de leurs propos sera centrée sur leurs expériences et leurs perceptions en matière de MGF/E, avant et après leur immigration au Québec.

2.1.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des interviewées

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des 10 femmes interviewées. Celles-ci sont âgées de 20 à 51 ans. Elles sont scolarisées : la majorité détient un diplôme universitaire et une minorité un diplôme collégial. Sauf pour une exception, soit pour la jeune femme de 20 ans, les autres femmes vivent maritalement ou ont déjà été mariées. Seules 2 femmes, en l'occurrence les plus jeunes, n'ont pas d'enfants.

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques des femmes interviewées

Interviewée	Âge	Niveau de scolarité	Situation matrimoniale	Observation
IW1	20	Université (Bac en cours)	Célibataire	Jamais eu de conjoint
IW2	31	Université (Bac)	Mariée	Pas d'enfant Mari Québécois
IW3	35	Université (Bac)	Divorcée	2 enfants (des jumeaux) Ex-conjoint Québécois
IW4	39	Cégep	Copain	Un enfant (garçon) Copain de même culture
IW5	39	Université (Maîtrise)	Mariée	2 enfants (fille-garçon) Mari de même culture
IW6	50	Secondaire	Divorcée	2 enfants (garçons) Mari qui était de même culture
IW7	41	Université (Bac) + DEC en soins infirmiers	Mariée	4 enfants (2 garçons et 2 filles) Mari même culture
IW8	46	Université (Maîtrise)	Mariée	2 garçons 10 et 13 ans Mari d'origine français
IW9	51	Cégep : aéronautique et service social	Mariée	1 fille (23 ans) et 1 garçon (25 ans) Mari Québécois
IW10	42	Université (Bac)	Mariée	4 enfants (3 garçons et 1 fille) Mari de même culture

2.1.1.2 Pays d'origine des femmes

Le tableau 2 porte sur les pays d'origine⁵⁸ des femmes interviewées. Une majorité d'entre elles sont originaires de pays de l'Afrique de l'Ouest, soit la Guinée, le Burkina Faso, le Mali et la Sierra Leone. Les autres femmes sont originaires de la Corne de l'Afrique, soit de la Somalie.

Tableau 2
Pays d'origine des femmes interviewées

N°	Pays d'origine	Nbre
1	Somalie	3
2	Guinée	3
3	Burkina Faso	2
4	Mali	1
5	Sierra Leone	1
Total		10

La région de résidence au Québec des femmes interviewées est présentée dans le tableau 3. Au total, 9 femmes sur 10 résident dans le Grand Montréal, soit dans les régions de Montréal, de Laval et de la Montérégie. L'autre femme habite en Estrie.

Tableau 3
Région de résidence au Québec des femmes interviewées

N°	Région de résidence au Québec	Nbre
1	Montréal	3
2	Laval	2
3	Montérégie	4
4	Estrie	1
Total		10

2.1.2 Expériences, pratiques et perceptions des femmes ayant subi les MGF/Excision

Cette section présente les expériences et les pratiques des femmes interviewées en regard des MGF/E : Comment elles les décrivent? Comment elles les perçoivent? Vers qui elles se tournent pour traiter des questions liées aux MGF/E? Et comment cela se passe-t-il? L'expérience et les pratiques des femmes interviewées sont d'abord présentées. Suivent leurs perceptions sur les MGF/E dans le contexte québécois.

2.1.2.1 Expériences et pratiques des femmes interviewées face aux MGF/E

Les propos des femmes interviewées élucident leurs souvenirs de l'expérience qu'elles ont vécue en matière de MGF/E avant leur immigration au Québec. Cette expérience se caractérise par le fait d'être « inoubliable », quel que soit le type de MGF/E qu'elles ont subies à l'occasion de cérémonies marquées à la fois par des douleurs et des festivités. Elles mentionnent également les raisons pour lesquelles on leur faisait subir cette épreuve, ainsi que ce qu'elles ressentaient au moment où on leur faisait subir les MGF/E.

⁵⁸ Pays où les femmes interviewées sont issues en référence à leurs ascendances (l'origine de leurs parents, grands-parents, ancêtres). C'est aussi l'endroit où les interviewées vivaient au moment de leur MGF/E.

▪ Une expérience inoubliable, douloureuse et festive

Les femmes interviewées s'accordent à dire que les MGF/E ont été vécues comme une « expérience inoubliable ». Cette expérience s'enracine dans les souvenirs les plus lointains de ces femmes étant donné que la majorité d'entre elles ont été excisées entre 5 et 9 ans⁵⁹.

Elles se rappellent encore du moment précis, des personnes présentes, de la personne qui a posé le geste, de ce qui a été coupé en elle, etc. Elles disent avoir vécu la clitoridectomie (mutilation de type 1), l'excision (type 2) et l'infibulation (type 3), selon la définition de l'OMS. De manière générale, elles ont été excisées en groupe variant de 3 à 7 filles; elles sont des sœurs, des cousines ou des voisines. Certaines d'entre elles ont vécu l'excision dans un contexte traditionnel, au village, en brousse ou dans la forêt, avec des exciseuses ou exciseurs traditionnels et sans anesthésie. Une femme raconte :

J'avais 5 ou 6 ans. Dans mon pays d'origine⁶⁰, il y avait deux façons de faire ça. Celle avec les nomades, pas de médecins, mais avec des madames qui avaient l'expertise pour faire ça; et dans les grandes villes, ça se fait à l'hôpital [...]. Dans mon cas, ce n'était même pas dans une maison, c'était dans le champ, on était 4 filles, l'exciseuse avait des rasoirs, elle a coupé mes grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris. Puis, elle a cousu le vagin jusqu'en bas, puis elle a laissé une petite partie pour laisser sortir l'urine [...]. Ils attachent les jambes après l'opération, c'est comme ça que tu restes... une semaine ou plus, et ça se cicatrise. Faut retourner refaire si tu cours alors que ce n'est pas bien guéri. Il fallait que la madame « barbare » vérifie si tout est correct ou pas, sinon il faut refaire la couture. Ma mère a dit : « c'est correct »; j'étais la plus jeune dans la famille, et j'étais malade, une grosse grippe. Dix jours de guérison, je jouais avec mes amis et la couture n'était pas assez fermée, la peau faut que ça colle ensemble. L'autre fille est retournée. Moi je pense que Dieu m'a sauvée avec ma grippe et après ma grippe on est retourné dans la grande ville. Ma sœur, c'est la même chose. (IW9)

D'autres encore disent avoir vécu l'excision en ville avec des membres du personnel médical (sages-femmes ou infirmiers) qui le font à leur domicile, avec anesthésie. Toutefois, si ces femmes estiment être chanceuses comparativement aux précédentes, elles précisent que cela n'enlève rien à la douleur subie :

C'est vraiment quelque chose que je n'oublierai pas... J'ai été excisée à l'âge de 8-9 ans. Je me rappelle très bien un petit matin à l'aube, ma grand-mère nous a amenées en voiture, une de mes sœurs, une de mes cousines et moi, pas loin de chez nous, chez la sage-femme; donc, j'ai été excisée dans un milieu relativement contrôlé, par une personne... du corps médical, en tant que sage-femme. À notre arrivée, je me rappelle très bien qu'en voyant ma cousine et ma petite sœur subir l'expérience, j'avais vraiment peur, je voulais sortir de la pièce, mais on m'a ramenée à l'intérieur en me faisant comprendre qu'il fallait que j'affronte ce moment [...]. Je me rappelle avoir aussi été anesthésiée, mais cela n'enlève rien à la douleur, ça fait tout aussi mal en fait. Donc, à notre arrivée, ma sœur est passée, ma cousine est passée, ensuite ça a été mon tour [...], je me suis allongée, elle m'a anesthésiée, elle a coupé mon prépuce et une partie de mon clitoris et aussi, par la suite, elle a cousu cette partie-là. À la fin ..., on est retourné. Et puis, ... pendant quelques semaines, les gens venaient nous rendre visite, ils venaient nous voir, donc on s'occupait de nous, on nous faisait à manger et aussi ma grand-mère s'occupait de laver nos parties génitales pour s'assurer qu'il n'y ait pas d'infection qui arrive [...]. Et puis, après ça quand le temps est passé, que le délai était fini, le moment est venu de nous présenter à notre communauté comme les femmes que nous étions devenues en quelque sorte après avoir vécue l'excision; donc, il y a eu une célébration. C'est ça, mon expérience à moi, par rapport à ce qui s'est passé... Donc, c'est vraiment quelque chose que je n'oublierai pas. (IW1)

Une autre participante (IW7) explique qu'on est venu la chercher tôt le matin avec ses sœurs, qu'on lui a dit qu'elle allait devenir une grande fille. C'est une sage-femme qui travaille à l'hôpital qui faisait l'opération à son domicile. Et quand elle a commencé à pleurer, elle lui a dit qu'elle devrait avoir honte, car elle est déjà une grande fille, elle aurait dû le subir depuis longtemps. Elle dit avoir eu une anesthésie, mais qu'elle avait quand même des douleurs. Sa mère lui disait : « oui, la douleur est là, mais pense à la fête qui va arriver ».

⁵⁹ C'est une seule d'entre elles (IW3) qui ne se souvient pas du moment de son excision, car celle-ci a été faite très tôt, avant l'âge d'un mois d'après les dires de sa mère. Elle précise : « On m'a fait l'ablation des petites lèvres, du clitoris. Donc, si je ne disais pas à quelqu'un que j'ai subi l'excision, on dirait que je suis née sans ça, tellement c'était tôt [...]. Avec mes études, je me rendais compte qu'il y avait une partie de mon corps qui avait été enlevée, une partie essentielle de ma féminité ».

⁶⁰ Pour préserver l'anonymat et la confidentialité, le nom du pays n'est pas mentionné. Il en sera ainsi dans les pages suivantes.

Les interviewées ont généralement abondé dans le même sens en insistant sur le fait que des femmes (de 4 à 5) les tenaient pour les immobiliser pendant qu'on procédait à l'excision, qu'il s'agit d'une épreuve désagréable, douloureuse, traumatisante qui les ont fait pleurer certaines à chaudes larmes et qu'elles ne le souhaitent à personne. Une femme mentionne :

[...] Ce n'est pas agréable, je ne l'ai jamais oublié. C'est arrivé à l'âge de 7-8 ans, je n'ai pas oublié la douleur et je ne le souhaite à personne. Je ne voudrais pas que ma fille vive ça si j'ai une fille un jour [...]. J'ai subi l'excision quand j'avais environ 7-8 ans. J'étais vraiment à l'école primaire. J'ai subi ça avec ma sœur et la fille de la voisine. On nous a amené dans une maison de la voisine [...] on a pris la première, on l'a amenée dans une toilette. Y avait au moins 4 ou 5 femmes. Chacune a attrapé un membre. Bras droit, bras gauche, pied droit, pied gauche, elles ont écarté, elles ont tenu du mieux qu'elles pouvaient...l'autre a coupé... c'était atroce, j'ai même mordu celle qui me tenait le bras. Quand c'est fini je n'arrivais pas à marcher. On pleurait à chaudes larmes. Je n'ai jamais autant pleuré de ma vie. C'est quand j'en parle comme ça, que ça vient me chercher. J'ai la chair de poule, c'est extraordinaire comme je n'ai pas oublié. Je revois la scène. C'est traumatisant vraiment à ce point-là. On faisait des pansements, on nous a toutes habillées dans un kaftan (robe), sans aucune forme, ça faisait mal pour faire pipi, on avait des pansements aux deux jours, puis on était guérie, tout le monde était content, on a fait une... fête. (IW4)

Une autre raconte :

J'ai subi l'excision à l'âge de 7 ans et demi. C'est une coutume chez nous. À l'époque, j'étais très jeune. Je me rappelle le jour où on m'a envoyée pour m'exciser. J'ai une marâtre qui est venue me réveiller à 6 h du matin, nous sommes parties tranquillement, il y avait d'autres filles de mon âge, mes voisines : 7 personnes. La vieille qui fait ça, quand je suis rentrée, je me rappelle qu'on m'a mise sur un banc ça a pris environ 5 minutes, il y avait plus de 4 vieilles qui étaient là, 3 te prennent et l'autre fait son travail et elle te coupe ça, quand elle m'a coupée j'ai eu vraiment mal. Mes yeux étaient cachés, donc je n'ai pas vu le sang, rien. Quand je suis rentrée à la maison, j'ai vu le sang, j'ai été très malade trois jours, des pleurs, je me suis lavée la plaie, ma mère a appliqué des médicaments traditionnels, 5-6 jours avant que ça se calme. Tellement de cérémonies, tous les jours une vieille vient te laver [...]. (IW6)

Cette interviewée raconte aussi l'expérience de sa petite sœur qui, elle, a eu des problèmes : hémorragie, fatigue, 40 ans, sans enfant. Elle a été excisée et cousue pour qu'elle ne puisse pas faire l'amour avant le mariage; elle devait être désinfectée seulement après le mariage. C'est au Canada qu'elle a été décousue, et ce, à l'hôpital.

Elle était traumatisée. Pour elle, c'est le clitoris qui a été coupé, mais pour sa sœur, tout a été enlevé : clitoris entier, petites et grandes lèvres, et elle a été cousue.

▪ **Motifs évoqués pour faire subir les MGF/E aux femmes**

Il ressort des entretiens que plusieurs arguments ont été évoqués afin de faire subir les MGF/E aux femmes. Ces divers arguments reflètent les avis de l'ensemble des femmes interviewées. La pratique des MGF/E est présentée comme étant, d'une part, un apprentissage, un symbole et une incarnation de normes sociales, comme le courage, l'endurance, le respect des valeurs, le rite de passage de l'enfance à l'âge adulte. D'autre part, cette pratique constitue une manière de prévenir chez les femmes des pratiques sexuelles hors normes ainsi que de les préserver contre les moqueries et la stigmatisation.

Selon les interviewées, on leur a inculqué le fait que subir l'excision allait être déterminant pour leur vie de femme adulte, parce que leur capacité à affronter cette peur, à faire face à l'épreuve, de même qu'à manifester du courage allait déterminer comment elles affronteraient les épreuves dans leur vie d'adulte, dans leur vie de femme. Pleurer, c'est démontrer une absence de courage.

On leur a fait comprendre qu'il s'agit d'un rite de passage de l'enfance à l'âge adulte, comme le précisent les interviewées :

Un rite, qui fait partie du fait même d'être une femme. Toutes les filles le font. Tant que tu ne fais pas ça, tu ne seras pas une grande fille. Tu resteras petite fille. C'est quand tu fais ça que « tu deviens plus femme, plus complète ». (IW4, IW7, IW8)

De plus, selon les femmes interviewées, la pratique de l'excision engendre le respect et de la valeur. Tout le monde savait que cette pratique avait cours surtout pendant les vacances, car les filles

portaient toutes le même kaftan (tenue). « Tu ne seras pas respectée. Tu n'es pas valorisée si tu ne fais pas ça ». Ne pas subir l'excision n'est pas normal, ce n'est pas conforme aux normes et tu seras jugée. Si on ne le fait pas, tout le monde va se moquer de toi. Tu auras l'air d'un garçon manqué, tu subiras les moqueries, l'humiliation. Le chantage, on t'offre des promesses en compensation : une belle fête, cérémonies de fin d'excision, cadeaux...

L'excision leur est présentée comme étant « halal ⁶¹ » et comme facteur de propreté et de réduction du désir sexuel. La jeune fille se doit de subir cette pratique pour la rendre propre et diminuer son envie sexuelle, sinon elle va avoir à faire avec beaucoup d'hommes sur le plan sexuel.

Les interviewées déclarent que ces arguments qui leur ont été inculqués au moment de subir l'excision démontrent toute la force de la pression sociale et suscitent en elles un profond sentiment d'impuissance, ainsi que l'illustre le propos suivant :

[...] Je me rappelle aussi très bien l'impuissance que j'ai ressentie sur le fait que je n'avais aucun contrôle sur ça, et que j'allais devoir le subir que je le veuille ou non. Évidemment, je suis contre l'excision, parce que comme j'explique, je l'ai vécue comme étant une absence totale de contrôle de mon corps. Je n'ai pas choisi, on ne m'a pas posé la question ni avant, ni pendant, ni après. Et même pendant quand j'ai voulu me retirer de la situation, et que j'ai voulu sortir de la pièce, on m'a vendu l'image comme étant : il faut que tu affrontes ça, parce que c'est déterminant dans ta vie de femme, ça va déterminer la femme que tu vas devenir, si tu fais la poule mouillée aujourd'hui, tu deviendras une femme peureuse plus tard. Mais, si tu affrontes cet événement aujourd'hui comme une femme forte je suppose, tu deviendras une femme forte, une femme courageuse et une femme audacieuse qui saura affronter n'importe quel obstacle. Donc ça aussi... ce n'est pas vraiment un choix... parce que, soit je suis une poule mouillée, en choisissant de ne pas subir ça, soit je suis courageuse en choisissant de perdre une partie... un peu de moi. Donc, c'est vraiment ça mon opinion, je suis contre ce manque en fait de respect je dirais envers le corps des femmes, on ne leur demande pas. (IW1)

2.1.2.2 Perception des interviewées sur les MGF/E dans le contexte québécois

Les interviewées perçoivent la pratique des MGF/E dans le contexte québécois comme étant une réalité qui engendre de multiples enjeux dans leurs interactions avec la société d'accueil. Cette réalité représente non seulement un double choc culturel (un choc pour les femmes elles-mêmes et les personnes de culture différente), mais elle suscite aussi la honte et la crainte d'être jugée, le refus de se reconnaître dans un statut de « victime » et constitue une situation angoissante pour les personnes ayant subi les MGF/E.

▪ *L'excision au Québec : un double choc culturel*

Les interviewées déclarent unanimement que c'est en arrivant au Québec et en étant en contact avec d'autres personnes, des amis, des collègues ou des camarades de classe venant d'autres cultures, qu'elles se rendent compte que ce qu'elles croyaient être une pratique universelle, normale et valorisante, ne l'était guère. Ensuite, les autres personnes de la société sont elles aussi ébahies de découvrir l'existence d'une telle pratique qu'elles qualifient de tous les maux. « C'est vraiment, un choc extraordinaire des cultures ». (IW1)

Plusieurs interviewées ont exprimé ce double choc culturel en mentionnant le fait que les vues sont tellement différentes, ici ce n'est même pas connu, tu parles de ça : on te dira d'où tu viens toi ? De quoi tu parles...? Alors que pour elles, elles pensaient que ça existait partout, et non seulement dans leurs pays d'origine. (IW4)

Certaines indiquent comment ce choc culturel a éveillé en elle le sentiment d'être « incomplète » : « en arrivant au Québec tu parles avec d'autres femmes de ton âge qui n'ont pas subi d'excision et qui te parlent de leurs expériences, de leur vie [...] déjà que tu te sens incomplète en tant que femme, là sur le plan émotionnel, tu te sens encore plus incomplète. » (IW3)

⁶¹ Ce qui est « permis » ou « autorisé » par l'Islam et le Coran [...] (Dictionnaire – L'Internaute).

D'autres encore mettent l'accent sur le sentiment de choc qu'elles partagent avec leur mari de culture québécoise :

Mon mari était choqué par tout. La maltraitance, l'opération, la coupure, la couture. Il dit : « la gang de barbares ». Et, je suis d'accord. (IW9)

Certaines interviewées reconnaissent que c'est en vivant le choc culturel que l'on peut parfois trouver la réponse à ses besoins non satisfaits au Québec. Malgré la pudeur qui empêche de parler de ce sujet, le fait de s'ouvrir et d'accepter d'en discuter avec des gens, peut quelques fois aider. Une répondante explique que dans sa classe au cégep, ils n'étaient que trois Africains, tous les autres étaient des Québécois. Alors qu'ils parlaient de diversité et de pratiques culturelles, le sujet de l'excision a été abordé. Elle a eu le courage de leur dire qu'elle a subi l'excision. Ils étaient étonnés, surpris, ils se demandaient... ne savaient rien, ils étaient choqués :

Ils me regardaient franchement, c'est vrai ? Vous avez subi ça ? C'était gênant, mais je me disais bon... en leur parlant, peut-être qu'ils peuvent apporter des explications, trouver quelque chose à me dire [...]. Finalement, la prof m'a recommandée à un médecin qui m'a aidée à entamer le processus de reconstruction de clitoris. (IW5)

Les propos des interviewées indiquent clairement que le choc culturel a été vécu comme étant un éveil et un processus de conscientisation sur des réalités culturelles différentes provenant des deux mondes qu'elles portent en elles. Tout en nuancant leur compréhension des fondements de l'excision qui forment entre autres à l'endurance, prépare au mariage et à la rentrée dans la vie de femme, elles reconnaissent aujourd'hui que cela aurait pu se faire autrement et que la pratique de l'excision n'a plus sa raison d'être. Les deux récits qui suivent illustrent ces propos.

Récit 1

Avant de venir au Québec c'était la norme : l'excision n'a plus sa raison d'être

Dans le contexte québécois, je dirais que c'est un choc des cultures. Il y a comme je suis issue de l'immigration, je suis arrivée ici à un très jeune âge, donc j'ai grandi ici, je me sens Québécoise, donc je le dis, je porte en moi vraiment comme les valeurs, les coutumes et, en fait, le fondement de deux sociétés complètement différentes, qui n'ont pas les mêmes vues sur les femmes, qui n'ont pas non plus les mêmes vues sur les hommes en fait, et qui ont deux conceptions du monde totalement différentes par rapport aux coutumes et aux valeurs. Donc, je dirais que « l'excision ici c'est un choc total ». Puisque le Québec se place comme étant un leader en matière de droit des femmes dans le monde, les femmes de partout dans le monde regardent les femmes québécoises comme étant leurs modèles, donc l'excision au Québec c'est vraiment un choc. Et, en étant un peu au courant de ce choc des mondes, je dirais que pour moi avant de venir ici, je n'en faisais pas grand cas, c'était la norme. C'est un événement qui a marqué ma vie, mais... dont j'en suis sortie, en fait euh! grandie je dirais, parce que j'ai une approche un peu différente face à la vie, j'ai réalisé que ce n'est pas parce que j'ai été excisée que je sais nécessairement faire mieux face aux épreuves de la vie, donc l'idée qu'on m'a vendue au départ n'était pas nécessairement en fait, ... euh! n'est pas factuellement vraie parce que, il y a plein de petites filles qui n'ont pas subi la même chose, puis, qui sont aujourd'hui toutes aussi capables que moi, que je le suis, de faire face à ces épreuves-là. Par contre, ... je suppose que ça m'a fait grandir un peu plus vite, que ça m'a fait réaliser que le monde, il n'était pas nécessairement ... euh! tout fait de roses et de bonbons, donc je dirais que j'ai acquis une certaine maturité face à cet événement-là [...] qui m'a rendue beaucoup plus adulte, et beaucoup plus réfléchie aussi je dirais sur des événements de la vie. Je dirais aussi que, compte tenu des coutumes et des traditions de mon pays d'origine, ça tombe sous le sens aussi parce que, à l'époque où les jeunes filles étaient mariées à onze, douze ans, il fallait qu'elles sortent de l'enfance d'une manière ou d'une autre et c'est un moyen comme un autre de brutalement les réveiller à la réalité, qu'elles se rendent compte [...] que maintenant, tu peux te marier, tu es une femme ou du moins une petite femme, et que tu peux avoir des enfants, donc le but c'est ça ultimement. Aujourd'hui, le monde a changé, et les choses ont évolué et cette coutume-là n'a plus sa place, parce que, on a de plus en plus de personnes qui dénoncent les mariages précoces, on a de plus en plus de personnes qui dénoncent l'excision, on a de plus en plus de personnes qui dénoncent les violences faites aux femmes, donc les temps ont changé et je trouve que Ça va aller de plus en plus dans ce sens-là, ou on va réaliser que bah!, cette coutume-là, cette culture-là d'excision n'a plus sa raison d'être [...]. (IW1)

Récit 2

Culture valorisante ailleurs et culture « barbare, inhumaine » au Québec

Au Québec, quand on arrive au Québec, la première chose qu'on a, c'est un choc, un choc culturel, un choc de langage aussi, un choc de paysage qui fait que parfois on se retrouve un peu plus à s'interroger sur soi-même. On se retrouve un peu plus isolée aussi parce que quand on quitte l'Afrique, on se retrouve dans un appartement, la famille n'est pas là. Moi, dans mon cas, je suis venue pour étudier et je me suis retrouvée toute seule. Et, toute seule, c'est là que toutes les questions resurgissent du passé, et on s'interroge..., moi je m'interrogeais sur beaucoup d'affaires et, notamment, sur l'excision et je me suis plus interrogée sur l'impact que ça a eu dans ma vie d'adulte et dans ma vie de femme aussi à la recherche de l'homme de ma vie quand on est à cette recherche-là, on se pose beaucoup de questions et notre choix, on se demande : est-ce que des conséquences pourraient survenir quand on veut construire une famille? On se demande est-ce que ça va être facile? Est-ce que ça ne va pas m'empêcher d'avoir des enfants normalement? Est-ce que mon conjoint, si je le rencontre vu qu'on est au Canada et que les mentalités ne sont pas les mêmes, il va falloir expliquer à la personne, qu'elle vienne du même pays ou qu'elle soit arrivée avant moi et que ça fait des années qu'elle vit ici? Et moi, dans mon cas quand j'ai rencontré mon conjoint, il était Québécois, et ça c'était encore pire! C'était pire parce que... d'un, on nous a éduqué à ne pas en parler et de deux, comment expliquer à quelqu'un qui va sur le champ penser que c'est une violence..., mais ils reçoivent l'information plus cruellement que nous autres qui l'avons rationalisée depuis qu'on l'a subie et depuis qu'on est petite avant de le subir et après l'avoir subi, on nous éduque aussi à l'accepter et à en être fière. Et quand tu rentres dans la culture québécoise où on t'apprend que c'est criminel et que c'est un acte « barbare », beaucoup l'utilise ce terme-là, et c'est un acte « inhumain » qui n'a pas son bien-fondé parce qu'il n'a aucune utilité dans la vie sociale ici, et ailleurs, et même chez nous, il engendre plus de problèmes, que... il ne règle aucun problème, il n'apporte que des problèmes, c'est une solution à rien, à part socialement, à part de ne pas décevoir sa famille, le fait de faire en sorte que l'honneur de la famille reste intact. Mais quand tu quittes ta famille et que tu te retrouves dans un environnement où c'est complètement... banni, ce n'est pas acceptable, là les questions commencent et là la souffrance aussi commence parce qu'on a la liberté de se poser la question, à se dire ce n'est pas normal? Et soi-même, on doit se battre intérieurement, pour déjà dire que ce n'est pas normal, il ne faut pas l'accepter et il faut en parler, ... dans mon cas, il faut le faire savoir, et faire savoir que juste cet acte, ça nous suit toute notre vie, et à chaque étape de notre vie de femme, [...] on aura à « dealer » avec, parce que, il prend beaucoup, beaucoup, beaucoup de place [...]. (IW2)

▪ Honte, crainte d'être jugées et silence des filles et des femmes excisées

En contexte québécois, les interviewées perçoivent l'excision comme étant une pratique honteuse. Au pays d'origine, c'était honteux pour elles de ne pas subir l'excision, et vivant maintenant dans leur pays d'accueil, elles ont honte de l'avoir subie. Cette honte suscite en elles la crainte d'être jugées et leur impose la loi du silence autour du sujet des MGF/E. « C'est aussi cette honte-là en quelque sorte, qui m'a poussée en fait à garder le silence ». (IW1)

Plusieurs participantes s'accordent à dire qu'elles ont été exposées à des circonstances où on leur demande de parler de leur propre excision, mais elles ont tout fait pour éviter de le faire. Cependant, elles savent profondément que de ne pas en avoir parlé résulte du fait de savoir qu'elles étaient dans une société différente avec des valeurs différentes, et elles ne voulaient pas s'exposer au jugement des autres, à ce regard de pitié qu'ont certaines personnes.

Elles déclarent que quand elles étaient dans leurs pays d'origine, personne ne leur posait la question à ce sujet, et jamais elles n'ont entendu quelqu'un approcher une femme et lui demander comment est-ce que son excision s'est passée, alors qu'ici c'est le contraire. Une interviewée explique :

Au pays, jamais au grand jamais on ne me posait la question de savoir comment est-ce que je me sentais par rapport à ça? Est-ce que ça a affecté ma vie? On ne m'a pas posé la question avant de me faire subir ça, on ne m'a pas posé la question après pour savoir comment est-ce que je me sentais. Or ici...on me demande : as-tu vécu ça? En classe où les jeunes Québécoises qui veulent savoir : « Oh! Tu viens d'arriver au Québec, comment est-ce que tu te sens? »

Est-ce qu'on t'a fait subir ça? T'es à l'âge où on fait subir ça aux jeunes femmes. Nous, on a entendu quand on fait des documentaires en classe ou que le prof en parle dans un contexte social qu'il essaie de comparer deux réalités complètement différentes. On me pose la question, j'ai toujours nié à fond [...]. Par exemple, pas plus tard que... il y a un an et demi avant que je ne finisse le cégep, j'ai fait une dissertation en socio et j'ai choisi comme sujet l'excision et la réalité des femmes, je n'ai pas parlé de mon expérience personnelle, [...] en fait parce que je ne le crie pas haut et fort, je l'ai toujours porté comme étant euh!...une indifférence, aussi le fait que

je ne voulais pas être jugée, parce que pour moi j'étais tout à fait normale, je ne voyais pas pourquoi est-ce que je devrais m'exposer à ce genre de jugement comme étant : Ah! Bah! Toi tu es excisée, donc tu ne dois pas être normale, ou tes organes génitaux ne doivent pas être normaux parce qu'ils n'ont plus l'air de ce qu'ils avaient l'air quand t'es née. Donc, je ne voulais pas m'exposer à ce jugement, donc je n'en ai jamais parlé. (IW1)

D'autres encore insistent sur le fait qu'elles n'en discutent pas, n'en font jamais grand cas, et qu'elles ne veulent pas en débattre. Quand il y a un débat, elles font comme si elles n'étaient pas dans la salle, elles essayent le plus possible de se fondre dans la masse, et n'émettent même pas d'opinion. Et pourtant, disent-elles, elles ont une opinion là-dessus et elles pourraient représenter cette voix que beaucoup de femmes n'ont pas; elles pourraient parler, mais plus souvent qu'autrement elles se taisent. Comme le précise une femme (IW8) : « Il y aura toujours des préjugés. Étant donné que c'est très privé, c'est rare qu'on en parle. Ce sujet est venu à l'université quand j'étais plus jeune, je ne voulais pas intervenir malgré l'invitation de mon professeur, je ne veux pas être regardée différemment, c'est très personnel. »

Ainsi, pour les répondantes, en arrivant au Québec, le comportement adopté par les femmes excisées est « que le moins de monde le sache, meilleur c'est ». Cela fait en sorte que des femmes évitent de chercher de l'aide, car en demandant des informations, des questions vont assurément leur être posées. C'est un cercle vicieux, soulignent les interviewées. Beaucoup de femmes restent donc dans leur monde ne voulant pas être soumises aux questions des autres. En réalité, selon ces femmes, dans les maisons où elles ont grandi personne n'en parle, alors qu'ici la question, elle est posée. Elles pensent toujours à ce que la personne à qui elles vont s'adresser va penser d'elles. Elles vont attirer le regard de tout le monde et tout le monde connaîtra leur secret (elles ont subi l'excision) : « là-bas, tout le monde a vécu ça et en est fière, puis ici (au Québec), ce n'est pas normal et, ici, on a honte ».

Une femme ayant été infibulée (vagin cousu) mentionne que « la honte me dérange plus que la douleur. Si tu as quelque chose que tu dois expliquer avec la honte, tu dois éviter les questions ». Elle précise que le début de son mariage avec un homme québécois a été très difficile, car il fallait qu'elle lui explique toujours ce qu'elle avait subi, puis, lui, l'expliquait à sa mère, à ses sœurs, etc. Après sa désinfibulation (décousue) par son gynécologue, celui-ci voulait comprendre et elle a pu lui en parler. Elle a alors compris que « plus que tu parles, plus que t'étais bien ». Elle admet aujourd'hui s'être rendue loin dans son récit, tandis que chez ses compatriotes mariées à des hommes du même pays d'origine, c'est tabou. Il y a la honte, même le fait de mentionner le nom de l'opération (excision subie). Puis, en raison de cette honte, certaines femmes ne veulent pas se marier, car elles ont honte d'avoir à s'expliquer. (IW9)

De plus, certaines répondantes ont évoqué le sentiment de « résignation » en disant que pour toutes ces femmes qui sont indifférentes à la chose ou qui n'en parlent pas du tout, il y a non seulement ce sentiment de honte, mais aussi un sentiment... de résignation parce que « c'est arrivé, c'est arrivé ». Il y a diverses situations : pour certaines, les MGF/E ne changent rien à leur vie; pour d'autres, leur vie a été dramatiquement changée par les MGF/E; il y a des femmes qui ont perdu leur vie; il y a des femmes qui ont des complications de toutes sortes, toutes ces questions méritent réflexion.

▪ **Les interviewées ne se reconnaissent pas comme des victimes ni comme des statistiques**

Il ressort des entretiens que les femmes ayant subi l'excision ne veulent pas être perçues comme étant des « victimes ». Elles n'aiment pas se placer dans une position de victime. Cette posture a une connotation avec la pitié, avec une position de faiblesse, alors qu'elles ne se sentent absolument pas comme ça. Elles ont donc fait le choix d'orienter leur vie dans une perspective positive, car, selon elles, le mot en lui-même a une connotation très péjorative, ce qui ne peut avoir une influence positive sur leur vie.

Ces interviewées affirment distinguer l'expérience subie de la personne qu'elles sont devenues parce qu'elles ont le choix de le faire aujourd'hui. Elles choisissent donc de faire cette distinction en reconnaissant qu'elles sont peut-être des victimes, mais qu'elles refusent de se percevoir ainsi. Certaines disent accepter le fait d'être victimes, mais sans s'y identifier. Une femme l'exprime comme suit : « À partir du moment où tu subies les choses sans ton consentement, tu es déjà victime. Moi je l'ai accepté, c'est fini, mais je ne me vois plus comme une victime. » (IW7)

D'autres encore soutiennent refuser que les MGF/E qu'elles ont subies entachent leur vie ou qu'elles soient étiquetées. « Je refuse d'être une personne stigmatisée par la société, comme femme excisée. Je ne veux pas être victimisée. Oui, je suis une victime, parce que ce n'était pas de mon gré, mais je ne veux pas qu'on ait pitié de moi » (IW4). Pour les femmes donc, oui aux yeux de la société, elles peuvent être perçues comme étant des victimes, mais elles ne le voient pas comme cela ou, en fait, elles refusent sciemment de se voir étiquetées comme tel.

Une répondante l'illustre comme suit :

On ne m'a pas laissé le choix de subir l'excision, mais par contre je pouvais choisir ce que je voulais représenter aux yeux des gens ici (au Québec); donc, j'ai choisi de ne pas me représenter en victime, de ne pas en fait... exposer cette partie-là de mon histoire ... c'est très important... En sachant que je fais partie de ces statistiques, je n'en ai jamais parlé; donc, à mon arrivée ici au Québec, ... j'ai tout fait pour faire comme si c'était un événement du passé, que c'était derrière moi, que ce n'était jamais arrivé, que je n'étais pas une statistique. Donc, quand on me pose la question, je réponds toujours non. Pour moi, par rapport à cette situation-là, c'est un choix, j'explique pourquoi. Là où on ne m'a pas donné de choix, aujourd'hui, j'ai le choix sur la personne que je veux être et que je veux devenir, c'est aussi simple que ça. Toutes les victimes d'agression, toutes les victimes ... je dirais... de crimes vraiment odieux, ce n'est pas tant, en fait, le crime en lui-même qui va être destructeur, c'est la manière dont la personne va se percevoir à travers le regard des autres qui va la mettre dans un mode destructeur. Les filles par exemple qui subissent des viols, il y a une telle culture de honte envers la victime, une telle culture de répression, en fait tu ne peux même pas en parler c'est tellement tabou, parce que tu es toujours placée dans un angle de ... tu es la victime, il y a encore aujourd'hui des gens en 2018, des personnes qui disent Ah! Bah! Si elle a eu ça, c'est parce qu'elle a eu ce qu'elle méritait, c'est qu'elle le voulait. Donc, ce n'est pas tant le crime en lui-même qui devient même le plus destructeur, c'est comment la société réagit face à ce crime-là... qui devient encore plus pesant sur la « victime ». (IW1)

Les interviewées s'entendent donc pour aller de l'avant. Elles refusent de penser ou de dire que les MGF/E qu'elles ont subies ont détruit leur vie : « c'est déjà arrivé, c'est arrivé, il faut surmonter ça, et faire en sorte que ça n'arrive plus aux autres ». (IW4, IW1, IW10, IW2...)

Une interviewée conclue ainsi : « On a fait de moi victime une journée, je ne ferai pas de moi victime toute ma vie ». (IW2)

▪ **Angoisse pour le futur et problèmes avec la vie sexuelle active**

Il ressort des entretiens que les filles et les femmes ayant subi les MGF/E vivent, au Québec, avec beaucoup d'angoisse. D'une part, celles qui n'ont pas encore de vie sexuelle active sont angoissées concernant leur future vie de femme. D'autre part, pour celles ayant une vie sexuelle, leur angoisse porte sur les problèmes qu'elles vivent avec leurs conjoints. À noter que chez les couples mixtes (homme Québécois ou de culture différente de celle de la femme ayant subi les MGF/E), il y a davantage de complications dans la vie de couple, et la tension et l'angoisse sont encore plus intenses.

Angoisses pour le futur des femmes : avant le début de la sexualité

Les jeunes femmes interviewées qui ont subi l'excision et qui n'ont pas encore vécu une sexualité active ont déclaré porter en elles une angoisse pour leur vie de femme. Quel sera l'impact de l'excision sur leur vie sur le plan sexuel, physique, psychologique, social, etc. Elles sont inquiètes concernant les conséquences possibles de leur excision sur leur vie sexuelle future. Comment cela se passera-t-il? Sur la normalité et le fonctionnement de leurs organes génitaux, ces derniers sont-ils normaux? Fonctionneront-ils correctement? À propos de la rencontre avec le premier conjoint, ce dernier comprendra-t-il ce qui est arrivé? Sur la maternité, est-ce qu'elles vont pouvoir avoir des enfants? Y aurait-il des complications en raison de l'excision subie? Sur le risque de stigmatisation et d'exclusion, qu'en sera-t-il?

En plus de toutes ces inquiétudes, les femmes qui n'ont pas une vie sexuelle et qui ont subi l'infibulation lors de l'excision vivent une angoisse supplémentaire, celle de savoir qu'elles vont subir à nouveau une intervention aux parties génitales afin de faire disparaître la couture. Une interviewée l'exprime de la façon suivante :

C'est psy... Ça se passe dans la tête, je me demande est-ce que ça va impacter ma vie... je n'ai pas encore une vie sexuelle active, je n'ai pas encore d'enfant, donc je ne peux pas indiquer, contrairement à toutes ces filles et à toutes ces femmes qui ont peut-être fait des hémorragies en ayant des bébés... ou qui ont eu des complications plus tard au niveau de cette région-là après avoir subi l'excision, moi je ne suis pas en mesure d'indiquer quel impact ça aura sur ma vie. Par contre, ce dont je suis sûre, je suis angoissée à l'idée peut-être qu'on puisse me réopérer ou qu'on doive enlever le fil ou qu'une quelconque opération soit faite parce que je n'ai pas envie qu'on approche cette partie-là de mon corps, je suis très sensible à ça, je n'ai... j'ai ce choix-là maintenant et j'ai choisi de ne pas... même en allant à l'hôpital, j'ai le plus grand mal du monde à me montrer au médecin, pourtant c'est son travail, mais ça me crée un problème fou parce que j'ai l'impression de m'exhiber, j'ai l'impression de m'exposer, je n'ai pas envie de faire comme je disais plus tôt, de faire face nécessairement à ce jugement-là. Donc ça me crée des angoisses pour mon futur. (IW1)

Angoisses des femmes excisées : après le début de la vie sexuelle active

Plusieurs femmes interviewées ont mis l'accent sur l'angoisse qu'elles vivent avec leurs conjoints en lien avec l'excision qu'elles ont subie. Leurs angoisses touchent notamment les problèmes de douleurs lors des relations sexuelles, de manque de plaisir sexuel, d'absence d'orgasme, d'infidélité de la part des conjoints, de frustrations, de disputes, de séparation ou de divorce, de stigmatisation et d'exclusion.

Les résultats des entretiens ont montré que les femmes ayant subi des MGF/E vivant dans les mariages mixtes (conjoints de cultures différentes) souffrent davantage de ces problèmes.

Problèmes des MGF/E avec les conjoints

La majorité des interviewées s'accorde à dire que l'excision qu'elles ont subi leur a causé d'énormes problèmes dans leurs vies de couples. Il y en a qui n'arrivent pas vraiment à composer avec ce qu'elles ont subi, qui ont éprouvé beaucoup de problèmes avec leurs conjoints. Selon les interviewées, certaines de ces femmes ne vont jamais accepter d'en parler. Il se peut qu'elles s'ouvrent entre elles, quand la confiance s'installe, et puis, elles se l'avouent. (IW2)

Les femmes interviewées disent aussi que leur état de femmes excisées amène souvent leurs conjoints à être infidèles, ou que leur excision a été la cause de leur divorce. Une femme raconte :

L'infidélité de nos hommes est un peu liée à ce côté-là. [...] C'est pour ça que je disais que j'avais mal à la tête [...]. De tous les côtés, les femmes sont malheureuses. [...] Quand est-ce qu'on va penser aux femmes qui ont subi ça? Les femmes qui ont été excisées, elles ne vont pas le dire [...]. L'éducation qu'on a chez nous ne nous permet pas de parler ouvertement de notre sexualité [...] entre nous, femmes, on en parle [...]. L'échec de mon mariage est à 50 % en raison de mon excision. (IW3)

Dans certains cas, malgré le fait que le mari soit de la même culture et qu'il soit au courant de l'excision de sa femme, et même si c'est un homme instruit, les problèmes, dont des frustrations et des disputes, demeurent dans les couples, en raison notamment des douleurs chez la femme durant les relations sexuelles ou du manque de plaisir sexuel chez l'homme. Une femme raconte :

Mon mari est contre l'excision... c'est souvent de la frustration. Parfois, tu te forces à le faire, avec des douleurs et ça fait des disputes entre nous. Il comprend que c'est ce que j'ai subi. Est-ce que c'est ça qui explique tout mon manque de motivation pour le sexe? Il y a des couples où ça peut être plus compliqué, conduire au divorce. Tout le monde n'accepte pas ça. Mon mari vient du même milieu que moi, donc il a de la compréhension, il est instruit aussi. Je travaille avec une autre femme, elle me dit qu'elle doit être gentille pour avoir du sexe, c'est le contraire de moi. Je me dis c'est certainement vrai que ça joue sur ma vie. Mon mari m'a dit : occupe-toi pas de mon ventre, mais de mon bas-ventre. Le ventre, je peux me débrouiller, mais pas le bas-ventre. On se fait la tête assez fréquemment. Des fois, je lui dis qu'il n'est pas chanceux, mais c'est dans ce côté-là qu'on se voit comme une victime, même si je ne veux pas susciter la pitié [...]. C'est possible que j'aurais eu plus de plaisir si cette partie manquante était encore là. Si le plaisir passe par là, si tout était là peut être que je serais plus épanouie sexuellement, donc est-ce que c'est un handicap? Bien possible. (IW7)

À noter que plusieurs femmes interviewées conviennent du fait que c'est difficile pour elles d'évaluer la portée et l'impact que l'excision a eu sur leur corps. Elles plaident pour un travail de conscientisation à faire de ce point de vue.

MGF/E dans les couples mixtes

Les MGF/E constituent également un véritable problème dans les couples mixtes. Au-delà de ce qui est mentionné dans la section précédente, les problèmes liés à l'excision chez les couples mixtes s'expliquent essentiellement par deux facteurs :

- La différence culturelle entre les conjoints ou la méconnaissance du phénomène : les hommes dans les couples mixtes ne connaissent pas la pratique de l'excision. Il y a donc le choc et l'étonnement qu'ils manifestent de diverses manières, qui dénotent un jugement de valeurs et suscitent chez les femmes excisées une forte crainte de stigmatisation et de rejet;
- L'attente d'une implication des femmes lors des relations sexuelles : les hommes dans les couples mixtes s'attendent à ce que les femmes s'impliquent activement dans les relations sexuelles. Or, ces femmes n'ont pas cette pratique, mais l'excision subie constitue un handicap à une sexualité épanouie pour elles. Deux récits illustrent cette situation :

Mon mari est Gaspésien. Quand je l'ai rencontré, il me posait des questions sur mon excision. Au début, je n'étais pas « confortable » de parler de ça, il voulait en parler à ses cousins, il en parlait à sa mère, mais tout le monde voyait que je n'étais pas à l'aise de parler de ça. Les relations sexuelles étaient difficiles du fait que j'ai été cousue (infibulation) : le monde va te juger ici car tu as eu cette opération; là-bas on te juge si tu ne l'as pas. Quand j'ai rencontré mon mari, il ne comprenait pas. Quand je suis tombée enceinte, mon médecin s'est intéressé à ma situation : il m'a parlé; il m'a posé des questions, il s'est informé si psychologiquement cela m'a affectée et comment? Après mon premier enfant, le médecin a tout ouvert. Si les gars se plaignent de vagin trop ouvert, qu'ils retournent à leur plaisir à eux. Artificiel pour moi. (IW9)

Quand je me suis fiancée avec mon conjoint québécois, je cherchais tous les moyens d'éviter les rapports sexuels et cela a causé des problèmes : « Tu es frigide [...] », me disait-il. Ça, cela a causé d'autres problèmes dans ma tête parce que mon mari était d'une autre origine; donc, il ne comprenait pas ce problème d'excision qui n'est pas de ma faute, mais qui était culturel dans mon pays d'origine [...]. Pour lui, c'est mon corps qui ne ressent rien, plus il disait ces mots-là, plus j'étais blessée dans ma tête. Une partie de mon divorce est liée à l'excision. (IW3)

Certaines femmes ayant subi l'excision ont eu peur de former un couple avec un homme d'une culture différente de la leur : « Oui, ça me bloquait beaucoup avec les hommes d'autres cultures, j'ai eu des avances et je me suis retenue en pensant à l'excision. Il va me trouver bizarre, il ne va pas comprendre, je n'ai pas eu le courage d'explorer ailleurs ». (IW4)

MGF/E et douleur lors des relations sexuelles

La douleur lors des relations sexuelles fait partie du lot des problèmes des couples mixtes, en plus notamment de la différence culturelle, de l'absence de plaisir ainsi que de la crainte de jugement et de rejet.

Avec les études, je me rendais compte qu'il y avait une partie de mon corps qui avait été enlevée, une partie essentielle de ma féminité. Quand on est au pays, ce n'est pas grave parce que toutes les filles te ressemblent [...]. C'est quand on rentre dans la sexualité qu'on sent qu'il y a un problème. Tout ce que les femmes pouvaient dire par rapport au bonheur de la sexualité, moi je ne pouvais rien dire de tel, le rapport sexuel était synonyme pour moi de douleur. (IW3)

Enfin, dans un cas unique de couple mixte, la femme ayant subi l'excision (coupure partielle du capuchon du clitoris), mariée à un franco-québécois d'origine, la situation est mieux. Tout se passe bien pour elle et elle admet ressentir du plaisir sexuel, même si elle ne peut pas savoir comment cela ce serait passer sans l'excision. Son mari ne la trouve pas différente, compte tenu du type d'excision qu'elle a subi. (IW8)

2.1.2.3 De la pratique des MGF/E en sol québécois

Les femmes ont été questionnées à savoir si, selon elles, l'excision est pratiquée au Québec? Si oui, à quelle fréquence? Dans quels contextes? Est-ce que les exciseuses ou les exciseurs sont des résidents canadiens ou viennent-ils d'ailleurs pour pratiquer l'excision?

Les réponses sont formelles. Toutes les interviewées déclarent qu'à leurs connaissances, l'excision n'est pas pratiquée en sol québécois. Elles disent toutes qu'elles n'ont jamais vu et qu'elles ne

connaissent personne qui l'a pratiquée ou qui l'a subie au Québec, ni dans leur communauté, ni dans leur entourage.

Cependant, elles ont toutes entendu dire que des gens amènent les enfants en vacances dans leurs pays d'origine pour les faire exciser. « À mon avis, ici on ne pratique pas l'excision. Pour les garçons oui mais pas pour les filles. Au Québec, non. En Afrique, oui ça arrive, les gens amènent les enfants en vacances pour cela. » (IW6)

Certaines ont entendu aussi dire que ça se fait en Occident, mais sans aucune information précise. Elles ont entendu parler du fait que l'excision soit pratiquée en France, mais pas ici. Car elles savent toutes qu'ici c'est interdit. En Afrique, certains le font, mais ce n'est pas puni. Tout le monde vient aux cérémonies, donc c'est comme si ce n'était pas vraiment interdit, car le « coupable n'est jamais puni ». Pour certaines, si on se base sur les lois, on trouverait ça courageux de le faire ici, car si les enfants vont à l'hôpital, les médecins pourraient le constater, et les lois sont très claires. Une femme s'exprime comme suit :

En Afrique, l'application de la loi n'est pas la même, il n'y a pas de punition, de dénonciation comme ici. Je sais que les femmes militantes là-bas aussi pratiquent moins qu'avant quand même. Des personnes qui enverraient des enfants en Afrique, pour leur faire subir ça n'échapperait pas à l'œil du médecin ici. Si j'amène mon enfant à l'hôpital, les médecins le remarqueront, mais ça dépend aussi de l'examen. (IW7)

Pour d'autres encore, elles ne seraient pas étonnées que l'excision soit pratiquée au Québec, car les gens immigreront avec leurs coutumes, leurs cultures. Elles soutiennent que dans la communauté de leur pays d'origine à Toronto, elles ont beaucoup entendu qu'on envoyait les filles au pays pour les faire exciser (IW9, IW8...). On précise que parfois des femmes adultes se font réinfibuler pour montrer qu'elles sont vierges.

Certaines femmes se font refermer (réinfibuler), car la virginité est très convoitée. L'homme veut toujours une femme vierge. Dans notre culture, une femme qui a subi l'infibulation représente la « propreté ». (IW9)

Ainsi, selon les résultats des entrevues, l'excision ne serait pas pratiquée en sol québécois. Toutefois, selon les femmes interviewées, plusieurs filles sont envoyées en vacances pour la subir.

2.1.3 Besoins des femmes, obstacles rencontrés et solutions pour améliorer l'accès aux soins et aux services

Cette partie du rapport traite d'abord des besoins exprimés par les femmes interviewées pour faire face aux MGF/E. Les obstacles auxquels elles ont été confrontées en cherchant à obtenir des réponses à leurs besoins sont ensuite présentés. Enfin, les pistes de solution qu'elles ont proposées afin d'améliorer leur accès à des soins et à des services adéquats sont analysées.

2.1.3.1 Besoins spécifiques des femmes pour faire face aux MGF/E subies

Dans cette section, les besoins relatés par les femmes interviewées en lien avec leur excision sont présentés. Plus spécifiquement, elles ont exprimé le besoin d'avoir accès à des médecins formés sur les MGF/E ainsi que de bénéficier d'un suivi psychologique et de services de reconstruction clitoridienne. Une analyse de la façon dont ces besoins ont été satisfaits en contexte québécois est ensuite effectuée.

▪ **Avoir des médecins formés et qui savent quoi faire devant une MGF/E**

La majorité des femmes interviewées ont exprimé le besoin d'avoir accès à des médecins formés à la réalité des MGF/E et qui sauront répondre à leurs questions et à leurs besoins.

Ces femmes estiment que les médecins devraient être davantage au courant de la réalité des MGF/E au sein des différentes communautés. Elles considèrent que des ressources devraient être dégagées pour concevoir un programme de formation. Plusieurs mentionnent ne pas avoir réellement accès à des services ou à des soins adéquats, alors qu'elles ont besoin de guides, de

conseils et de soins. Elles expliquent ces difficultés d'accès par le fait qu'elles sont une minorité. L'impression générale qui se dégage des entretiens est que les médecins du Québec, surtout les spécialistes, soit les gynécologues-obstétriciens, n'ont aucune idée de ce que sont pratiquement les MGF/E même si, bien évidemment, ils connaissent abstraitement cette réalité.

J'ai été cousue lors de mon excision et j'ai constaté récemment un fil qui pend entre mes jambes. Le médecin à l'urgence n'a pu rien faire pour moi. Alors, si je me présente tout de suite dans une clinique, je n'ai pas l'impression qu'ils sauraient me dire quoi faire avec ce fil-là pourtant c'est un minuscule fil, c'est comme ça que je me sens [...] Puis, je vais arriver à une clinique pour qu'un gynécologue me voit, et il va vouloir que son collègue à lui le voit, et que l'infirmière vienne regarder, et que la collègue de l'infirmière vienne regarder, et que, en fait toute la clinique vienne regarder pour avoir une idée de c'est quoi. Et je n'ai pas nécessairement envie de m'exposer à cette situation-là. J'aimerais aller voir un médecin, que le médecin sache quoi faire [...] juste me dire si cela va changer quelque chose dans ma vie? Est-ce que je suis une femme normalement constituée? [...]. (IW1)

Plusieurs interviewées ont aussi dit qu'elles ont vécu elles-mêmes ou qu'elles ont entendu dire que des femmes de leur communauté qui viennent ici, et qui sont excisées, quand elles vont à l'hôpital, elles vont être examinées comme « des bêtes de foire ». Mais comme c'est la première fois que les médecins observent ça, ils veulent que leurs collègues puissent voir à quoi ressemble une excision chez une femme. Des femmes racontent :

Pendant mon accouchement ça a été un objet de curiosité pour les médecins. Mon premier accouchement, c'est en Afrique, mais le deuxième accouchement ici au Québec, tout le monde voulait voir mon excision. (IW7)

Quand j'ai accouché de mon premier enfant au Québec, le médecin a fait venir plusieurs collègues pour voir que j'étais une femme excisée. En observant l'étonnement des gens, j'ai eu beaucoup peur. Je pensais que c'est quelque chose de très grave qu'ils ont découvert en moi ou chez mon enfant. Puis, quand j'ai compris qu'il s'agissait de mon excision, j'ai été à la fois soulagée de savoir qu'il n'y avait rien de grave, mais en même temps j'avais un sentiment de honte et d'humiliation. (IW10)

Ce n'est pas nécessaire d'en faire un cirque, je n'ai pas envie d'être un animal de foire là qu'on observe pour la science, je veux bien, mais je ne veux pas qu'on fasse un spectacle non plus. Et pour ça, il faudrait faire une éducation à grande échelle pour éviter qu'un médecin du Québec [...] voit une femme excisée et puis que ça soit le seul qui ait vu ce genre de femme là pendant toute sa carrière. (IW1)

▪ **Avoir du soutien moral et psychologique**

Il ressort des entretiens que les femmes qui ont déjà subi des MGF/E veulent trouver des solutions et des appuis pour surmonter leurs problèmes. L'appui peut être soit psychologique, soit un soutien moral dans le sens d'un simple contact avec d'autres femmes afin de savoir comment celles-ci composent avec la situation. Si certaines femmes composent bien avec cette situation, d'autres éprouvent des difficultés. Pour ces dernières, pouvoir en parler ou en discuter, sans pour autant soulever des jugements de valeurs, serait bénéfique.

Des femmes soulignent qu'un soutien psychologique est toujours nécessaire. Elles expliquent qu'on ne peut pas réparer une excision sans une préparation préalable : « Cela ne se fait pas en un claquement de doigts, il faut tout d'abord que cela commence par un soutien. »

D'autres femmes mentionnent avoir eu besoin d'un suivi psychologique après leur reconstruction du clitoris : « Mon opération a été couverte par la RAMQ, mais pas de suivi après. J'aurais dû avoir accès à un psychologue à ce niveau-là. Pas eu d'aide, pas de soutien, pas d'accompagnement. » (IW3)

Certaines femmes attirent l'attention sur le fait que plusieurs ne veulent pas entendre parler de soutien psychologique parce que cela renvoie à une « maladie mentale » qui ne correspond pas à leur situation. Or, le soutien psychologique peut prendre la forme d'une discussion libre avec quelqu'un de confiance, qui va garder le secret. Aussi, pour les répondantes, il y aurait lieu de sensibiliser les femmes excisées au fait que voir un psychologue ne signifie pas qu'on est confronté à un problème psychologique incurable. En effet, dans certains des pays d'origine de ces femmes, « un psy, c'est vraiment quand c'est très grave, et qu'on entre dans la folie, dans le délire [...] ». »

(IW2) Pour d'autres, le besoin d'un soutien concerne davantage un « parler » où l'on peut venir librement rencontrer quelqu'un qui va vous écouter, plusieurs femmes ont juste besoin de parler.

S'il faut hiérarchiser les priorités, les besoins sont, sur le plan informationnel, avoir l'occasion d'échanger, de parler de sa situation avec d'autres personnes; sur le plan du soutien psychologique, elles expriment en avoir besoin non seulement indépendamment de la réparation, mais aussi avant et après cette dernière. D'autres encore évoquent le besoin de s'impliquer dans certains organismes d'aide et de se faire entendre notamment lors de rencontres avec d'autres femmes excisées : « De toutes les façons, le mal est déjà fait, donc il faut essayer de vivre avec et de surmonter ça dans un cadre comme le Québec, et faire en sorte que d'autres personnes ne vivent pas la même chose. » (IW4)

▪ **Reconstruction clitoridienne (greffe ou réparation du clitoris)**

Plusieurs femmes, et plus souvent les jeunes femmes, seraient intéressées par la reconstruction du clitoris. Certaines ont déjà eu la reconstruction de leur clitoris, d'autres souhaitent l'avoir. Une femme dit : « J'ai entendu parler de la greffe. J'en parle avec des amies, pourquoi ne pas essayer » (IW7). Une autre dit : « Une amie à moi a besoin de faire la reconstruction du clitoris, elle a fait des consultations ici pour ça et elle avait déjà fait l'opération pour enlever son infibulation en arrivant au Canada. » (IW8) Si cela fonctionnait pour elles, ce serait une fierté retrouvée. « Si on leur rend leur force, leur fierté, alors elles ne penseront plus seulement à satisfaire le désir sexuel des hommes. » (IW9)

Une femme ayant fait la reconstruction clitoridienne cherchait à retrouver sa féminité : « Comment faire pour retrouver ma féminité? [...] Si je peux faire quoi que ce soit pour ressentir ce que les femmes sont censées ressentir, je vais aller jusqu'au bout ». Elle en a parlé avec une amie qui lui a recommandé un médecin qui a fait sa restauration clitoridienne dans un hôpital de Québec. Des techniques existent pour faire ressortir le restant du clitoris. Elle dit avoir été prévenue du risque que l'opération ne réussisse pas. Mais, comme elle était prête à tout, elle a quand-même subi l'opération. Tout s'est bien déroulé, sauf qu'après quelques semaines, la partie du clitoris qu'on a fait ressortir s'était refermée, il a fallu une autre intervention du médecin. Puis : « On m'a demandé de faire des exercices pratiques de masturbation pour aller chercher le nerf. Je ne peux pas dire que c'est 100 % ou 60 % de réussite, mais ce que je ressens aujourd'hui, je ne le ressentais pas il y a quelques années ». (IW3) Cette femme rajoute :

L'excision a travaillé sur trois aspects négatifs de mon côté. Sur le côté psychologique, c'est un lourd fardeau [...], le manque de confiance, côté féminité [...], tu as aussi cet aspect d'infirmité féminine et de douleurs. Associées, ces trois-là, c'est un cocktail Molotov pour une femme. Si on peut avoir des médecins qui se spécialisent dans la restauration clitoridienne, ce serait bien pour nous. J'ai fait beaucoup de petits sondages dans ma communauté, 50 % des femmes sont prêtes à subir une opération [...], à avoir des séances de rencontres [...] avec un psychologue, avec un sexologue [...] pour savoir le plaisir qu'il y a derrière cela. (IW3)

Une autre femme explique son histoire de reconstruction clitoridienne au Québec. (IW5) Elle raconte que sa tante, vivant en France, avait eu des difficultés en lien avec son infibulation, que c'était compliqué pour elle d'avoir des relations sexuelles. Mais, elle a eu finalement des soins en France (désinfibulation et reconstruction clitoridienne). C'est par le truchement de cette tante que cette femme a eu pour la première fois l'information sur la possibilité de faire la reconstruction clitoridienne, et elle a décidé de s'y intéresser. Voici son récit :

Récit 3

Expérience de reconstruction clitoridienne

Un jour, en suivant un cours au cégep, on parlait de culture et de tout, puis le sujet de l'excision a été abordé, j'ai déclaré que j'ai subi cette pratique de l'excision. La prof m'a dit ah! Oui, vous êtes excisée? J'ai dit oui, elle m'a dit qu'il y a des moyens pour aider à la réparation, pas à tes frais, c'est couvert par la RAMQ. J'ai dit oui? [...] Après l'accouchement de mes deux enfants, la sensibilité diminue encore plus avec l'excision subie [...]. Donc, j'ai rencontré un médecin généraliste, je lui ai expliqué mon besoin, il m'a recommandé une gynécologue [...]. On a commencé les démarches ensemble, elle m'a prescrit des produits que j'ai pris à la pharmacie, mais c'était inefficace. Je lui ai dit que je ne voyais pas d'amélioration. C'est ainsi qu'elle m'a dirigée vers une autre gynécologue dans un autre hôpital, d'une autre ville. Elle a appelée elle-même cette docteure pour lui expliquer. Ensuite, j'ai été voir cette docteure qui a fait le suivi pendant un an. Elle me disait qu'elle ne peut pas aller directement à la chirurgie, peut-être que c'est aussi psychologique. Durant ce temps, j'ai fait le suivi psychologique, mais cela n'est pas pris en charge et c'est trop cher, donc j'ai fait seulement trois séances. La gynécologue me demande aussi de rencontrer un sexologue avec lequel j'ai fait deux ou trois séances de thérapie, mais ce n'était pas couvert par la RAMQ, et ça coûtait cher, 100 \$ de l'heure [...] et puis je ne voyais pas d'amélioration aussi [...]. La deuxième gynécologue m'avait prévenue déjà que le traumatisme psychologique pourrait se réveiller ou s'accroître, et que la sensibilité pourrait aussi ne pas revenir. Mais, moi je lui ai dit que je veux juste me sentir comme une femme complète, qui a son clitoris, comme toutes les autres femmes. Elle s'en est bien occupée, l'opération s'est bien passée, je suis restée à l'hôpital 24 h après l'opération, puis 6 semaines à la maison. Ça a bien réussi, la plaie s'est bien cicatrisée. Je n'ai pas repris encore la sexualité, je fais un massage de rééducation [...]. J'ai dit à celle qui m'a opérée, que l'essentiel ce n'est pas de récupérer [...] mon orgasme comme on dit, parce que je ne sais pas si on peut récupérer ou pas, mais le fait de sentir que moi-même je suis comme vous (vous avez un clitoris, j'ai un clitoris), ça me fait plaisir, parce que je me dis que je suis une femme complète. Donc, je me suis sentie complètement femme, pas une demie femme-là. Parce que si on t'enlève ça, c'est comme si tu ne te sentais pas une femme complète. Parce que à chaque fois que tu vas te montrer à quelqu'un, il va sentir que tu as quelque chose qui a été enlevé en toi. Moi j'ai récupéré ça! L'opération consiste à faire ressortir la chair dedans. Tu vois la chair sortie, mais en cicatrisant la grosseur va en diminuant. On m'avait dit que ça faisait mal. Dans mon cas à moi, j'ai eu de l'anesthésie, moi je n'ai pas eu de douleur, je pouvais aller aux toilettes sans problème, prendre mon bain sans problème. Les produits seulement m'ont fatiguée, avec la somnolence. La convalescence, c'est 5 semaines, mais vu que je travaille avec des enfants, elle m'a fait arrêter pendant 6 semaines. C'est à la sixième semaine seulement que la plaie s'est cicatrisée totalement. Le système permet ça, c'est une bonne idée que les femmes puissent se tourner vers ça ne serait-ce que pour récupérer leur féminité. (IW5)

Bien que la reconstruction clitoridienne soit un besoin partagé chez plusieurs femmes interviewées, et que cela soit perçue par elles comme étant une fierté de retrouver son organe perdu, sa féminité ou son orgasme, une femme veut être aidée pour retrouver ses sensations de plaisir, mais elle se dit traumatisée par les interventions :

Je ne veux plus qu'on ne me coupe rien, qu'on ne me couse rien. Je ne sais pas si c'est faisable ou non, mais je ne pense pas moi, peut-être les autres, mais pas moi. Après le mal que j'ai vécu, je ne veux même pas qu'on me touche pour coudre ou couper ou réparer, non, non... Je préfère d'autres solutions, en parler, médicaments, mais pas couper ou coudre. (IW6)

2.1.3.2 Obstacles rencontrés pour répondre aux besoins des femmes ayant subi les MGF/E au Québec

Les femmes interviewées ont affirmé avoir été confrontées à de nombreux obstacles lorsqu'elles ont cherché à obtenir une réponse à leurs besoins en matière de MGF/E au Québec. L'incompréhension, le fait que les médecins ne soient pas outillés pour faire face aux MGF/E, le manque d'information et de spécialistes en la matière ainsi que le fait que le sujet ne soit jamais abordé sont les obstacles qui ont été spécifiquement évoqués.

▪ **Incompréhension**

De l'avis de plusieurs répondantes, l'incompréhension est un obstacle fondamental. Ces femmes n'ont pas l'impression qu'elles sont comprises et, généralement, elles ne sont pas à l'aise de parler de leur situation, parce qu'elles ne veulent pas qu'on les considère comme étant des victimes ou

qu'on les regarde avec pitié. Elles ne veulent pas non plus se victimiser, car ce n'est pas l'état dans lequel elles veulent être. Donc, selon elles, elles font face à beaucoup d'incompréhension parce que d'emblée on les prend pour des victimes, alors qu'elles ne veulent pas partager ce sentiment. Certes, elles ont eu à faire face à une MGF/E sans qu'elles n'aient eu le choix, mais aujourd'hui, elles ont le choix sur la personne qu'elles veulent devenir et elles n'ont pas l'impression d'être victimes. Elles commencent tout juste à pouvoir mettre des mots sur ce qui est arrivé et d'être assez à l'aise pour s'exprimer. Donc, elles n'ont pas besoin, en plus, du regard de pitié des autres ni de leur jugement : « On ne peut pas l'expliquer et que parfois quand on est en face de quelqu'un qui ne comprend pas déjà, on a beaucoup de réserves. » (IW1)

Une interviewée parle de son expérience des premiers moments où elle a eu vraiment envie d'en parler. Pour elle, cela a été problématique : pour obtenir l'aide dont elle avait besoin, elle s'est adressée à des associations et à des organismes, mais elle n'a pas obtenu de réponse. Ces organismes se sont limités à mentionner ne pas s'occuper de tels cas, qu'ils ne viennent en aide qu'aux personnes voulant « faire la réparation » ou aller vers la chirurgie. Elle est donc restée dans sa détresse sans trouver d'aide. (IW2)

▪ **Médecins du Québec non outillés pour faire face aux MGF/E**

Selon les interviewées, au Québec, parfois les médecins ne posent pas toutes les questions requises. Ainsi, c'est sûr qu'ils repartent avec des questions non répondues. Les médecins font leurs observations et posent un diagnostic, mais sans aller au fond des choses. En voyant la cicatrice de quelqu'un, on a du mal à lui demander si ce n'est pas pour résoudre un problème qui y est lié. Ils ont alors de la difficulté à en discuter, même s'ils ont constaté la cicatrice et qu'ils ont de brèves informations là-dessus, et que, sans doute, ils savent que le problème évoqué est plus profond et qu'ici la façon de le prendre est complètement différente. Voici un témoignage :

[...] de mon expérience et de celles d'autres femmes, c'est que, eux ils proposent déjà l'investigation, l'investigation, c'est pourquoi? C'est qui? Qui est coupable? Qui ne l'est pas? Et dans notre cas, c'était quand on était enfant, et les coupables, certains sont encore là, certains sont déjà partis. Le but, ce n'est pas d'aller chercher le responsable. (IW2)

Un autre exemple ou un médecin n'est pas intervenu adéquatement pour répondre aux besoins d'une interviewée :

Récemment, j'ai été assez choquée aussi parce qu'en étant à l'hôpital, j'ai pu voir que, euh! en fait au terme de cette excision-là, il y a un fil en fait qui ressort un peu... euh! ... de mon clitoris qui a été recousu en quelque sorte. Et, j'ai été assez paniquée en étant à l'hôpital, j'ai vu la médecin à l'urgence et puis... Elle... le seul conseil qu'elle a pu me donner c'était... euh!... si ça ne fait rien, il faut ne pas y penser. Mais moi ça me fait quelque chose, parce que je le sais qu'il est là. Oui ça ne me dérange pas concrètement, ça ne me fait rien; mais, je le sais qu'il est là, je ne sais pas quel impact cela a sur ma vie? Je ne sais pas si ça risque de changer quelque chose? Est-ce que si on enlève, ça va faire mal? Est-ce que je vais saigner? Est-ce qu'on va devoir me réopérer pour une quelconque...pour quoi que ce soit? Donc, cela ne m'a pas vraiment aidé, donc je dirais que les médecins du Québec ne sont pas vraiment équipés pour faire face à des femmes qui leur poseraient des questions ou qui auraient besoin de conseil et de guide... Oui, peut-être qu'elle était juste médecin à l'urgence, et que ce n'est pas son domaine ni sa spécialité, mais je doute très fort que même un médecin gynécologue-obstétricien puisse me dire aujourd'hui quoi faire avec ça... parce que concrètement je fais partie de la minorité... On est 8 millions de personnes, donc à peu près 4 millions de femmes; sur 4 millions de femmes, je n'ai pas l'impression que les 4 millions sont excisées. Ils n'ont pas l'habitude de voir ça... là où un médecin au pays peut voir toutes les femmes et dire ah!... bah!... ça elle est excisée... elle n'est pas excisée, un médecin québécois ne sait pas c'est quoi l'opposé de normal parce que pour lui le normal, c'est un clitoris entier pas un bout de clitoris. (IW1)

Un autre obstacle est que jamais personne n'aborde le sujet. Est-ce que le médecin a peur de heurter la sensibilité de la personne? Est-ce qu'il a plutôt peur d'en parler? La question est ouverte. Alors que des femmes expriment le besoin d'en parler, les médecins devraient trouver les moyens pour inciter les femmes à parler. Il y aurait aussi lieu de conscientiser les femmes, de les inviter à exprimer leurs besoins eu égard à leur excision ou leur infibulation. Des affiches pourraient être apposées à l'hôpital les invitant à s'ouvrir : « On ne peut pas aller à la bibliothèque et demander des

informations, mais l'hôpital est le meilleur endroit pour aborder des personnes qui ont subi ça. » (IW7)

Certaines pensent que les difficultés qu'elles ont affrontées lors de l'accouchement seraient liées à l'excision subie, mais que le médecin n'a pas fait de liens parce qu'il n'est pas outillé pour ce faire : « J'ai un garçon..., je l'ai eu par césarienne ici. Mon col de l'utérus ne s'ouvrait pas. Il est allé jusqu'à 6 cm et il s'est bloqué là. La tension baissait. Long travail, dernier recours. Sages-femmes, médecins n'ont pas parlé de l'excision comme lien avec l'accouchement difficile. Ils ne sont pas assez outillés pour en parler. » (IW3)

▪ *Manque d'information et de spécialistes*

Le manque d'information et de personnes spécialistes a été soulevé par des femmes. Une des répondantes s'exprime ainsi : « De mon expérience, je n'ai pas rencontré une personne qui m'a écouté et qui peut m'orienter, me dire où aller pour trouver des réponses à mes questions. » (IW3)

2.1.3.3 Améliorer l'accès des femmes ayant subi des MGF/E à des soins et à des services adéquats

Lors des entretiens, il a été demandé aux femmes de mentionner ce qui, selon elles, devrait être amélioré pour accéder à des soins et à des services adéquats en matière de MGF/E. Leurs propositions sont présentées ci-après.

▪ *Renforcer les dispositifs juridiques*

Selon les femmes interviewées, les questions juridiques devraient se voir prêter une attention particulière. Même si l'excision est criminalisée, un des problèmes, c'est que des parents vont amener leurs filles hors du territoire pour les faire exciser. Pour ces filles – qui sont citoyennes canadiennes – lorsqu'elles reviennent au pays, « le mal, il est déjà fait ».

Une femme (IW3) propose d'organiser des visites pré et postvoyage, notamment en Afrique, pour échanger sur les conséquences personnelles et juridiques et pour vérifier si l'enfant a été excisée. Toutefois, c'est à se demander comment cela pourrait changer les choses.

▪ *Faire de la prévention et de la sensibilisation*

Faire de la prévention dans certaines communautés ethnoculturelles

Plusieurs interviewées proposent que des activités de prévention soient organisées pour les personnes originaires des régions où la pratique des MGF/E a cours, notamment pour celles provenant des régions où l'estimation du taux de prévalence est élevée.

Mener des campagnes de sensibilisation

Des femmes considèrent que des campagnes de sensibilisation devraient être orchestrées. Elles en déplorent d'ailleurs l'absence au Québec, alors que des organisations internationales, notamment le Fonds des Nations Unies pour la population ou d'autres institutions de l'ONU, en mènent ou en suggèrent la tenue.

Elles estiment que les campagnes de sensibilisation doivent être adaptées aux communautés établies au Québec. Une approche interculturelle sensible à la réalité des femmes est requise. Les femmes qui immigreront apportent leurs valeurs et leurs coutumes. Même si elles sont bien intégrées au sein de leur société d'accueil, cela ne signifie pas la disparition de leur culture d'origine. Pour elles, les communautés ethnoculturelles où la pratique des MGF/E a cours devraient être associées à l'élaboration des campagnes de sensibilisation, lesquelles doivent mener, dans certains cas, à un changement de valeurs. En effet, pour certaines communautés, la pratique des MGF/E fait partie

intégrante de leurs valeurs en étant notamment liée à la religion. Ces valeurs étant profondes, le changement de comportement à susciter est alors complexe.

La sensibilisation devra faire ressortir les méfaits et les conséquences de l'excision. On devrait sensibiliser ceux qui la pratiquent. Et puis faire de l'éducation. Inciter les parents au refus de faire ça à leurs filles, car ils ont compris les méfaits. (IW5)

▪ **Mettre en place un système inclusif pour couvrir les besoins des femmes**

Même si les femmes ayant subi des MGF/E font partie de la minorité, celles-ci semblent tout de même assez nombreuses. En effet, l'immigration change et évolue, donc les besoins sont susceptibles d'être plus présents à l'avenir. Il y aurait donc lieu, selon les femmes interviewées, de mettre en place un système beaucoup plus inclusif pour ces femmes dans le futur.

Un système inclusif

Il s'agit d'un système qui tient compte du fait qu'il y a des femmes qui sont excisées, dont les appareils génitaux ne ressemblent pas aux autres et puis qu'elles pourraient subir des complications durant l'accouchement ou durant leur vie, juste en ayant une vie sexuelle, donc, ça pourrait être inclusif dans ce sens-là; reconnaître en fait que ces femmes-là, elles existent ici au Québec. (IW1)

Organisme qui s'occupe de la question ici au Québec

Plusieurs interviewées disent avoir besoin de réseaux ou d'organismes qui s'occuperaient de la question des MGF/E ici au Québec : « Si une jeune fille de 19 ans arrive ici, elle ne sait pas quoi faire, je ne sais pas si elle a un lieu pour l'aider à se faire opérer (désinfibulation), à avoir psychologiquement un suivi. Une copine a dû aller en Ontario pour trouver un médecin pour son opération (désinfibulation) et gérer ces problèmes-là ». (IW5) Pour certaines, il devrait avoir une clinique où il est possible de se rendre : « C'est inquiétant pour ces femmes qui ne savent pas où aller. » (IW3) D'autres encore sont plus précises. Elles voudraient avoir ici au Québec un organisme qui offre des services psychologiques, médicaux et de reconstruction clitoridienne. (IW8, IW5)

Aider à aller vers l'information : créer des outils et des zones d'information

Selon plusieurs interviewées, les femmes ne viendront pas d'elles-mêmes chercher l'information. En effet, quand elles arrivent ici, elles ne savent pas où aller. À qui s'adresser? Elles ne savent même pas qu'on peut en parler. Comment obtenir de l'information? Est-ce qu'elles vont au CLSC? Elles mentionnent avoir honte d'en parler. (IW3, IW4, IW7, etc.) Par ailleurs, elles ne sont pas toujours pleinement conscientes de leurs besoins en matière de MGF/E : « Une femme excisée, d'un certain âge, d'une certaine éducation, ressemble à une personne qui vit la dépression parce qu'elle ne se rend pas compte. Donc, c'est vers les professionnels de la santé qui sentent ces choses-là qu'il faut les orienter, faire des propositions, ouvrir cette parenthèse-là. » (IW3)

De plus, certaines mettent l'accent sur le fait que toutes les femmes qui ont subi une excision ou une infibulation ont besoin de soins et ont besoin d'en parler. Mais elles refusent d'en parler, que ce soit à leurs amies ou aux hommes. « Le secret est là, on n'en parle jamais. Or, comme on est dans un pays libre, ici on peut aller voir un psychologue qui te donne des solutions, qui te dit ce que tu peux faire. » (IW6) D'autres encore insistent pour que les femmes soient le centre d'intérêt pour la lutte contre l'excision : « Il y a beaucoup de structures pour combattre l'excision, mais le noyau c'est les femmes, donc intéressez-vous aux femmes excisées et on éradiquerait l'excision sur cette terre. » (IW3)

Outils d'information pour les femmes

D'autres encore suggèrent de « construire des outils pour les femmes, que ce soit des outils psychologiques, ou des outils médicaux. Que ce soit réalisable et que les femmes sentent le soutien, qu'elles sentent qu'une vie positive est possible. » (IW2)

Les interviewées proposent d'aider les femmes à aller vers l'information, que des outils soient mis à la disposition des travailleurs sociaux, dans les CLSC et dans les endroits où les femmes vont le

plus. Elles proposent aussi que des séances d'information y soient organisées et que des rencontres en personne puissent avoir lieu ou que des renseignements sur papier soient disponibles. « Demandez-moi aujourd'hui quels sont les recours que j'ai par rapport à tout ce que je vis là, que ce soit psychologique ou autre... je ne sais pas où aller, je ne sais pas à qui m'adresser pour avoir de l'aide, je n'ai aucune information ». (IW 7) Certaines réclament qu'un moyen soit trouvé pour stopper l'excision et soulignent que les gens soient informés du danger. Selon plusieurs interviewées, il y aurait lieu d'organiser des campagnes d'affichage similaires à celles déployées dans le métro qui affichent des numéros de téléphone ou d'autres coordonnées où obtenir de l'information et de l'aide.

▪ **Informier ou former les prestataires de services**

D'après les femmes interviewées, les prestataires de services ne sont pas suffisamment informés ou formés pour les aider eu égard à leur excision ou à leur infibulation. Ainsi, il faut qu'eux-mêmes sachent ce que c'est, et comment s'y prendre, comment aider une personne qui a subi une MGF/E, comment aider une personne à la transition.

Il serait important qu'ils soient formés pour pouvoir aider les femmes. Pour le moment, les interviewées pensent que les prestataires de services ne sont pas assez au courant : « J'aimerais aussi qu'on fasse la formation du personnel médical et des psychologues. Que tous les médecins et non pas seulement les gynécologues soient sensibilisés et outillés et qu'ils aient toutes l'information requise dans leur bureau. » (IW2) Les gynécologues ainsi formés pourraient guider les femmes excisées sur ce qu'elles peuvent faire sans les exposer à des critiques ou au jugement. Les médecins doivent s'habituer à ce type de clientèle, car une personne qui n'a jamais vu une femme excisée sera mal à l'aise. Toutefois, les médecins devraient aborder le sujet avec les femmes, pour pouvoir les aider. Mais si celles-ci ne sont pas à l'aise pour en parler, ils devraient leurs donner des dépliants pour les orienter vers des ressources spécialisées.

À noter que pour certaines femmes, le fait de rencontrer des prestataires de services provenant de la même communauté d'origine pourrait poser problème. Voici un témoignage :

Si les prestataires viennent de la même communauté, on n'est pas forcément à l'aise pour leur parler. Parfois, si un membre de ta communauté sait que tu es allée chercher de l'information, on peut te juger et te stigmatiser, donc ce n'est pas facile. Quand j'étais jeune, je préférais parler à quelqu'un de l'extérieur de ma communauté, aller chercher des ressources ailleurs. Mais, aujourd'hui, je peux en parler à tout le monde, même si je suis plus à l'aise avec une personne externe. Il y a beaucoup de résistance au sein de la communauté. À 26 ans, lors de la naissance de mon premier bébé, si mon médecin avait été de mon pays d'origine, je n'aurais pas pu lui dire autant de choses sur mon infibulation. Mais j'ai pu lui parler, car il n'était pas du même pays. C'est la grosse roche que tu traînes. (IW9)

▪ **Associer les femmes excisées à la sensibilisation**

Plusieurs interviewées aimeraient être impliquées dans la sensibilisation. Pour certaines, cela serait conditionnel à la disponibilité d'une information juste et d'outils pour assumer adéquatement un rôle d'animatrice, par exemple.

Pour d'autres, il y a davantage lieu de soutenir les personnes aidantes et les professionnelles et professionnels de la santé. « Beaucoup de pays sont musulmans. Il y a des sensibilités à prendre en compte pour aller vers ces gens-là. » (IW4) Aller vers des regroupements de femmes, les inviter à des rencontres par rapport à l'excision, par rapport à la prévention, par rapport aux moyens qu'elles ont pour reconstruire leur clitoris.

D'autres, encore, veulent faire des rencontres, donner de l'information sur leurs expériences et celles d'autres personnes. Enfin, certaines répondantes mentionnent que pour l'instant, elles ne savent pas vraiment comment elles pourraient aider (IW8) ou, encore, qu'elles ne sont pas prêtes à le faire : « Pour le moment, je ne suis pas prête à faire ce pas. Comme je le disais, je viens juste de commencer à être en paix avec moi-même, donc j'aimerais... m'impliquer, mais je réserve ça pour le futur, pour l'avenir quand je serai un peu plus sereine avec moi-même. » (IW1)

2.1.4 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 de différents secteurs intervenants 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

POINTS SAILLANTS

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 directement 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.

Le rapport se conclut sur des recommandations pour assurer, d'une part, l'accessibilité à des soins et des services de qualité aux filles, aux femmes et aux familles touchées par les MGF/E ainsi que celles à risque. D'autre part, des propositions sont faites pour la mise en place de stratégies visant une prise en charge de qualité et sensible aux expériences et trajectoires en amont et en suivi auprès de la population concernée de près et de loin selon les situations.

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.

La richesse des données et des discussions présentées dans cette section est attribuable à la diversité des personnes ayant contribué d'une façon ou d'une autre à un moment donné, en commençant par les personnes ayant répondu à l'enquête par questionnaire ainsi que celles ayant partagé leurs expériences pour valider les résultats de l'enquête durant les entretiens de validation de groupe. Des remerciements également vont aux membres du Comité multisectoriel sur les mutilations génitales féminines sous la responsabilité du Volet Femmes de la TCRI, plus spécifiquement, en ordre alphabétique, Fatoumata Lamarana Baldé, Anne-Marie Bellemare, Rachel Chagnon, Justine Daoust-Lalande, Élise Dubuc, Vania Jimenez, Jennifer Lys Grenier, Liette Perron, Zenab Sangaré, Marie-Hélène Senay et Mejda Shaiek. Enfin, la gestion et l'analyse des données ont été rendues possibles grâce au soutien précieux d'Isabel Fernandez, Javier Fuentes Bernal et Katia Sokoloff.

2.2.1 Contexte et objectifs

Les changements dans les mouvements migratoires sont tels que des pays hôtes comme le Canada doivent se préoccuper d'expériences de plus en plus variées auxquelles sont exposées les populations de pays sources d'immigration. Parmi les préoccupations qui concernent le secteur de la santé et des services sociaux, les MGF/E représentent un défi de taille. Une fois en terre d'accueil, les filles et les femmes originaires de pays à haute prévalence de MGF/E sont souvent confrontées à des défis dans l'accessibilité à des ressources en santé adaptées à leurs besoins qui se complexifient selon les trajectoires d'immigration. Il est bien documenté que les MGF/E représentent un problème de santé non seulement pour la fille, la femme, la famille et la communauté, mais également pour la santé publique^{62,63}. Ainsi qu'il est précisé dans une section précédente de ce rapport, d'un point de vue éthique, les MGF/E constituent une violation des droits de la personne et sont considérées comme un acte criminel au Canada⁶⁴. À cet effet, il est également de plus en plus documenté que les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux ne se sentent pas suffisamment informés ni formés, résultant en une prise en charge limitée des questions liées à la santé physique, mais également des besoins psychosociaux avec une sensibilité

⁶² EVANS et al. (2017), « What are the experiences of seeking, receiving and providing FGM-related healthcare? Perspectives of health professionals and women/girls who have undergone FGM: protocol for a systematic review of qualitative evidence », *BMJ Open*, 7(12), 1-10. doi : 10.1136/bmjopen-2017-018170.

⁶³ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, « Éliminer les mutilations sexuelles féminines : Déclaration interinstitutions », 2008 [En ligne], [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43902/9789242596441_fre.pdf?sequence=1].

⁶⁴ PARLEMENT DU CANADA, Projet de loi C-27, 1997, [En ligne], [https://www.parl.ca/Content/Bills/352/Government/C-27/C-27_4/C-27_4.pdf].

culturelle^{65,66,67}. De plus, les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux se retrouvent devant des obligations tant morales que professionnelles dans un contexte d'intervention auprès de populations touchées ou à risque. Par ailleurs, les expériences et les trajectoires des femmes migrantes varient considérablement, requérant des services et des soins personnalisés tels que l'exigent les codes de déontologie des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux. 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^{68,69}.

Alors que les écrits scientifiques et les rapports produits sur la question des MGF/E sont de plus en plus nombreux sur la scène mondiale en ce qui concerne les attitudes, les connaissances et les pratiques des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux, la responsabilité d'offrir des soins de santé optimaux, équitables et sensibles au genre aux filles, aux femmes et aux familles touchées ou à risque de MGF/E reste entière^{70, 71, 72, 73, 74}. Plus spécifiquement, peu d'écrits et de ressources sont disponibles au Canada et surtout en français au Québec, en lien avec la prévention et la prise en charge des MGF/E.

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 les préoccupations liées à l'information, aux formations et aux pratiques liées aux MGF/E. Il s'agit également de cerner les besoins pour contribuer à ces diverses catégories 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. Les principaux objectifs sont les suivants :

- Cerner et décrire, à partir du point de vue des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux, leurs connaissances et leurs expériences pratiques auprès de filles et de femmes touchées ou à risque de MGF/E;
- Déterminer, dans la mesure du possible, les besoins en termes d'outils, de formations ou autres, des outils existants et auxquels elles et ils auraient eu recours;

⁶⁵ DAWSON A., HOMER C., TURKMANI S., BLACK K. et VAROL N. (2015), « A systematic review of doctors' experiences and needs to support the care of women with female genital mutilation », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131(1), 35-40. doi : 10.1016/j.ijgo.2015.04.033.

⁶⁶ VISSANDJÉE B., DENETTO S., MIGLIARDI P., & PROCTOR J. (2014), « Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences », *BMC International Health and Human Rights*, 14:13.

⁶⁷ VISSANDJÉE B., MIGLIARDI P., DENETTO S. et PROCTOR J. (2013), Défis d'intervention en contexte interculturel : Le cas de pratiques traditionnelles telles que l'excision et l'infibulation dans une perspective éthique et de santé publique au Canada. In Massé, R. & Mondou, I. (Eds), Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : Enjeux éthiques et politiques, Presses de l'Université Laval, 215 p.

⁶⁸ VISSANDJÉE B. et al., Les pratiques traditionnelles affectant la santé physique et mentale des femmes : l'excision et l'infibulation – situation actuelle et perspectives d'avenir, 2011, [En ligne], [http://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/Pratiques_traditionnelles.pdf].

⁶⁹ PERRON L., SENIKAS V., BURNETT M. et DAVIS V. (2013), « Excision génitale féminine », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(11), 1046-1048. doi : 10.1016/S1701-2163(15)30793-3.

⁷⁰ KAPLAN A., HECHAVARRIA S., BERNAL M. et BONHORE I. (2013), « Knowledge, attitudes and practices of female genital mutilation/cutting among health care professionals in The Gambia: a multiethnic study », *BMC Public Health*, 13(851), 1-11. doi : 10.1186/1471-2458-13-851.

⁷¹ LEYE E., YSEBAERT I., DEBLONDE J., CLAEYS P., VERMEULEN G., JACQUEMYN Y. et TEMMERMAN, M. (2008), « Female genital mutilation: Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists », *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 13(2), 182-190. doi : 10.1080/13625180701780957.

⁷² REIG-ALCARAZ M., SILES-GONZALEZ J. et SOLANO-RUIZ C. (2015), « A mixed-method synthesis of knowledge, experiences and attitudes of health professionals to Female Genital Mutilation », *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), 245-260. doi : 10.1111/jan.12823.

⁷³ SIEN C., L'ECLUSE C., CLAYS E., TENCY I. et LEYE E. (2015), *Female genital mutilation: Knowledge, attitude and practices of Flemish midwives*. *Midwifery*, 31(3), e29-e35. doi : 10.1016/j.midw.2014.11.012.

⁷⁴ ZURYNSKI Y., SURESHKUMAR P., PHU A. et ELLIOT E. (2015), « Female genital mutilation and cutting: a systematic literature review of health professionals' knowledge, attitudes and clinical practice », *BMC International Health and Human Rights*, 15(32), 1-18. doi : 10.1186/s12914-015-0070-y.

- Élaborer et valider des recommandations liées à la prévention, à l'identification des risques et à une prise en charge de qualité des filles, des femmes et des familles touchées ou à risque de MGF/E.

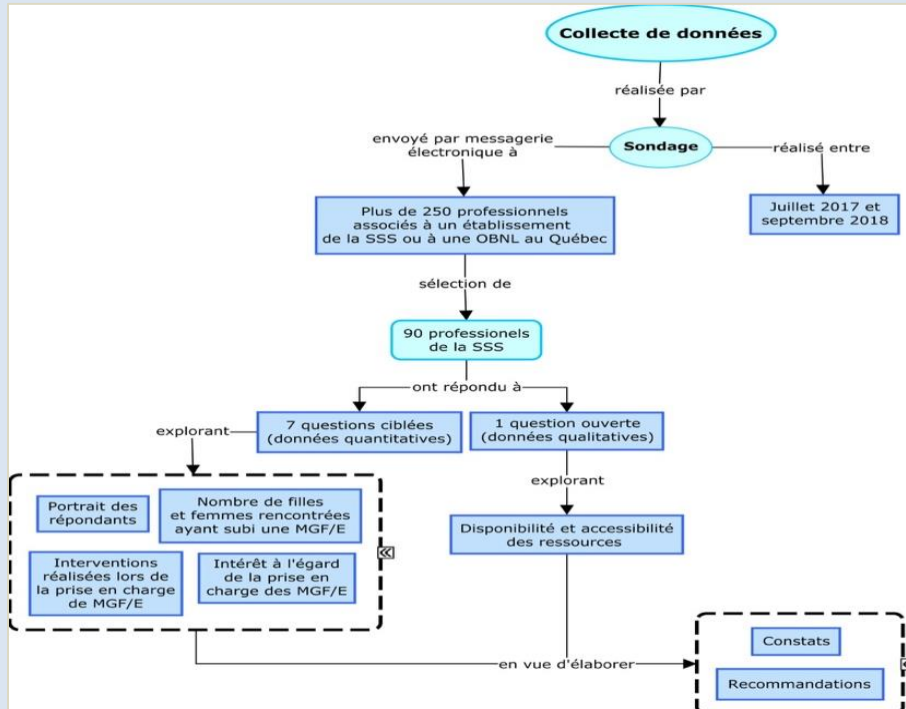
Méthodologie – Secteur de la santé et des services sociaux

Source : Ce sondage a été effectué par Bilkis Vissandjée*, professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. Chercheuse, Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal. Chercheuse, Centre de recherche SHERPA, Équipe METISS.

Dans un premier temps, un questionnaire de sept questions ciblées et une question ouverte a été conçu et validé entre les membres impliqués dans la mise en place de cette enquête. Ce questionnaire a été transmis en copie cachée par la plateforme de messages courriels à plus de 250 professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux au Québec dans la liste respective des membres et dont les personnes avaient donné une autorisation au préalable d'envoi d'informations par le truchement de cette plateforme. Ces questions sont présentées à l'annexe 3. Le schéma suivant illustre les étapes de la collecte de données réalisées pour cette enquête. Les contacts étaient liés d'une façon ou d'une autre à des établissements de santé et des services sociaux au Québec ainsi qu'à des organismes à but non lucratif (OBNL) ayant un lien avec des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux. L'anonymat et la confidentialité ont été assurés dès le début et en tout temps. La participation était volontaire suite à la lecture d'une page explicative des objectifs du projet plus large et de ceux liés au secteur de la santé et des services sociaux. Les réponses sont autorapportées et reflètent, dans une certaine mesure, l'intérêt des répondantes et répondants pour le sujet en question, par le fait même, d'avoir accepté de participer à l'enquête et aux entretiens de groupe. Pour la période de juillet 2017 à septembre 2018, un total de 90 questionnaires ont été remplis.

Le portrait des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux ayant participé à l'enquête par questionnaire sera présenté ci-après selon le sexe, la discipline et le nombre d'années d'expérience. Le nombre de contacts professionnels auprès de filles et de femmes rencontrées en sol canadien ayant indiqué une MGF/E est rapporté suivi de la prise en charge qui en a été faite de façon générale. Il n'était pas possible, ni requis pour les objectifs de l'état de situation, d'entamer une discussion de prise en charge spécifique à chaque cas rapporté. Les informations, les connaissances et l'intérêt à l'égard de la prise en charge des filles et des femmes touchées ou exposées aux MGF/E sont présentés, discutés et enrichis par la perception des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux quant aux ressources existantes sur la prise en charge de ces pratiques.

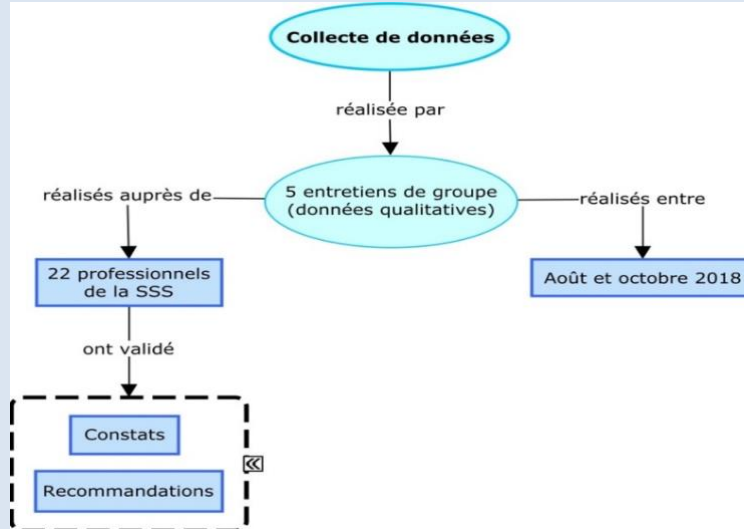
Enquête réalisée auprès de professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux (n = 90)



Méthodologie – Secteur de la santé et des services sociaux (suite)

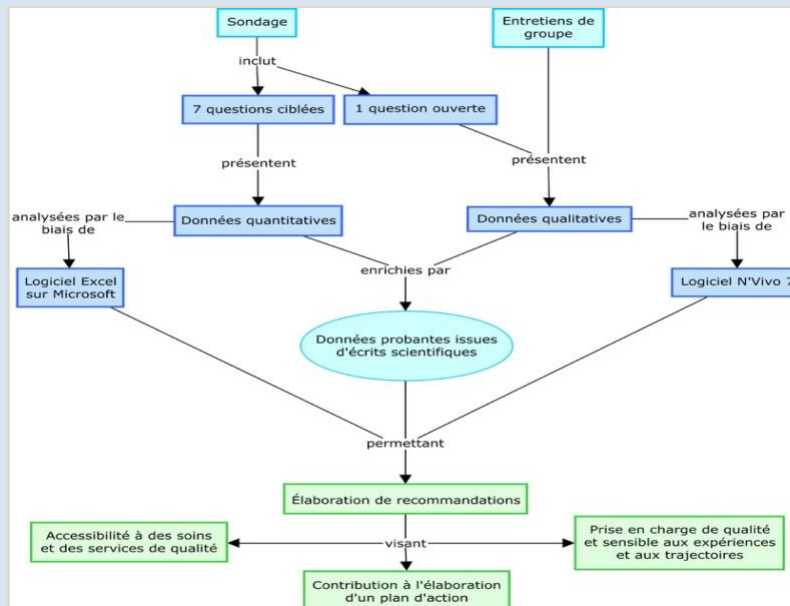
Dans un deuxième temps et en parallèle, au fur et à mesure que les données de l'enquête étaient saisies, cinq entretiens de groupe ont eu lieu entre le mois d'août et d'octobre 2018 auprès d'un total de 22 professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux afin d'enrichir et de valider les résultats issus de l'enquête (schéma ci-après).

Entretiens de groupe réalisés pour validation auprès de professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux (n = 22)



Les données de nature quantitative, issues de l'enquête, ont été saisies et analysées au moyen du logiciel Excel sur Microsoft. Les données de nature qualitative issue de la question ouverte dans l'enquête et celles issues des séances de validation dans le cadre des entretiens de groupe ont été analysées au moyen du logiciel NVivo 7⁷⁵. Les étapes de l'analyse sont présentées au schéma suivant. Enfin, des données probantes issues d'écrits scientifiques pertinents ont été utilisées afin d'enrichir l'analyse et l'interprétation des données pour mener vers l'élaboration de recommandations.

Analyse des données recueillies lors de l'enquête et des entretiens de groupe

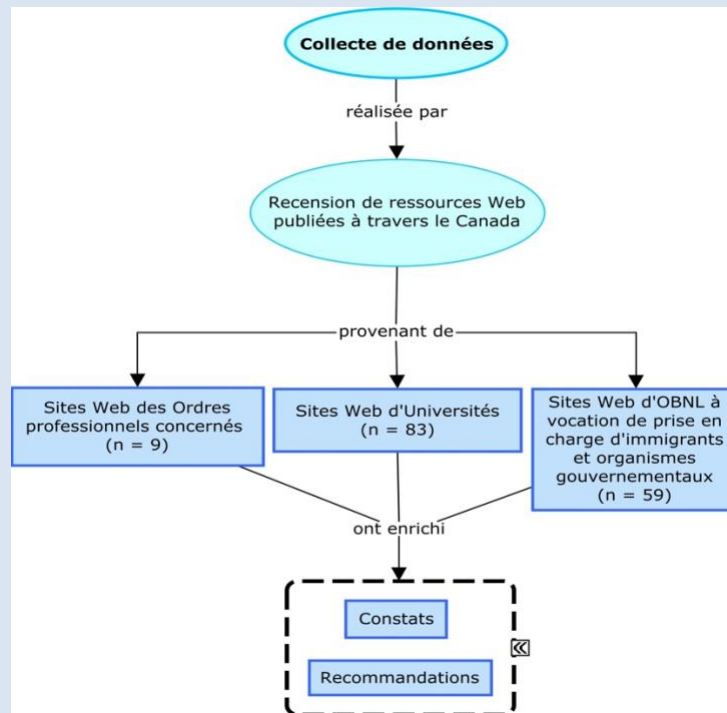


Méthodologie – Secteur de la santé et des services sociaux (suite)

Dans un troisième temps, également en parallèle, les ressources ont été recensées sur : 1. Les sites Web des ordres professionnels pertinents aux professions de la santé et des services sociaux; 2. Les sites Web des universités offrant des informations, des sessions de sensibilisation et des programmes de formation dans le domaine de la santé et des services sociaux liés à la question des MGF/E et, finalement, 3. Les sites d'OBNL à vocation de prise en charge de personnes issues de l'immigration et de différents organismes gouvernementaux (schéma ci-après).

Les ressources Web sur l'ensemble des provinces et territoires du Canada étaient visées dans le cadre de cette recension. Un total de 151 ressources Web ont été recensées. De ce nombre, neuf provenaient d'affiliations et ordres professionnels, soit le Collège des médecins du Québec (n = 1), le Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba (n = 1), le Collège des médecins et chirurgien de la Nouvelle-Écosse (n = 1), le Collège des médecins et chirurgiens d'Ontario (n = 1), le Collège des sages-femmes du Manitoba (n = 2), la Société canadienne de pédiatrie (n = 1) et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (n = 2). La liste des hyperliens vers ces ressources Web est présentée en annexe 4. Il y a 83 ressources qui ont été recensées sur les sites Web d'universités et 59 ressources sur les sites Web d'OBNL et d'organismes gouvernementaux.

Recension de ressources Web (n = 151)



Une carte conceptuelle détaillée des méthodes ayant été utilisées pour les trois types de collecte des données est illustrée en annexe 5.

2.2.2 Portrait des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux

2.2.1.1 Données de nature quantitative

Les données présentées proviennent des sept questions fermées dans le questionnaire qui a été transmis aux professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux par le truchement de la plateforme électronique.

Au total, 90 professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux représentant huit établissements de santé et des services sociaux ou OBNL ont répondu au sondage, où 50 sont

des femmes et 40 des hommes. L'échantillon regroupait 46 médecins, 37 infirmières, trois travailleurs sociaux, deux psychologues, un pharmacien et une sage-femme (figure 3). Parmi ceux-ci, 62,2 % représentaient quatre OBNL, alors que 37,8 % représentaient six établissements de la santé et des services sociaux (figure 4).

Figure 3
Expertises des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux
(n = 90)

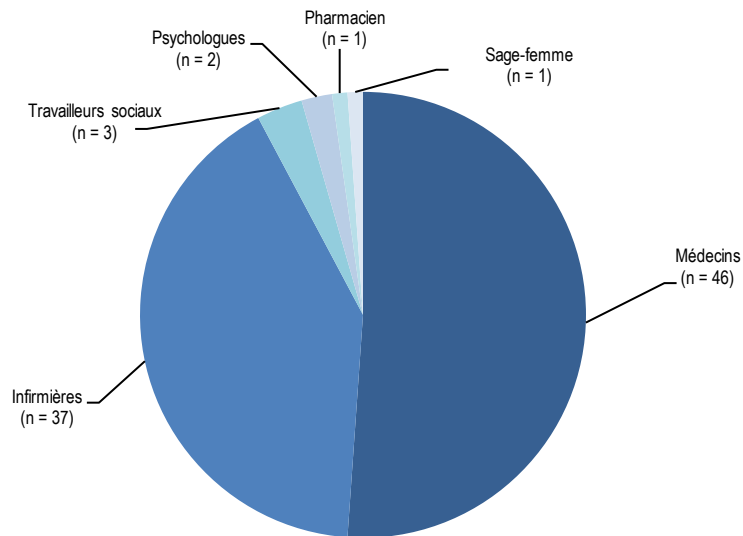
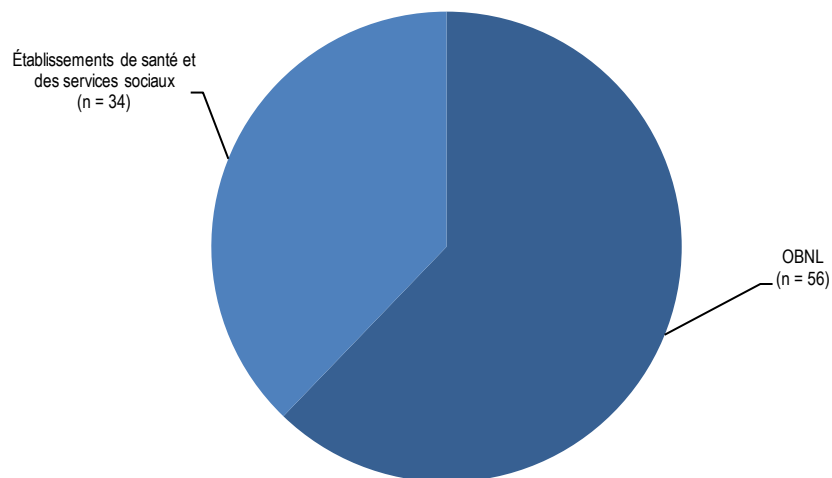


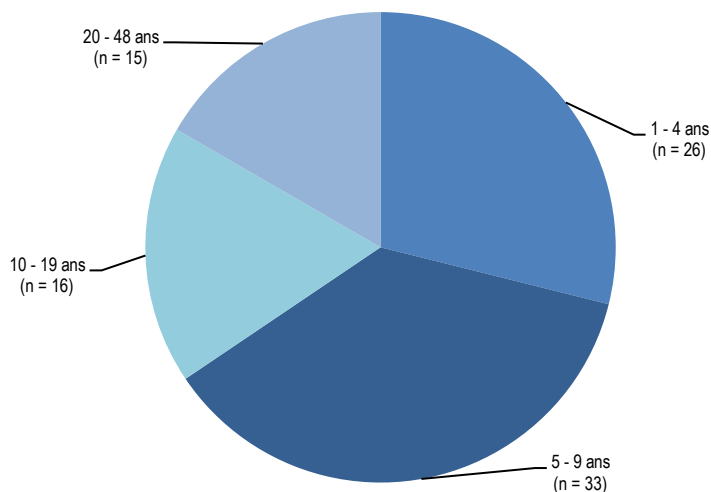
Figure 4
Affiliations des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux
(n = 90)



Parmi les personnes répondantes, 26 ont rapporté un nombre d'années d'expérience allant entre un à quatre ans (28,9 %), alors que 33 personnes détenaient entre cinq et neuf ans d'expérience (36,7 %). Au total, 16 répondantes et répondants détenaient entre 10 et 19 ans d'expérience

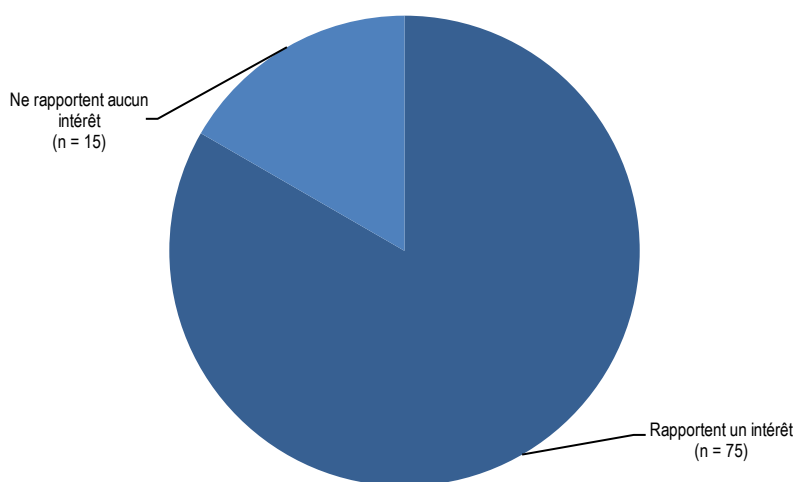
(17,8 %) et 15 ont rapporté un nombre d'années d'expérience allant de 20 à 48 ans (16,6 %) (figure 5).

Figure 5
Nombre d'années d'expérience des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux
(n = 90)



Parmi les personnes ayant participé au questionnaire, 75 professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux ont affirmé avoir un intérêt à une prise en charge des femmes et des filles touchées ou à risque par les MGF/E., un fort pourcentage de 83,3 %. À l'opposé, 15 professionnels de la santé et des services sociaux ont déclaré n'avoir aucun intérêt sur ce sujet, un pourcentage de 16,7 % (figure 6).

Figure 6
Intérêt des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux au sujet des MGF/E
(n = 90)

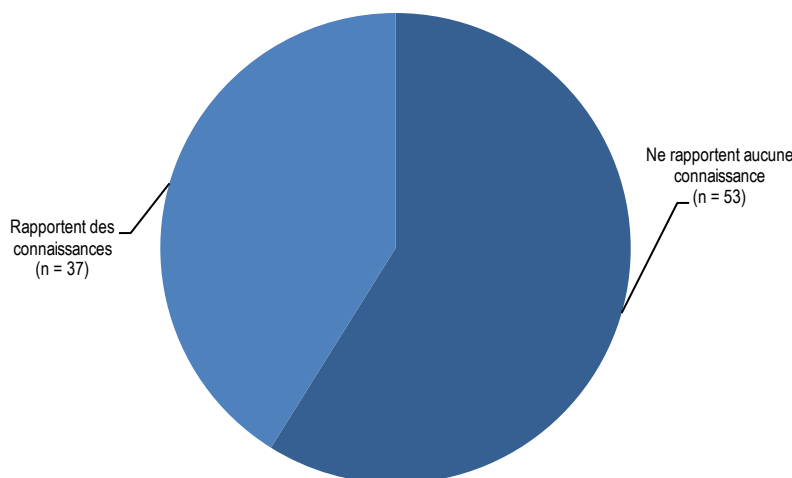


Au total, 53 professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux ont rapporté ne pas détenir d'informations ou de connaissances sur la prévention et la prise en charge des MGF/E, un pourcentage relativement important de 58,9 %. Inversement, 37 professionnelles et

professionnels de la santé et des services sociaux ont rapporté détenir certaines connaissances sur le sujet, soit 41,1 % du total des personnes participantes (figure 7).

Toutefois, il est important de rappeler ici que les données recueillies sont autorapportées, et ce, sur une base volontaire, donc, dans un certain sens, biaisées vers un intérêt au sujet en question. Il reste cependant difficile de distinguer les types, les sources et les modalités d'acquisition des informations et des connaissances et, surtout, de leur application dans les pratiques professionnelles respectives.

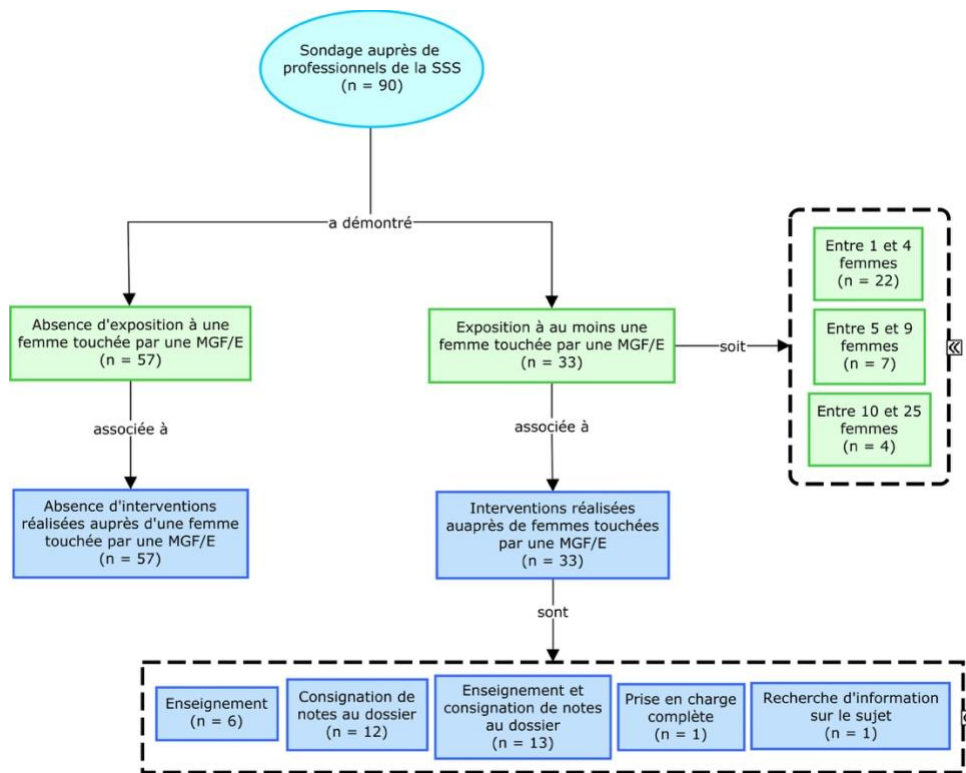
Figure 7
Connaissances des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux au sujet des MGF/E
(n = 90)



Lors de leur pratique, 57 professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux ont affirmé n'avoir jamais été exposés à une femme ayant été touchée par une MGF/E (63,3 %). Ces derniers ont d'autant plus rapporté n'avoir jamais réalisé d'intervention auprès d'une femme ou d'une fille ayant été touchée par une MGF/E. Parmi les 90 personnes répondantes, 33 ont précisé avoir eu à prendre soin d'au moins une femme touchée par une MGF/E (36,7 %), où 22 ont déclaré avoir rencontré en clinique, un nombre allant de une à quatre femmes, sept professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux indiquent un contact auprès de cinq à neuf femmes et, finalement, quatre ont été exposés à un nombre allant de 10 à 25 femmes. L'espace-temps des rencontres rapportées s'étale sur les années de clinique active allant de un à 48 ans d'expérience, majoritairement en soins de santé de première ligne.

Parmi les réponses attestant d'au moins un contact auprès d'une femme ou d'une fille touchée par une MGF/E, six indiquent avoir fait de l'enseignement sur le sujet en question auprès de la population consultée. Un total de 12 personnes répondantes rapportent avoir consigné des notes au dossier et 13 indiquent avoir réalisé une combinaison de ces deux interventions. Un professionnel de la santé et des services sociaux a déclaré avoir fait une recherche d'information sur le sujet en question. Un autre a indiqué avoir procédé à une prise en charge estimée complète. Cette personne œuvrait dans un OBNL et rapportait un nombre d'années d'expérience se situant entre 20 et 48 ans (figure 8).

Figure 8
 Nombre de femmes touchées par une MGF/E ayant été rencontrées en clinique tel que rapporté par les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux et les interventions réalisées
 (n = 90)



2.2.1.2 Données de nature qualitative

Les données présentées proviennent de la question ouverte du questionnaire de l'enquête qui a été partagé au moyen de la plateforme électronique auquel 90 professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux ont répondu. Cette question visait à explorer leurs perceptions quant aux ressources existantes sur la prise en charge et la prévention des MGF/E. Les réponses à cette question ont permis de mettre en relief des informations sur :

- Les informations et les connaissances des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux au regard des outils, stratégies, lignes directrices ou formations disponibles sur la prévention, la prise en charge et le suivi des MGF/E;
- Les outils, stratégies, lignes directrices ou formations dont pourraient bénéficier les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux pour une prise en charge sensible au contexte et trajectoire des filles, des femmes et des familles de la façon la plus optimale des MGF/E;
- Les stratégies à adopter pour renforcer la sensibilité culturelle des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux face aux expériences vécues par les filles et les femmes ayant été touchées par une MGF/E.

L'analyse des données qualitatives issues de la question ouverte de l'enquête a été réalisée au moyen du logiciel NVivo afin de repérer les narratifs incluant des mots-clés liés aux objectifs de cette section et qui ont été les plus fréquemment rapportés par les participantes et participants. NVivo est un logiciel conçu pour organiser, identifier et analyser du contenu non structuré au

préalable issu de réponses libres suite à des questions ouvertes⁷⁶. C'est un logiciel qui, en retrouvant la source de la citation, permet de mieux saisir le contexte dans lequel le mot a été utilisé.

Dans ce cas-ci, il a été possible de lier la source de la citation à l'affiliation professionnelle et le type d'expertise de la personne répondante. Un nuage de mots reprenant les 50 mots les plus souvent utilisés et permettant une visualisation du mot le plus souvent employé se retrouve en figure 9.

À l'issue de cette analyse, le mot « intéressé » est ressorti comme étant celui le plus souvent cité; il a été repéré à 36 reprises. Ce mot est suivi de près par les mots « santé » (31 fois), « intervenants » (22 fois) et « formation » (20 fois). Il est également intéressant de noter que le mot « pertinence » a été employé à 14 reprises. Un des constats est un fort intérêt concernant la prise en charge des MGF/E manifesté par les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux. Il est vrai que ces mots sont rapportés par un échantillon de personnes qui, au préalable, avaient certes un intérêt à la question, ayant accepté de participer à l'enquête.

Cependant, il faut aussi préciser que ces professionnelles et professionnels, œuvrant en première ligne dans la grande majorité, permettent de contextualiser les défis rencontrés vers une prise en charge de qualité en ce qui concerne les besoins des femmes touchées et à risque de MGF/E. Enfin, les données autorapportées, au-delà du biais identifié, sont des informations valides et validées qui permettent de mieux situer les défis perçus dans la réalité d'un contexte d'intervention complexe^{77,78}.

Figure 9

Nuage des 50 mots les plus souvent rapportés par les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux en réponse à la question ouverte dans l'enquête



Des données qualitatives provenant des cinq entretiens de groupe réalisés auprès de professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux ont également été analysées.

⁷⁶ DESCHENAUX F. et BOURDON S. (2005), Introduction à l'analyse qualitative informatisée à l'aide du logiciel QSR NVivo 2.0, [En ligne], [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/Cahiers%20pedagogiques/nvivo-2-0.pdf].

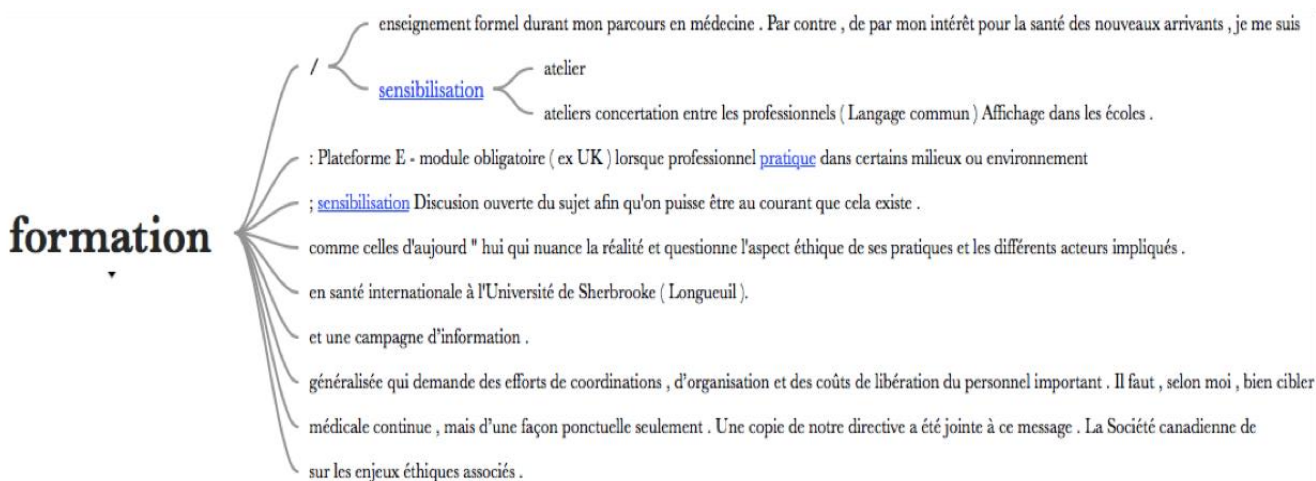
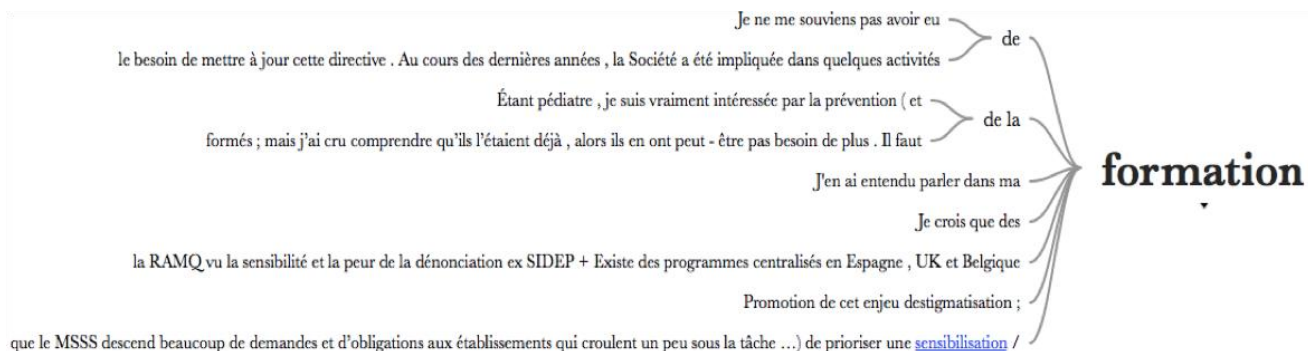
⁷⁷ MCSHERRY R. et PEARCE P. (2017), « Measuring health care workers' perceptions of what constitutes a compassionate organisation culture and working environment: Findings from a quantitative feasibility survey », *Journal of Nursing Management*, 26(2), 127-139. doi : 10.1111/jonm.12517.

⁷⁸ PAPADOPOULOS I., ZORBA A., KOULOGLIOTI C., ALI S., AAGARD M., AKMAN O., ALPERS L.-M., APOSTOLARA P. (...), VASILIOU M. (2016), « International study on nurses' views and experiences of compassion » *International Nursing Review*, 63(3), 395-405. doi: 10.1111/inr.12298.

Les entretiens de groupe, où les questions posées sont présentées en annexe 6, visaient à enrichir et à valider les résultats issus du sondage.

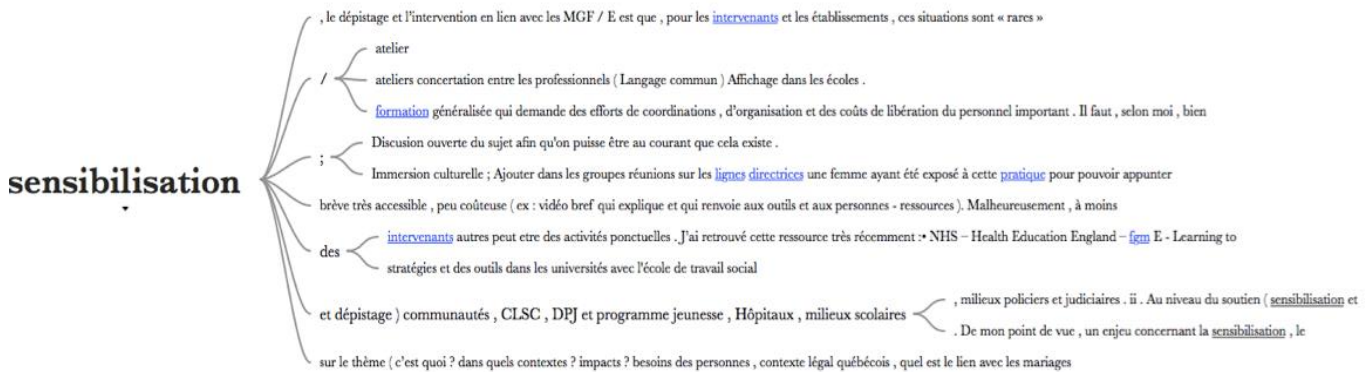
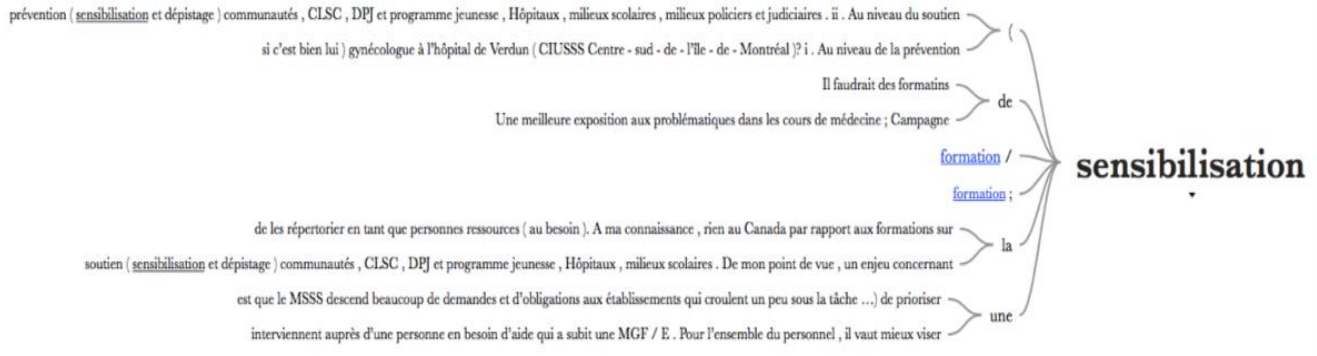
L'analyse des données issues des entretiens de groupe s'est faite au moyen du logiciel NVivo. À la suite d'une première analyse permettant de repérer les mots les plus fréquemment employés, une analyse subséquente a été réalisée dans le cadre de laquelle les relations entre les différentes sources ont été explorées. Cela a permis de créer des nœuds autour des mots les plus fréquemment employés et pertinents au contexte⁷⁹. C'est ainsi que des nœuds ont été générés autour des mots « formation », « sensibilisation », « intervenant » et « pratique » en raison de la nature des questions qui ont été posées durant les entretiens. Les liens synaptiques démontrent que la formation est rapportée plusieurs fois dans les entretiens de validation, illustrant des connaissances limitées, mais également une recommandation au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à introduire un programme de formation et de sensibilisation destiné aux professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux (figures 10 et 11).

Figure 10
Liens synaptiques autour du mot « formation »



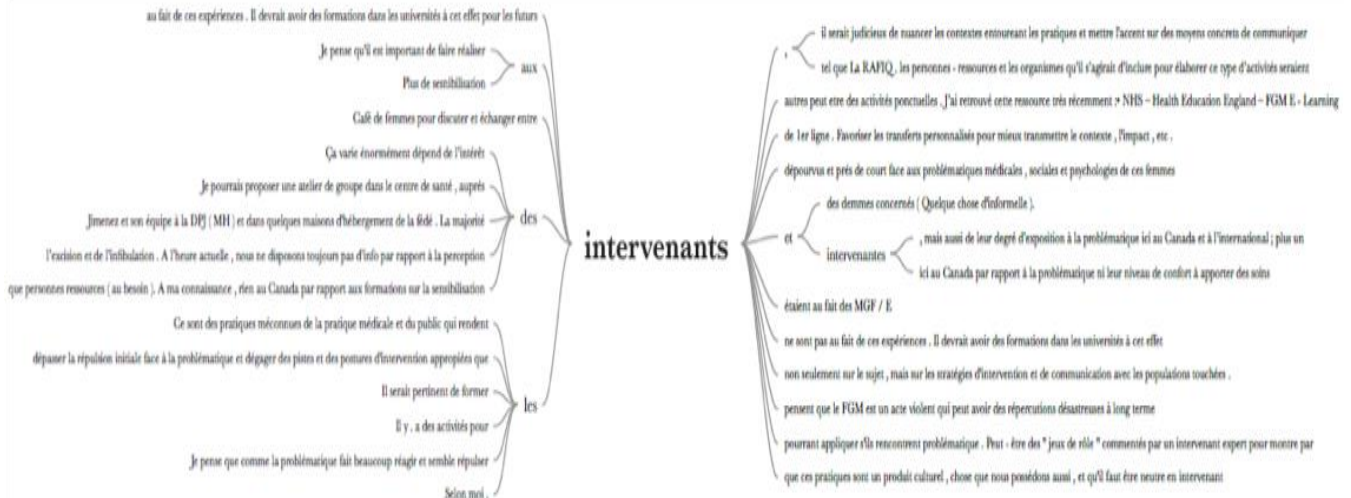
⁷⁹ DESCHENAUX F. et BOURDON S. (2005), Introduction à l'analyse qualitative informatisée à l'aide du logiciel QSR NVivo 2.0, [En ligne], [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/Cahiers%20pedagogiques/nvivo-2-0.pdf].

Figure 11
Liens synaptiques autour du mot « sensibilisation »



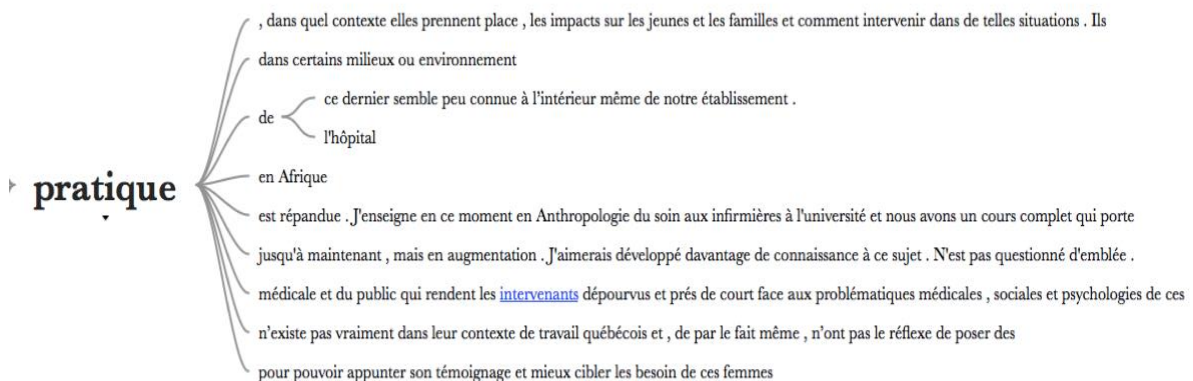
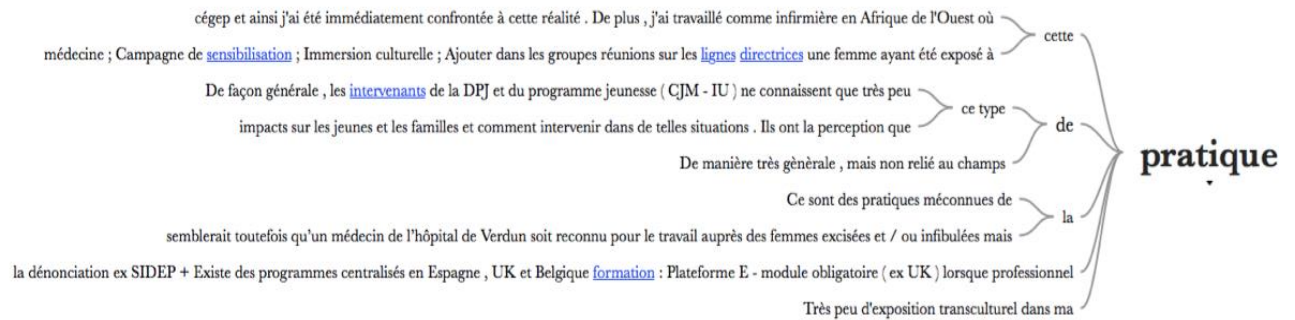
Les liens synaptiques autour du mot « intervenants » démontrent que les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux ont souligné à plusieurs reprises avoir des connaissances limitées en ce qui concerne les MGF/E. On remarque des stratégies variées que les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux mettent en œuvre afin de répondre à un besoin de combler ces connaissances, et surtout d'être en mesure de donner des soins de qualité dans la mesure du possible (figure 12).

Figure 12
Liens synaptiques autour du mot « intervenants »



Enfin, les liens synaptiques autour du mot « pratique » démontrent que les dimensions légale, psychologique et socioculturelle liées aux MGF/E sont méconnues par les professionnels de la santé et des services sociaux, ce qui limite leurs capacités à détecter les cas des femmes ou des filles touchées ou encore à risque de MGF/E, à repérer les indicateurs de risque et à intervenir en cas de suspicion (figure 13).

Figure 13
Liens synaptiques autour du mot « pratique »



De façon générale, les entretiens de groupe ont donné lieu à des discussions de validation, d'une part, sur l'état des connaissances des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux au regard des expériences de vie et des trajectoires des filles et des femmes touchées par les MGF/E. D'autre part, des directives et des outils cliniques ont été mentionnés comme étant un besoin urgent afin de contribuer à des bonnes pratiques de protection, de prévention et de prise en charge.

2.2.3 Recension de ressources Web

Une recension de ressources Web publiées au Canada a été menée entre septembre 2017 et septembre 2018 sur les sites Web des universités offrant des programmes de formation dans le domaine de la santé et des services sociaux, sur les sites d'OBNL à vocation de prise en charge de personnes issues de l'immigration ainsi que sur les sites des ordres professionnels pertinents aux professions de la santé et des services sociaux concernées. Cette recension a été effectuée dans l'optique de connaître un état des lieux sur l'accessibilité à des lignes directrices, des formations, des outils de sensibilisation, des rapports ou des syllabus adressés aux professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux ou aux étudiantes et étudiants.

Les plateformes *Google* et *Google Scholar* ont été utilisées pour recenser les ressources Web et pour repérer les sites Web professionnels sur lesquels approfondir les recherches. C'est ainsi que 70 sites Web ont été explorés, en français et en anglais, sans restriction en lien avec les dates de publication. Les ressources Web devaient avoir, dans une certaine mesure, un lien avec la recherche, le savoir-être, le savoir-faire et les interventions à réaliser auprès de filles et de femmes ayant été touchées par une MGF/E. Au total, 151 ressources Web ont été retenues pour analyse. Il est intéressant de constater l'envergure des ressources en anglais comparativement à celles publiées en français. Parmi les 151 ressources Web recensées, 113 d'entre elles sont en anglais, alors que 38 sont en français. Enfin, il est à noter que les résultats ne sont pas ciblés et que certains d'entre eux pourraient ne pas faire référence directement aux MGF/E.

L'analyse des ressources Web repose sur :

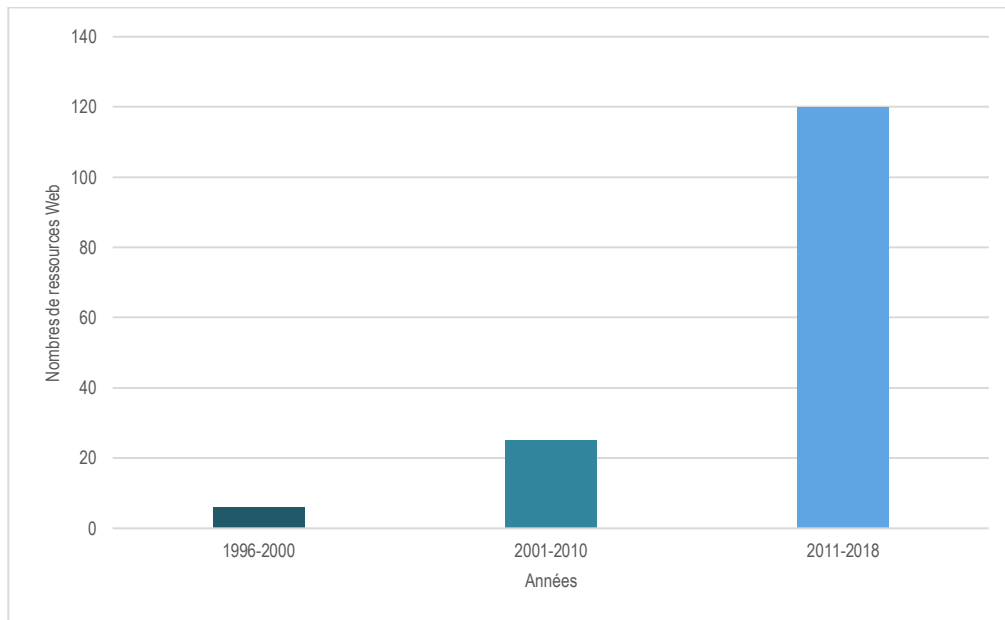
- L'évolution du nombre de ressources Web publiées selon les années;
- La provenance géographique des ressources Web;
- Les domaines d'intérêts et les types de ressources Web;
- Les types d'institutions ayant publié les ressources Web;
- Les ressources Web disponibles sur les sites des ordres professionnels du Québec.

2.2.3.1 Évolution du nombre de ressources Web publiées selon les années

Après avoir recensé 151 ressources Web publiées au Canada sur les questions liées aux MGF/E, celles-ci ont été analysées afin d'étudier l'évolution de l'accessibilité des ressources selon les années (figure 14). Alors que la recension n'avait aucune restriction au regard des années de publication, la ressource Web la plus ancienne a été publiée en 1996 et la quantité de ressources Web accessibles entre les années 1996 et 2000 était négligeable, avec un nombre de 6 ressources recensées. Une tendance a été constatée au fil des années, où le nombre de ressources Web accessibles est devenu plus notable à partir de 2011. C'est ainsi qu'entre les années 2011 et 2018, un total de 120 ressources Web ont été publiées à l'échelle du Canada, ce qui représente 79,5 % des ressources recensées. Il est d'ailleurs intéressant de noter que l'année 2014 représente celle où il y a eu le plus de publications en lien avec les questions liées aux MGF/E, soit un total de 20 ressources publiées.

Alors que la tendance à la hausse des mouvements d'immigration au Québec et au Canada au cours des années affecte la complexité de la prise en charge des femmes et des filles touchées ou à risque, il semble que le nombre de ressources suive la même tendance. La nécessité de sensibiliser, d'informer et de former les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux sur ces questions complexes a donc émergée, menant souvent ces derniers vers des terrains inconnus. De telles situations mettent au défi des pratiques qui doivent répondre aux besoins spécifiques des filles et des femmes touchées ou à risque ainsi que les impératifs déontologiques d'une prise en charge de qualité.

Figure 14
Ressources Web publiées selon les années
n=151



2.2.3.2 Provenance géographique des ressources Web

Les ressources Web recensées proviennent de huit provinces canadiennes, où l'Ontario détient le nombre le plus important de ressources Web publiées (n = 57), suivi par le Québec (n = 41), l'Alberta (n = 16) et la Colombie-Britannique (n = 16). Le Manitoba et la Saskatchewan cumulent 16 ressources publiées, alors que la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick cumulent uniquement cinq ressources Web.

Au-delà de leur province de publication, il a été constaté que les ressources Web proviennent de 22 villes à l'échelle du territoire canadien. La ville d'Ottawa tient la première place (n = 30), suivie par Montréal (n = 28), Winnipeg (n = 17), Vancouver (n = 16) et Toronto (n = 15). Six villes (Québec, Regina, Edmonton, Calgary, Halifax et Sherbrooke) se partagent 29 des ressources publiées avec un total respectif allant de trois à sept publications. L'autre moitié des villes canadiennes (Rouyn-Noranda, Hamilton, Guelph, Kingston, Thunder Bay, Gatineau, London, Waterloo, St. Catharines, North Bay et Fredericton) regroupe à elle seule 16 ressources Web, pour un total allant à moins de trois publications par ville.

2.2.3.3 Domaines d'intérêt et types de ressources Web

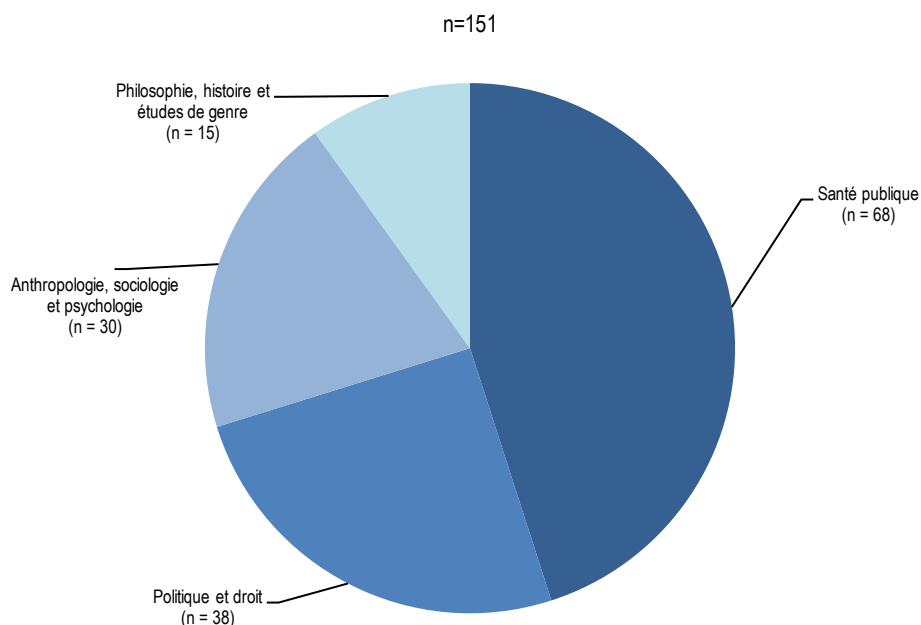
▪ Domaines d'intérêt des ressources Web

Les ressources Web recensées relèvent de quatre domaines d'intérêt, soit 1. Santé publique, 2. Politique et droit, 3. Anthropologie, sociologie et psychologie et 4. Histoire, philosophie, art et études de genre. Selon l'analyse effectuée, 68 ressources relevaient du domaine de la santé publique (45,0 %), 38 ressources concernaient la politique ou le droit (25,2 %), 30 ressources se rapportaient au domaine de l'anthropologie, de la sociologie et de la psychologie (19,8 %) et 15 ressources relevaient de la philosophie, de l'histoire et des études de genre (10,0 %) (figure 15).

En ce qui a trait aux types de documents publiés en lien avec les MGF/E, les syllabus et les rapports sont les plus nombreux recensés avec 42 ressources Web publiées dans chacune de ces deux

catégories de documents. Suivent 25 programmes et politiques recensés, 19 annonces de séminaires ou de colloques, 17 guides de lignes directrices et six thèses doctorales.

Figure 15
Domaines d'intérêt des ressources Web recensées



▪ Types d'institutions ayant publié les ressources Web

Les institutions universitaires sont celles qui cumulent le plus de ressources Web, avec un total de 83 ressources publiées (55,0 %). Les informations contenues dans les ressources Web des sites d'universités sont toutefois très disparates. Il n'a pas été possible de discerner un programme de formation spécifique sur le sujet en question, qu'il soit dans l'univers des formations initiales ou celles continues dans les établissements de santé et des services sociaux. Elles sont suivies par les organismes gouvernementaux qui ont publié 35 ressources (23,2 %), par les organismes communautaires et non gouvernementaux qui ont publié 24 ressources (15,9 %) et par les ordres et associations professionnels qui ont publié un total de neuf ressources (5,9 %).

Parmi les institutions qui ont publié des ressources Web sur les MGF/E, on compte la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) qui a publié en novembre 2013 des directives cliniques sur la prise en charge et la prévention des MGF/E⁸⁰. Ces directives cliniques ont été téléchargées 4 451 fois entre le 1^{er} novembre 2013 et le 1^{er} janvier 2016, ont fait l'objet de 248 *full-text requests* via le site Web de la SOGC au cours de l'année 2017 et ont été citées une vingtaine de fois dans des articles scientifiques canadiens et internationaux.

Le site Web du Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba donne accès à un document sur les normes d'exercice de la médecine⁸¹. Ce document renferme une annexe dédiée aux MGF/E, où il est expliqué en quoi consiste cette pratique et quelles sont les obligations légales et déontologiques à cet effet. Dans le même ordre d'idées, le Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse a rendu disponible en 2012 un document sur les normes professionnelles à

⁸⁰ PERRON, L., SENIKAS, V., BURNETT, M. et DAVIS, V. (2013), « Excision génitale féminine », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(11), 1046-1048. doi : 10.1016/S1701-2163(15)30793-3.

⁸¹ COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF MANITOBA (2009), *Standards of Practice of Medicine*, [En ligne], [<https://cpsm.mb.ca/cj39alckF30a/wp-content/uploads/Standards%20of%20Practice/Standards%20of%20Practice%20of%20Medicine.pdf>].

suivre relativement aux MGF/E⁸². Ce document vise à informer les médecins sur les dispositions légales adoptées au Canada et sur les conséquences qui s'ensuivront dans la mesure où un médecin est soupçonné ou reconnu coupable d'avoir pris part à ces pratiques d'une façon ou d'une autre.

Le site Web de la Société canadienne de pédiatrie renferme une page destinée uniquement aux MGF/E, où ces pratiques sont expliquées de long en large et où les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux ont accès à diverses recommandations pour les aider à intervenir efficacement en cas de MGF/E⁸³. Plusieurs suggestions de ressources sont disponibles.

L'organisme *Sexuality Education Resource Centre* (SERC) basé au Manitoba a publié sur son site Web de nombreuses ressources sur les MGF/E depuis les dernières années. Parmi celles-ci, il y a un document informatif qui explique les origines des MGF/E et donne des indications pour une prise en charge ancrée dans la sensibilité culturelle aux expériences et trajectoires. De plus, une approche sécuritaire auprès de cette population est soulignée.⁸⁴ Des possibilités de formation sont généralement affichées sur le site Web et s'adressent aux professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux qui travaillent avec auprès de filles, de femmes et de familles immigrantes en provenance de pays à prévalence élevée de MGF/E. Ces ressources sont également très accessibles à la population étudiante dans le domaine de la santé et des services sociaux.

En ce qui concerne les politiques, la Commission ontarienne des droits de la personne a élaboré et publié une politique sur les MGF/E pour assurer la protection et la promotion des droits fondamentaux des filles et des femmes⁸⁵. Le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario a également élaboré et publié une déclaration de politique générale sur les MGF/E afin de clarifier les obligations des médecins au regard de ces pratiques⁸⁶.

2.2.3.4 Ressources Web disponibles sur les sites des ordres professionnels du Québec

Dans le contexte de cette recension, un intérêt a été porté à la présence de ressources disponibles sur les sites Web des ordres professionnels du Québec spécifiquement. À cet effet, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le Collège des médecins du Québec (CMQ), l'Ordre des psychologues du Québec, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) et l'Ordre des sages-femmes du Québec ont été ciblés. Les constats renforcent la perception selon laquelle les questions liées aux MGF/E ne sont pas considérées prioritaires en opposition à d'autres conditions à plus fortes prévalences. Il n'a pas été possible d'identifier ni d'accéder à de l'information, des formations ou encore des directives cliniques, et ce, sur l'ensemble des sites Web des ordres professionnels sélectionnés. L'unique mention des MGF/E se trouve sur le site Web du CMQ, qui informe ses membres des modifications apportées au Code criminel qui ont été sanctionnées le 25 avril 1997 au Canada⁸⁷. Le CMQ fait un parallèle entre cette loi et l'article 60 du Code de déontologie des médecins du Québec, spécifiant que le médecin doit refuser en tout temps de collaborer à des actes médicaux pouvant nuire à autrui. Cette information

⁸² COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF NOVA SCOTIA (2012), *Professional Standard Regarding Female Genital Mutilation*, [En ligne], [https://cpsns.ns.ca/wp-content/uploads/2017/10/Female-Genital-Mutilation.pdf].

⁸³ SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2018), *La mutilation génitale féminine/excision*, [En ligne], [https://www.enfantsneocanadiens.ca/screening/fgm].

⁸⁴ SERC (2018), *Working with Women and Girls Who Have Experienced Female Genital Cutting (FGC): A Culturally Sensitive Approach*, [En ligne], [http://serc.mb.ca/wp-content/uploads/2018/08/Wrk-with-Women-Girls-2015.pdf].

⁸⁵ 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].

⁸⁶ COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO (2004), *Policy Statement #2-11: Female Genital Cutting (Mutilation)*, [En ligne], [https://www.cpso.on.ca/CPSO/media/uploadedfiles/policies/policies/policyitems/female_circ.pdf?ext=.pdf].

⁸⁷ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2009), *Legal, Ethical and Organizational Aspects of Medical Practice in Quebec*, [En ligne], [https://www.mcgill.ca/medicine-academic/files/medicine-academic/Legal-Ethical-Organization-Aspects-Medical-Practice-Quebec.pdf].

rappelle aux médecins leurs obligations déontologiques et légales, favorisant ultimement les démarches de prévention et de protection des filles à risque d'être touchées par une MGF/E.

2.2.4 Constats et besoins

Il est important de se rappeler que la participation était sur une base volontaire, liée dans une certaine mesure à l'intérêt de la personne répondante pour les MGF/E. Les réponses sont constituées de perceptions autorapportées. Ces dernières sont des données qui représentent de façon adéquate les actions posées et celles à venir. Ces données contribuent à une meilleure compréhension des besoins et à une mise en place des interventions de qualité en lien avec la complexité des besoins⁸⁸.

Les cartes conceptuelles illustrant les constats et les besoins sont présentées en annexes 7 et 8.

Les constats qui relèvent du portrait des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux reposent sur :

- L'intérêt et les connaissances liés aux MGF/E;
- Les enjeux liés à des connaissances limitées des MGF/E;
- Les enjeux liés aux spécificités selon les genres;
- Les enjeux liés aux particularités culturelles et linguistiques lors des relations cliniques impliquant des femmes ou des filles touchées par une MGF/E;
- Les enjeux liés à la sensibilisation et à la formation.

2.2.4.1 Intérêt et connaissances liés aux MGF/E

Un des constats est lié au fait qu'une exposition aux MGF/E alimenterait les connaissances et l'intérêt sur le sujet en question. En effet, les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux qui ont démontré un intérêt pour les questions liées aux MGF/E ont rapporté avoir rencontré un nombre élevé de femmes touchées et, par conséquent, être mieux outillés à intervenir auprès de cette population. Un nombre de contacts fréquents favorise l'intérêt d'acquérir des connaissances au sujet des MGF/E. Les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux qui ont démontré peu d'intérêt pour la question des MGF/E sont moins nombreux à y avoir été exposés.

Toutefois, il devient important de se poser la question en ce qui concerne l'initiative personnelle prise par une professionnelle ou un professionnel de la santé et des services sociaux de poser la question à des femmes en sachant qu'elles sont originaires de pays à haute prévalence de MGF/E. *A contrario*, un intérêt limité, de connaissance et de sensibilisation sur le sujet pourrait expliquer le fait que certaines professionnelles et certains professionnels de la santé et des services sociaux n'investiront pas plus loin sur ce sujet, lors de la prise en charge d'une femme immigrante susceptible d'avoir été touchée par une MGF/E si cette question n'est pas la raison première de la consultation. Il est intéressant de noter que sept des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux qui ont rapporté un intérêt limité pour les questions liées aux MGF/E, soit presque la moitié de celles et ceux qui ont répondu à la négative à cette question, travaillent dans un OBNL. Alors que les OBNL ayant participé à cette enquête détiennent une expertise à intervenir auprès des populations vulnérables ou immigrantes, il est important de se questionner sur les intersections entre l'intérêt, les connaissances acquises, une exposition limitée aux questions liées aux MGF/E et l'intention de s'engager dans une relation clinique sur le sujet lorsque les femmes elles-mêmes ne l'initient pas d'emblée. Il est bien documenté que ces dernières ne le feront pas

⁸⁸ MCSHERRY R. et PEARCE P. (2017), « Measuring health care workers' perceptions of what constitutes a compassionate organisation culture and working environment: Findings from a quantitative feasibility survey », *Journal of Nursing Management*, 26(2), 127-139. doi : 10.1111/jonm.12517.

spontanément pour diverses raisons, notamment celles liées à l'importance d'une relation de confiance et de pouvoir se comprendre sur divers plans^{89, 90}.

Inversement, une exposition et des connaissances limitées en lien avec les MGF/E semblent également susciter l'intérêt de certaines professionnelles et certains professionnels de la santé et des services sociaux. C'est le cas des jeunes médecins qui ont rapporté avoir peu d'expérience professionnelle ainsi que des connaissances limitées sur les MGF/E, tout en rapportant un intérêt élevé pour ces pratiques. Avec l'accroissement des flux migratoires au Canada observé depuis les dernières années, les étudiantes et étudiants actuels en médecine sont possiblement exposés davantage à des populations immigrantes, et donc davantage sensibilisés aux expériences de santé et aux trajectoires complexes vécues par ces populations qui immigreront au Québec⁹¹. Par ailleurs, les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux qui ont rapporté peu d'années d'expérience et n'avoir jamais été exposés à une femme ayant été touchée par une MGF/E ont suggéré en majorité l'importance de pouvoir orienter les filles et les femmes concernées vers des centres spécialisés dans la prise en charge et la prévention des MGF/E. Les cliniques spécialisées ont l'avantage d'offrir un cadre idéal et sécuritaire pour les femmes afin de recevoir de l'enseignement et des soins adaptés à leurs besoins spécifiques par des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux qui détiennent la formation et l'expertise requises⁹². Ce constat a été relevé et validé lors des entretiens de groupe.

Les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux qui ont rapporté au moins une femme ayant été touchée par une MGF/E sont majoritairement affiliés à un OBNL et ont un nombre d'années d'expérience plus élevé que ceux n'ayant rapporté aucune femme. Il est logique de penser que le nombre d'années d'expérience soit lié au nombre de femmes ayant été touchées par une MGF/E. L'affiliation à un OBNL semble d'autant plus être un paramètre explicatif du nombre de femmes rapportées. Les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux qui travaillent dans un OBNL rencontrent le plus souvent des populations immigrantes ou en contexte de vulnérabilité⁹³. Ceux-ci seraient donc plus susceptibles d'être en interaction avec des femmes ayant vécu une MGF/E. Cette exposition peut expliquer le fait que les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux en OBNL soient davantage intéressés et sensibilisés aux MGF/E et aux différentes trajectoires et expériences de vie des femmes. Ainsi, les milieux les plus susceptibles d'intervenir auprès de filles et de femmes touchées par les MGF/E semblent également être les milieux les plus proches en termes de lieu, d'accessibilité et de sensibilité culturelle. Alors que les OBNL sont des acteurs de premier plan dont l'étendue des différentes expertises permet de soutenir un meilleur continuum de services, la collaboration intersectorielle entre les OBNL et les milieux hospitaliers ainsi que la complémentarité des expertises ont été considérés comme étant incontournables pour une prise en charge de qualité

⁸⁹ VISSANDJÉE B., DENETTO S., MIGLIARDI P., & PROCTOR J. (2014), « Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences », *BMC International Health and Human Rights*, 14:13.

⁹⁰ MBANYA V.N., GELE A.A., DIAZ E. et KUMAR B. (2018), « Health care-seeking patterns for female genital mutilation/cutting among young Somalis in Norway », *BMC Public Health*, 18(517), 1-10. doi : 10.1186/s12889-018-5440-7.

⁹¹ QUÉBEC (Gouvernement du), Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion (2016), *Fiche synthèse sur l'immigration au Québec – 2016*, [En ligne], [http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/FICHE_syn_an2016.pdf].

⁹² MOMOH C., LADHANI S., LOCHRIE D.P. et RYMER J. (2001), « Female genital mutilation: analysis of the first twelve months of a southeast London specialist clinic », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(2), 186-191. doi : 10.1111/j.1471-0528.2001.00036.x.

⁹³ MÉDECINS DU MONDE (2017), *Rapport annuel 2016-2017*, [En ligne], [https://www.medecinsdumonde.ca/wp-content/uploads/2018/01/RapportAnnuel_MdMCanada_2016-2017-7.compressed.pdf].

des femmes ayant été touchées par une MGF/E^{94,95}. La collaboration multidisciplinaire ressort comme une composante à privilégier dans l'ensemble des milieux de soins⁹⁶.

Les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux qui ont rapporté un nombre élevé de femmes touchées par une MGF/E sont ceux qui ont déclaré un nombre élevé d'années d'expérience et qui faisaient à la fois de l'enseignement et des notes au dossier. Il n'y a toutefois pas de détails sur le contenu de l'information transmise aux femmes durant les séances d'enseignement qui ont été réalisées. En ce qui concerne la consignation de notes au dossier, cette intervention devrait être réalisée systématiquement pour assurer la continuité des soins et optimiser la prise en charge. Il est requis dans un contexte où les contacts de soins avec des populations de différentes catégories d'immigration sont plus fréquents, de s'informer sur le sujet, de documenter la présence d'une MGF/E, possiblement le type, si ses connaissances le lui permettent, les complications potentielles et le plan d'accouchement en ce qui concerne les femmes enceintes.

Le cas échéant, une passerelle de référence pour une prise en charge optimale et pour des activités de prévention devrait être mise en place vers des ressources plus appropriées. Cela est d'autant plus important dans le scénario de naissance d'une petite fille. Par ailleurs, pour les femmes infibulées issues de certaines régions de pays d'Afrique concernés, une certaine forme de désinfibulation peut s'avérer nécessaire avant ou pendant l'accouchement. Une telle situation peut engendrer une certaine appréhension chez ces femmes et nécessiter une planification de soins de façon précoce⁹⁷. Il est impératif de consigner ces informations au dossier pour assurer une prise en charge et un continuum de soins de qualité. Si les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux qui font à la fois de l'enseignement et des notes au dossier rapportent avoir été en contact avec un nombre de femmes plus élevé et avoir un certain nombre d'années d'expérience, sont-ils plus à même d'être sensibilisés et spécialisés sur les MGF/E? Quel parallèle peut être fait avec la formation, le niveau de connaissances sur le sujet et la sensibilité liée à une intervention complète de la professionnelle ou du professionnel? Serait-ce une question de sensibilité accrue à des situations complexes liée à une exposition clinique qui encouragerait les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux à intervenir avec une attention spécifique auprès des femmes ayant été touchées par une MGF/E?

2.2.4.2 Enjeux liés à des connaissances limitées des MGF/E

Il a été constaté que les MGF/E ne sont pas perçues comme prioritaires au sein du système de santé québécois. Des exemples telles que les conditions à forte prévalence comme le diabète de type 2, la dépression ou la toxicomanie sont souvent cités comme des situations cliniques nécessitant une attention particulière, notamment auprès des personnes immigrantes nouvellement arrivées. Par conséquent, une forme « déresponsabilisation » du secteur de la santé et des services sociaux vis-à-vis de la formation des professionnelles et professionnels en matière de MGF/E peut être notée. Ce contexte est lié aux connaissances limitées sur le sujet tel que rapporté par une majorité des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux. À cet effet, ceux-ci ont affirmé ne pas se sentir suffisamment informés ni formés sur les MGF/E. Elles et ils considèrent que leurs compétences pour assurer une prise en charge sensible et efficace sont limitées en ce qui concerne la complexité liée à ces questions. L'intersection avec la trajectoire migratoire, les spécificités selon le genre et les rapports ou relations culturelles liées aux MGF/E sont ressortis fréquemment comme étant une préoccupation lors des entretiens de validation en groupe. La majorité des personnes répondantes ont souligné n'avoir jamais reçu de formation

⁹⁴ PINEAULT R., LÉVESQUE J. F., HAMEL M. et COUTURE A. (2008b), *Les modèles d'organisation des services de première ligne et l'expérience de soins de la population*, [En ligne], [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/816_ModeleOrganisation.pdf].

⁹⁵ VISSANDJÉE B. et LINGAM L. (2012), Enjeux liés aux approches sensibles à l'interaction entre le genre et la migration : construire des partenariats, revoir les pratiques pour un accès équitable à des soins de santé in Suárez-Herrera, J.C. & Blain, M.J. (Eds), *La recherche en santé mondiale : Perspectives socio-anthropologiques*, Collection Cahiers scientifiques de l'ACFAS, Montréal, 284 p.

⁹⁶ VIRANI T. (2012), *Interprofessional collaborative teams*, [En ligne], [http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/Virani-Interprofessional-EN.sflb.ashx].

⁹⁷ ABDULCADIR J., MARRAS S., CATANIA L., ABDULCADIR O. et PETIGNAT P. (2018), « Defibulation: A Visual Reference and Learning Tool », *Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 601-611. doi : 10.1016/j.jsxm.2018.01.

qu'elle soit académique ou à titre de formation continue sur les MGF/E. D'autres ont mentionné n'avoir qu'effleuré le sujet durant leurs études ou durant un séminaire dans leur établissement de santé et de services sociaux ou encore dans un OBNL. Conséquemment, des connaissances limitées, notamment pour les professionnelles et professionnels de la santé en contact avec de nouvelles arrivantes, particulièrement sur les complexités liées aux MGF/E et les complications associées, peuvent certes, entraver une détection en amont de certains besoins des filles et des femmes touchées par une MGF/E. Dans un tel contexte, la qualité du soutien et des soins offerts au-delà des MGF/E est aussi à risque d'être affectée.

2.2.4.3 Enjeux liés aux spécificités différenciées selon les sexes et les rapports sociaux de genre

Les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux ont rapporté des perceptions et des recommandations différentes en ce qui concerne la prévention, la prise en charge et le suivi d'une femme touchée par une MGF/E notamment selon le genre. Les femmes professionnelles de la santé et des services sociaux seraient plus ouvertes et plus confiantes que les hommes à aborder un tel sujet, qui d'autant plus est ressorti fréquemment comme étant tabou, où il n'est pas discuté si la femme ne l'apporte pas comme une condition nécessitant une quelconque intervention. Les femmes répondantes ont démontré un plus grand intérêt, sont plus axées sur l'éducation et ont rapporté avoir identifié et pris en charge davantage de femmes ayant été touchées par une MGF/E que les hommes. Cela est un reflet d'une sensibilisation plus accrue des femmes, possiblement pour des raisons de solidarité de genre⁹⁸. Inversement, les professionnels de la santé et des services sociaux, du genre masculin, semblent être en processus de « prise de conscience » plutôt que d'action et de prévention actives. On constate ainsi une prise en charge différenciée selon les genres dans la prévention, la prise en charge et le suivi des cas de MGF/E.

De plus, la perception des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux est telle que les femmes touchées par une MGF/E seraient plus à l'aise d'être suivies par une personne de sexe féminin que de sexe masculin. Bien qu'une diversité de raisons cliniques, personnelles et culturelles pourrait expliquer cette préférence, il est fort probable que l'intérêt plus marqué des femmes professionnelles et leur attitude qui reflète leur aisé à aborder le sujet des MGF/E viennent influencer l'ouverture des femmes à exprimer leurs préoccupations. Un besoin d'explorer davantage les interactions des hommes professionnels de la santé et des services sociaux auprès des femmes ayant été touchées par une MGF/E a été décelé. D'une part, de telles discussions permettront de faire ressortir les obstacles rencontrés par ceux-ci; d'autre part, il sera important de travailler en collaboration avec des représentantes des OBNL et des femmes elles-mêmes issues de pays où se pratiquent les MGF/E pour élaborer des approches et des stratégies inclusives, sécuritaires, sensibles et optimales lors de relations cliniques impliquant diverses expériences selon les genres ainsi que des trajectoires migratoires, culturelles et linguistiques⁹⁹.

2.2.4.4 Enjeux liés aux particularités culturelles et linguistiques lors des relations cliniques impliquant des femmes ou des filles touchées par une MGF/E

Des défis liés aux particularités culturelles telles que des traditions, rites ou autres impératifs liés aux MGF/E mettent les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux dans une situation d'hésitation à en discuter avec les femmes, surtout pour éviter d'éventuels faux pas et ainsi affecter la relation clinique. Ceux-ci rapportent des connaissances limitées sur l'approche

⁹⁸ KAPLAN-MARCUSAN A., TORAN-MONSERRAT P., MORENO-NAVARRO J., CASTANY FABREGAS, M.J. et MUNOZ-ORTIZ L. (2009), « Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: From healthcare to intercultural competence », *BMC Health Services Research*, 9(11), 1-8. doi : 10.1186/1472-6963-9-11.

⁹⁹ TURKMANI S., HOMER C.S.E. et DAWSON, A. (2018), « Maternity care experiences and health needs of migrant women from female genital mutilation-practicing countries in high-income contexts: A systematic review and meta-synthesis », *Birth*, 46(1), 3-14. doi : 10.1111/birt.12367.

interculturelle en intersection avec les défis cliniques face à la prévention et à la prise en charge des MGF/E. De plus, la perception des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux est telle que les femmes hésiteraient à leur en faire part de peur d'être victimes de jugement, d'inconfort ou même d'intimidation. Inversement, certaines réponses font ressortir que des femmes n'en discutent tout simplement pas, ne venant pas consulter au départ pour une question liée aux MGF/E comme étant la première raison de la consultation. Les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux font, sans aucun doute, face à des repères limités de la contribution des déterminants socioculturels liés aux MGF/E, affectant la qualité de la prise en charge des femmes, qui valorise la diversité et les expressions culturelles et genrées¹⁰⁰. Il faut noter que la tendance quant au portrait de l'immigration au Québec depuis les dernières années est telle que le tiers de la population immigrante a moins de 24 ans et que près de 40 % a entre 25 et 34 ans. Il y a certes un potentiel de femmes se retrouvant dans une fourchette d'être en âge de reproduction dans les prochaines années et donc, un nombre de consultations médicales par des femmes touchées ou à risque de MGF/E, qui ne peut que croître¹⁰¹. Ce contexte justifie la nécessité de poursuivre les réflexions et de se pencher sur la question, entre autres par le biais de la sensibilisation, de l'information et de la formation en collaboration avec divers acteurs dans la communauté. Cela soulève la question de réflexions et de stratégies à adopter afin d'intégrer les déterminants sociaux de la santé, dont la trajectoire d'immigration et les questions de genre pour une prise en charge de qualité, dans une perspective de sensibilité culturelle et d'équité.

Dans ce contexte, on note une transformation du portrait linguistique avec un grand nombre de personnes qui ne parlent ni français ni anglais à leur arrivée au Québec. Un des déterminants d'importance qui affecte une relation clinique, notamment en présence de besoins complexes, est la qualité dans la communication et l'établissement d'une relation de confiance¹⁰². Souvent, les familles et les femmes nouvellement arrivées doivent entrer en contact avec le système de santé et des services sociaux avant d'avoir acquis une maîtrise suffisante du français, ce qui peut se traduire par des incompréhensions et des malentendus avec les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux¹⁰³. La communication interculturelle devient alors un des éléments principaux à considérer dans la prestation de soins de santé. Les écarts linguistiques engendrent des défis dans l'interprétation des propos des femmes et peuvent avoir des répercussions considérables sur l'expérience de santé, notamment une compréhension inadéquate de leur situation de santé, une faible compliance aux traitements, une insatisfaction quant aux soins prodigués et une difficulté à l'obtention d'un consentement libre et éclairé^{104, 105}.

Malgré les efforts continus du système de santé québécois pour répondre à ces défis, notamment par le truchement de la Banque interrégionale d'interprètes, un travail considérable reste à faire pour assurer la qualité des soins pour toutes les femmes touchées ou à risque de MGF/E en investissant sur les aspects de la communication, de la médiation culturelle et de l'interprétariat en contexte clinique¹⁰⁶.

¹⁰⁰ EVANS et al. (2017), « What are the experiences of seeking, receiving and providing FGM-related healthcare? Perspectives of health professionals and women/girls who have undergone FGM: Protocol for a systematic review of qualitative evidence », *BMJ Open*, 7(12), 1-10. doi : 10.1136/bmjopen-2017-018170.

¹⁰¹ QUÉBEC (Gouvernement du), Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion (2017), *Présence des portraits régionaux des personnes immigrantes admises au Québec de 2006 à 2015*, [En ligne], [http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/PUB_Presence2017_admisQc.pdf].

¹⁰² MIGLIARDI P., VISSANDJÉE B. et EINSTEIN G. (2011), « At the Crossroads: Health Care Experiences of Immigrant Women with Female Genital Cutting », *Intersections*, 3, 1:6-10.

¹⁰³ QUÉBEC (Gouvernement du), Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018), Orientations ministérielles concernant la pratique et l'interprétariat dans les services de santé et des services sociaux au Québec, [En ligne], [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-406-03W.pdf>].

¹⁰⁴ BRISSET C., LEANZA L. ROSENBERG E., VISSANDJÉE B., KIRMAYER L.J., MUCKLE G., XENOCOSTAS S. et LAFORCE H. (2014), « Language Barriers in Mental Health Care: A Survey of Primary Care Practitioners », *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16: 1238-1246. doi: 10.1007/s10903-013-9971-9.

¹⁰⁵ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2013), *Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies*, [En ligne], [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1656_AdapLinguisSoinsServicesSante.pdf].

¹⁰⁶ QUÉBEC (Gouvernement du), Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016), *Banque interrégionale d'interprètes*, [En ligne], [<https://santemontreal.qc.ca/en/professionnels/services-et-outils/banque-regionale-dinterpretes/>].

Enfin, certaines professionnelles et certains professionnels de la santé et des services sociaux ont rapporté vivre des sentiments d'impuissance face la pratique elle-même notamment la raison d'être entourant les MGF/E. Des sentiments négatifs chez les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux peuvent alors entraver leur objectivité et nuire à la qualité des soins offerts aux femmes. Il est donc pertinent de s'intéresser à la possibilité d'élaborer et de mettre en place un programme de soutien pour les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux qui sont en contact avec des femmes ayant été touchées par une MGF/E. Un tel programme de soutien offrirait un environnement favorable aux discussions et aux réflexions afin de travailler sur la maîtrise de ses émotions, sur l'acquisition d'une meilleure connaissance de ses limites et d'un renforcement de ses compétences pour assurer un bien-être et une sécurité dans la relation clinique. Il est attendu que les risques de stigmatisation et de découragement des femmes à recourir aux services sociaux et de santé soient atténués.

2.2.4.5 Enjeux liés à la sensibilisation et à la formation

Les constats qui relèvent des enjeux liés à la sensibilisation et à la formation des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux reposent sur :

- Les enjeux liés aux outils limités pour une prise en charge des femmes et des filles touchées ou à risque de MGF/E;
- Les enjeux liés à la compréhension et à l'exécution des dispositions légales concernant les MGF/E;
- Les besoins en termes de formation et d'activités de recherche auprès de professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux.

▪ ***Enjeux liés aux outils limités pour une prise en charge des femmes et des filles touchées ou à risque de MGF/E;***

Il a été rapporté que sur le site du ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), les formulaires OBS-1 (AH-266), OBS-2 (AH-267) et OBS-23 (AH-268) destinés à l'évaluation clinique des femmes enceintes ne contiennent pas de questions spécifiques liées aux MGF/E. Ces formulaires sont utilisés notamment dans des OBNL tels que Médecins du Monde Canada, le Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA), la Clinique des demandeurs d'asile et des réfugiés (CDAR), des instances qui donne des soins aux personnes réfugiées ainsi que dans deux des Maisons Bleues, des centres de périnatalité sociale qui donnent des soins aux femmes enceintes en contexte de vulnérabilité sur Montréal. Ces centres font partie des organismes désignés par le gouvernement du Québec tel que mentionné dans les Orientations ministérielles concernant les services sociaux et de santé offerts aux personnes réfugiées à leur arrivée au Québec¹⁰⁷.

Plus spécifiquement, le formulaire OBS-1 inclut une section « antécédents personnels » qui permet de consigner les expériences que vivent les femmes avant et durant la période périnatale. Le formulaire OBS-2, destiné à consigner les éventuels facteurs de risque pour la grossesse, donne l'opportunité aux professionnels et professionnelles de la santé et des services sociaux d'y inscrire des remarques sur les suivis spécifiques aux MGF/E s'ils en prennent l'initiative. Les formulaires OBS-23 est un autre document qui permet aux professionnels et professionnelles de la santé et des services sociaux de se poser la question et de la poser à la femme en consultation selon leur jugement clinique, si ce n'est pas déjà fait dans la section « sujets de discussion possibles » du formulaire. La structure des différents formulaires du MSSS démontre donc qu'il en résulte surtout d'une initiative personnelle de consigner les expériences des femmes touchées ou à risque de MGF/E.

¹⁰⁷ QUÉBEC (Gouvernement du), Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018), Une passerelle vers un avenir en santé : Orientations ministérielles concernant les services de santé et les services sociaux offerts aux personnes réfugiées à leur arrivée au Québec, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-616-01W.pdf>].

Les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux ont rapporté avoir un accès limité à des directives cliniques. Lorsque ces dernières sont accessibles, ces directives cliniques se révèlent disparates et incomplètes. Ainsi, les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux rapportent ne pas connaître les moyens pour y recourir, les gestes à poser selon les situations et finalement les ressources auxquelles se référer¹⁰⁸. Il est rapporté que ces directives et outils ne sont pas toujours mis à disposition, ni discutés dans les établissements de santé et des services sociaux. Ces derniers sont essentiels pour orienter les décisions cliniques, notamment lors de situations complexes. Les directives cliniques contribuent au développement des compétences, à promouvoir les bonnes pratiques et de contrecarrer le risque d'une sur ou sous-évaluation dans le respect de la dignité et du contexte de vie de la fille, de la femme et de la famille.

▪ **Enjeux liés à la compréhension et à l'exécution des dispositions légales concernant les MGF/E**

Les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux ont rapporté une certaine connaissance sur les dispositions légales liées aux MGF/E au Canada, sans pour autant connaître les détails des dispositions de la législation, notamment en termes de conséquences pour leur pratique professionnelle. Ainsi, les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux ont déclaré, entre autres, être très peu préparés notamment lors de situations de demandes de réinfibulation à la suite d'un accouchement. Alors qu'au Canada, le Code criminel criminalise les MGF/E, la principale question réside dans la réponse à donner à une telle demande¹⁰⁹. Cette situation place le médecin et, dans certains cas, la sage-femme et l'infirmière, face à un dilemme éthique. Il est certes essentiel dans de telles situations de bien saisir les expériences, les trajectoires et les raisons menant à une demande de réinfibulation. Les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux confirment ne pas connaître les détails liés aux dispositions légales relatives aux chirurgies réparatrices ou à la reconstruction clitoridienne, ni les ressources auxquelles se référer face à de telles demandes. Ces préoccupations ont été questionnées sous différents angles. Il en est ressorti l'importance de la prise en charge globale de la femme, au-delà de la question exclusivement gynécologique.

L'article 273.3 du Code criminel dénonce le fait d'exposer une mineure dans le but de lui faire subir une MGF/E. À cet effet, les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux ont rapporté en majorité ne pas être familiers avec les dispositions légales au regard des interventions à poser en cas de suspicion d'un risque de MGF/E ou encore en amont pour prévenir. Les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux rapportent toutefois que la prévention des MGF/E et la détection des indicateurs de risque qu'une jeune fille soit touchée par une MGF/E pourraient faire partie de leurs responsabilités s'ils étaient mieux informés et outillés. Certaines préoccupations demeurent, notamment en ce qui a trait au respect de la confidentialité, où la plupart des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux ne savent pas dans quelles situations elles ou ils peuvent ou doivent outrepasser le secret professionnel auquel ils sont tenus par leur Code de déontologie. Ainsi, dans quels contextes les obligations légales priment sur les responsabilités déontologiques? La responsabilité de détection des indicateurs de risque soulève aussi des inquiétudes chez certaines professionnelles et certains professionnels de la santé et des services sociaux, qui craignent d'aviser les autorités à tort et d'engendrer des conséquences considérables sur la famille. Les échanges tenus sur les dispositions légales mettent en relief une disponibilité et un accès limités à des directives et outils cliniques éthiques et juridiques en ce qui concerne la reconstruction, la prise en charge et la prévention des MGF/E.

Des répondantes et des répondants rapportent avoir eu à prendre en charge des femmes touchées ou à risque de MGF/E dans un contexte de demande d'asile. Les raisons incluent un trauma vécu

¹⁰⁸ PERRON, L., SENIKAS, V., BURNETT, M. et DAVIS, V. (2013), « Excision génitale féminine », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(11), 1046-1048. doi : 10.1016/S1701-2163(15)30793-3.

¹⁰⁹ PARLEMENT DU CANADA, Projet de loi C-27, 1997, [En ligne], [https://www.parl.ca/Content/Bills/352/Government/C-27/C-27_4/C-27_4.pdf].

par la femme elle-même ou un risque de MGF/E pour leur petite fille lors du retour au pays d'origine. Face à de telles situations, les procédures à suivre, les formulaires spécifiques à remplir et les responsabilités cliniques et légales seraient à clarifier. De plus, des procédures systématiques permettant de soutenir les décisions cliniques et soutenir les démarches à suivre pour les femmes et les familles dont la demande d'asile en lien avec une MGF/E est en instance seraient à élaborer, à valider, à mettre en place dans un court terme et à évaluer dans un moyen et long terme.

- ***Besoins en termes de formation et d'activités de recherche auprès de professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux***

Alors que le besoin de formation spécifique à une prise en charge de qualité a été cité de multiples fois dans ce rapport, il n'est toutefois pas clair à quel moment du parcours académique des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux les informations et les connaissances sur ces questions devraient être transmises. La complexité des contextes interculturel et linguistique, des rapports de genre, du parcours migratoire, des dispositions légales, des directives cliniques selon sa profession sont des éléments à considérer. En plus du parcours académique, du type de formation et du moment pour former sur les questions liées aux MGF/E, l'obligation à transmettre des telles notions, selon les expertises et responsabilités professionnelles, reste une préoccupation à part entière.

Il y a, certes, un réel besoin d'activités de recherche liées à une prise en charge de qualité afin d'explorer plus en profondeur les connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux au regard des MGF/E. Cela permettra, à moyen et à plus long termes, d'élaborer des stratégies de formations (initiales ou continues) et des outils cliniques personnalisés selon les impératifs déontologiques des professions du domaine de la santé et des services sociaux. Les constats établis démontrent également le besoin de se questionner sur les types de plateformes et d'approches pédagogiques les plus appropriées pour former les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux sur les MGF/E ainsi que sur le type de contenu et d'expertise à approfondir.

2.2.5 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 émergé. 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/E¹¹⁰.

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.

¹¹⁰ 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.

Encadré 6

Approche thérapeutique de l'excision

Source : Véronique Harvey, Réseau d'intervention auprès des personnes victimes de violences organisées

Ce texte est basé sur des récits de plus d'une quarantaine de survivantes de l'excision qui ont partagé leur expérience lors de séances de thérapie avec moi, Véronique Harvey, travailleuse sociale et psychothérapeute, ainsi que sur mes observations cliniques au cours de plus de dix ans de pratique à New York, aux États-Unis, à Montréal, au Canada et à partir d'écrits publiés.

Ces femmes provenaient de l'Afrique de l'Ouest. Toutefois l'excision est aussi pratiquée dans une grande partie du monde, bien qu'elle soit interdite dans plusieurs pays comme le Sénégal, la Guinée, ainsi que sur le continent européen et en Amérique du Nord. Malheureusement, les lois ne suffisent pas à l'enrayer. De plus, les femmes excisées contre la loi sont aussi plus à risque d'être isolées et stigmatisées. La peur d'être jugées peut causer un repli sur soi et une grande détresse comme au Sénégal où l'excision est mal vue.

Les femmes décrites dans ma synthèse avaient été orientées vers moi parce qu'elles souffraient des conséquences psychologiques causées par les traumatismes qu'elles avaient subis dans leur pays d'origine et dans le pays d'accueil. L'excision était rarement la seule expérience de violence qui avait laissé des séquelles. C'est pourquoi il y a lieu de regarder l'impact psychologique de l'excision dans un contexte de « polytraumatisme » (traumas multiples). Le spectre des traumas comprend des actes de violence basés sur le genre tels que la violence familiale; l'inceste; le manque d'accès à l'éducation; la violence (physique et sexuelle) de la part de certains enseignants envers les filles qui vont à l'école; le mariage forcé ou arrangé; l'excision et le viol.

Mise en garde : il est important de garder en tête que chaque cas est unique. Dans le but de simplifier, l'article fait une synthèse des points communs et des problématiques révélées par les femmes. Toutefois, le droit de définir l'expérience d'une excision revient à celle qui l'a vécue et toutes les femmes ne sont pas traumatisées ou contre cette pratique. Par contre, les cas rapportés dans ce texte parlent négativement de l'excision et les femmes suivies en thérapie rapportent vivre difficilement avec les conséquences de cette pratique traditionnelle – ce qui n'est pas le cas pour toutes les femmes excisées. C'est dans cette perspective que les faits décrits sont rapportés par les plus vulnérables des survivantes et qui ont été orientées vers la psychothérapie.

Contexte de l'excision : où, qui, comment, quand?

Afin de mieux comprendre l'impact de l'excision et sa complexité, rappelons-nous que la mutilation génitale féminine est généralement un *rite de passage*. Elle vise à s'assurer que la jeune fille sera vierge au moment du mariage, puis qu'elle restera fidèle à son mari. Cette définition peut varier selon les cultures.

Donc, dans le pays d'origine, sauf dans les pays où c'est interdit, une femme excisée « est considérée comme étant une femme propre, noble, bonne à être mariée et fidèle à son mari. » Dans ce contexte, l'excision a une connotation sociale *positive*. Bien que les femmes qui viennent en thérapie en parlent comme une expérience extrêmement douloureuse, un acte de torture qui les a traumatisées, il reste néanmoins que l'excision est perçue comme un acte bienfaisant et contribuant à la construction d'une identité positive pour la jeune fille et la femme. De nombreuses femmes réalisent seulement après avoir émigré dans un autre pays qu'il existe des femmes qui ne sont pas excisées.

Notre propre regard sur l'excision : un stigma à l'origine de la honte

Une professionnelle ou un professionnel travaillant avec cette clientèle peut aussi se retrouver en choc culturel lorsque confronté à la pratique des MGF/E. Avec les meilleures intentions du monde, un regard qui condamne cette pratique cruelle, même s'il cherche à aider, aura malgré tout un impact bienfaisant et stigmatisant. Malgré nous, notre regard sur l'excision aura des conséquences négatives sur l'identité et l'estime de soi des femmes qui ont subi une MGF/E. Ce phénomène peut porter à confusion, car il semble contradictoire. Toutefois, il illustre la complexité dans laquelle les femmes et les intervenantes et intervenants se retrouvent. C'est pourquoi il faut être à l'écoute de celle qui l'a vécu. Par exemple, l'expression d'horreur sur le visage d'un médecin en voyant pour la première fois une mutilation génitale féminine est tout à fait compréhensible, car la mutilation est troublante à voir. Toutefois, la réaction de ce médecin aura aussi un impact sur la survivante; elle confirmera l'« abnormalité » de la personne. Le psychiatre Boris Cyrulnik a écrit « la honte ne peut exister que dans le regard de l'autre. » Sans ce regard, la honte ne peut pas exister. Dans le pays d'origine, l'excision est perçue comme une valeur ajoutée à la jeune femme, alors qu'ici c'est une pratique condamnable. Dans le processus migratoire, la survivante change de statut en passant de *femme respectable* à celui de *victime qui a vécu un acte de violence cruel et honteux*. Notre jugement – quoique bien intentionné – projette de façon non intentionnelle un regard négatif sur l'état de la personne et souligne de façon involontaire la différence entre les femmes excisées et celles qui ne le sont pas. Autrement dit, tout en offrant un appui aux femmes et aux filles excisées, notre perspective canadienne met en lumière du même coup la *pièce manquante* des parties génitales. En soulignant le *handicap* des femmes excisées, nous devons être attentifs aux sentiments négatifs que nous risquons de provoquer chez elles. Tout en condamnant cette pratique dommageable pour la santé, nous avons aussi la responsabilité d'aider les survivantes, au moyen d'un soutien psychologique adapté, à surmonter les sentiments de honte et de colère lorsqu'ils émergent.

Encadré 6 (suite)

Approche thérapeutique de l'excision

En me parlant, une femme excisée a rapporté se sentir soulagée par l'appui qu'elle recevait. Mais, en même temps, elle a dit ce qui suit : « Avant je me sentais une femme noble et respectable. Mais assise devant toi, je me rends compte qu'il me manque quelque chose. Je sais que je ne pourrai jamais satisfaire un homme. Devant toi, je me sens incomplète et inadéquate. »

Une fois que la femme excisée réalise que le sacrifice n'était pas obligatoire et qu'une femme non excisée peut vivre émancipée dans le monde, la colère et la rage enfouies depuis longtemps font surface. La thérapie vise à accompagner la femme dans la verbalisation des pensées et des émotions qui peuvent être envahissantes, incluant la honte, la tristesse et la colère.

À l'âge adulte, les expériences d'excision peuvent s'ajouter à d'autres expériences traumatisantes : plusieurs d'entre elles doivent se soumettre au mariage forcé, à des relations sexuelles non souhaitées et à des accouchements extrêmement douloureux et dangereux. Les relations sexuelles non voulues pendant le mariage s'ajoutent aux conséquences psychologiques de la violence envers ces femmes. Les femmes souffrent souvent de problèmes de santé physique (des accouchements et menstruations avec complications, l'incontinence, les mauvaises odeurs corporelles) qui rendent le quotidien difficile et même parfois qui les empêchent de fonctionner normalement. Les femmes doivent vivre avec des douleurs physiques intenses, ce qui affecte leur bien-être physique, émotionnel et psychologique. Certaines ont des douleurs extrêmes lors de relations sexuelles, des maux de ventre, des sensations de brûlure en urinant ou de la difficulté à marcher, donc à être actives physiquement. Elles sont souvent peu actives, voire épuisées, ce qui agit aussi sur leur moral et parfois sur leur relation avec leurs enfants et avec les autres.

Une pression sociale écrasante

La pression de la part de la communauté est telle que les parents n'ont parfois d'autres choix que de se soumettre à faire exciser leurs filles. S'ils s'y opposent, les parents risquent d'être reniés par la famille et par la communauté. Les enfants d'une femme non excisée seront maudits, ils risquent de voir leur mère perdre toute valeur humaine, et la propre mère de cette femme sera aussi reniée, voire maltraitée et persécutée. Les femmes et les hommes qui s'y opposent en refusant de faire exciser leurs filles doivent être prêts à subir des représailles et à tolérer que leur mère et leur famille qui sont dans le pays d'origine soient condamnées à jamais par la communauté.

Prise entre l'arbre et l'écorce : des attentes sociales qui s'opposent

Plusieurs femmes excisées qui ont fui leur pays pour empêcher que leurs filles subissent le même sort rapportent que leurs mères ont subi des représailles, elles ont été battues ou insultées par des membres de leur communauté. Une femme du Mali qui avait fui son mari abusif a rapporté : « J'ai mis ma mère en danger, elle a dû fuir à la campagne. Elle se cache chez mon oncle. J'ai peur pour elle. » Les dérogations des attentes sociales peuvent avoir des conséquences dramatiques pour celles qui les commettent et pour leurs proches.

En plus de s'exposer à des problèmes de sécurité physique, les femmes et les hommes (eh oui! Il y en a) s'exposent à être condamnés et aliénés par leur famille et leur communauté dans le pays d'origine et au Canada. Ça veut dire que s'opposer à l'excision peut aussi engendrer des impacts émotionnels, psychologiques et identitaires causés par le rejet. Les pays où l'on pratique l'excision sont généralement des sociétés collectives et non individualistes. C'est que l'identité est construite au sein même de la famille élargie et de la communauté. En contraste, le concept individualiste appartient aux sociétés industrialisées comme le Canada. Donc, en reniant une pratique importante de sa culture d'origine, la victime sera reniée et, par conséquent, elle devra faire le deuil de ses proches, de sa culture et de ses traditions avant d'être en mesure de se reconstruire une identité positive en tant qu'individu au sein de la société d'accueil. Une tâche de taille qui doit parfois se faire en psychothérapie.

On pense souvent à la violence physique comme étant la forme de violence la plus marquante, alors que les violences verbales et psychologiques sont beaucoup plus dommageables à long terme. C'est l'estime de soi qui porte le poids des mots blessants et des commentaires dénigrants. C'est pourquoi la prise de position face à l'excision est une étape exigeante à franchir, car elle se situe dans une complexité qui menace les liens avec les parents, les proches, la communauté ainsi que l'identité de la femme.

« Les coups, les blessures, ça guérit. Mais les mots restent dans ma tête. Je les entends toujours. À tous les jours, j'entends les voix de mon mari et de ma belle-mère qui m'insultent : *T'es pas bonne, t'es une mauvaise femme...* » Ma mère me disait : *Comment penses-tu nous faire ça, tu es une mauvaise fille, une mauvaise femme. Tu jettes la honte sur ta famille.* » rapporte une survivante de l'Afrique de l'Ouest. Face à nos attentes sociales canadiennes, les femmes sont souvent prises entre l'arbre et l'écorce : elles ne veulent pas nous décevoir, ni être jugées. Et, paradoxalement, elles souhaitent aussi être libérées de l'obligation de faire exciser leurs filles. Mais, en même temps, elles font face à des défis extrêmes. Celles qui disent *non* à l'excision de leurs filles sont des héroïnes qui paient un prix élevé pour leur liberté d'opinion et pour la protection qu'elles offrent à leurs filles. Elles méritent un soutien inconditionnel et sans jugement.

Encadré 6 (suite)

Approche thérapeutique de l'excision

Symptômes de traumatismes et de dépression

Les femmes qui ont subi une MGF/E font aussi face à un stress d'adaptation dans le pays d'accueil : défis d'adaptation culturelle, pauvreté, logement insalubre, sexisme et racisme. Les femmes sont souvent prises dans des situations de misère dont elles ont de la difficulté à se sortir. Celles sous-scolarisées ont une courbe d'apprentissage énorme. Les plus scolarisées font souvent face à de la discrimination. Des femmes avec un baccalauréat ou une maîtrise universitaire se retrouvent souvent à occuper des emplois bien en dessous du niveau de leur compétence comme de l'entretien ménager ou du gardiennage d'enfant peu rémunérés. Il n'y a pas que la violence de l'excision qui endommage l'estime de soi et qui conduit à une faible estime de soi, à la dépression ou aux idées suicidaires. L'adaptation et le manque d'opportunités pour ces femmes sont aussi un facteur qui contribue à leur état psychologique. C'est pourquoi il est indispensable de voir ces femmes comme des personnes *capables* et qui possèdent un *potentiel à la hauteur de leurs capacités réelles*, plutôt que d'avoir une perception appauvrie de leur valeur.

À part les symptômes classiques de stress post-traumatique comme la difficulté à dormir, les *flash-backs* et les battements de cœur accélérés, ainsi que la dépression, des pertes d'appétit, une faible estime de soi, certaines femmes rapportent avoir des sensations psychosomatiques comme des brûlures dans les jambes, des mouvements étranges dans le ventre ou des maux de tête. Il est difficile d'attribuer ces symptômes spécifiquement à l'excision. Les femmes ont généralement vécu plusieurs formes de violence basée sur le simple fait qu'elles sont des femmes. D'autres événements sont des déclencheurs de traumatismes, comme dans le cas de l'accouchement. Certaines femmes apprennent que l'excision empêche d'avoir un accouchement naturel et que cette condition oblige une césarienne.

La reconstruction

Dans certains cas (pas tous), il y aura une reconstruction physique à faire. Mais il y aura aussi une reconstruction de l'identité et de l'estime de soi, qui sont souvent très endommagées non seulement par la violence, mais aussi par le déracinement, le processus migratoire, le choc culturel, les stress psychosociaux et l'adaptation au pays d'accueil. La thérapie vise à aider les femmes à nommer, à composer avec, puis à dénoncer les expériences traumatiques causées par les violences, à composer avec les valeurs conflictuelles entre les deux sociétés (d'origine et d'accueil), avec les stress d'adaptation multiples (logement, emploi, pauvreté, discrimination, etc.), et à se reconstruire une identité positive.

Les victimes ont vécu des situations d'abus de pouvoir et de contrôle ultimes. L'intervenant ou l'intervenante gagne à donner l'information nécessaire à la personne, tout en lui disant que c'est à elle de prendre les décisions. En redonnant le pouvoir décisionnel à la personne, l'intervenant ou l'intervenante permet à la victime de reprendre le pouvoir et le contrôle qui lui ont été volés et lui permet de passer du statut de victime à celui de survivante. C'est pourquoi des modèles d'intervention adaptés sont préférables dans l'approche auprès de personnes présentant ce genre de parcours.

2.3 Services de protection de la jeunesse

POINTS SAILLANTS

Les personnes interrogées des services de protection de la jeunesse 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 une situation de signalement en lien avec une MGF/E, et ce, même au sein de l'équipe d'évaluation des abus physiques et sexuels.

Les personnes interrogées confirment qu'il n'y a aucune pratique définie par le Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) pour traiter de la question des MGF/E et qu'au moment de cette recension il n'y avait pas de lignes directrices ou de procédures explicites à ce sujet.

Les personnes interrogées s'accordent pour affirmer que le tabou et la méconnaissance constituent les principaux obstacles à surmonter pour répondre aux besoins des filles et des femmes concernées par les MGF/E au Québec. De plus, ces pratiques préjudiciables pour les femmes peuvent créer 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.

Les personnes interrogées soulèvent le besoin de formation des professionnelles et professionnels des services de protection de la jeunesse pour leur permettre de mieux informer, intervenir ou accompagner et orienter les personnes concernées par les MGF/E au Québec.

Elles soutiennent que pour améliorer l'accès des filles et des femmes aux soins et aux services adéquats, il faudrait faire de la sensibilisation, consolider les partenariats avec d'autres secteurs et concevoir des outils de travail adaptés au secteur.

La mobilisation des professionnelles et professionnels de la santé et le personnel scolaire sont identifiés comme des axes prioritaires, notamment à travers l'entente multisectorielle.

Plusieurs types de collaboration sont proposés par les personnes interrogées, notamment une collaboration qui reposera sur le Comité d'experts sur les violences basées sur l'honneur du DPJ; la mise en place d'ententes de services avec les centres hospitaliers ou les centres locaux de services communautaires (CLSC) et la désignation d'organismes phares pouvant soutenir les « victimes » au-delà de l'intervention de la DPJ.

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.

Il y a une direction de la protection de la jeunesse dans chacune des régions du Québec, à l'exception de la région de Montréal qui, elle, en compte deux, l'une francophone gérée par le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (ci-après désigné DPJ Montréal – secteur francophone) et l'autre, anglophone, gérée par les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (ci-après désigné DPJ Montréal – secteur anglophone). La collecte d'informations a porté uniquement sur les deux directions de la protection de la jeunesse de l'île de Montréal.

Méthodologie – Services de protection de la jeunesse

Source : Fatoumata Lamarana Baldé, sociologue et consultante de recherche

Les données visant à documenter l'état de situation en matière de MGF/E dans les services de protection de la jeunesse proviennent des réponses fournies par quatre personnes des services de l'évaluation des signalements et du Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse au sein de la DPJ Montréal – secteur francophone qui ont été désignées pour répondre au questionnaire présenté à l'annexe 9.

Cette collecte d'information a été complétée par des rencontres avec les autorités de la DPJ Montréal – secteur francophone, les autorités de la DPJ Montréal – secteur anglophone ainsi qu'avec une cinquantaine de professionnelles et professionnels lors de trois ateliers de formation organisés à leur intention par la TCRI et le RAFIQ. Ces échanges ont été des sources d'informations précieuses qui ont permis de mieux connaître la nature des questionnements, les enjeux, les défis et les besoins concrets en matière d'intervention impliquant une MGF/E au Québec.

L'étude a été menée par Fatoumata Lamarana Baldé, sociologue consultante, en collaboration avec Jennifer Lys Grenier, coordonnatrice de Volet Femmes de la TCRI. L'étude s'est déroulée sur une période de sept mois, de février à septembre 2018. Selon les étapes de l'étude, différentes approches ont été empruntées :

1. Rencontre avec la Directrice de la protection de la jeunesse du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal;
2. Transmission d'un questionnaire par courriel aux quatre personnes désignées de la DPJ Montréal – secteur francophone;
3. Observations et échanges lors de 3 ateliers de formation réunissant 50 professionnelles et professionnels de la DPJ Montréal – secteur francophone;
4. Rencontre avec la Directrice de la protection de la jeunesse des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Des échanges avec les représentants de la DPJ Montréal – secteur francophone visant à leur présenter les objectifs du projet et à obtenir leur accord ont permis d'avoir accès à ce milieu en vue de recueillir les informations souhaitées. C'est ainsi que des lettres d'information et de consentement de même qu'un questionnaire ont pu être transmis.

Quatre intervenantes du secteur francophone ont été mandatées pour participer à notre collecte d'information, soit une personne par service : au sein des équipes de l'évaluation-orientation des signalements, dont l'équipe abus et de l'application des mesures et de l'hébergement fille (Programme jeunesse). Les quatre personnes désignées ont répondu au questionnaire comprenant 12 questions (à choix multiples et à développement). Les questions portaient sur les pratiques, les besoins et les obstacles en matière de MGF/E. Elles permettaient aussi de recueillir des recommandations pour améliorer l'accès des filles et de leurs familles concernées à des services adéquats. Un total de trois semaines (2 au 23 mai 2018) a été alloué pour répondre au questionnaire et le retourner, par courriel, à la consultante.

Après la collecte des données, celles-ci ont été dépouillées et analysées, ce qui comprend le codage et le regroupement des données par catégories, l'analyse descriptive sommaire, une analyse qualitative du contenu des réponses à développement, de même qu'une interprétation globale des résultats avec recommandations.

Vu la complexité des structures administratives hébergeant les services de la protection de la jeunesse au Québec et le fait que les Directions régionales fonctionnent de façon indépendante, sans structure commune pour assurer un appareillage et une concertation entre elles, nous avons choisi de concentrer nos investigations à Montréal où résident 74% des personnes immigrantes. Il n'y a donc rien qui permette de généraliser les résultats à l'ensemble des autres régions du Québec. Sur le plan méthodologique, les données recueillies ne peuvent pas être considérées comme étant représentatives de l'ensemble ni généralisables. Ceci étant dit, dans les faits, lorsque les intervenantes et les intervenants en région sont confrontés à des situations complexes et manquent de ressources pour y répondre, il est coutumier qu'ils fassent appel à des ressources spécialisées à Montréal, qui du seul fait de la réalité démographique est plus riche en ressources et en expertise. Cela a été le cas dans le cadre de ce projet, ce qui nous a permis de confirmer le besoin d'étendre l'offre de formation, d'assistance et d'outils traitant des MGF/E à toutes les DPJ du Québec.

La tenue d'ateliers d'échanges et de formation au sein du Comité de réflexion sur les VBH du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, auprès d'intervenantes et intervenants des services de l'évaluation et de l'orientation des signalements, de l'hébergement et des services polyvalents, ont aussi permis des échanges forts riches sur le plan qualitatif. Ceux-ci ont été une grande source d'information qui a contribué à l'élaboration de notre plan d'action en matière PJ.

En outre, les échanges tenus lors du Colloque du Collège de Rosemont sur les violences basées sur l'honneur les 17 et 18 avril 2018, de même que les discussions au sein du Comité intersectoriel VBH coordonné par le Bouclier d'Athéna et le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et les échanges avec la chercheuse Estibaliz Jimenez (voir encadré) complètent les observations.

2.3.1 Constats sur les pratiques et les besoins en matière de services auprès des filles ayant subi une MGF/E

Cette section présente un état de situation des pratiques et des besoins au sein de la DPJ Montréal – secteur francophone en matière de services auprès des filles et de leurs familles touchées par les MGF/E au Québec. Les observations et les analyses présentées proviennent des données du questionnaire rempli par les professionnelles et professionnels désignés (voir ci-haut la méthodologie). Ce questionnaire permet notamment de connaître le niveau de connaissance en matière de MGF/E; l'émergence de la question des MGF/E dans le cadre des interventions et la façon dont elle a été traitée lorsqu'elle est survenue; les pratiques utilisées par les services de protection de la jeunesse pour faire face aux MGF/E; les besoins pour mieux informer, intervenir et orienter les personnes concernées; les obstacles à surmonter pour répondre aux besoins des filles et de leurs familles concernées par les MGF/E au Québec; ce qui pourrait améliorer leur accès aux soins et aux services adéquats ainsi que les types de collaboration qui permettraient de mieux cerner les enjeux des MGF/E au Québec.

S'y ajoutent des observations provenant directement du terrain, notamment lors des rencontres d'échanges qui ont eu lieu avec une cinquantaine de personnes au cours des trois ateliers de formation avec des professionnelles et professionnels de ce secteur tenus en 2018 et 2019. Enfin, les informations complémentaires fournies lors des rencontres avec les Directrices de la protection de la jeunesse de Montréal complètent cette section.

L'analyse est aussi enrichie des propos tenus lors des échanges qui ont eu lieu à l'occasion du Colloque du Collège de Rosemont sur les violences basées sur l'honneur les 17 et 18 avril 2018 et des discussions au sein du Comité intersectoriel VBH coordonné par le Bouclier d'Athéna et le CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

2.3.1.1 Participation de la DPJ Montréal – secteur francophone

Rappelons que les informations qui suivent reposent sur la participation de 4 personnes des équipes de l'évaluation-orientation des signalements de la DPJ Montréal – secteur francophone. Considérant le petit nombre de personnes ayant répondu à ce questionnaire, tout en reconnaissant leurs compétences, il n'est pas judicieux sur le plan statistique de présenter les résultats en termes de pourcentage. Seuls le nombre de personnes répondantes ou le nombre de réponses données seront fournis. Le tableau 1 présente la répartition des personnes répondantes selon leur institution.

Tableau 1
Catégories d'organisme

Catégories d'organisme	Organisme	Nbre de personnes répondantes
DPJ – Montréal	DPJ du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	2
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	Programme jeunesse du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	2
Total		4

2.3.1.2 Connaissances de la DPJ Montréal – secteur francophone en matière de MGF/E

Les résultats présentés au tableau 2 révèlent que la totalité des personnes interrogées déclare avoir des connaissances en matière de MGF/E. Ces connaissances sont sommaires pour 3 d'entre elles et assez bonnes pour 1. Ces données montrent que l'ensemble des personnes interrogées de la DPJ Montréal –secteur francophone possède certaines connaissances des MGF/E.

Tableau 2
Niveau de connaissance

Connaissance	Nbre de personnes répondantes
Nulle	0
Sommaire	3
Assez bonne	1
Très bonne	0
Total	4

En abordant la question de leur niveau de connaissance, les personnes ont aussi précisé la façon dont ces connaissances ont été acquises. On constate qu'il y a eu plus d'un mode d'acquisition cité par personne. Le tableau 3 indique les deux principaux modes d'acquisition des connaissances (cités par 3 des 4 personnes répondantes).

Tableau 3
Modes d'acquisition des connaissances en matière de MGF/E

N°	Catégorie de réponse	Nbre de réponses fournies*
1	Lecture sur le sujet	2
2	Recherches personnelles dans Internet	2
3	Aucun commentaire	1
	Total	5

Il y a plus d'une réponse par personne interrogée.

D'après les propos des personnes répondantes, une part importante de leurs connaissances en matière de MGF/E a été acquise en dehors du cadre professionnel et académique, ce qui pourrait révéler que la thématique des MGF/E n'est pas couramment abordée au sein des équipes.

Quant aux personnes ayant participé aux ateliers de formation, il ressort des échanges qu'elles n'ont pas de connaissance ou très peu de connaissances au sujet des MGF/E. En règle générale, elles méconnaissent les enjeux et la complexité de la question, et se questionnent sur les meilleures réponses administratives et légales à privilégier dans de tels cas. Elles rapportent n'avoir vécu aucune situation professionnelle où elles ont traité de la question directement et n'avoir pas plus été exposée à une situation où la question des MGF/E a émergé. Néanmoins, elles ont exprimé vouloir en apprendre encore plus sur le sujet. Par ailleurs, elles estiment que la notion de l'honneur en lien avec les MGF/E, tel qu'il est conceptualisé par le truchement des violence basées sur l'honneur (VBH), pose des interrogations importantes sur lesquelles elles souhaiteraient se pencher.

2.3.1.3 Pratiques de la DPJ Montréal – secteur francophone en matière de MGF/E

Pour mieux comprendre comment la DPJ Montréal – secteur francophone compose avec les enjeux des MGF/E au Québec, il leur a été demandé s'il arrive que cette question émerge lors de leurs interventions? De quelle façon elle a été traitée lorsqu'elle est survenue? Et quelles sont les pratiques utilisées pour y faire face? Les sections suivantes présentent leurs propos.

- ***De l'émergence de la question des MGF/E lors des interventions ou des accompagnements***

Ainsi que le révèle le tableau 4, la question des MGF/E n'a pas émergé lors des interventions des 4 personnes répondantes.

Tableau 4
Émergence de la question des MGF/E lors des interventions ou des accompagnements

N°	Émergence de la question des MGF/E	Nbre de réponses fournies
1	Oui	0
2	Non – Jamais	4
Total		4

Qu'est ce qui fait que la question des MGF/E n'émerge pas dans le milieu professionnel des services de protection de la jeunesse? Cela serait-il lié au manque de connaissance du sujet qui le place dans l'angle mort des intervenantes et intervenants? Ou à la complexité ou à la nature tabou du sujet qui génère de l'évitement? Ou encore à d'autres raisons?

Les personnes interrogées mentionnent n'avoir jamais eu à évaluer une situation de signalement en lien avec une MGF/E, et ce, même au sein de l'équipe d'évaluation des abus physiques et sexuels. Cette information a par ailleurs été validée par l'ensemble des intervenantes et intervenants interrogés dans le cadre du projet, ainsi que par les directrices des services de protection de la jeunesse qui ont effectué des vérifications de façon élargie au sein de leurs organisations. Toutefois, tous reconnaissent le potentiel de devoir intervenir dans ces situations, étant donné qu'une partie importante de la clientèle de la DPJ Montréal – secteur francophone est issue de communautés où de telles pratiques existent.

Certaines intervenantes rapportent qu'elles ont déjà abordé la question de l'excision avec certaines mères provenant de pays africains, mais qu'elles en ont moins le réflexe d'aborder la question avec des familles d'autres nationalités. D'autres rapportent tout simplement ne jamais aborder le sujet.

Il est probable que des cas de MGF/E échappent à la vigilance des professionnelles et professionnels. En effet, d'une part, le personnel n'est pour l'instant pas formé pour dépister et pour traiter de cette question, bien que Montréal soit une ville qui accueille bon nombre de personnes originaires de pays où la pratique des MGF/E existe. On note que lorsque la question de l'excision a émergé, de façon périphérique à l'intervention (ex : on apprend de façon anecdotique que la fille a vécu une excision dans son enfance avant de migrer vers le Canada), on fera souvent appel au soutien de la Clinique de consultation transculturelle du Service d'intervention spécifique et de soutien clinique (SISSC).

▪ *De la façon de traiter la question des MGF/E lorsqu'elle survient*

Même si les personnes interrogées n'ont pas eu à traiter de la question des MGF/E, plusieurs sont d'avis qu'il est important de former les intervenantes et intervenants, notamment en lien avec le fait que l'excision est souvent associée exclusivement à l'Afrique de l'ouest. Cela conditionne la perception du risque de MGF/E en la restreignant à certains groupes, à l'exclusion des autres communautés où la pratique est significative et bien ancrée.

De plus, la protection des « victimes » et leur accessibilité à des soins de santé sont considérées comme étant primordiales par les personnes interrogées. Ensuite, il est suggéré d'offrir des services aux familles, en travaillant avec celles-ci sur le caractère illégal de la pratique et en explorant avec eux leurs motivations pour vouloir cesser ou perpétuer la pratique dans le contexte du pays d'accueil.

▪ *Des pratiques adoptées par la DPJ Montréal – secteur francophone pour faire face aux MGF/E*

Tel qu'illustré au tableau 5, 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.

Tableau 5
Pratiques utilisées pour faire face aux MGF/E

N°	Choix de réponse	Nbre de personnes répondantes
1	Formation – Sensibilisation – Plaidoyers	1
2	Intervention – Prise en charge	0
3	Consignes – Procédures explicites à ce sujet	0
4	Aucune pratique définie	3
Total		4

2.4.1.4 Des obstacles à surmonter pour répondre aux besoins des filles concernées par les MGF/E au Québec

Il ressort du tableau 6 que le tabou et la méconnaissance constituent les principaux obstacles à surmonter pour répondre aux besoins des filles et de leurs familles concernées par les MGF/E.

Non seulement les filles et les femmes touchées par une MGF/E n'en parlent pas compte tenu du caractère intime du sujet, considéré comme un « tabou »¹¹¹, mais les professionnelles et professionnels censés les aider sont démunis, car ils sont confrontés à un problème de méconnaissance du phénomène des MGF/E. Cette méconnaissance prend trois formes : du sujet lui-même, des ressources disponibles dans le secteur de la santé et des services sociaux au regard des besoins des personnes pouvant être affectées par une MGF/E¹¹² et des personnes et des communautés qui pourraient éventuellement être interpellés autour de cet enjeu.

Ce double obstacle explique toute la sensibilité et la complexité du sujet de même que la difficulté pour les femmes concernées et les professionnelles et professionnels de se l'approprier en contexte québécois. Ces obstacles ont aussi été nommés par les organismes du secteur communautaire (voir plus loin dans le rapport).

Dans une moindre mesure, les personnes interrogées soulignent la barrière de la langue comme étant un obstacle. Elles mentionnent aussi l'importance pour l'intervention de savoir comment aborder la question des MGF/E ou de disposer d'indicateurs pour pouvoir repérer les situations où il y a une MGF/E.

Tableau 6

¹¹¹ Selon *Le Petit Robert*, le tabou désigne « l'interdit, le sacré ». C'est un système d'interdictions de caractère religieux appliquées à ce qui est considéré comme sacrée ou impur; l'interdiction rituelle. « Le tabou se présente comme un impératif catégorique négatif ». Il désigne aussi ce qui est exclu de l'usage commun. Dans son sens figuré, le tabou signifie ce sur quoi on fait silence, par crainte, pudeur (c'est surtout à cette signification que se réfèrent les propos des personnes ou organismes répondants).

¹¹² On pourrait observer une contradiction avec le niveau élevé de connaissance du sujet aux tableaux 1 et 2. Cependant, cela n'est pas surprenant quand majoritairement les personnes interrogées disent n'avoir que des connaissances sommaires. Il est aussi vrai qu'il n'y a pas eu de formation officielle, et que la question des MGF/E est nouvelle dans l'espace public québécois, il s'agit d'un tabou même dans les sociétés où ces pratiques existent. De plus, il n'y a pas de grands débats publics à cet effet au Québec.

Obstacles à surmonter pour répondre aux besoins des filles concernées

N°	Obstacles à surmonter	Nbre de réponses fournies
1	Tabou	3
2	Méconnaissance	3
3	Savoir comment aborder le sujet	1
4	Barrière de la langue	1
Total		8

Il y a plus d'une réponse par personne interrogée.

2.4.1.4 Besoins de l'institution pour mieux informer, intervenir, accompagner et orienter les personnes concernées par les MGF/E au Québec

Comme le montre le tableau 7, les personnes interrogées s'estiment peu ou non outillées pour informer, intervenir, accompagner ou orienter les personnes concernées par les MGF/E au Québec. D'abord, la formation est un besoin identifié par l'ensemble. Cette formation devrait être axée non seulement sur comment intervenir auprès des filles affectées, mais aussi auprès des parents de ces filles. La moitié des personnes interrogées déclare qu'il serait important d'avoir des informations sur les ressources à utiliser et les services vers lesquels orienter les personnes touchées et leurs familles. Un besoin de renforcer la concertation avec différentes professionnelles et professionnels d'autres secteurs semble donc émerger.

Tableau 7

Besoins de l'institution pour mieux informer, intervenir, accompagner et orienter les personnes concernées par les MGF/E au Québec

N°	Besoins de l'institution	Nbre de réponses fournies
1	Formation	3
2	Sensibilisation	1
3	Ressources à utiliser ou vers lesquelles orienter les personnes	2
4	Stratégies d'intervention – Partenariats	1
Total		7

Il y a plus d'une réponse par personne interrogée.

▪ Pour améliorer l'accès des filles aux soins et services adéquats

Ainsi qu'il est invoqué dans le tableau 8, la moitié des personnes interrogées soutient que pour améliorer l'accès des filles aux soins et aux services adéquats, il faudrait faire de la sensibilisation. Cette sensibilisation devrait s'adresser tout d'abord aux organismes qui interviennent auprès de la clientèle touchée afin qu'elle puisse bénéficier de l'écoute et recevoir l'aide nécessaire. Puis, cette sensibilisation devrait s'adresser aux personnes concernées et porter sur les droits des femmes, de même que sur la protection contre ce type de pratique au Québec.

De plus, certaines suggèrent que pour améliorer l'accès des filles aux soins et aux services adéquats, il y aurait lieu de tisser un partenariat sous forme de collaboration avec un centre hospitalier ou des CLSC vers lesquels orienter les « victimes » ainsi que de produire des outils informationnels (ex : dépliants, fascicules) qui seraient accessibles dans les salles d'attente.

Tableau 8

Comment améliorer l'accès aux soins et services adéquats

N°	Pour améliorer l'accès aux soins et services adéquats	Nbre de personnes répondantes
1	Sensibilisation	2
2	Partenariat	1
3	Affichettes – Dépliants	1
Total		4

Il y a plus d'une réponse par personne interrogée.

▪ *Des ressources à rendre disponibles pour répondre aux besoins des filles concernées par les MGF/E au Québec*

Ainsi qu'il est possible de l'observer dans le tableau 9, les personnes interrogées proposent six différents types de ressources à rendre disponibles pour répondre aux besoins des filles et de leurs familles concernées par les MGF/E au Québec.

Tableau 9
Ressources pour répondre aux besoins des femmes concernées

N°	Ressources à développer	Nbre de réponses fournies
1	Personnes ressources	1
2	Ressources pour l'éducation des femmes	1
3	Partenariat avec différentes instances	1
4	Sensibilisation des professionnels de la santé et du personnel scolaire	2
5	Soutien des organismes communautaires	1
6	Soutien dans la recherche de services	1
Total		7

Il y a plus d'une réponse par personne interrogée.

On ne constate pas de consensus sur les ressources à rendre disponibles pour répondre aux besoins des filles concernées par les MGF/E au Québec. Cela dit, leur cumulativité renseigne sur les ressources qui seraient requises. Il s'agirait notamment de sensibiliser les professionnelles et professionnels de la santé et le personnel scolaire, y compris d'élaborer un plan spécifique et désigné à cet effet. Il s'agirait aussi de dégager des personnes-ressources, comme cela se fait pour les violences basées sur l'honneur, ainsi que travailler avec des femmes-relais ayant vécu une MGF/E pour sensibiliser les autres femmes, ce qui serait plus percutant selon une des personnes interrogées.

▪ *Des types de collaboration (intersectorielles ou autres) pour cerner les enjeux des MGF/E et soutenir les filles et les institutions concernées au Québec*

Comme on l'observe dans le tableau 10, des propositions pertinentes et pragmatiques de collaboration sont formulées. Celles-ci permettraient de mieux cerner les enjeux des MGF/E au sein des services de protection de la jeunesse.

À l'instar de la section précédente, leur cumulativité est intéressante, car elle rend possible l'exploration d'idées. Plusieurs types de collaboration sont ainsi proposés, entre autres, une collaboration qui rallierait les acteurs mobilisés au sein du Comité expert sur les violences basées sur l'honneur déjà implanté à la DPJ, ce qui permettrait d'approfondir davantage la problématique des MGF/E et rendrait les professionnelles et professionnels des services de protection de la jeunesse et du programme jeunesse encore plus attentifs à ce sujet. D'autres propositions portent sur la mise en place d'ententes de services avec les centres hospitaliers ou les CLSC pour savoir à qui s'adresser ou vers qui diriger les personnes pouvant avoir besoin d'aide ou de services. Ces ententes permettraient aussi de créer une expertise sur l'enjeu dans les centres de soins et de

faciliter la concertation. Enfin, la désignation d'organismes phares spécialisés sur la question des MGF/E qui soutiendraient les « victimes » est suggérée.

Tableau 10

Types de collaboration pour mieux cerner les enjeux des MGF/E

N°	Types de collaboration	Nbre de réponses fournies
1	Comité multisectoriel sur les violences basées sur l'honneur au DPJ	1
2	Tables de concertation organismes communautaires et parapublics	1
3	Organismes phares spécialisés	1
4	Ententes de services avec les centres hospitaliers ou les CLSC	1
5	Partenariat avec différentes instances	1
6	Sensibilisation des professionnels de la santé et du personnel scolaire	1
7	Soutien des organismes communautaires	1
Total		7

Il y a plus d'une réponse par personne interrogée.

2.4.2 Informations complémentaires auprès des services de protection de la jeunesse de la région de Montréal

Les renseignements recueillis au moyen du questionnaire auprès des personnes désignées sont complétés par des informations supplémentaires recueillies auprès des gestionnaires des services de protection de la jeunesse francophone et anglophone de Montréal et auprès d'une cinquantaine de professionnelles et professionnels lors de 3 ateliers de formation, pour discuter de l'état de situation des pratiques et des besoins en matière de MGF/E dans leurs établissements.

Les perceptions et les constats généraux qui se dégagent pour chacune de ces rencontres sont présentés sous forme de points saillants.

2.4.2.1 Entretien avec les autorités de la DPJ Montréal – secteur francophone

Pour comprendre l'expérience des professionnelles et professionnels de la DPJ Montréal – secteur francophone en matière de MGF/E, des rencontres avec des représentantes pour discuter de la question ont été tenues. Ces entretiens ont permis de dégager un certain nombre de constats, notamment :

- Suivant une vérification exhaustive, on constate qu'il n'y a jamais eu de signalement lié à une MGF/E;
- Il n'y a pas de mesures ou de contenus spécifiques qui ont été élaborées à cette date pour traiter spécifiquement des MGF/E;
- Il y a eu des formations et des activités de sensibilisation sur les violences basées sur l'honneur. La question des MGF/E n'a été qu'effleurée, car elle était envisagée comme faisant partie des violences basées sur l'honneur.

2.5.2.2 Entretien avec les autorités de la DPJ Montréal – secteur anglophone (Centres Batshaw)

Une séance d'entretien avec les autorités de la DPJ Montréal – secteur anglophone a été organisée afin d'explorer les pratiques et les besoins sur la question des MGF/E. Ils ont fait part des résultats de leurs échanges avec le personnel qui a fait part qu'il n'y avait jamais eu de signalement spécifique aux MGF/E.

Les principaux constats sont les suivants :

- Il n'y a pas de mesures ou de contenus spécifiques qui ont été élaborées à cette date pour traiter spécifiquement des MGF/E;
- En 30 ans de carrière réunis en services de protection de la jeunesse, la directrice et son adjointe n'ont jamais été confrontés à un cas de MGF/E;
- Suivant une vérification exhaustive, on constate qu'il n'y a jamais eu de signalement lié à une MGF/E, ni aucune intervention rapportée impliquant une MGF/E;
- Un besoin d'information et de sensibilisation des professionnelles et professionnels est identifié;
- Une entente multisectorielle pour les situations ci-après : abus physique, abus sexuels, abus psychologiques qui s'appliqueraient aux MGF/E serait utile.

En conclusion, l'ensemble des échanges avec les professionnelles et professionnels des services de protection de la jeunesse confirment la pertinence de la formation et du développement d'outils et de mesures spécifiques pour soutenir les capacités de dépistage et d'intervention en cas de MGF/E. Par ailleurs les intervenantes et les intervenants démontrent un grand intérêt à être informés et formés sur cette question.

Les informations recueillies lors des différents entretiens avec les directions et gestionnaires des DPJ Montréal – secteurs francophone et anglophone, corroborent les observations et constats dégagés à travers l'administration du questionnaire et les propos échangés lors des ateliers de formation.

2.4.3 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.

2.4.3.1 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 social existant sur notre territoire¹¹³. Cette méconnaissance pourrait expliquer que la question n'émerge pas en contexte d'intervention 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 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 :

¹¹³ 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).

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 d'enjeu social.

2.4.3.2 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 contenus sur l'intervention interculturelle et intersectionnelle. L'évaluation de ce projet-pilote permettrait de concevoir une formation systématique.

2^e recommandation : 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 et d'intervention.

2.4.3.3 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.

3e 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.

Encadré 7

Défis et enjeux liés à l'intervention interculturelle en situation de MGF au Québec

Équipe de recherche

Directrice du projet : Estibaliz Jimenez, professeure au département de psychoéducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières
Codirectrice : Marie-Marthe Cousineau, professeure au département de criminologie de l'Université de Montréal
Coordonnatrice : Joëlle Arcand, maîtrise en travail social, Université du Québec à Montréal
Assistantes : Eve Marie Tanguay, candidate à la maîtrise en psychoéducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières
Mélanie Ederer, candidate à la maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Montréal

Présentation du projet de recherche, de ses objectifs et de sa méthodologie

En 2014, une équipe de recherche dirigée par la professeure Estibaliz Jimenez (psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières), codirigée par la professeure titulaire Marie-Marthe Cousineau (criminologie, Université de Montréal) et coordonnée par Joëlle Arcand, alors étudiante à la maîtrise en travail social, s'est penchée sur la question des violences basées sur l'honneur (VBH). Actuellement en cours, l'un des volets de ce projet de recherche vise à comprendre l'intervention interculturelle auprès des filles et leurs familles en contexte de VBH au Québec en poursuivant trois objectifs spécifiques, soit : 1) appréhender le phénomène des VBH du point de vue des intervenantes et intervenants, 2) cerner, à partir de leur point de vue sur leurs pratiques, les difficultés et les défis liés à l'intervention auprès d'une clientèle ethnoculturelle en contexte de VBH, et 3) proposer des pratiques et des modes d'intervention et de protection adaptés aux familles issues de l'immigration en contexte de VBH. Financé par le CRSH, le FRQSC et le FIR-UQTR⁺, ce projet est mené en partenariat avec la Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (DPJ/DP du CCSMTL)⁺⁺ et plusieurs maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence au Québec^{***}. Les données de cette recherche qualitative proviennent majoritairement d'entrevues individuelles et de groupe ayant été réalisées auprès d'intervenantes et intervenants et de gestionnaires d'équipe issus de ces deux milieux de pratique. En outre, les dossiers d'usager des jeunes en situation soupçonnée ou avérée de VBH pris en charge par le DPJ entre 2012 et 2017 ont aussi été consultés, et un sondage a été distribué aux membres de la Fédération des maisons d'hébergement pour femmes (FMHF). Ces données permettront, une fois leur analyse terminée, de dresser un portrait des perceptions du phénomène des VBH et des réponses qui y sont apportées en contexte québécois, en s'intéressant plus spécialement aux défis de l'intervention interculturelle.

Contexte d'émergence d'informations sur les MGF

Lors des entrevues de recherche, les répondantes et répondants ont été interrogés de manière ouverte sur leur définition des VBH et sur les formes que pouvait prendre ce type de violences dans le cadre de leur pratique. Dans leurs réponses, les participantes et participants n'ont pas abordé d'eux-mêmes le thème des MGF. Toutefois, comme l'équipe de recherche a choisi de se référer à une définition des VBH qui inclut les MGF, des questions de relance abordant directement le sujet leur ont été adressées. C'est dans ce contexte particulier que des données sur les MGF ont émergé du discours des répondantes et répondants. Une analyse thématique de ce contenu a ensuite été effectuée.

Principaux résultats liés aux MGF

Bien que les résultats de cette microanalyse de données sur les MGF ne puissent pas être généralisés, plusieurs constats intéressants en ressortent néanmoins. D'entrée de jeu, il faut souligner que ni la DPJ/PJ du CCSMTL, ni les maisons d'hébergement participant à l'étude ne sont en mesure de fournir de chiffres précis quant à la prévalence des cas de MGF chez les personnes bénéficiant de leurs services. Du côté de la DPJ/PJ, les intervenantes et intervenants comme les gestionnaires mentionnent, lorsque questionnés directement sur les MGF, qu'il s'agit d'une problématique qu'ils rencontrent très rarement, voire, pour plusieurs, jamais. En effet, la majorité d'entre elles et eux ne sont jamais intervenus directement en regard d'une situation de MGF. Et parmi les dossiers d'usagers suivis par la DPJ/PJ dénotant un contexte soupçonné ou avéré de VBH, une seule famille était concernée par une situation à risque d'excision.

Le sondage sur les VBH réalisé auprès des maisons d'hébergement de la FMHF contenait des questions portant, entre autres, sur la compréhension des intervenantes et intervenants et gestionnaires à l'égard des VBH et sur les différentes manifestations de cette problématique rencontrées dans le cadre de leur pratique. Bien qu'aucune question ne concernait directement les MGF, sur les 21 questionnaires remplis, 9 personnes répondantes ont rapporté considérer les MGF comme une forme de VBH, dont 5 comme une expression de violence physique et 4 comme une violence sexuelle.

Concernant les formes que peuvent prendre les MGF, si les tests de virginité ou les reconstructions de l'hymen sont d'emblée perçus comme différentes manifestations des VBH, les MGF, quant à elles, sont plutôt associées par les répondantes et répondants à des violences sexuelles. Effectivement, le lien entre VBH et MGF se fait moins naturellement auprès de certaines intervenantes et certains intervenants, pour qui la compréhension des MGF réfère plutôt à des questions culturelles et traditionnelles se rapportant majoritairement au continent africain. Ainsi, plusieurs participantes et participants établissent une corrélation entre les MGF et un contrôle de la femme prenant sa source dans une organisation sociale patriarcale, et ce, qu'elles ou qu'ils soient issus du milieu des maisons d'hébergement ou de la DPJ/PJ.

Encadré 7 (suite)

Défis et enjeux liés à l'intervention interculturelle en situation de MGF au Québec

Selon la majorité des personnes répondantes des deux milieux de pratique, les situations de MGF demeurent très peu fréquentes au Québec. À la DPJ/PJ, les intervenantes et intervenants et les gestionnaires ayant été confrontés à ce type de violence n'ont parlé que de quelques cas rencontrés en carrière, et ce, même si elles ou ils exerçaient leur métier depuis de nombreuses années. Du côté des maisons d'hébergement, certaines gestionnaires ont parlé d'une incidence d'un à deux cas par année. Cependant, les participantes et participants des deux milieux ont affirmé qu'il existe, somme toute, peu de moyens de déceler une situation de MGF en contexte d'intervention. En effet, les femmes et les filles affectées par ce type de pratiques doivent en faire le dévoilement, et un très grand lien de confiance est souvent nécessaire pour qu'elles y parviennent. Du côté de la DPJ/PJ, même si une MGF est découverte lors d'un examen médical, le personnel médical n'a pas l'obligation de révéler cette information à l'équipe de la DPJ/PJ, ce qui réduit d'autant plus la possibilité d'être tenu au courant de la situation.

Les répondantes et répondants des deux milieux de pratique ont aussi mis en lumière l'existence d'un certain tabou chez les intervenantes et intervenants à aborder directement le sujet des violences sexuelles, et encore plus spécifiquement la question des MGF, étant donné leur aspect très intime. Elles et ils préfèrent en général laisser la personne auprès de qui elles ou ils interviennent révéler son vécu à son rythme. Il est donc légitime de se demander si la rareté apparente des situations de MGF découvertes en contexte d'intervention sociale ne pourrait pas s'expliquer, du moins en partie, par le fait que ces situations ne sont rarement dévoilées par les filles et les femmes concernées et, qu'en plus, elles ne sont pas non plus abordées de front par leurs intervenantes et intervenants ni à la DPJ/PJ, ni en maison d'hébergement.

Enfin, dans les situations où le contexte d'intervention favorise le dévoilement des MGF, les répondantes des maisons d'hébergement ont souligné à quel point il était difficile pour elles d'être confrontées à ce type de violences. Leurs discours révèlent de nombreux enjeux et défis liés à l'intervention en contexte de MGF. D'abord, chez plusieurs femmes ayant vécu ce genre d'expérience, une très grande souffrance émane de leurs récits, et la réception de cette charge émotionnelle s'avère une étape douloureuse à traverser pour bon nombre d'intervenantes.

Cependant, si plusieurs femmes vivent des souffrances en lien avec une expérience de MGF, d'autres femmes perpétuent ces pratiques traditionnelles, voire les encouragent. Certaines intervenantes en maison d'hébergement ont expérimenté des chocs culturels en tentant de dissuader des mères qui organisaient ouvertement des voyages dans le but d'aller faire exciser leur fille dans le pays d'origine. Selon ces participantes, ces chocs culturels se retrouvent, dans bien des cas, alimentés par le fait que les MGF sont souvent pratiquées de mère en fille dans un but de maintien des traditions et qu'elles incluent fréquemment des femmes de la famille élargie, ce qui amplifie les sentiments d'incompréhension et de colère ressentis. Il a d'ailleurs été mentionné dans une entrevue qu'une intervenante a dû se retirer d'un dossier à la suite du choix d'une mère, elle-même victime de violence conjugale, de planifier une excision imminente pour sa fille. L'intensité des émotions liées au choc de valeurs qu'elle ressentait était trop importante pour permettre à cette intervenante de continuer à intervenir de manière neutre auprès de cette femme. Comme le soulignent plusieurs participantes, la conception des MGF pour les femmes qui le vivent diffère souvent drastiquement de la conception de la problématique entretenue par un bon nombre d'intervenantes et intervenants. À cet égard, plusieurs questions se posent entourant les MGF : s'agit-il toujours de violences pour les femmes affectées? Conceptualisent-elles les MGF comme un choix ou comme un élément inéluctable faisant partie « de la route de [leur] vie »? La conception considérant les MGF comme des violences prévaut-elle sur la conception basée sur des traditions que certaines de ces femmes entretiennent?

Malgré la panoplie d'enjeux entourant le traitement des MGF qu'elles signalent, la majorité des répondantes des maisons d'hébergement affirment néanmoins parvenir à intervenir en contexte de MGF. Certaines ont mentionné avoir trimé dur afin de venir en aide à des mères souhaitant protéger leur fille d'une MGF imminente. Toutefois, leurs efforts individuels pour soutenir ces femmes et ces filles se retrouvent parfois caducs devant une prise en charge inefficace de ce type de violences par le système social québécois, ce qui génère beaucoup d'impuissance chez les intervenantes. En effet, plusieurs d'entre elles constatent qu'il est difficile d'intervenir adéquatement auprès de ces filles et de ces femmes à partir des leviers dont elles disposent dans les lois en vigueur.

Les données issues de cette étude, bien qu'encore embryonnaires, participent à mettre en relief une partie des défis auxquels sont confrontés les intervenantes et intervenants sociaux travaillant auprès de personnes affectées par une situation de MGF. Ces résultats contribuent ainsi à révéler la complexité de cette délicate problématique sociale.

* Le projet de recherche a reçu le financement du Fonds institutionnel de recherche (FIR) – Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), du Fonds de recherche du Québec – société et culture (FRQSC) et du Conseil canadien de recherches en sciences humaines (CRSH).

** Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) /Programme jeunesse (PJ) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL).

*** L'équipe de recherche a travaillé en partenariat avec plusieurs maisons membres de la Fédération des maisons d'hébergement pour femmes (FMHF) ainsi qu'avec le Bouclier d'Athéna Services familiaux.

2.4 Secteur de l'éducation des jeunes

POINTS SAILLANTS

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.

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.

Méthodologie – Secteur de l'éducation des jeunes

Source : Jennifer Lys Grenier, coordonnatrice du Volet Femmes de la TCRI. Elle s'est déroulée entre février et septembre 2018.

Afin de formuler des recommandations et des pistes d'action potentielles pour le secteur de l'éducation des jeunes, il était requis de dresser un état de situation des MGF/E dans le système scolaire québécois, en évaluant les niveaux de connaissance, les taux d'exposition à la pratique, les cas rencontrés et les pratiques en matière d'intervention et de suivi des cas impliquant une MGF/E. Pour ce faire, les acteurs du réseau scolaire québécois susceptibles d'être saisis advenant l'émergence d'un cas impliquant une MGF/E ont d'abord été identifiés.

Des recherches ont été réalisées afin de mieux comprendre le rôle et l'arrimage entre les différentes instances du réseau scolaire québécois. Ce travail a permis d'identifier les principaux acteurs du milieu mobilisés autour d'enjeux possiblement convergents avec la prévention des MGF/E et avec lesquels la TCRI pourrait réfléchir et collaborer en vue d'un meilleur accompagnement des jeunes filles concernées. Des représentantes et représentants des différentes instances ont été rencontrés afin de leur présenter le projet et de déterminer leur niveau de connaissance et d'exposition à la problématique des MGF/E en milieu scolaire. Cela a aussi permis de mieux comprendre les véhicules (politiques, programmes, contenus pédagogiques) au moyen desquels les gestionnaires scolaires pourraient envisager d'intégrer des actions en lien avec la prévention des MGF/E aux différents niveaux de l'institution (ministère, commissions scolaires, établissements d'enseignement). Le sommaire de ces démarches et des constats qui ont pu en être dégagés sont présentés dans ce qui suit.

Les personnes répondantes du réseau scolaire qui ont été rencontrées pour rédiger cet état de situation sont les suivantes :

- Représentantes et représentants du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec;
- Personnel cadre à la direction de la Commission scolaire de Montréal;
- Conseiller pédagogique en éducation et relation interculturelles, éthique et culture religieuse;
- La Direction des services d'accueil et d'éducation interculturelle.

La personne mandatée pour assurer l'intégration harmonieuse des élèves immigrants à l'école française ainsi que le développement de l'éducation interculturelle :

- Agent de soutien régional / dossier climat scolaire, violence et intimidation.

Les personnes mandatées pour accompagner et appuyer les 5 commissions scolaires de Montréal dans la mise en œuvre et le suivi du *Plan de prévention et de lutte contre la violence et l'intimidation* :

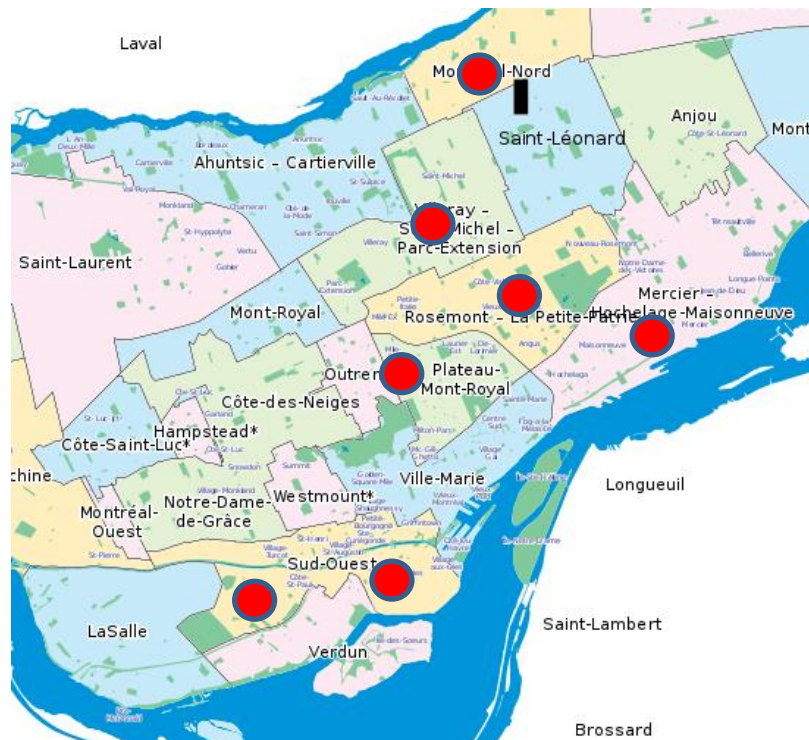
- 10 intervenantes et intervenants du milieu scolaire (8 techniciennes et techniciens en éducation spécialisée et 2 psychoéducatrices).

En plus des rencontres qui ont eu lieu avec les personnes cadres et les agentes et agents de soutien spécialisés, un questionnaire a été transmis à des intervenantes et intervenants scolaires afin de connaître leur niveau de connaissance et d'exposition à la problématique, ainsi que de cerner leurs besoins et des pistes d'action pour une meilleure prise en compte de la question des MGF/E en milieu scolaire.

2.4.1 Portrait des personnes répondantes au questionnaire

Au total, 10 personnes ont répondu au questionnaire, dont 8 techniciennes et techniciens en éducation spécialisée (TES) et 2 psychoéducatrices. De ce nombre, 4 ont précisé intervenir au primaire, 1 au secondaire et 1 à la formation des adultes. L'ensemble des personnes répondantes travaille dans l'île de Montréal, dont 3 dans le quartier Villeray–Saint-Michel, 3 dans le Centre-sud et le reste étant réparties dans le Mile-End, Rosemont–La-Petite-Patrie, Hochelaga-Maisonneuve et Montréal-Nord (figure 16).

Figure 16
Répartition des personnes répondantes sur l'île de Montréal



2.4.2 Principaux constats

2.4.2.1 Connaissances limitées des MGF/E

Les réponses au questionnaire indiquent que les personnes répondantes ont dans l'ensemble des connaissances limitées en matière de MGF/E. La majorité (8 sur 10) a fait part d'un niveau de connaissance sommaire. Une seule personne a évalué son niveau de connaissance à assez bon, une autre à nul. Ces connaissances sommaires ont majoritairement été acquises par le truchement des médias (7 personnes sur 10) ou leur formation académique (4 sur 10). Il est intéressant de noter qu'une personne a mentionné avoir survolé la question au cégep et avoir acquis des connaissances au moyen des journaux intranet du CIUSSS.

La compréhension de la pratique varie légèrement d'une personne répondante à une autre, mais dans l'ensemble, elles se représentent la pratique des MGF/E comme étant un rituel ou une tradition en lien avec la culture ou la religion. Cette pratique serait basée sur des croyances en lien avec la sexualité des femmes (contrôle, limitation du plaisir sexuel des femmes, celui-ci étant réservé aux hommes) ou, plus largement, sur des croyances en lien avec les rôles et les normes associées aux femmes.

2.4.2.2 Incertitudes concernant les interventions adaptées aux cas de MGF/E

Un élément transversal aux réponses au questionnaire est que les intervenantes et intervenants ne sauraient pas vraiment comment réagir ou agir s'ils se trouvaient confrontés à une situation de MGF/E ou de risque de MGF/E. Cela s'explique par plusieurs raisons.

Tout d'abord, aucune des personnes n'a été confrontée à une situation de MGF/E en milieu scolaire. Elles se considèrent majoritairement comme peu ou pas outillées si elles devaient intervenir dans une situation de MGF/E. Parmi les 10 personnes répondantes, il y en a seulement 3 qui s'estiment modérément outillées. Une personne a clairement signalé qu'elle ne saurait pas comment intervenir.

D'autre part, l'intervention pour des situations de MGF/E crée un certain malaise quant à la marche exacte à suivre. Concernant l'intérêt ou non de mener une intervention différenciée des autres types de violences en cas d'une situation de MGF/E, les répondantes et répondants étaient mitigés. Pour certains, l'intervention sur ces situations devrait être différenciée, car il y a une dimension culturelle qui se joue ou il s'agit de situations liées à l'intime qui requièrent une grande délicatesse. Pour d'autres, malgré le contexte culturel, les MGF/E constituent un acte de violence qui ne peut pas être atténué ou traité différemment. Certaines personnes ne savaient pas vraiment ou ont à la fois répondu oui et non à la question, mettant les arguments précédents en perspective les uns par rapport aux autres (aspect culturel contre acte de violence). Ces réponses illustrent un certain questionnement par rapport à la façon de réagir en cas de MGF/E : les intervenantes et intervenants sont conscients de la dimension culturelle de la pratique et sont soucieux de fournir une intervention adaptée, avec malgré tout un malaise quant à la violence que l'acte peut représenter et quant au fait de ne pas vouloir minimiser cet aspect. De manière générale, les répondantes et répondants soulignent que cette tension s'inscrit plus largement dans les défis que représente l'intervention interculturelle en milieu scolaire. Ces défis sont dans l'ensemble liés à des difficultés de communication (barrière de la langue), mais surtout à des conflits de valeurs et des perceptions différentes entre les familles et les intervenantes et intervenants concernant différents aspects : règles scolaires, rôle de l'école, rôle de la famille, rôle de la fille, religion.

Enfin, si elles devaient agir aujourd'hui pour répondre à une situation de MGF/E ou de risque de MGF/E, une moitié des personnes répondantes ont indiqué qu'elles consulteraient pour obtenir de l'information ou des conseils sur la façon d'agir, sur les démarches à suivre et sur le cadre légal au Canada. Une moitié des personnes répondantes ont également mentionné qu'elles se soucieraient des besoins de l'enfant afin de l'orienter adéquatement (professionnelles et professionnels de la santé, travailleuses et travailleurs sociaux, DPJ). Ces réponses indiquent soit une absence de clarté vis-à-vis des protocoles existants, soit l'absence même de protocole à suivre en cas de MGF/E.

En conclusion, les personnes répondantes se sentent actuellement peu aptes à intervenir dans des situations de MGF/E pour les raisons suivantes :

- Une méconnaissance de la pratique, car peu confrontées et peu outillées;
- Un inconfort lié à l'intervention interculturelle renforcé par un sujet qui touche à l'intime;
- L'absence d'information concernant les démarches, les procédures et le cadre légal encadrant leurs responsabilités en cas de MGF/E.

2.4.2 Besoins des intervenantes et intervenants

Les points présentés précédemment illustrent le fait qu'il n'y a pas actuellement de procédures précises concernant l'intervention en cas de MGF/E ou de risque de MGF/E. De manière plus large, les personnes répondantes ont souligné plusieurs besoins afin de pouvoir intervenir de façon adaptée :

- Former le personnel scolaire : sur le contexte historique et culturel de la pratique et sur la législation canadienne en matière de MGF/E par différents moyens (conférence, atelier de sensibilisation, collaboration avec le milieu communautaire, film, table ronde, etc.);
- Mieux outiller le personnel pour l'intervention : avoir des pistes et des cadres d'intervention, savoir vers qui orienter les personnes, pouvoir faire de la prévention dans les cours d'éducation sexuelle;
- Recenser les ressources qualifiées pour venir en aide aux filles : liste d'organismes pouvant venir en aide;
- Recenser et rendre disponibles des ressources en matière d'information : documentation accessible et compréhensible, personne-ressource désignée, liste de ressources et services pouvant fournir de l'information et des conseils.

Enfin, ces réponses illustrent la nécessité d'avoir une intervention concertée et en collaboration avec des collègues à l'interne et des partenaires externes (DPJ, professionnelles et professionnels de la santé, travailleuses et travailleurs sociaux, intervenantes et intervenants interculturels) pour à la fois obtenir du soutien à l'intervention, au moyen de diverses ressources et de l'information, et pour s'assurer que l'intervention est adaptée aux besoins des filles concernées.

2.4.3 Leviers d'action pour sensibiliser le réseau scolaire à la question des MGF/E

Face au constat de la quasi-absence de connaissances et d'exposition des différents interlocuteurs et interlocutrices du milieu scolaire à la problématique des MGF/E, une attention a été prêtée à mieux comprendre le réseau scolaire pour y déceler les acteurs et les véhicules clés qui pourraient être mobilisés à une étape ultérieure du projet, soit celle qui sera consacrée à l'élaboration d'un plan d'action multisectoriel. La section qui suit présente une recension de ces acteurs.

2.4.4.1 Niveaux de responsabilité et d'acteurs en éducation

Les responsabilités et les juridictions en éducation sont définies dans la Loi sur l'instruction publique (RLRQ, chapitre I-13.3) et sont partagées entre trois différents niveaux d'acteurs :

- **Niveau 1 - Le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur**

Par le Programme de formation de l'école québécoise, le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) du Québec détermine le contenu scolaire enseigné et les apprentissages qui doivent être évalués dans toutes les écoles du Québec au préscolaire, primaire et secondaire. Le MEES publie des politiques et programmes qui encadrent le travail des commissions scolaires et des écoles. Une convention de partenariat est conclue avec chaque commission scolaire pour déterminer les modalités pour l'atteinte des orientations ministérielles. Par exemple, depuis 2012, toutes les écoles sont obligées d'avoir un plan de lutte et de prévention contre les violences (mis à jour chaque année).

La Direction des services d'accueil et d'éducation interculturelle

La Direction des services d'accueil et d'éducation interculturelle (DSAEI) a le mandat d'élaborer et de mettre en œuvre des orientations et les mesures afférentes propres à assurer l'intégration harmonieuse des élèves immigrants à l'école française ainsi que le développement de l'éducation interculturelle. À ce titre, elle a trois grandes responsabilités : 1) Elle soutient les commissions scolaires et les établissements d'enseignement pour favoriser l'intégration et la réussite des élèves issus de l'immigration ainsi que l'éducation interculturelle; 2) Elle fait en sorte que la diversité ethnoculturelle soit prise en compte dans les encadrements pédagogiques et administratifs ainsi que dans les politiques et les orientations relatives à l'éducation; 3) Elle contribue à la coordination des actions relatives à l'accueil des personnes réfugiées, à la scolarisation des enfants en situation d'immigration précaire, à la prévention de la radicalisation et à la reconnaissance des compétences des personnes formées à l'étranger.

La DSAEI a créé un répertoire de personnes-ressources et un répertoire d'organismes dans le but de favoriser la prise en compte de la diversité ethnoculturelle, religieuse et linguistique en milieu scolaire, d'accroître les compétences interculturelles du personnel et de promouvoir l'apprentissage du vivre-ensemble dans le milieu scolaire québécois. Le milieu scolaire peut, de concert avec les personnes-ressources ou les organismes, déterminer les modalités et le contenu des rencontres, qu'il s'agisse de formations, de conférences, de services d'accompagnement ou d'activités de sensibilisation.

Ils ont aussi une personne responsable de la mise en œuvre de la nouvelle mesure 15055 qui vise à créer des postes d'agent de transition pour faciliter les collaborations des écoles avec les familles

immigrantes. Des sommes ont été octroyées aux commissions scolaires pour leur permettre de déployer cette mesure.

▪ Niveau 2 – Les commissions scolaires

La commission scolaire est une instance intermédiaire entre le MEES et les établissements d'enseignement du secteur public de son territoire, soit les établissements d'éducation préscolaire et d'enseignement primaire, d'enseignement secondaire (formation générale ou professionnelle) et d'éducation des adultes. Les commissions scolaires sont des organismes dirigés par un conseil des commissaires. Les commissaires sont élus au suffrage universel par la population locale tous les 4 ans. Il existe 72 commissions scolaires : 60 sont francophones, 9 sont anglophones et 3 sont à statut particulier, dont 2 autochtones. Elles relèvent toutes du MEES.

Les responsabilités des commissions scolaires sont les suivantes :

- Attribution des ressources humaines, matérielles et financières dans les établissements;
- Organisation des services éducatifs et communautaires;
- Respect par les établissements des orientations ministérielles. Les commissions scolaires signent des conventions de gestion et de partenariat avec le MEES en lien avec certaines orientations et objectifs ministériels. Par exemple toutes les écoles doivent adopter un plan de la lutte contre l'intimidation et la violence qui doit être renouvelé à chaque année.

La porte d'entrée la plus pertinente des commissions scolaires est celle de la Direction des services éducatifs qui regroupe les acteurs clés possiblement en lien avec l'enjeu des MGF/E. Parmi ces acteurs clés, on retrouve les conseillers pédagogiques *Accueil* et les agents de transition *Mesure 15055*, de même que les agentes et agents régionaux dans la lutte contre la violence et l'intimidation.

Les conseillers pédagogiques Accueil

Ces acteurs peuvent avoir différents noms selon les commissions scolaires, par exemple : conseiller pédagogique en soutien à l'apprentissage du français, au préscolaire et au primaire. Selon les commissions scolaires (de taille très variable et recevant plus ou moins d'enfants immigrants), on peut trouver plusieurs conseillers pédagogiques *Accueil* comme à la Commission scolaire de Montréal, ou un conseiller pédagogique multicasquettes dont le mandat accueil représente seulement quelques heures par semaine.

Les conseillers pédagogiques font profiter les écoles de leur expertise en les conseillant, notamment :

- Sur les pratiques organisationnelles et pédagogiques visant une plus grande équité en éducation du point de vue culturel, religieux et linguistique;
- Sur les sources de financement pour soutenir ces changements;
- Sur les partenaires potentiels.

Les agents de soutien régionaux dans la lutte contre la violence et l'intimidation

Leur rôle est essentiellement d'accompagner et de soutenir les écoles, en fonction des besoins et des priorités déterminés localement, relativement aux orientations ministérielles et à la mise en œuvre des dispositions de la Loi sur l'Instruction publique pour prévenir et combattre l'intimidation et la violence dans les écoles.

L'agente ou l'agent de soutien régional/Dossier climat scolaire, violence et intimidation est mandaté pour accompagner et appuyer les cinq commissions scolaires de Montréal dans la mise en œuvre et le suivi du Plan de prévention et de lutte contre la violence et l'intimidation. Il possède aussi le mandat de mettre en place un groupe-relais régional, de collaborer et de se concerter avec les personnes-ressources des services régionaux de soutien et d'expertise en adaptation scolaire, de contribuer au développement de l'expertise nationale et d'accompagner toutes les commissions scolaires par le biais des agents-pivots (responsables de l'accompagnement des écoles). Il fournit

une expertise dans différentes thématiques comme le code de vie, les pratiques éducatives, la prévention de la radicalisation.

On comprendra ici que ce plan de prévention et de lutte contre la violence et l'intimidation vise et agit sur le climat scolaire, les relations entre les élèves et les comportements individuels et collectifs problématiques au sein de l'école ou affectant des élèves qui la fréquentent. Or, dans les situations impliquant un acte de violence commis envers un enfant et dont la nature serait criminelle, la prise en charge se fait par le truchement de l'entente multisectorielle qui interpelle d'autres protocoles et acteurs que ceux prévus dans le Plan de prévention et de lutte contre la violence et l'intimidation. C'est pourquoi, dans le cas où une situation impliquant une MGF/E serait portée à l'attention d'une enseignante ou d'un enseignant ou encore d'une professionnelle d'un professionnel du milieu scolaire, la prise en charge se ferait en concertation avec des acteurs du système sociojudiciaire et du réseau de la santé et des services sociaux.

Encadré 8

Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique

L'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique a pour objectif « d'assurer une réponse adéquate, continue et coordonnée aux besoins d'aide et de protection de l'enfant »¹¹⁴. L'entente pose les bases d'une procédure sociojudiciaire d'actions relative à des situations en protection de la jeunesse qui permet d'évaluer des situations et identifier les mesures de protection et de soutien nécessaire à l'enfant. Cela se fait grâce à la concertation des acteurs suivants : le directeur de la protection de la jeunesse, le substitut du procureur général, les services policiers et, quand nécessaire, les acteurs des établissements et organismes scolaires, des centres de la petite enfance et des garderies, des établissements et organismes de santé et de services sociaux et des organismes de loisir et de sport. Cette procédure est coordonnée par le directeur de la protection de la jeunesse et comporte les étapes suivantes : 1. Le signalement de la situation au Directeur de la protection de la jeunesse; 2. La liaison et la planification; 3. L'enquête et l'évaluation; 4. La prise de décision et 5. L'action et l'information. Signée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Justice, le ministère de la Sécurité publique, le ministère de l'Éducation et le ministère de la Famille et de l'Enfance, elle est appliquée au Québec depuis 2001. L'entente multisectorielle a été conçue pour assurer une prise en charge concertée des cas d'abus ou de maltraitance. L'ensemble des acteurs appliquent un protocole commun, ce qui permet un meilleur suivi et continuum de service et un partage d'informations entre acteurs et instances. Cela a pour effet de réduire le nombre de personnes qui interviennent auprès de l'enfant et d'éviter que celui-ci ait à répéter son histoire à plusieurs reprises. L'entente permet de minimiser l'impact de l'intervention sur l'enfant et d'éviter d'ajouter à son traumatisme.

Agentes ou agents de transition en soutien à l'intégration des familles immigrantes (Mesure 15055 du MEES)

Ces agentes et agents de transition¹¹⁵ sont dédiés à l'appui des milieux scolaires dans leurs relations avec les familles immigrantes, et plus largement à la promotion des bonnes relations entre l'école, la famille et la communauté. Dans les milieux scolaires qui accueillent un nombre important d'élèves immigrants, dont des réfugiés et des demandeurs d'asile, ils veillent à soutenir la réussite scolaire des élèves et à favoriser la participation des parents en les aidant à mieux comprendre et à naviguer dans le système scolaire québécois. Ils servent également de médiateurs culturels pour les milieux scolaires afin que ceux-ci comprennent mieux les réalités vécues par les familles immigrantes, ainsi que leurs besoins et leurs préoccupations vis-à-vis de l'école.

Cours d'éducation à la sexualité

¹¹⁴ QUÉBEC (Gouvernement du), Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001), Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique, [En ligne], [https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/documents/sf_entente.pdf].

¹¹⁵ QUÉBEC (Gouvernement du), Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, Commissions scolaires : règles budgétaires de fonctionnement pour les années scolaires 2018-2019 à 2020-2021. Éducation préscolaire et enseignement primaire et secondaire. Amendées – août 2018, [En ligne], [http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/education/RB-CS-18-21-fonc-amend-aout18.pdf].

Les cours d'éducation à la sexualité sont dorénavant obligatoires au Québec et leur contenu intégré dans les curriculums de toutes les écoles primaires et secondaires des réseaux publics et privés. Le MEES est responsable d'émettre des lignes directrices en matière de contenus et d'objectifs spécifiques selon l'âge et le niveau scolaire de l'enfant.

Il revient ensuite aux commissions scolaires d'adapter les directives ministérielles et de développer les contenus ou « canevas pédagogiques » qui serviront au personnel des équipes-écoles. Ceux-ci sont élaborés par des professionnelles et professionnels spécialisés tel que des sexologues et des conseillers pédagogiques. Les équipes-écoles et le personnel enseignant ont ensuite la tâche de désigner les modalités et contenus spécifiques des enseignements qui seront offerts aux enfants.

À l'occasion des étapes subséquentes du projet, il y aurait lieu de déterminer dans quelle mesure il est envisageable d'intégrer un contenu sur les MGF/E dans le cours d'éducation à la sexualité. Assurément, toutes démarches en ce sens devraient se faire de manière à assurer un traitement éthique, sensible et contextualisé du sujet afin de ne pas stigmatiser certaines communautés et les enfants qui s'y identifient.

▪ **Niveau 3 – Les établissements d'enseignement**

Les écoles se distinguent par leur projet éducatif qui détermine leurs propres orientations. En effet, les écoles disposent d'un grand niveau d'autonomie dans la détermination de leurs projets éducatifs. Compte tenu qu'il existe des centaines d'établissements scolaires à l'échelle du Québec, il apparaît plus judicieux *a priori* de s'allier les agentes et agents de soutien des commissions scolaires afin d'assurer qu'une expertise acquise sur l'enjeu des MGF/E soit centralisée et puisse bénéficier au plus grand nombre.

2.4.4.2 Autres acteurs du réseau communautaire

▪ **Le réseau des intervenants communautaires interculturels Enfance jeunesse de la TCRI**

Les intervenantes et intervenants communautaires interculturels Enfance jeunesse (ICI-ENJEU) de la TCRI accompagnent les familles et les acteurs institutionnels en lien avec les enjeux *enfance jeunesse*.

Leurs titres varient : intervenants communautaires scolaires interculturels, femmes-Relais, agents de liaison écoles-familles-communautés, etc. Ils agissent en médiateurs interculturels entre les parents et les services scolaires afin de faciliter la communication et la collaboration mutuelle. Ils partagent des espaces d'échange et de formations tels que les formations offertes aux membres de la TCRI qui se donnent à Montréal et qui sont accessibles gratuitement aux membres, et la rencontre nationale des ICI-ENJEU qui réunit chaque année plus de 100 participantes et participants en éducation.

▪ **Une école Montréalaise pour tous**

Cette organisation, affiliée au MEES, a pour mission de contribuer à la réussite éducative de tous les élèves issus des milieux défavorisés pluriethniques montréalais en tenant compte de leurs besoins et de leurs ressources. Ils interviennent dans les écoles des milieux défavorisés pluriethniques montréalais exclusivement. Ils animent par exemple un espace de formation pour les agentes et agents de liaison école-famille-communauté de Montréal où il est possible de proposer des contenus.

2.4.5 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

POINTS SAILLANTS

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.

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 %).

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 touchées par cette pratique ou les « victimes » potentielles.

C'est pour faire face à cette situation que le Volet Femmes de la TCRI a mis sur pied un projet dont l'objectif est de produire un état de situation sur la réalité des filles et des femmes québécoises affectées par des MGF/E; sur les obstacles systémiques à lever à leur endroit et sur les pratiques

prometteuses en matière d'accompagnement et de soutien. Cet état de situation permettra de concevoir une stratégie collaborative multisectorielle afin d'améliorer les pratiques à l'endroit des personnes touchées par les MGF/E au Québec.

Ainsi, les organismes communautaires ont été une des cibles privilégiées de cet état de situation. Un encadré explique la méthodologie employée pour recueillir les données. Les constats sur les pratiques et les besoins des organismes communautaires en matière de MGF/E au Québec sont d'abord présentés. Ils sont suivis de recommandations et de pistes de solution.

Méthodologie – Secteur communautaire

Source : La collecte des données a été effectuée par Fatoumata Lamarana Baldé, sociologue consultante, en collaboration avec Jennifer Lys Grenier, coordonnatrice du Volet Femmes de la TCRI. Elle s'est déroulée entre février et septembre 2018.

La méthodologie utilisée pour cette partie du rapport est centrée sur un questionnaire en ligne, dont l'administration et le traitement se sont déroulés comme suit :

- Un questionnaire, réalisé en ligne du 6 au 27 avril 2018, à l'aide de la plateforme *SurveyMonkey*, auprès d'organismes communautaires en immigration ou d'organismes femmes membres de la TCRI. Le questionnaire comptait 13 questions, à choix de réponses et à développement, sur les connaissances, les pratiques et les besoins en matière de MGF/E (le questionnaire est présenté en annexe 10);
- L'envoi par courriel de lettres d'information et de consentement auprès des organismes communautaires en immigration ou des organismes femmes;
- Des relances par courriel et par téléphone effectuées auprès des organismes sollicités;
- L'analyse des données, dont le codage et le regroupement des données par catégories, l'analyse descriptive sommaire, l'analyse qualitative du contenu des réponses à développement et l'interprétation globale des résultats.

Au total, 39 organismes ont répondu au questionnaire. Ce nombre est considéré comme étant intéressant, notamment parce que parmi les 19 organismes partenaires du Volet Femmes de la TCRI ayant été sollicités, 16 y ont répondu. Parmi les 23 autres organismes, 20 sont des organismes voués à l'accueil et au soutien à l'intégration des personnes immigrantes et réfugiées. Néanmoins, les résultats ne peuvent être généralisables à l'ensemble des organismes membres de la TCRI. Il est à noter que la sollicitation des organismes membres de la TCRI avait été privilégiée essentiellement dans une perspective d'information au sujet du projet de recherche et de sensibilisation face à la problématique des MGF/E.

Note : Dans les tableaux, en raison des arrondis, la somme des pourcentages n'est pas toujours égale à 100 %.

2.5.1 Constats sur les pratiques et les besoins des organismes communautaires en matière de MGF/E au Québec

Dans cette section, les pratiques et les besoins des organismes communautaires en matière de MGF/E au Québec sont observés et analysés. Les données présentées proviennent des questionnaires remplis par 39 représentantes et représentants d'organismes communautaires en immigration ou d'organismes femmes. Les données permettent de connaître la participation par catégories, par régions de provenance au Québec ainsi que le niveau de connaissance en matière de MGF/E. Elles permettent aussi d'être informé sur les aspects suivants : l'émergence de la question des MGF/E dans le cadre des interventions et sur la façon dont elle a été traitée lorsqu'elle est survenue; le nombre de cas rencontrés ou connus; les pratiques utilisées par les organismes pour faire face aux MGF/E et leurs besoins pour mieux informer, intervenir et orienter les personnes concernées; les obstacles et les défis nommés par les femmes touchées; les pistes qui permettraient d'améliorer l'accès de celles-ci à des soins et à des services adéquats ainsi que les types de collaboration qui permettraient de mieux cerner les enjeux des MGF/E au Québec.

Pour chacune des questions, les résultats sont d'abord présentés et leur analyse suit.

2.5.1.1 Organismes participants et régions de provenance au Québec

Un réel intérêt des organismes du secteur communautaire face à la problématique abordée est constaté, car 39 organismes y ont répondu. Ainsi que le montre le tableau 1, ces 39 organismes

répondants sont à plus de la moitié (51,3 %) des organismes communautaires en immigration et 41,0 % des organismes femmes.

Une diversification des régions de provenance des organismes participants est observée. Toutefois, la moitié des organismes répondants proviennent de la région de Montréal, soit 53,8 %. Les résultats sont présentés ci-dessous :

Tableau 1
Catégories d'organisme

Catégories d'organisme	Organismes répondants	
	Nbre	%
Organismes communautaires en immigration	20	51,3
Organismes <i>femmes</i>	16	41,0
Non précisé	3	7,7
Total	39	100

Dans le tableau 2, une diversification de provenance des organismes répondants est constatée. Ceux-ci se répartissent dans 9 régions du Québec. Plus de la moitié des organismes proviennent de Montréal, soit 53,8 % dont 2 ont un mandat qui se déploie à l'échelle du Québec, et l'autre moitié de 8 autres régions québécoises.

La prépondérance de Montréal parmi les organismes répondants s'explique aisément. D'abord, on sait qu'en tant que métropole, Montréal est plus peuplée et reçoit plus de population immigrante que les autres régions du Québec. Ce qui amène également plus d'organismes communautaires à s'y installer pour répondre aux besoins des personnes.

Tableau 2
Régions de provenance des organismes répondants

Rang	Région	Organismes répondants	
		Nbre	%
1	Montréal*	21	53,8
2	Estrie	4	10,3
3	Laval	3	7,7
4	Montérégie	2	5,1
5	Outaouais	2	5,1
6	Québec	2	5,1
7	Mauricie	2	5,1
8	Lanaudière	1	2,6
9	Chaudière-Appalaches	1	2,6
10	Non précisé	1	2,6
	Total	39	100

Parmi les organismes de Montréal, 2 ont un mandat qui se déploie à l'échelle du Québec.

2.5.1.2 Connaissances en matière de MGF/E chez les organismes du secteur communautaire

Afin de connaître l'état des connaissances en matière de MGF/E chez les organismes du secteur communautaire, il leur a été demandé d'évaluer le niveau de connaissance de leurs organismes ou de leurs intervenantes et intervenants en matière de MGF/E. Les réponses pouvant varier de nulle à sommaire, assez bonne et très bonne. Ensuite, il a été demandé de préciser comment ces connaissances ont été acquises et d'évaluer le nombre de cas rencontrés ou dont ils ont eu connaissance.

▪ **Niveau de connaissance des organismes en matière de MGF/E**

Les résultats présentés au tableau 3 montrent que 94,9 % des organismes ont des connaissances en matière de MGF/E et que seulement 5,1 % n'ont aucune connaissance. Toutefois, 51,3 % des organismes déclarent que leur niveau de connaissance est sommaire, alors que pour 23,1 %, la connaissance est assez bonne et que pour 20,5 %, la connaissance est très bonne. En somme, 43,6 % des organismes ont une connaissance soit assez bonne, soit très bonne.

Tableau 3
Niveau de connaissance des organismes en matière de MGF/E

Connaissance	Organismes répondants	
	Nbre	%
Nulle	2	5,1
Sommaire	20	51,3
Assez bonne	9	23,1
Très bonne	8	20,5
Total	39	100

▪ **Modes d'acquisition des connaissances en matière de MGF/E**

En interrogeant les organismes sur la façon dont ils évaluent leur niveau de connaissance ou celui de leurs intervenantes et intervenants en matière de MGF/E, il leur a aussi été demandé comment ces connaissances avaient été acquises? Ainsi que le révèle le tableau 4, des 39 organismes, 26 ont précisé leurs modes d'acquisition des connaissances alors que 13 n'ont pas fourni d'information. Au total, 6 principaux modes différents d'acquisition des connaissances en matière de MGF/E sont évoqués. Certains organismes en mentionnent plus d'un. L'expérience professionnelle ou le travail terrain, la formation et la lecture sont les modes les plus cités, représentant 74,3 % des réponses obtenues.

On note que les connaissances acquises au moyen des formations l'ont davantage été dans un contexte académique. Ces formations incluent des ateliers, des cours en milieu scolaire et des études universitaires en immigration, médecine, sexologie, anthropologie ou par le truchement d'une thématique de maîtrise.

Les organismes répondants précisent également que les connaissances acquises par le travail terrain s'expliquent par le fait d'avoir voyagé outremer ou sur place dans le contexte d'activités professionnelles.

Tableau 4
Modes d'acquisition des connaissances en matière de MGF/E

Rang	Mode d'acquisition	Réponses fournies	
		Nbre	%
1	Expérience professionnelle – Travail terrain	10	28,6
2	Formation	9	25,7
3	Lecture	7	20,0
4	Recherches personnelles – Actualités – Médias	5	14,3
5	Sensibilisation – <i>Focus groups</i>	3	8,6
6	Origine – Culture	1	2,9
	Total	35	100

Réponse manquante pour 13 organismes.

L'intérêt du sujet pour les organismes se confirme également sous d'autres modalités, car les lectures, les médias, les actualités et les recherches personnelles sont cités 12 fois sur 35, soit

34,3 % des modes cités. Cet intérêt marqué face au sujet pourrait aussi s'expliquer par la diversité des modes d'acquisition des connaissances.

Cependant, on se demande pourquoi 13 sur 39 organismes (33,3 %) n'ont pas précisé leurs modes d'acquisition des connaissances, alors que 37 sur 39 (94,9 %) ont mentionné avoir des connaissances.

Par ailleurs, après l'évaluation de leur niveau de connaissance en matière de MGF/E ainsi que des modalités de leur acquisition, les organismes répondants ont évalué le nombre de cas rencontrés ou dont ils ont eu connaissance. Cette évaluation permet de mieux comprendre dans quelle mesure et à quelle fréquence ces organismes ont eu à faire face à des cas concrets de MGF/E.

▪ **Nombre de cas rencontrés par les organismes répondants ou dont ils ont eu connaissance**

Ainsi qu'il est illustré dans le tableau 5, 15 organismes répondants sur 39 (38,5 %) mentionnent ne pas avoir rencontré ou ne pas avoir eu connaissance de cas de MGF/E dans le contexte de leurs activités professionnelles, tandis que le même nombre mentionne avoir rencontré des cas. Toutefois, le nombre de cas précis ne peut être établi, car l'écart entre les réponses est trop grand. Ainsi, des réponses aussi peu précises que : « plusieurs dizaines de cas dans le cadre de l'intervention » ou, encore, « 1/300 000 » sont fournies.

Tableau 5

Nombre de cas rencontrés par les organismes répondants ou dont ils ont eu connaissance

Rang	Catégorie de réponse	Organismes répondants	
		Nbre	%
1	Cas rencontrés	15	38,5
2	Aucun – Zéro	15	38,5
3	Sans objet – Ne sait pas	6	15,4
4	Non précisé	3	7,7
Total		39	100

Parmi les 15 organismes ayant rencontré des cas, 12 ne sont pas en mesure de situer le nombre de cas dans le temps. Seulement 2 d'entre évoquent des cas en termes de : « moins d'une fois par année », « 1 à 2 cas par mois », et un autre a mentionné « très, très peu », sans pour autant préciser la durée.

Pourquoi ce manque de précision des chiffres concernant le nombre de cas rencontrés ainsi que l'intervalle de temps? On observe une diversité dans la manière de rendre compte des statistiques à ce sujet. Et on se demande : comment les organismes communautaires tiennent-ils et gèrent-ils les statistiques concernant les cas de MGF/E? Tiennent-ils vraiment des statistiques ou tout cela se déroule-t-il de manière informelle avec de simples estimations? Pourquoi cet écart entre le niveau de connaissance des organismes en matière de MGF/E et le nombre de cas rencontrés ou connus?

Alors que 95 % des organismes répondants signalent avoir un certain niveau de connaissance, ce n'est que 38 % qui affirment avoir rencontré des cas de MGF/E. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les connaissances ont été majoritairement acquises dans des contextes autres que le cadre professionnel (voir le tableau 4 sur les modes d'acquisition des connaissances), ce qui réduirait la possibilité d'acquérir des connaissances pratiques au moyen de cas concrets de MGF/E.

2.5.1.3 Pratiques des organismes communautaires en matière de MGF/E

Pour mieux comprendre comment les organismes communautaires composent avec les MGF/E au Québec, il leur a été demandé s'il advient que cette question émerge dans le cadre de leurs interventions. Le cas échéant, de quelle façon a-t-elle été traitée? Quelles sont les pratiques utilisées pour y faire face?

- **De l'émergence de la question des MGF/E lors des interventions ou des accompagnements**

Ainsi que le révèle le tableau 6, la question des MGF/E émerge lors des interventions ou des accompagnements chez plus de la moitié des organismes répondants (53,8 %). Au contraire, pour (46,2 %), cette situation de MGF/E n'a jamais émergée.

Quels sont les contextes ou les circonstances qui font que la question des MGF/E émerge ou n'émerge pas dans ces différents organismes? Cela dépendrait-il de la mission ou de l'orientation de l'organisme? Ou de la complexité du sujet qui est tabou ou, encore, d'autres choses?

Tableau 6

Émergence de la question des MGF/E lors des interventions ou des accompagnements

Rang	Est-ce que la question des MGF/E émerge?	Organismes répondants	
		Nbre	%
1	Oui (Rarement – Très peu – Souvent)	21	53,8
2	Non (Jamais)	18	46,2
Total		39	100

D'abord, les organismes qui affirment que la question des MGF/E n'émerge pas à l'occasion de leurs interventions indiquent que c'est parce qu'ils n'accompagnent pas de femmes, que les membres n'en font pas état et que cette question est taboue et difficile à cerner. Certains d'entre eux estiment que ce sujet ne fait pas partie de leurs interventions, qu'ils interviennent auprès des familles dans le cadre de l'intégration sociale, de l'intégration scolaire, de l'aide aux devoirs, des relations parents-enfants, de l'accompagnement et de l'orientation vers les services, etc. Ils précisent n'avoir jamais entendu parler des MGF/E lors de leurs interventions. Pour d'autres, il ne leur arrive que rarement de rencontrer des cas à l'occasion des rencontres individuelles avec des femmes.

Ensuite, ceux qui répondent que la question des MGF/E émerge ont énuméré de nombreux exemples de contexte d'émergence.

Plusieurs d'entre eux ont évoqué un *contexte de violence*, de violence conjugale et familiale. D'autres ont parlé du *contexte d'immigration* en lien avec le parcours migratoire, par exemple, avec des familles issues des pays où la pratique existe ou avec des mères qui immigreront pour sauver leurs filles de l'excision qu'elles ont subie. Certains organismes se sont focalisés sur la *prise en charge médicale* et *psychosociale* et parlant de contexte de santé physique et mentale, de douleurs gynéco-coïtales ou d'infertilité. Enfin, plusieurs ont mis l'accent sur *des ateliers d'échanges* entre femmes immigrantes et québécoises à Montréal sur le thème femme et violence; des ateliers de groupes destinés aux nouvelles arrivantes et lors d'échanges informels avec certaines; des activités d'éducation populaire; des activités de recherche menées par l'organisme; de l'intervention auprès de femmes qui hésitent à envoyer leurs filles en vacances dans le pays d'origine craignant qu'elles subissent une MGF/E sous l'influence de la famille; de l'accompagnement de nouvelles immigrantes qui ne savent pas parfois que c'est illégal ici et, finalement, de financement d'interventions chirurgicales pour réparer des dégâts des MGF/E.

- **De la façon de traiter la question des MGF/E lorsqu'elle survient**

Selon les résultats qui figurent au tableau 7, 16 des 36 organismes ayant fourni une réponse (44,4 %) mentionnent que l'intervention ou la référence constitue pour eux la façon dont ils ont traité la question des MGF/E quand elle est survenue. Par contre, 10 organismes sur 36 (27,8 %) indiquent que la question est sans objet. De plus, 6 autres organismes (16,7 %) mentionnent n'avoir jamais traité cette question et, enfin, 4 organismes (11,1 %) donnent des réponses autres ou inappropriées. Ces trois dernières catégories totalisent 20 organismes sur 36 (55,6 %) qui n'ont pas traité de la question des MGF/E.

Pour quelles raisons la majorité des organismes répondants (59,0 %) n'a pas traité de la question des MGF/E au sein de leur organisme?

Cela serait-il lié à leur mission? Ou à leurs secteurs d'intervention? Ou encore au fait que la question des MGF/E ne constitue pas une priorité par rapport aux autres enjeux qui émergent lors des interventions ou des accompagnements? Ou encore cela dépendrait-il du contexte d'émergence, par exemple : violence conjugale et familiale, discussions informelles avec des femmes immigrantes, ateliers pour personnes nouvellement arrivées?

Tableau 7
Façon de traiter la question lorsqu'elle est survenue

N°	Catégorie de réponse	Organismes répondants	
		Nbre	%
1	Intervention – Référence	16	44,4
2	Sans objet	10	27,9
3	Aucune – Jamais	6	16,7
4	Autre	4	11,1
Total		36	100

Réponse manquante pour 3 organismes.

En quoi consistent les interventions ou les références déclarées chez les 16 organismes répondants qui mentionnent faire quelque chose?

Pour certains, c'est d'être à l'écoute des femmes concernées, d'être disponibles et sensibles face à cette question, de comprendre le contexte, d'expliquer, de s'efforcer de trouver les meilleures ressources possibles et d'y diriger les personnes. Pour d'autres, c'est de fournir du soutien psychosocial et des services multidisciplinaires (cela n'a pas été expliqué). Alors que d'autres échangent sur les émotions qui y sont liées et sur la prise de pouvoir que cela représente, sans pour autant aller plus loin dans une procédure légale. Des intervenantes et intervenants l'abordent aussi parmi plusieurs autres sujets de violence ou lors des réunions avec des femmes africaines qui sont nombreuses dans le quartier où se trouve l'organisme. Les femmes avaient besoin de parler de leur vécu, et on leur offre l'espace pour la liberté de parole, une écoute active sans jugement et sans refléter son état d'âme (révolte par exemple), ce qui permet d'éviter à la femme de se sentir comme un « monstre », ainsi que l'ont mentionné certaines femmes ayant rencontré des intervenantes et intervenants ou des médecins ayant affiché leur stupeur ou leur pitié. Cependant, les intervenantes et intervenants ne peuvent pas aller très loin et les femmes n'étaient pas encore capables d'aller en profondeur, car le sujet est tabou. Parfois, c'est sans chercher à savoir que des femmes vont librement confier aux intervenantes et intervenants, de l'information sur le sujet des MGF/E.

Le sujet des MGF/E a aussi été abordé en termes de consentement, de l'absence d'un certain plaisir sexuel et comme étant une problématique réelle.

En outre, le sujet a été abordé sous l'angle de l'intervention féministe et les femmes informées sur les droits et lois en la matière au Canada. Pour les activités d'éducation populaire, les MGF/E ont été abordées dans un contexte de contrôle du corps des femmes et de leur reproduction ainsi que présentées comme une manifestation du vaste continuum des violences faites aux femmes.

En demandant aux organismes de quelle façon ils ont traité la question des MGF/E lorsqu'elle est survenue, il leur a aussi été demandé quelles ont été les forces et les lacunes de leurs approches? En réponse à cette question, très peu d'organismes ont donné leurs avis. Un seul a souligné que leur force, c'est leur expérience que reconnaissent les femmes, qui savent aussi qu'ils connaissent les traumatismes. Un autre représentant d'organisme précise que leur limite est le fait qu'il n'offre pas un service de suivi individuel aux femmes, alors que celles-ci pourraient en avoir besoin plus tard, quand bien même elles ne sont pas prêtes pour cela pour le moment.

▪ **Des pratiques utilisées par les organismes pour faire face aux MGF/E**

Parmi les 39 organismes répondants, 17 ont donné des informations relatives aux pratiques adoptées pour faire face aux MGF/E et 22 ne l'ont pas fait. Toutefois, il y a eu plus d'une réponse par organisme.

Ainsi, comme le révèle le tableau 8, 13 réponses sur 18 (72,2 %) sont la formation, la sensibilisation ou des plaidoyers, alors que 5 réponses (27,8 %) sont l'intervention et la prise en charge. Une absence de consigne et de procédure explicites en matière de MGF/E chez les organismes répondants peut ainsi être observée.

Tableau 8
Pratiques entreprises par les organismes pour faire face aux MGF/E

N°	Choix de réponse	Réponses fournies	
		Nbre	%
1	Formation – Sensibilisation – Plaidoyers	13	72,2
2	Intervention – Prise en charge	5	27,8
Total		18	100

Réponse manquante pour 22 organismes.

La question sur les pratiques au sein des organismes pour faire face aux MGF/E comporte 4 choix de réponses, dont une catégorie « autre », pour laquelle il a été demandé de fournir des informations précises. Ainsi que le montre le tableau 9, ce sont 28 réponses qui ont été obtenues pour cette partie « autre ». Cependant, majoritairement, selon ces réponses (64,3 %), aucune pratique n'a été utilisée au sein de leur organisme pour faire face aux MGF/E. Par contre, pour le quart de ces réponses, les principales pratiques qui ont été adoptées sont les suivantes : communication; prise en charge clinique; référence et accompagnement.

Tableau 9
Autres réponses sur les pratiques utilisées par les organismes pour faire face aux MGF/E

N°	Autre réponse	Réponses fournies	
		Nbre	%
1	Aucune pratique	18	64,3
2	Communication	4	14,3
3	Prise en charge clinique	1	3,6
4	Référence et accompagnement	2	7,1
5	Sans objet	2	7,1
6	Réponse incohérente	1	3,6
Total		28	100

Concernant la *communication*, les actions citées sont : des séances d'information et de sensibilisation, des *focus groups*, des rencontres de discussion, des ateliers de sensibilisation sur la question s'appuyant sur l'intervention féministe intersectionnelle et une approche interculturelle. Les organismes répondants précisent que lorsqu'ils sont confrontés à cette problématique, ils y répondent au meilleur de leur connaissance.

Pour ce qui est de la *prise en charge clinique*, un organisme mentionne qu'il peut compter sur l'équipe multidisciplinaire formée des médecins omnipraticiens, gynécologues, sexologues, psychologues et physiothérapeutes qui œuvre en son sein. Pour d'autres, la pratique utilisée consiste à faire des *références et de l'accompagnement*.

2.5.1.4 Obstacles et défis auxquels les femmes sont confrontées selon les organismes

Des 39 organismes communautaires, 34 ont donné leurs avis sur la question des obstacles et défis auxquels les femmes se heurteraient. Selon eux, les femmes concernées par les MGF/E au Québec seraient confrontées principalement à quatre types d'obstacles et défis : 1) le tabou, qui est l'obstacle le plus cité (29,4 % des organismes); 2) la méconnaissance du sujet et le manque de services offerts en la matière (14,7 % des organismes); 3) les problèmes de santé, à savoir des problèmes de santé physique et psychologique en lien avec la pratique douloureuse d'une MGF/E, l'accouchement et les relations sexuelles (11,8 % des organismes) et 4) la pression sociale, le rejet et l'exclusion cités par un organisme, mais ces obstacles ou défis sont également évoqués par deux autres parmi ceux ayant mentionné le problème de santé.

À la lecture du tableau 10, on constate que la majorité des organismes répondants (58,8 %) énumère des obstacles importants. Cependant, 41,2 % déclarent que la question ne s'applique pas pour eux ou fournissent une réponse inappropriée.

Qu'est ce qui pourrait expliquer le fait que le tabou soit le plus cité parmi les obstacles à franchir? Y aurait-il des liens entre le tabou et le manque de services adéquats ou la méconnaissance du sujet par les professionnelles et professionnels de la santé? Ou encore avec la pression sociale, le rejet et l'exclusion? Est-ce le tabou qui détermine les autres obstacles ou l'inverse?

Selon les organismes répondants, le tabou est un obstacle majeur, car il s'agit d'un sujet émotivement très sensible pour les femmes. Elles ne veulent pas en parler, « c'est trop dur d'en parler » en raison des préjugés, de la honte entourant cette pratique et de la loi du silence qui s'impose. Ils estiment que le tabou pourrait contribuer à empêcher le dialogue et la dénonciation. La difficulté de sortir d'un milieu envahissant reste aussi un obstacle de taille. La pression sociale de la famille, de la communauté ou du conjoint est très forte, il y a la crainte d'être ostracisée. Ce qui, selon les organismes répondants, soulève d'autres enjeux notamment : les voyages aux pays d'origine, l'éducation des femmes ainsi que la protection des enfants de sexe féminin.

De plus, le peu de confiance dans les institutions a été évoqué, car celles-ci sont désarmées face à ce que les femmes ont vécu. Le manque de services spécifiques, le non-respect de la législation et le manque de volonté politique expliqueraient aussi le silence des femmes, ce qui constitue un premier obstacle soutiennent les organismes répondants.

Tableau 10

Obstacles et défis que rencontreraient les femmes concernées par les MGF/E rapportés par les organismes

N°	Obstacles et défis	Organismes répondants	
		Nbre	%
1	Tabou	10	29,4
2	Méconnaissance des professionnels de la santé – Manque de services	5	14,7
3	Problème de santé	4	11,8
4	Pression sociale – Rejet et exclusion	1	2,9
5	Ne sait pas – Sans objet	11	32,4
6	Réponse inappropriée	3	8,8
Total		34	100

Réponse manquante pour 5 organismes.

2.5.1.5 Besoins des organismes communautaires pour mieux informer, intervenir, accompagner et orienter les personnes concernées par les MGF/E

Au total, comme le révèle le tableau 11, 36 organismes fournissent des informations sur leurs besoins pour mieux agir. La moitié des organismes répondants (18) déclare avoir besoin de

formation pour être en mesure de mieux informer, intervenir, accompagner ou orienter les personnes concernées par les MGF/E et 22,2 % des organismes répondants mentionnent avoir besoin d'outils d'information et d'accompagnement. C'est donc près des trois-quarts des organismes répondants (72,2 %) qui ont besoin à la fois d'être formés et outillés en matière de MGF/E, alors que 16,7 % veulent trouver des organismes ou des structures vers lesquels orienter les femmes. Les autres répondants mentionnent ne pas savoir la réponse à la question posée ou que celle-ci ne s'applique pas pour eux (8,3 %) ou, encore, la réponse donnée est incohérente (2,8 %).

Tableau 11
Besoins des organismes pour mieux agir

N°	Obstacles et défis	Organismes répondants	
		Nbre	%
1	Formation sur le sujet	18	50,0
2	Outils d'information et d'accompagnement	8	22,2
3	Organisme vers lequel orienter la personne	6	16,7
5	Ne sait pas	3	8,3
6	Réponse imprécise	1	2,8
Total		36	100

Réponse manquante pour 3 organismes.

Puisque près des trois quarts des organismes répondants mentionnent avoir besoin de formation et d'outils d'information et d'accompagnement pour pouvoir intervenir dans le cadre des MGF/E, il est possible d'affirmer qu'il y a un besoin criant en la matière. Par ailleurs, cette donnée révèle l'intérêt de ces organismes à se donner les moyens de s'investir dans la thématique des MGF/E. Ils ne cherchent pas comme unique solution, l'orientation des femmes concernées vers d'autres structures.

▪ Pour améliorer l'accès des femmes aux soins et services adéquats

Après avoir exprimé clairement leurs besoins, les organismes répondants ont indiqué ce qui pourrait être fait pour améliorer l'accès des femmes ayant subi les MGF/E à des soins et à des services adéquats. Le tableau 12 donne un éclairage à ce sujet.

Tableau 12
Comment améliorer l'accès aux soins et services adéquats

N°	Pour améliorer l'accès aux services	Organismes répondants	
		Nbre	%
1	Éducation – Information – Communication – Sensibilisation	12	35,3
2	Accès gratuit aux services des professionnelles et professionnels*	9	26,5
3	Formation	7	20,6
4	Ne s'applique pas – Ne sais pas	3	8,8
5	Autre	3	8,8
Total		34	100

* L'accès à la gratuité des soins est mentionné par un organisme.

Réponse manquante pour 5 organismes.

Sur les 39 organismes répondants, 34 ont donné leur avis sur cette question. Parmi eux, 35,3 % estiment que pour améliorer l'accès des femmes aux soins et obtenir des services adéquats en matière de MGF/E, il faut de l'éducation, de l'information, de la communication et de la sensibilisation de la population en général ainsi que des professionnelles et professionnels.

Pour certains (26,5 %), l'accès gratuit aux services des professionnelles et professionnels de la santé, des services sociaux et des services juridiques serait déterminant. D'autres encore (20,6 %)

insistent sur la formation des professionnelles et professionnels et des intervenantes et intervenants qui serait centrale. Ces données vont dans le même sens que les précédentes. On y décèle un grand intérêt pour l'acquisition de connaissances et de compétences sur la question des MGF/E au Québec, tant dans les communautés en général, que chez les professionnelles et professionnels. Il en est de même pour l'accessibilité des personnes concernées aux soins et aux services requis, lesquels doivent être adaptés et gratuits.

Voici une synthèse des quatre principales propositions formulées par plus de 90 % des organismes répondants à cette question :

Éducation – Information – Communication – Sensibilisation

- Assurer une meilleure communication de l'information, souvent les personnes ne connaissent pas les services existants ou les recours qu'elles peuvent exercer;
- Faire connaître les recours possibles, la protection des personnes qui est accessible, le positionnement gouvernemental à ce sujet. En parler de façon plus ouverte, faire connaître l'état des faits au Québec, car c'est très tabou;
- Sensibiliser la population à cette réalité pour rendre la problématique moins taboue, améliorer le dialogue autour de la pratique pour bousculer le tabou;
- Sensibiliser différents services à cette réalité. Éduquer, informer et sensibiliser la population en général ainsi que des professionnelles et professionnels;
- Confectionner un guide illustré comportant les informations à avoir par rapport au soutien accessible dans le système de santé.

Accès gratuit aux services des professionnels

- Assurer l'accès à un médecin traitant, y compris pour celles qui sont sans statut ou qui ne détiennent pas la carte d'assurance maladie du Québec;
- Offrir un accompagnement adapté à leurs besoins;
- Assurer un accès gratuit aux services spécialisés en la matière, notamment sur le plan psychosocial, sexologique et physiothérapeutique, juridique, avec des professionnelles et professionnels qui tiennent compte des considérations culturelles particulières selon la personne soignée;
- Mieux comprendre la problématique et les barrières à l'accès aux soins.

Formation

- Former les intervenantes et intervenants en général qui doivent offrir des services, des intervenants et intervenants médicaux en particulier, car certains organismes répondants mentionnent avoir eu des commentaires sur des jugements déplacés ou de l'utilisation des femmes pour des raisons de formation dans les hôpitaux universitaires;
- Rendre la problématique des MGF/E visible dans les services en confectionnant du matériel promotionnel dans les organismes et à l'occasion d'ateliers de prévention de la violence sexuelle;
- Faciliter des actions de revendication visant à rendre les soins et services adéquats et adaptés;
- Offrir aux organismes une formation leur permettant de savoir se mettre au-dessus de tout jugement en offrant des soins et services aux personnes aux prises avec les MGF/E. Offrir une meilleure formation afin d'améliorer le dépistage et l'intervention auprès des femmes concernées;
- Offrir aux professionnelles et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, des services juridiques et aux agentes et agents d'immigration une formation couvrant à la fois le sujet des MGF/E et celui des conditions de vie des femmes, du contrôle de leur reproduction, des réalités socioculturelles des pays d'origine et permettant d'éviter de faire du relativisme culturel de même que d'approfondir le savoir-être et le savoir-faire auprès des personnes touchées par les MGF/E;
- Compiler des statistiques sur la question, car il y a méconnaissance de la spécificité québécoise;
- Former du personnel compétent pour le dépistage, car les femmes n'en parlent pas.

Autres

- Préparer les organismes pour qu'ils orientent les personnes touchées vers les bons services;
- Impliquer les femmes ayant subi une MGF/E dans le processus de recherche de solution, en donnant des espaces respectueux, par exemple une maison d'hébergement pour femmes violentées;
- Considérer les MGF/E comme un problème de santé publique en veillant à appliquer la législation existante.

▪ *Ressources à rendre disponibles pour répondre aux besoins des femmes concernées par les MGF/E au Québec*

Le tableau 13 présente les résultats concernant l'opinion des organismes répondants sur les ressources qui devraient être rendues disponibles pour répondre aux besoins des femmes concernées par les MGF/E au Québec. Sur les 39 organismes répondants, 35 ont donné leur avis sur cette question. De ce nombre, 26 (74,3 %) ont formulé quatre propositions principales. Pour 11 des 35 organismes répondants (31,4 %), il y a lieu de mettre en place des organismes, des centres ou des ressources spécialisés (psychosocial, travail social, santé, adaptation culturelle des soins, droit, sexologie), afin de répondre aux besoins des femmes ainsi que d'avoir, à l'instar des organismes par et pour les femmes vivant avec le VIH, un organisme qui répondrait spécifiquement aux besoins des femmes ayant subi une MGF/E. Ces organismes précisent également qu'il est nécessaire d'avoir la possibilité de dénoncer et de sanctionner les personnes qui pratiquent les MGF/E même après l'acte ainsi que de pouvoir développer les soins et l'accompagnement requis.

Pour 9 des 35 organismes répondants (25,7 %), il est nécessaire de mieux informer, sensibiliser et outiller les ressources existantes, les professionnelles et professionnels, les immigrantes, en se dotant par exemple d'une stratégie d'intervention, d'une ligne d'écoute et de référence, de groupes de discussion et de soutien, de dépliants et de guides sur l'étendue de la problématique, sur les impacts et les besoins ainsi que sur les lois québécoises et canadiennes en la matière.

Il y a 5 des 35 organismes répondants (14,3 %) qui estiment de leur côté que des formations et ateliers dans les communautés les plus sensibles sont requis, de même que la formation des intervenants à offrir des services de suivis psychologiques, féministes et gratuits, ainsi que des services médicaux de reconstruction chirurgicale. Ceux-ci considèrent aussi que des services de santé adaptés devraient être accessibles.

Enfin, 1 des 35 organismes répondants (2,9 %) suggère l'élaboration d'un plan d'action qui comprendrait la trajectoire depuis la MGF/E jusqu'aux moyens pouvant être entrepris pour les étapes suivantes.

Tableau 13

Ressources à rendre disponibles pour répondre aux besoins des femmes concernées

N°	Ressources à rendre disponibles	Organismes répondants	
		Nbre	%
1	Organismes, centres ou ressources spécialisés (psychosocial, travail social, santé, adaptation culturelle des soins, droit, sexologie, psychothérapie, physiothérapie)	11	31,4
2	Informer – Sensibiliser – Outiller	9	25,7
3	Formation – Ateliers	5	14,3
4	Plan d'action	1	2,9
5	Ne s'applique pas – Ne sais pas – Sans objet	9	8,8
Total		35	100

Réponse manquante pour 4 organismes.

À ces propositions, s'ajoutent les ressources à déployer suivantes : adopter un plan d'action global, qui comprendrait la trajectoire depuis la MGF/E jusqu'aux moyens qui peuvent être mis en œuvre pour la suite des étapes; mener une enquête nationale de type qualitatif et quantitatif afin d'estimer la prévalence des MGF/E au Québec; évaluer la situation actuelle afin d'avoir une meilleure

connaissance sur les conséquences sanitaires, sociales et psychologiques en proposant des modalités de prise en charge des femmes; obliger les professionnelles et professionnels des secteurs médicaux et sociaux à briser le secret professionnel en répertoriant des cas de patientes ayant subi une MGF/E ou à risque d'en subir une, à divulguer l'information, et à refuser de reproduire la pratique; offrir les services de chirurgie réparatrice pour celles qui le désirent et en assurer la couverture par le Régime d'assurance maladie du Québec et interdire la médicalisation de toutes les formes de MGF/E.

Il est étonnant de constater que ce n'est que peu de personnes qui parle du caractère illégal de ces pratiques et que dénoncer pose problème. De plus, briser le secret professionnel est un enjeu extrêmement important et éthique qui pourrait avoir des conséquences sur d'autres problématiques (l'atteinte à la vie privée, la stigmatisation sociale, l'exclusion, etc.).

2.5.1.6 Types de collaboration (intersectorielle ou autre) pour cerner les enjeux des MGF/E et soutenir les femmes et les institutions concernées au Québec

Deux principales dynamiques de collaboration sont ressorties de l'analyse des données présentées au tableau 14. La première, c'est la dynamique structurelle qui suggère une collaboration entre les structures et entre les intervenants, notamment une collaboration intersectorielle qui semble particulièrement intéresser les organismes répondants. Puis, la seconde, c'est la dynamique basée sur des actions communes, spécifiquement dans les domaines de la communication et de la formation.

Dans cette perspective de collaboration, les organismes répondants suggèrent plusieurs actions à mener. Il s'agit notamment : d'informer et de partager l'information (site Internet), de faire de la sensibilisation sur les MGF/E et des campagnes de démystification (on a l'impression que ce n'est pas une réalité québécoise). De plus, ils recommandent de donner de la formation et d'organiser des réunions de concertation.

Pour mieux cerner les enjeux, il y aurait lieu d'élaborer un protocole d'intervention pour les femmes et les filles « victimes » et à risque; de travailler à la création d'une communauté de pratiques sur les MGF/E, de connaître les professionnelles et professionnels habilités ainsi que d'appliquer une solide législation, de sévères sanctions et de renforcer l'arsenal juridique.

Tableau 14
Types de collaboration pour mieux cerner les enjeux des MGF/E

N°	Type de collaboration	Réponses fournies	
		Nbre	%
1	Collaboration entre groupes communautaires – Milieu de la recherche	4	11,4
2	Collaboration entre femmes concernées et institutions ou intervenants	2	5,7
3	Collaboration intersectorielle (santé et services sociaux, immigration, services juridiques, éducation, sécurité publique, organismes communautaires)	10	28,6
4	Action de communication	7	20,0
5	Action de formation	6	17,1
6	Ne s'applique pas – Ne sais pas – Sans objet	6	17,1
Total		35	100

*Il y a plus d'une réponse par organisme répondant.

Réponse manquante pour 8 organismes.

2.5.2 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.

2.5.2.1 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 habiletés;
- 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.

2.5.2.2 Consolidation du partenariat entre les organismes intervenants en MGF/E

La problématique des MGF/E touche de nombreuses dimensions (sociologiques, médicaux, 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.

2.5.2.3 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

3.1 Éléments de contexte

POINTS SAILLANTS

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.*

Les cartographies ci-après présentent une vue d'ensemble des secteurs et acteurs impliqués de près ou de loin dans la lutte contre les MGF/E dans chacun des trois pays. L'importance de l'implication n'a pas été pondérée sur ces cartographies. L'objectif est davantage de représenter les différents secteurs et acteurs agissant directement, soit en procurant des services, soit en sensibilisant, soit en procédant à un signalement, ou indirectement, en élaborant des outils ou en formulant des recommandations.

Figure 17
Cartographie des secteurs et acteurs impliqués dans la lutte contre les MGF/E en France

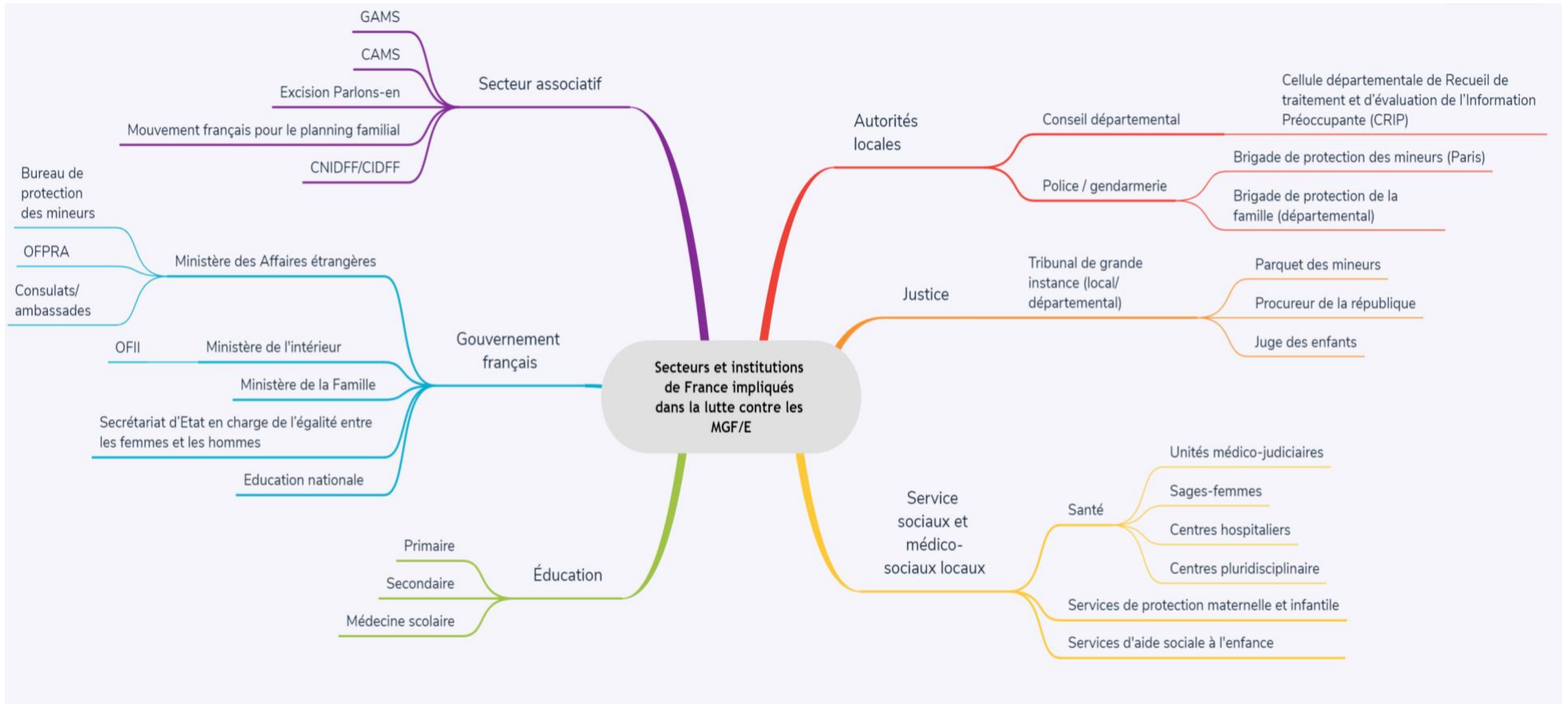


Figure 18
Cartographie des secteurs et acteurs impliqués dans la lutte contre les MGF/E en Belgique

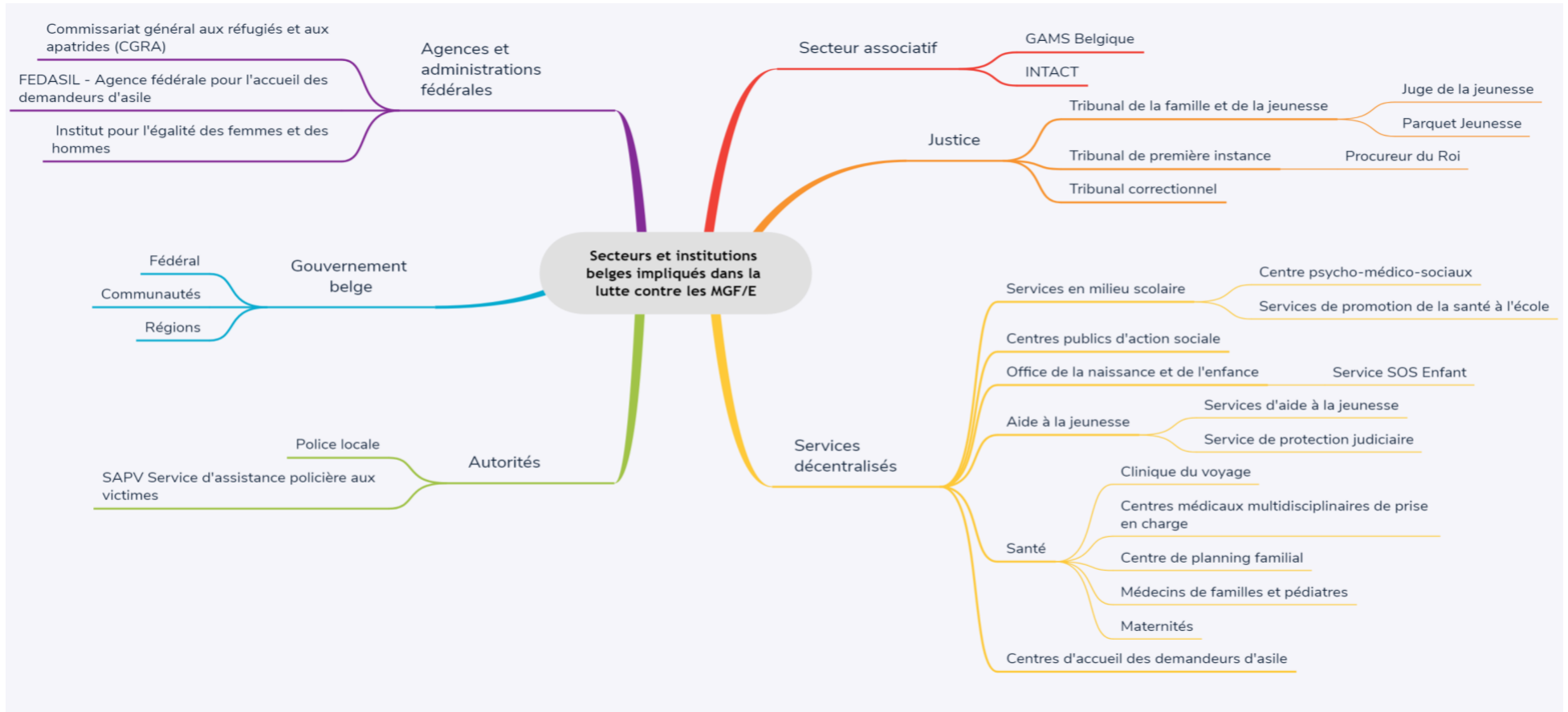
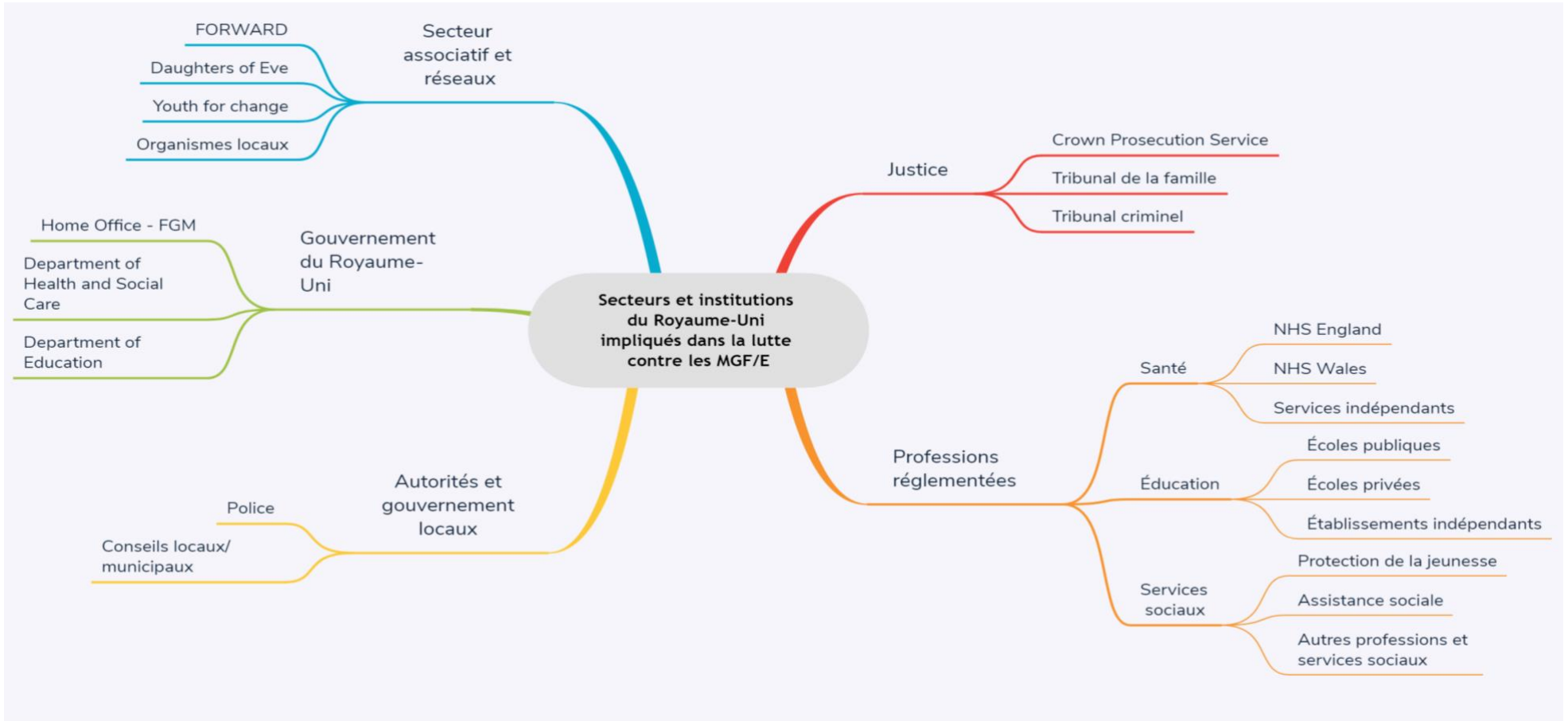


Figure 19
Cartographie des secteurs et acteurs impliqués dans la lutte contre les MGF/E au Royaume-Uni



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. C'est pourquoi les initiatives sont présentées en fonction des différents secteurs d'intervention retenus pour l'élaboration du présent rapport.

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.



3.2 Définitions et vocables

Comment définit-on les MGF?

La définition des MGF, dans les trois pays, s'appuie sur celle utilisée par les agences de l'ONU. Elle réfère à « toutes les interventions aboutissant à une l'ablation partielle ou totale des organes génitaux féminins externes ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pour des raisons non thérapeutiques de la femme et/ou toute autre lésions des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques¹¹⁶. »

Quelle terminologie est d'usage pour parler de l'excision et de l'infibulation?

Au Royaume-Uni, les termes : *female genital mutilation* (FGM), *female genital mutilation/cutting* (FGM/C), *female genital cutting* (FGC) sont autant employés que *female circumcision* dans les communautés.

Des femmes les définissent comme : « La pratique de percer, couper et/ou coudre ensemble les organes génitaux d'une femme (souvent décrite comme "coupée")¹¹⁷. »

Les mutilations génitales féminines (MGF) et mutilations sexuelles féminines (MSF) sont des terminologies couramment utilisées par des institutions et organismes autant en France qu'en Belgique, tandis que le terme excision est davantage utilisé pour s'adresser aux femmes et aux différentes communautés.

Dans les pays francophones, le terme « mutilations sexuelles » est plus souvent employé par des organismes pour souligner la volonté du contrôle de la sexualité de la femme.

3.3 Cadres légaux

Justice pénale

La Convention d'Istanbul contient des dispositions qui font obligation aux États parties d'ériger en infraction pénale les MGF¹¹⁸.

FRANCE

Il n'y a pas de disposition pénale spécifique pour les MGF. Depuis 1983, elles s'intègrent dans des lois pénales déjà existantes et associées à des violences entraînant la mort, une infirmité permanente ou une mutilation, punies par 10 ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende (article 222-9 du Code pénal). Elles sont considérées comme étant des crimes et délits et traitées comme des atteintes volontaires à l'intégrité de la personne¹¹⁹.

Le fait de commettre cette infraction sur une personne mineure de moins de 15 ans est considéré comme une circonstance aggravante qui alourdit la peine encourue de 20 ans de réclusion

¹¹⁶ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, UNICEF et FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION, « Les mutilations sexuelles féminines : Déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP », Genève, 1997, [En ligne], [<http://www.who.int/iris/handle/10665/41930>].

¹¹⁷ [En ligne], [www.buzzfeed.com/matthewtucker/ces-femmes-britanniques-sont-toutes-des-survivantes?utm_term=.hdWYMj82D#.ocOBWVkwO].

¹¹⁸ Conseil de l'Europe, Convention d'Istanbul, art. 38.

¹¹⁹ Section 1, livre 2 de l'article 222-9 du Code pénal.

criminelle (art. 222-10). Les MGF sont punissables même si elles sont commises en dehors du pays (art. 222-16-2).

En 2013, une loi a introduit deux nouvelles infractions dans le Code pénal¹²⁰ :

- « Le fait de faire à un mineur des offres ou des promesses ou de lui proposer des dons, présents ou avantages quelconques, ou d'user contre lui de pressions ou de contraintes de toute nature, afin qu'il se soumette à une mutilation sexuelle alors que cette mutilation n'a pas été réalisée »;
- Le fait « d'inciter directement autrui [...] à commettre une mutilation sexuelle sur la personne d'un mineur, lorsque cette mutilation n'a pas été réalisée. ».

Enfin, la victime peut porter plainte jusqu'à 20 ans après sa majorité.

Depuis 1979, des parents et des exciseuses ont fait l'objet d'au moins 29 procès.

BELGIQUE

La Belgique a introduit en 2000 un article spécifique sur les MGF au Code pénal (article 409) qui sanctionne d'une peine d'emprisonnement : « Quiconque aura pratiqué, facilité ou favorisé toute forme de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin, avec ou sans consentement de cette dernière, sera puni d'un emprisonnement de trois à cinq ans. »

Des circonstances aggravantes sont prévues par la loi : la minorité de la personne, l'importance des séquelles, la pratique des MGF contre rémunération et les situations de dépendance.

Depuis 2014, l'incitation à cette pratique peut entraîner une peine d'emprisonnement de 8 jours à un an.

Le délai de prescription est de 5 ans ou de 10 ans en cas de circonstances aggravantes. Si la victime était mineure, ce délai est de 15 ans et il ne commence alors à courir qu'à partir de ses 18 ans.

Enfin, la loi belge condamne les MGF qu'elle soit pratiquée en Belgique ou à l'étranger sur une personne mineure à condition que l'auteur se trouve sur le territoire belge.

Le délai de prescription est de 15 ans si elle a été commise sur une personne de moins de 18 ans et il ne commence à courir qu'à partir du jour où la victime a atteint l'âge de 18 ans.

À ce jour, il n'y a eu aucune condamnation en Belgique, bien qu'il y ait eu 19 plaintes recensées de 2008 à 2014.

En 2017, le Collège des procureurs généraux et le ministère de la Justice ont élaboré des lignes directrices¹²¹ sur les violences dites liées à l'honneur, incluant les MGF, destinées aux services de police et de la magistrature. Au total, 150 magistrats, policiers et intervenants de terrain ont pris part à une journée de formation. Ces lignes directrices contiennent des modalités précises d'enregistrement des affaires dans les bases de données judiciaires.

ROYAUME-UNI

La Loi sur l'interdiction de l'excision (*Prohibition of Female Circumcision Act*) de 1983 est modifiée par la Loi sur les mutilations génitales féminines de 2003 (*Female Genital Mutilation Act*). Est constitutif d'une infraction criminelle le fait d'exciser, infibuler ou mutiler d'une autre façon l'ensemble ou toute partie des grandes ou des petites lèvres ou du clitoris d'une personne de sexe féminin.

Aider une fille à mutiler ses propres organes génitaux et faire voyager une fille à l'étranger pour lui faire subir des MGF, que la pratique soit légale ou non dans le pays, sont également considérés comme étant des infractions.

¹²⁰ Section 5 – Mise en péril des mineurs dans les atteintes aux mineurs et à la famille de l'art. 227- 24-1.

¹²¹ Circulaire de politique criminelle (COL 6/2017).

La loi de 2015 *Serious Crime Act* vient modifier et renforcer la loi de 2003 sur les MGF. Elle est traitée comme un crime et les MGF sont spécifiquement traitées dans le chapitre 4 sur la « protection des enfants et autres¹²². »

Elle apporte quatre nouvelles dispositions :

- La non-protection d'une jeune fille contre le risque d'une MGF constitue une infraction et si une infraction est commise contre une fille de moins de 16 ans, chaque personne responsable au moment où la MGF s'est produite pourrait être tenue responsable;
- La préservation de l'anonymat à vie des victimes de MGF;
- Les juges peuvent avoir recours à des ordonnances de protection sur des filles ayant déjà subi une MGF ou à risque de subir une MGF dans le pays. Des mesures peuvent se traduire par l'interdiction de sortie du territoire ou la confiscation du passeport;
- Les professionnelles et professionnels de la santé, des services sociaux et de l'éducation doivent rapporter les cas de MGF de filles de moins de 18 ans à la police avant 30 jours (preuve physique ou témoignage).

Entre octobre et décembre 2015, 47 demandes de protection MGF ont été présentées devant des tribunaux britanniques, dont 32 ont été accordées.

Le 1^{er} février 2019, une Ougandaise a été la première personne condamnée au Royaume-Uni à 11 ans de prison pour une excision commise sur sa fille alors âgée de 3 ans. En 2015, il y avait eu une poursuite contre un médecin pour avoir pratiqué des MGF et contre un homme pour l'avoir encouragée, mais tous les deux ont reçu un verdict de non-culpabilité.

Protection de la jeunesse et de l'enfance

FRANCE

Avec l'article 375 du Code civil, le juge des enfants peut être saisi et la mineure peut être placée provisoirement, faire l'objet d'une interdiction de sortie du territoire et être inscrite dans un fichier de personnes recherchées ou si l'enfant peut quitter le territoire, celle-ci doit se soumettre à un contrôle médical à son retour.

Pour faire un signalement, les professionnelles et professionnels sociaux et médico-sociaux doivent contacter la Cellule départementale de recueil de traitement et d'évaluation de l'information préoccupante (CRIP)¹²³ qui peut demander une évaluation de la situation ou contacter le procureur s'il y a un risque de MGF ou un départ imminent à l'étranger.

Les citoyens ont accès à un numéro national en lien avec les CRIP et les tribunaux pour mineurs.

À l'extérieur du territoire national : il y a un numéro spécial au bureau de la protection des mineurs et de la famille du ministère des Affaires étrangères et du Développement international si risque de mariage forcé et MGF.

BELGIQUE

Les victimes de MGF sont traitées de la même manière que les enfants victimes de maltraitance.

Les professionnelles et professionnels de première ligne de la santé, des services de la santé à l'école, des services sociaux et des organismes pour la jeunesse sont les premiers acteurs qui interviennent auprès des familles pour prévenir ou faire cesser une situation de maltraitance.

Pour faire un signalement, les services de première ligne font appel à des services spécialisés d'aide à la jeunesse. Si le danger persiste, diverses mesures protectionnelles peuvent être mises en place par le parquet (signalement préventif, suivi médical, interdiction de quitter le territoire, etc.).

¹²² [En ligne], [<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2015/9/contents/enacted>].

¹²³ La CRIP est composée d'une équipe ayant des compétences techniques dans le domaine social, éducatif et médical.

L'étude intitulée *L'intérêt de l'enfant dans le cadre des procédures protectionnelles et répressives en lien avec les MGF*, réalisée par l'organisme INTACT, « examine la notion d'intérêt de l'enfant et sa prise en compte effective dans les procédures de prévention, de protection et de répression pénale relatives aux mutilations génitales féminines, tant au niveau national qu'international. Elle évalue et détermine concrètement l'intérêt de l'enfant dans le cadre de ces mesures¹²⁴. »

ROYAUME-UNI

Plusieurs lois visant à protéger les enfants « de toute forme de préjudice physique, sexuel et émotionnel » s'appliquent déjà à la protection des jeunes concernées par les MGF. Cependant, des directives spécifiques aux MGF permettent d'accompagner les organismes et institutions chargés de la protection de l'enfance qui doivent non seulement respecter les paramètres de la législation sur les MGF de 2013, mais aussi adhérer aux Directives statutaires multiagences sur les MGF (2016)¹²⁵. Cette directive légale est publiée en vertu du paragraphe 5C (1) de la Loi sur les organes génitaux (*Mutilation Act 2003*) et s'étend uniquement à l'Angleterre et au Pays de Galles.

Les professionnels de première ligne et les gestionnaires sont formés pour identifier des filles à risque d'une MGF et pour mettre en place des mesures pour prévenir et empêcher cette pratique.

La Société nationale pour la prévention de la cruauté envers les enfants appuyée par d'autres groupes a lancé un service d'assistance téléphonique pour les MGF. Un total de 102 appels signalant des risques de MGF a été recensé dans les 3 premiers mois et 38 cas ont été signalés à la police pour enquête. Une adresse électronique et un site Internet sont aussi disponibles.

Lois sur l'immigration et sur le droit d'asile

FRANCE

L'article L-752-3 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (loi de juillet 2015) : quand une protection a été octroyée à une mineure invoquant un risque de MGF, l'enfant est soumise à un contrôle médical pour constater l'absence de MGF, puis un suivi médical a lieu tous les trois ans par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) pour constater l'absence de mutilation. En cas de refus de cet examen, le procureur de la République est informé.

BELGIQUE

Les MGF sont reconnues comme une forme de persécution basée sur le genre et qui peut donc entraîner une reconnaissance du statut de réfugié ((Directive 2011/95/EU du Parlement européen et du Conseil européen du 13 décembre 2011).

Cependant, certains mécanismes doivent être améliorés dans « l'identification des groupes vulnérables et la prise en compte de la violence de genre dans le cadre de l'examen de la demande d'asile ». Lors de l'entretien avec l'officier de protection chargé de leur dossier, les demandeurs d'asile peuvent demander que l'officier ou l'interprète soit du même sexe qu'eux. Il en est de même avec les couples, l'officier de protection devrait leur parler séparément pour tenir compte de la situation et des besoins spécifiques de la femme¹²⁶.

En 2008, une mesure permet au Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA) de proposer aux parents de signer un engagement sur l'honneur de ne pas faire exciser leur enfant, pour **assurer une prévention** des MGF chez les enfants réfugiés reconnus, mais qui restent exposés à ces pratiques en Belgique en raison de la communauté.

¹²⁴ CONSEIL DE L'EUROPE, Mutilations génitales féminines et mariage forcé – Guide de bonnes et prometteuses pratiques visant à prévenir et à combattre les mutilations génitales féminines et le mariage forcé, 13 septembre 2017, p. 77.

¹²⁵ [En ligne], [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/512906/Multi_Agency_Statutory_Guidance_-_on_FGM_-_FINAL.pdf].

¹²⁶ Rapport Béatrice Fresko-Rolfo, p. 11, [En ligne], [http://website-pace.net/documents/19879/2069183/20160909-Report-FreskoRolfo-FR.pdf/2d398673-5d7d-4fc0-babf-7a631f3f1103].

Un certificat médical est exigé pendant la demande d'asile pour prouver si la personne a été ou non excisée. Ensuite, un certificat médical doit être émis annuellement dans le cadre d'un suivi¹²⁷.

ROYAUME-UNI

Le Royaume-Uni fournit à ses agents et agentes de l'immigration depuis 2010 des procédures sur la manière de prendre en compte les questions de genre lors de l'évaluation des demandes d'asile, et cela inclut une référence spécifique aux MGF considérées comme une forme de persécution fondée sur le sexe.

Le *Home Office* a consulté des ONG expertes en matière d'asile (*Asylum Aid*, le HCR et l'*Immigration Law Practitioners Association* (ILPA)) et intégré certaines de leurs suggestions qui permettent d'expliquer les cas où les MGF peuvent justifier l'octroi de l'asile. Le personnel reçoit une formation adaptée à la question des MGF permettant de mieux accueillir les demandeuses d'asile qui viennent raconter leur histoire, et d'être mieux outillés pour traiter leurs demandes. Des procédures de contrôle de la qualité sont mises en place pour surveiller la qualité des décisions et veiller à ce que les procédures soient mises à jour régulièrement.

Obligation de signalement

FRANCE

La levée du secret professionnel est encadrée par l'article 226-14 du Code pénal.

Le Code de la santé oblige tous les professionnels de la santé, professeurs et travailleurs à faire connaître aux autorités judiciaires « les sévices portés sur une mineure ou sur une femme qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, de son état physique ou psychique (434-3 et 223-6 du Code pénal) ». Les enseignants et les travailleurs sociaux ont aussi un devoir de signalement auprès des autorités administratives ou judiciaires.

BELGIQUE

La situation est ambiguë, car la loi établit une faculté et non une obligation de dénoncer des situations (art. 458 bis) et, en même temps, l'article 422bis prévoit que « toute personne a l'obligation de porter assistance à personne en danger ». Cela peut s'appliquer dans certaines situations où une MGF est pratiquée ou est sur le point de l'être sur une personne mineure.

Exemples de signalement possibles :

- Un enseignant craint sérieusement un départ imminent d'une élève pour être excisée dans son pays d'origine;
- Un médecin constate qu'une MGF a été pratiquée en Belgique sur une fillette et craint qu'elle ne soit reproduite sur sa sœur;
- Une infirmière constate qu'une fillette mutilée récemment en Belgique a besoin de soins urgents et constate le refus des parents de se rendre à l'hôpital de peur d'être dénoncés.

Les professions concernées par la levée sont les médecins, le personnel soignant, les intervenants (prêtres, pharmaciens, agents psycho-médico-sociaux, etc.).

ROYAUME-UNI

Il y a obligation des membres des professions réglementées des secteurs sociaux, médicaux et éducatifs de signaler à la police des MGF subies par des filles de moins de 18 ans ou lorsqu'il existe une preuve physique qu'une MGF a été commise ou lorsque que l'enfant en fait la révélation. Les

¹²⁷ [En ligne], [<http://www.strategiesconcertees-mgf.be/tool/certificats-medicaux-mgf-du-cgra-2017/>].

professions concernées par la levée sont les médecins, infirmiers, sages-femmes, enseignants et travailleurs sociaux (seulement au Pays de Galles)¹²⁸.

Le système national *FGM Risk Indication System* vise « à favoriser une intervention précoce effective et une protection continue pour les filles potentiellement vulnérables face aux MGF. Le système permet de communiquer confidentiellement de potentiels risques de MGF aux professionnelles et professionnels de la santé intervenant dans tous les cadres de soins, jusqu'à ce qu'une fille ait 18 ans. Il peut servir à tout moment approprié de la prestation de soins pour vérifier si une fille est jugée potentiellement vulnérable face aux MGF. Il doit être utilisé en conjonction avec les cadres et processus de protection locaux¹²⁹.

En somme, au-delà du cadre légal concernant le signalement, chaque pays a ses spécificités concernant les démarches à réaliser afin d'agir en cas de risque ou de MGF/E constatée. Ainsi, chaque pays prévoit différentes marches à suivre selon les situations. Ces démarches sont synthétisées dans les schémas présentés à l'annexe 11.

Quelques points de comparaisons entre les pays :

- Les démarches en France s'appliquent à toutes et à tous (tout citoyen ayant connaissance d'un risque ou d'une MGF/E avérée), alors que les démarches en Belgique et au Royaume-Uni s'adressent plutôt aux professionnelles et professionnels concernés;
- La chaîne d'acteurs diffère selon les pays, notamment sur les personnes ayant la possibilité de demander directement une ordonnance de protection;
- Dans chaque pays, des démarches différentes ont été adoptées en fonction des personnes majeures ou mineures, qui sont à risque ou qui ont subi une MGF/E. Il ne semble pas y avoir de démarche spécifique en Belgique selon que la personne soit majeure ou mineure;
- Il y a la possibilité en France de signaler un cas de MGF/E pour une femme adulte, avec son consentement, même si elle n'est pas enceinte ou n'a pas d'enfant. Au Royaume-Uni, des dispositions particulières sont prévues pour les femmes considérées comme étant vulnérables pour s'assurer que des services sociaux lui sont fournis.



¹²⁸ Voici des modèles de déclaration obligatoire pour les professionnelles et professionnels de la santé pour des mineures : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/525405/FGM_mandatory_reporting_map_A.pdf ; Procédures : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/573782/FGM_Mandatory_Reporting_-_procedural_information_nov16_FINAL.pdf.

¹²⁹ CONSEIL DE L'EUROPE, Mutilations génitales féminines et mariage forcé – Guide de bonnes et prometteuses pratiques visant à prévenir et à combattre les mutilations génitales féminines et le mariage forcé, 13 septembre 2017, p. 55.

3.4 Politiques publiques, plans d'action ou stratégies ciblées

Pour combattre efficacement les MGF, la Convention d'Istanbul préconise la mise en place de politiques globales et coordonnées¹³⁰. Sous l'autorité d'une institution dûment mandatée, des ressources financières et humaines y sont allouées pour la mise en œuvre des programmes, mesures et actions découlant de la politique publique. Cette institution officielle de coordination s'appuie sur les organisations non gouvernementales et la société civile pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques publiques. Elle veille aussi à collecter et à diffuser des données statistiques probantes et à soutenir la recherche.

FRANCE

Le gouvernement s'implique depuis les années 1990 avec les organismes communautaires dans une politique de prévention du public et de formation des professionnelles et professionnels de la santé, des travailleuses et travailleurs sociaux, des enseignantes et enseignants et des représentantes et représentants de la justice (campagnes, brochures, guides, etc.).

Le ministère de la Santé et de la Solidarité a adopté en 2006 une directive afin d'inclure les MGF dans le cursus universitaire de médecine et les programmes de formations offertes aux sages-femmes, des infirmières et infirmiers, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture¹³¹.

Selon une étude réalisée en 2003, seulement 3 universités ont mis en place un module consacré aux MGF et la moitié des écoles de sages-femmes disposent d'un module de formation¹³².

Depuis quelques années, les MGF sont traitées sous l'angle de la violence faite aux femmes.

Le 5^e plan de mobilisation et de lutte contre toutes des violences faites aux femmes (2017-2019) adopté dans le cadre de la Loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes (2014) prévoit des actions spécifiques pour prévenir et accompagner les jeunes femmes victimes de mariages forcés et de mutilations sexuelles féminines¹³³ :

- Consolider les dispositifs d'accompagnement des jeunes femmes victimes de mariages forcés et de mutilations sexuelles;
- Poursuivre les actions de prévention des mutilations sexuelles féminines (MSF) auprès des publics concernés et des professionnelles et professionnels;
- Actualiser les connaissances sur l'épidémiologie et les tendances évolutives du phénomène des mutilations sexuelles féminines en France et pérenniser un dispositif de suivi de l'évolution de la prévalence.

La Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) est le principal acteur institutionnel qui intègre les MGF dans ses outils de formation et de sensibilisation.

BELGIQUE

Depuis 2010, la Belgique intègre l'enjeu des MGF dans son Plan d'action nationale de lutte contre toutes les formes de violence basée sur le genre *Non aux violences* 2015-2019 (Plan intra-francophones 2015-2019 de lutte contre les violences sexistes et intrafamiliales de la Fédération Wallonie-Bruxelles)¹³⁴. L'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes est l'organisme public responsable de la coordination, du suivi et de l'évaluation du Plan d'action national. Pour ce faire, il

¹³⁰ Conseil de l'Europe, Convention d'Istanbul, art. 7.

¹³¹ [En ligne], [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_MSJ_SF_PM.pdf].

¹³² [En ligne], [<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01220571/document>, p. 28].

¹³³ [En ligne], [<http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf>].

¹³⁴ [En ligne], [http://actionsociale.wallonie.be/sites/default/files/documents/2016_02_Synthese%20plan%20intra-francophone.pdf].

s'appuie sur des expertes et experts et des représentantes et représentants gouvernementaux, communautaires et régionaux.

Les mesures relatives aux MGF dans le Plan d'action national sont les suivantes :

- Politique intégrée de lutte contre les violences et collecte des données :
 - Améliorer la transmission d'informations entre les institutions (maternités, ONE, médecine scolaire);
 - Désigner des personnes de référence au sein des maternités, Office de la naissance et de l'enfance (ONE), médecine scolaire, services d'aide à la jeunesse (SAJ), parquets, police, centres publics d'action sociale (CPAS);
 - Soutenir les organismes (formations et sensibilisation).
- Prévention de la violence :
 - Intégrer la problématique des MGF dans les cours d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle dans les écoles;
 - Renforcer la sensibilisation, la formation et outiller les professionnelles et professionnels de terrain;
 - Diffuser le kit de prévention des MGF « Stop MGF » réalisé par des organismes communautaires.
- Protection et soutien des victimes : soutenir les projets d'accompagnement des femmes.

Pour mieux agir afin de contrer les MGF, la Belgique collecte de façon répétée des données pour suivre les changements et les tendances. L'étude la plus récente, intitulée *Estimation de la prévalence des filles et femmes excisées ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique*, a été publiée en 2018. Cette étude, qui brosse un portrait de la situation en 2016, est une actualisation des données de 2012.

ROYAUME-UNI

Il n'y a pas de politique nationale spécifique aux MGF. Le Royaume-Uni les définit toutefois comme une « forme d'abus et de violence inacceptable envers les femmes » dans sa dernière stratégie gouvernementale intitulée Stratégie pour mettre fin à la violence contre les femmes et les filles (2016-2020)¹³⁵.

Le ministère de l'Intérieur (*Home Office*) est chargé d'élaborer et d'appliquer les mesures pour contrer les MGF, par l'intermédiaire d'une unité spécifique sur les MGF. Cette unité assume notamment les responsabilités suivantes :

- Appuie tous les efforts locaux et régionaux de lutte contre les MGF;
- Identifie et met en valeur pour les professionnelles et professionnels des exemples de pratiques efficaces;
- Fait la promotion des ressources en matière de MGF (disponible sur le site gov.uk);
- Collabore avec la police, les services frontaliers, le Service des poursuites judiciaires de la Couronne et les services policiers pour améliorer l'identification et la poursuite des contrevenants;
- Coordonne les efforts des différents ministères et organismes gouvernementaux pour lutter contre les MGF et travaille en étroite collaboration avec le secteur communautaire, les survivantes et les professionnels pour élaborer des politiques et des processus transversaux.

¹³⁵ [En ligne],
[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/522166/VAWG_Strategy_FINAL_PUBLICATION_MASTER_vRB.PDF].

Des orientations de pratique multiagences sur la lutte contre les MGF (*Multi-agency statutory guidance on female genital mutilation*)¹³⁶ existent depuis 2012 et visent à :

- Fournir des informations sur les MGF et la loi;
- Apporter des conseils stratégiques aux gestionnaires qui exercent des fonctions de protection;
- Offrir des conseils et un soutien aux professionnelles et professionnels de première ligne et les aider en particulier à identifier une jeune fille à risque et une jeune fille et les femmes ayant subi une MGF et agir de manière appropriée;
- Mettre en œuvre des mesures de prévention des MGF.

La sensibilisation des professionnelles et professionnels de la santé dans tous les secteurs, mais en particulier dans les cabinets médicaux, et les services de sages-femmes, de gynécologie, néonataux et obstétricaux, est cruciale pour créer une approche commune nécessaire pour protéger les filles et les femmes; et veiller à ce que les personnes concernées reçoivent les soins de santé physique et mentaux.

Le Sommet des filles (*Girls Summit*), organisé par le Premier ministre en 2014, a porté sur le mariage forcé des enfants et les MGF. Dirigé par le Département britannique pour le développement international et l'UNICEF, ce Sommet a fourni une plateforme aux décideurs et aux autres parties prenantes clés pour définir des stratégies visant à lutter contre les MGF et le mariage des enfants, et pour faire des promesses publiques de soutien financier pour leur mise en œuvre.

« Au cours de ce sommet, une campagne de sensibilisation et des outils de communication ont été lancés, et une déclaration commune a été signée par plus de 350 chefs religieux représentant les principales confessions s'opposant à la pratique des MGF¹³⁷. »

Groupe parlementaire multipartite sur les MGF *All party parliamentary group (APPG)*

Les APPG sont des groupes informels multipartites qui n'ont aucun statut officiel au sein du Parlement britannique, mais qui sont dirigés par et pour les membres des Communes et des Lords. Le premier APPG sur les MGF a été lancé en 2011 (avec l'ONG *Equality Now* comme Secrétariat), dans le but de sensibiliser aux problèmes causés par les MGF au Royaume-Uni et dans le monde. La première audition parlementaire sur les MGF a été organisée en 2000 par l'APPG sur la population, le développement et la santé génésique, qui recommandait une révision de la loi britannique.

Déclaration contre les MGF

La déclaration contre les MGF, communément désignée Passeport santé, qui est signée par plusieurs ministres du Royaume-Uni « [...] explique ce que sont les MGF, décrit la législation et les peines prévues et indique les formes d'aide et de soutien existante¹³⁸. »

3.5 Santé et services sociaux

FRANCE

Formation

¹³⁶ [En ligne], [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/512906/Multi_Agency_Statutory_Guidance_on_FGM_-_FINAL.pdf].

¹³⁷ [En ligne], [http://www.aqpv.ca/images/stories/docs/Geadah2_octobre2016.pdf].

¹³⁸ CONSEIL DE L'EUROPE, Mutilations génitales féminines et mariage forcé – Guide de bonnes et prometteuses pratiques visant à prévenir et à combattre les mutilations génitales féminines et le mariage forcé, 13 septembre 2017, p. 78.

- Les enjeux des MGF sont intégrés dans la formation initiale des écoles de sages-femmes. Ils sont aussi intégrés dans les instituts de formation des infirmières et infirmiers.
- Depuis 2006, les MGF sont inscrites officiellement au programme de la formation initiale des études de médecine, mais l'enseignement n'est pas encore généralisé.
- Les MGF font parties de la formation continue des professionnelles et professionnels de la santé, mais sont un sujet d'étude choisi ou volontaire; autrement dit ce sujet n'est pas imposé.

La question de la formation est un enjeu majeur. La plupart des documents consultés font part d'une recommandation transversale de la nécessité de former tous les professionnels et professionnelles de la santé concernés par la problématique des MGF, que ce soit à des fins de repérage, d'accompagnement ou de suivi. L'intégration des MGF aux programmes de la formation initiale des travailleuses et travailleurs sociaux est également une recommandation pour pouvoir joindre d'autres acteurs que ceux travaillant dans un service de Protection maternelle infantile (PMI), par exemple pour joindre les professionnelles et professionnels de l'aide à l'enfance qui peuvent prendre le relais des services de PMI lorsque l'enfant est plus âgé.

Outils

- Guide à l'intention des professionnels du secteur de la santé : « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines¹³⁹ », ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

Le document, produit par la Direction générale de la santé en collaboration avec la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) avec l'appui d'expertes et d'experts en santé, informe sur la situation juridique des MGF en France et explique le rôle que les praticiennes et praticiens ont à assumer dans la détection, le traitement, la prévention et l'élimination de cette pratique.

- Modèles de certificats médicaux avec une notice explicative pour les médecins et les sages-femmes constatant une MGF (et autres types de violence) disponibles sur les sites de l'ordre national des médecins et l'ordre national des sages-femmes.

Protocole

- Le protocole « Conduite à tenir face aux mutilations sexuelles féminines » du service de Protection maternelle infantile (PMI) de Seine-Saint-Denis¹⁴⁰ de même que celui de Paris. (Le service de PMI est une structure publique et régionale qui offre des consultations et des actions de prévention médico-sociale aux femmes enceintes et à l'enfant jusqu'à 6 ans¹⁴¹.)

Mesures pour garantir la protection de l'enfant

- Les professionnelles et professionnels informent les familles sur les lois et les conséquences médicales des MGF.
- Un examen des organes génitaux est réalisé à chaque rendez-vous et signalé dans le carnet de santé.
- Une vigilance est maintenue tout au long de la croissance de l'enfant et en cas de préparatifs de voyage.
- Après 6 ans, le dossier est transmis à la médecine scolaire si nécessaire.
- Si une excision est constatée, un signalement doit être envoyé à la Cellule départementale de recueil de traitement et d'évaluation de l'information préoccupante (CRIP).

Mesures pour garantir la protection maternelle

- Toute MGF doit être consignée dans le dossier obstétrical.

¹³⁹ Guide du ministère de la Santé et des Sports, « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines », juillet 2010, [En ligne], [<http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/MSF.pdf>].

¹⁴⁰ [En ligne], [http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_11_-_MSF_-_fev_17.pdf], p. 9].

¹⁴¹ [En ligne], [https://fr.wikipedia.org/wiki/Protection_maternelle_et_infantile].

- Les professionnelles et professionnels étant informés des complications sévères qui peuvent être liées aux MFG pendant la grossesse, une évaluation des risques est réalisée de la grossesse à l'accouchement. Un accompagnement médical, psychologique et parfois chirurgical est proposé aux femmes.
- Si la patiente accouche d'une fille, l'information est envoyée à l'équipe protection de l'enfant pour un suivi, si nécessaire.
- Dès qu'une MGF est constatée, dans les centres d'éducation familiale, une prise en charge est mise en place si nécessaire, un recours à un médiateur culturel d'une association partenaire (Femmes Relais Médiatrices Interculturelles).
- Si une MGF est constatée chez une mineure, elle doit être signalée aux autorités judiciaires à travers la CRIP et un rapport médical « sous pli confidentiel, portant la mention secret médical ». La mise en place d'une mesure de protection préventive peut être appliquée.

Initiatives

- La Maison des femmes de Saint-Denis financée par sa région pour la construction de son centre et également soutenu par la Chaire de l'UNESCO « Santé Sexuelle & Droits Humains », par la fondation Fleur du désert et par l'organisme GAMS. Ce lieu offre un parcours de soins aux femmes victimes de violences et comporte une unité « mutilations sexuelles féminines » composée d'une psychologue, d'une sexologue, de sages-femmes, de chirurgiens formés par le Dr Foldès, urologue français. En 18 mois, le centre a reçu des centaines de femmes victimes pour plus de 15 000 consultations. Elle apporte un accueil confidentiel et sécurisé.
- Une initiative similaire a ouvert en février 2019 à Bordeaux : la Maison d'Ella. Cette maison propose d'accompagner de façon pluridisciplinaire les femmes victimes de violences, incluant les MGF¹⁴².
- En 2012, l'Hôpital Bicêtre (région d'Île-de-France) a implanté une offre de services de santé spécialisés selon une approche intégrée et multidisciplinaire. Il s'agit d'un système de type guichet unique qui permet d'offrir un ensemble global de soins, tant médicaux que psychologiques et sexuels aux femmes qui demandent une chirurgie réparatrice. Les services sont remboursés par le système français de sécurité sociale. Une équipe multidisciplinaire suit un protocole qui comprend trois grandes étapes : « premièrement, une consultation médicale (pour discuter des conséquences sanitaires et sexuelles de la mutilation), suivie d'une consultation psychologique (pour évaluer les éventuelles séquelles post-traumatiques et pour éviter une réactivation postopératoire). Troisièmement, une consultation sexologique aide à évaluer et, si possible, à améliorer la satisfaction sexuelle de la femme avant l'opération chirurgicale. Toutes les consultations ont lieu au même endroit mais sont espacées dans le temps pour laisser un temps de réflexion suffisant à la patiente et lui permettre de formuler le type de soutien qu'elle attend, L'expérience de l'unité montre que, à la fin du processus de consultation, la chirurgie réparatrice n'est pas toujours nécessaire¹⁴³. »

Chirurgie réparatrice du clitoris et de la vulve¹⁴⁴

La chirurgie réparatrice est remboursée par la sécurité sociale depuis 2004. La technique a été mise au point dans les années 1990, par le Dr Foldès. Entre 1998 et 2009, 821 patientes sur 840 soumises à une étude pour évaluer leur degré de satisfaction et d'attentes ont répondu favorablement aux questionnaires.

Initiative du Dr Foldès permettant un continuum de services

Un institut pour les femmes victimes de violence a été créé au sein de l'hôpital Poissy-Saint-Germain-en Laye et offre un dépistage et une prise en charge gratuite par des spécialistes

¹⁴² Centre Accueil Consultation Information Sexualité, Maison d'Ella, [En ligne], [http://cacis-pro.fr/?page_id=850].

¹⁴³ CONSEIL DE L'EUROPE ET AMNESTY INTERNATIONAL, Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique – Un outil pour mettre fin aux mutilations génitales féminines, janvier 2015, p. 24.

¹⁴⁴ [En ligne], [http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_11_-_MSF_-_fev_17.pdf, p. 10].

(psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, aides-soignants et des juristes).

BELGIQUE

Centres médicaux multidisciplinaires de prise en charge

Deux centres offrent un accompagnement individuel multidisciplinaire; suivi psychologique, sexologique, traitement chirurgical de séquelles d'excision (désinfibulation, ablation d'un kyste) ou la reconstruction du clitoris.

La prise en charge est totalement couverte par ceMAVIE (Centre médical d'aide aux victimes de l'excision) au CHU St-Pierre à Bruxelles et par le centre Multidisciplinair Centrum Genitale Mutilatie, Vrouwenkliniek UZ qui se trouve à Gent¹⁴⁵.

Outil : guide national de bonnes pratiques

Ce guide propose aux divers acteurs concernés des pistes d'action et des mesures concrètes lorsqu'une professionnelle ou professionnel est confronté à une situation de MGF et, selon les personnes concernées (enfants à risque, femme excisée, parents), elle ou il apporte des conseils, des modèles de protocole et de bonnes pratiques à mettre en place, pour prévenir les MGF, pour détecter des situations à risque et pour faire un signalement si nécessaire.

Les professionnelles et professionnels visés travaillent dans les maternités, les Offices de la naissance et de l'enfance (ONE), dans les services de promotion de la santé à l'école (PSE), les centres psycho-médicaux (PMS), chez les médecins de famille et pédiatres, dans les services de clinique du voyage (ou sont fait les vaccins contre la fièvre jaune) et les centres de planning familial.

Pour chacun de ces centres spécialisés, une fiche de bonne pratique a été conçue¹⁴⁶.

Désignation d'une personne de référence au sein de son service

Cette mesure s'avère utile pour accompagner ou conseiller des collègues confrontés à une situation de MGF et qui seraient insuffisamment ou pas du tout sensibilisés à cette pratique. La personne de référence fait la liaison entre son institution et les organismes comme GAMS et INTACT avec lesquels elle collabore dans l'évaluation du danger et de la prise en charge adaptée à la situation.

Initiative

Plusieurs services comme les centres de planning familial ont des équipes formées sur les MGF.

Le Centre de planning FPS de Liège (à la maternité du CHR de la Citadelle) a conçu un projet spécifique de prise en charge et de prévention à la problématique des MGF au sein d'une équipe pluridisciplinaire en mettant en place un accompagnement holistique (médical, social, psychologique et juridique). Deux membres du personnel, soit une assistante sociale et une psychologue, sont référentes du projet MGF. Une permanence hebdomadaire est assurée à la maternité pour des activités de prévention et des ateliers de préparation à la naissance.

¹⁴⁵ [En ligne], [<http://gams.be/agir/>].

¹⁴⁶ [En ligne], [http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/INTACT-fiches_sante_web.pdf].

Protocole

Un protocole MGF a été validé à la maternité de l'hôpital d'Ixelles, à Bruxelles, par toute l'équipe soignante pour améliorer la prévention de la réinfibulation après l'accouchement et de l'excision chez l'enfant¹⁴⁷.

Clinique du voyage (*Travel Clinic*)

Ces professionnelles et professionnels sont des acteurs incontournables dans la prévention et la détection des enfants à risque d'excision.

En effet, cette clinique est un passage obligé pour tout enfant né en Belgique et qui doit effectuer un vaccin pour la fièvre jaune, avant un départ en vacances dans son pays d'origine. Certains médecins formés à la problématique des MGF abordent le sujet avec les familles au même titre que les risques de maladies tropicales qui sont aussi abordés. Ils utilisent la carte de prévalence des MGF dans le monde et explique la prévalence de leur pays d'origine et les risques liés aux MGF. Il leur est toujours indiqué de remettre aux parents des dépliants des associations GAMS *Pas d'excision pour ma fille* et un *Passeport STOP MGF* conçu par INTACT qui rappellent les conséquences pour la santé et la conséquence extraterritoriale du juge belge.

Témoignage d'une médecin généraliste

Une médecin généraliste, également médecin référente pour le Commissariat général aux réfugiés et apatrides, témoigne que c'est après la visite de deux hommes venus la consulter pour rapporter des problèmes qu'ils rencontraient avec leur conjointe victimes de MGF, qu'elle en est venue à constater son ignorance totale des MGF et des conséquences graves sur la patiente et entre les conjoints¹⁴⁸.

Elle décrit les problématiques liées à l'examen médical et l'importance de savoir bien identifier les types de lésions liées aux MGF : « Les dames qui sont excisées, si on ne fait pas attention, on peut passer à côté ». Elle insiste sur l'importance de prendre le temps d'examiner et d'écouter l'histoire de la patiente et de rédiger un rapport circonstancié détaillé. Elle prend aussi le temps de sensibiliser les pères ou les conjoints lors des consultations.

ROYAUME-UNI

Au total, 16 cliniques spécialisées offrent des soins pour des femmes victimes de MGF

La clinique *African Well Woman* est le premier service de santé spécialisé pour les femmes concernées par les MGF, mis en place en 1993 par la *Foundation for Women's Health Research* (FORWARD) et l'hôpital Northwick Park, au sein de la maternité de l'hôpital Guy's and St. Thomas. Cette clinique offre des conseils, de l'information, des références vers d'autres ressources, des soins par des gynécologues, des sages-femmes et des obstétriciens et des désinfibulations. La première année, 116 femmes ont bénéficié de soins et chaque jour le service de maternité accueille au moins une femme ayant subi une MGF.

La clinique a aussi mis au point des protocoles de soins qui sont encore utilisés aujourd'hui, et qui ont inspiré 25 autres cliniques au Royaume-Uni, pour des femmes et des filles avec tous les types de MGF. Ces cliniques sont principalement concentrées à Londres et dans le sud du pays et ne répondent donc pas aux besoins des communautés concernés dans le reste du pays¹⁴⁹.

¹⁴⁷ Les documents suivants peuvent être consultés : Témoignage de Pascale Neiryck, la sage-femme de l'hôpital Ixelles impliquée dans la création du protocole : <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/scmgf/>. Schéma du protocole d'action : p. 4 et 5 du guide http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/INTACT-fiches_sante_web.pdf Ce protocole permet une coordination et un échange d'informations efficace entre les différents services et spécialistes concernés dans le suivi de la patiente, le type de MGF est indiqué dans le dossier médical informatisé et une consultation de l'évaluation du risque de réinfibulation est organisée après l'accouchement.

¹⁴⁸ [En ligne], [<http://www.strategiesconcertees-mgf.be/membres-75/>].

¹⁴⁹ [En ligne], [<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2001.00036.x/full>].

La clinique de l'*University College London Hospital (UCLH)* est le premier service spécialisé FGM pour les moins de 18 ans soupçonnés d'avoir eu ou d'être à risque de MGF. Ce service est ouvert à l'UCLH depuis 2014.

La clinique évalue si des mutilations génitales féminines ont eu lieu, fournit une intervention de suivi pour évaluer si d'autres filles de la famille sont à risque et offre un service-conseil. Le personnel de la clinique travaille étroitement avec la police, les services sociaux et les groupes communautaires locaux, pour préparer la documentation et assister aux audiences. À la fin de 2015, la clinique a eu 38 références, dont 18 concernaient les MGF.

Les opérations de désinfibulation sont prises en charge par le Service national de santé. Par contre les opérations de réparation et de reconstruction ne le sont pas.

Services psychologiques

En 2016, le ministre de la Santé a déclaré que le gouvernement travaillait avec des professionnelles et professionnels, des militantes et militants et les survivantes pour intégrer ces services dans le système de santé. La plupart des services de soutien psychologique sont actuellement offerts, entre autres, par des ONG Ashiana, le projet Dahlia, FORWARD, *Iranian and Kurdish Women's Rights Organisation (IKWRO)*, le réseau *Women and Girls Network* (pour les femmes victimes de violence ou à risque) et la clinique de l'UCLH (pour les moins de 18 ans).

Service numérique *National Health Service Digital (NHS)* pour la collecte des données sur les MGF/E

Le ministère de la Santé a mis en place ce système pour recueillir et utiliser des informations spécifiques auprès des femmes excisées ou à risque ainsi que pour améliorer les soins qui leur sont destinés. Ces informations, traitées d'une manière confidentielle, renseignent sur l'identité, l'âge, le pays d'origine, le type de MGF, à quel âge et dans quel pays la personne a été excisée. Les médecins et le personnel médical sont légalement tenus de fournir ces informations au NHS¹⁵⁰.

Mise à jour des directives du Collège royal des obstétriciens et gynécologues (CROG) en 2015

Ces directives fournissent des conseils, basés sur des preuves, aux cliniciens impliqués dans la prise en charge des femmes avant, pendant et après la grossesse, ainsi que les responsabilités légales et réglementaires des professionnelles et professionnels de la santé¹⁵¹.

En raison de la migration croissante, les cliniciens au Royaume-Uni sont de plus en plus exposés aux femmes qui ont subi des MGF. Le CROG a distribué un questionnaire anonyme au personnel d'un hôpital universitaire pour évaluer les niveaux de connaissance des MGF des professionnelles et professionnels de la santé concernés. Au total, des 45 personnes ayant rempli le questionnaire, 40 % connaissaient les règlements de la loi de 2003 sur les MGF; 58 % n'ont pas pu répertorier les différentes catégories de MGF; 47 % pensaient à tort que la césarienne est la meilleure façon de gérer les MGF si l'examen vaginal n'est pas possible au premier stade du travail et 54 % choisissaient l'épisiotomie antérieure comme traitement de choix lors de la deuxième étape. Les résultats ont démontré des lacunes significatives à la fois dans les connaissances théoriques et pratiques¹⁵².

¹⁵⁰ [En ligne], [<https://www.nhs.uk/Conditions/female-genital-mutilation/Documents/2905946-DH-FGM-Leaflet-French.pdf>].

¹⁵¹ [En ligne], [<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-53-fgm.pdf>].

¹⁵² [En ligne], [<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01443610601124257>].

Outil

Conçu spécifiquement pour les professionnelles et professionnels de la santé, le guide *Female Genital Mutilation Risk and Safeguarding; Guidance for professionals* fournit des informations sur les problèmes spécifiques fréquemment rencontrés autour des MGF¹⁵³.

Ce document comprend notamment le *FGM Safeguarding Risk Assessment tool* qui permet aux professionnelles et professionnels d'évaluer le risque avec des indicateurs et des critères spécifiques, selon les situations.

Plusieurs arbres décisionnels existent également afin de guider les professionnelles et professionnels en matière d'obligation et de responsabilités selon les différentes situations.

3.6 Éducation

FRANCE

Dès 2013, une convention interministérielle sur 5 ans (ministère de l'Éducation, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, ministère des Droits des femmes et, enfin, ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt) est adoptée en faveur de l'égalité entre les filles et les garçons et entre les femmes et les hommes dans le système éducatif. Elle intègre et fait la promotion d'une culture de l'égalité entre les sexes dans l'enseignement et les programmes scolaires. Elle comporte des mesures de formation des professionnelles et professionnels de l'éducation et de prévention des comportements sexistes et des violences sexuelles¹⁵⁴.

Le plan d'action rattaché à la convention prévoit des activités de prévention liées aux MGF.

Face au phénomène des violences basées sur le genre, des initiatives ont été prises pour former les équipes éducatives et les gestionnaires :

- « Ressources pour les collèges et lycées comportements sexistes et violences sexuelles : prévenir, repérer, agir » Cette publication, destinée aux équipes éducatives, fait un état des lieux des violences sexuelles en milieu scolaire et définit des pistes d'action. Le phénomène des MGF est abordé au moyen d'éléments de définition, une meilleure connaissance de ses conséquences, des rappels d'ordre juridique et des pistes pour un meilleur repérage et accompagnement¹⁵⁵.
- Dans le 5^e Plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019) du ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, une des actions de prévention à poursuivre cible les gestionnaires d'écoles qui reçoivent chaque année une formation sur la question des MGF, par le ministère de l'Éducation¹⁵⁶.
- Outils élaborés par le MIPROF pour le personnel scolaire (direction, enseignants, travailleurs sociaux, conseillers pédagogiques, psychologues, infirmier, médecin) afin qu'ils puissent repérer et prendre en charge adéquatement les jeunes filles à risque.

¹⁵³ [En ligne], [\[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/525390/FGM_safeguarding_report_A.pdf\]](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/525390/FGM_safeguarding_report_A.pdf).

¹⁵⁴ [En ligne], [\[http://cache.media.education.gouv.fr/file/02_Fevrier/17/0/2013_convention_egalite_FG_241170.pdf\]](http://cache.media.education.gouv.fr/file/02_Fevrier/17/0/2013_convention_egalite_FG_241170.pdf).

¹⁵⁵ [En ligne], [\https://a.tiles.mapbox.com/v4/cgetcarto.o7ceh3d2/attribution,zoompan,zoomwheel,geocoder,share.html?access_token=pk.eyJ1ljojY2dlldGNhcnRvliwiYSI6Imt2OGlreDAifQ.IAiAyzl6cAKzHxkRNwNjDA#6/46.149/0.15; http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Valeurs_republicaines/48/4/Violences_sexuelles_PDF_2014_V04-1_395484.pdf (p. 23 à 26).

¹⁵⁶ Objectif 25.

- Le kit de formation pédagogique BILAKORO comprend un court métrage réalisé sous forme de témoignages. Tandis que le guide d'accompagnement permet d'acquérir toutes les connaissances indispensables sur les MGF, ses conséquences, comment repérer une jeune fille à risque ou ayant été excisée, la conduite à tenir et, enfin,
- La prise en charge légale, médicale et psychologique¹⁵⁷.

BELGIQUE

L'initiative : Projet *Les MGF à l'école !* a été lancée par une médecin scolaire en collaboration avec l'organisme GAMS (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles)¹⁵⁸, après qu'elle eut été informée du départ en vacances dans un pays à risque de jeunes filles fréquentant l'école. Ses lacunes pour gérer la situation ont démontré la nécessité d'être formée par des expertes et experts et de mobiliser tous les acteurs concernés (les écoles, les élèves, les parents, tous les employés de l'école). Elle s'allie donc à GAMS pour l'accompagner dans la planification et la mise en œuvre de ce projet visant à prévenir, informer, sensibiliser, repérer et signaler. Les objectifs sont les suivants :

- Mobiliser les employés de l'école : le GAMS a mis en place une activité complète présentant la réalité des MGF à travers des témoignages, des maquettes et des questions-réponses;
- Sensibiliser les parents en profitant de certaines réunions et activités organisées dans l'école (remise des bulletins, ateliers d'alphabétisation, ateliers pour les mamans, etc.);
- Viser les élèves et les enseignants en abordant les MGF dans les séances d'information autour de la vie affective et sexuelle (EVRAS);
- Étendre le champ d'action à toutes les écoles de la région en proposant la sensibilisation auprès des parents lors des visites médicales obligatoires.

GAMS offre régulièrement des animations dans les écoles primaires et secondaires s'appuyant sur des outils spécifiques (jeux, bande-dessinée, pièce de théâtre suivi de débats) ainsi que dans les classes d'alphabétisation (photo-langage sur les violences de genre).

ROYAUME-UNI

La *Foundation for Woman's Health, Research and Development* (FORWARD) est connue pour ses initiatives innovantes et ses résultats visant à travailler avec et dans les écoles (y compris les écoles primaires). Les projets incluent la formation du personnel de l'école et des séances de sensibilisation pour les élèves.

Des ateliers spécifiques visent à renforcer le pouvoir d'actions des jeunes et à prendre des mesures pour se protéger et protéger les autres contre les MGF. FORWARD a élaboré des plans de cours structurés, des modules d'enseignement pour les enseignantes et enseignants et des ressources accréditées. Il a aussi mis au point un guide destiné aux professionnelles et professionnels pour mieux prévenir, intervenir et communiquer face à plusieurs scénarios de MGF¹⁵⁹.

De plus, de concert avec l'ONG FSAN (Fédération d'organisations somaliennes, Pays-Bas), il a participé au projet REPLACE, coordonné par l'Université de Coventry au Royaume-Uni, à la conception d'une boîte à outils permettant de conduire à un changement de comportements pour faire cesser les MGF¹⁶⁰.

¹⁵⁷ [En ligne], [http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_presentation_kit_BILAKORO.pdf].

¹⁵⁸ [En ligne], [<http://www.strategiesconcertees-mgf.be/scmgf-7/>].

¹⁵⁹ [En ligne], [<http://www.forwarduk.org.uk/wp-content/uploads/2014/12/CHANGE-Responding-to-FGM-A-Guide-for-Key-Professionals.pdf>].

¹⁶⁰ [En ligne], [Pour plus de renseignements sur le projet REPLACE et la boîte à outils, consulter le site www.replacefgm2.eu].

3.7 Ressources et services

FRANCE

Trois principaux organismes spécialisés dans les MGF financés par des fonds nationaux et européens : la Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS), le Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines (GAMS) et le réseau *Excision, Parlons-en!*

Depuis 2014, ligne téléphonique 39 19 INFO permet d'informer et d'orienter les personnes sur les MGF.

BELGIQUE

Les organismes spécialisés dans les MGF comme le Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines (GAMS) et l'organisme INTACT proposent de nombreuses formations pour les professionnelles et professionnels et communautés concernés. Ils réalisent un travail important de plaidoyer et de sensibilisation. De nombreux guides sont disponibles sur leur site¹⁶¹.

L'organisme INTACT offre des services de conseils juridiques, de l'orientation et du soutien dans les procédures judiciaires en cas de risque ou de MGF avérées.

Le « Kit de prévention des mutilations génitales féminines » favorise l'accès à l'ensemble des outils de prévention des MGF disponibles en Belgique¹⁶².

Ce kit contient notamment un *arbre décisionnel* pour aider les professionnelles et professionnels à détecter les MGF et à soutenir les filles qui en sont victimes ou qui risquent de l'être. Cet arbre décisionnel contient des indicateurs d'évaluation des risques et une échelle de risque qui permettent une évaluation objective de la situation et la mise en œuvre du protocole d'intervention approprié.

Des bénévoles locaux, désignés Éducateurs relais, formés par le GAMS, sont chargés de sensibiliser et d'informer leur communauté sur la question des MGF.

Par ailleurs, un documentaire sur les MGF, intitulé *Blijf van mijn lijfje* (Ne me touchez pas), accompagné d'un livret d'information, produit par un journaliste flamand afin de sensibiliser la population a remporté un prix lors de l'édition 2015 du festival du film de Monaco¹⁶³.

Deux lignes téléphoniques

En Flandre, le numéro 1712 permet à tout citoyen de poser des questions ou de faire état de violences telles que la maltraitance, la violence intrafamiliale ou les MGF.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, le service Écoute Enfants 103 est une ligne pour les jeunes en difficulté et leurs parents. Les équipes ont été formées à la problématique des MGF.

ROYAUME-UNI

Le ministère de l'Intérieur (*Home Office*) et le ministère des Communautés et du Gouvernement local ont financé une trentaine de projets locaux d'action communautaire, dont un réseau de militants locaux. Les principaux objectifs visés par ces projets s'adressant aux filles et aux femmes touchées par les MGF sont les suivants :

- S'attaquer aux mythes qui entourent les MGF;
- Sensibiliser les communautés aux conséquences juridiques, sociales et médicales des MGF;
- Faire connaître les services d'aide locaux et nationaux;

¹⁶¹ [En ligne], [<http://gams.be/ressources-2/publications/>].

¹⁶² [En ligne], [<http://www.strategiesconcertees-mgf.be>].

¹⁶³ CONSEIL DE L'EUROPE, Mutilations génitales féminines et mariage forcé – Guide de bonnes et prometteuses pratiques visant à prévenir et à combattre les mutilations génitales féminines et le mariage forcé, 13 septembre 2017, p. 40.

- Encourager les communautés à dénoncer ces pratiques¹⁶⁴.

L'unité spécifique sur les MGF du ministère de l'Intérieur a réalisé un court métrage afin de démontrer les conséquences préjudiciables des MGF sur les victimes et leurs familles et d'informer les victimes sur les ressources disponibles¹⁶⁵.

Les professionnelles et professionnels de la protection de l'enfance bénéficient d'outils d'apprentissage en ligne qui comportent des renseignements sur la façon de repérer les victimes et les victimes potentielles et sur les mesures pouvant les empêcher. Les ressources locales et les professionnelles et professionnels disposent aussi d'un module de ressources en ligne¹⁶⁶.

Les professionnelles et professionnels peuvent également contacter la ligne téléphonique d'aide *NSPCC FGM Helpline* en cas de doute sur une situation ou pour connaître les démarches et les ressources¹⁶⁷.

3.8 Initiatives ciblant les jeunes

FRANCE

En 2018, des jeunes de 12 à 18 ans, sont visés par la première campagne de prévention « Alerte excision », de l'organisme *Excision, Parlons-en!* accompagnée d'une vidéo. Un *chat* numérique gratuit et anonyme permet également aux jeunes de parler avec des professionnelles et professionnels.

ROYAUME-UNI

Projet Integrate Bristol : Ce projet favorise l'intégration des jeunes nouveaux arrivants qui immigrent dans la société anglaise au moyen d'activités créatives de sensibilisation et d'éducation sur l'égalité des sexes et sur les risques des MGF.

Youth for change : Il s'agit d'un réseau de jeunes activistes militants qui produisent des campagnes contre les MGF et proposent un discours nouveau.

Young people speak out (YPSO) : Des jeunes de 16 à 24 ans issus des communautés concernées par les MGF sont appuyés pour développer les compétences, notamment pour militer contre ces pratiques préjudiciables, et accompagnés dans des projets pour provoquer un impact dans leur communauté. Le programme YPSO est coordonné par l'ONG FORWARD.

¹⁶⁴ CONSEIL DE L'EUROPE, Mutilations génitales féminines et mariage forcé – Guide de bonnes et prometteuses pratiques visant à prévenir et à combattre les mutilations génitales féminines et le mariage forcé, 13 septembre 2017, p. 35.

¹⁶⁵ *Ibidem* p. 40.

¹⁶⁶ *Ibidem* p. 54.

¹⁶⁷ [En ligne], [<https://www.gov.uk/female-genital-mutilation-help-advice>].

3.9 Initiatives ciblant les hommes

BELGIQUE

Coordonné par l'organisme GAMS, le projet *Men Speak Out* vise à mobiliser les hommes dans l'éradication des MGF et, plus largement, dans l'élimination des violences faites aux femmes. Dans le contexte de ce projet, une étude a été réalisée pour mieux connaître leur connaissance des MGF et comprendre leur position eu égard à cette pratique¹⁶⁸.

ROYAUME-UNI

Les hommes s'expriment *Men Speak Out*

Des ONG et des autorités locales sont derrière ces initiatives récentes qui visent à faire prendre conscience aux hommes de leur responsabilité dans les MGF et du nouveau rôle qu'ils peuvent jouer pour changer la situation (FORWARD, *Community Info Source*, *Bolton Solidarity Association*...).

3.10 Initiatives citoyennes et communautaires

ROYAUME-UNI

Campagne nationale *28 Too Many* : lancée en 2015 par la D^{re} Ann Marie Wilson. Le nom fait référence aux 28 pays africains pratiquant encore l'excision. Cette campagne choc met en scène les drapeaux de différents pays occidentaux recousus, rouillés et ensanglantés pour rappeler que cette pratique ne se passe pas que dans les pays africains, mais qu'elles se réalisent aussi dans les pays dits développés.

Des militantes et modèles communautaires qui font prendre conscience à leur communauté des changements de valeurs et d'attitude à adopter face à la pratique des MGF. Par exemple, Leyla Hussein psychologue et militante contre les MGF est la cofondatrice de l'organisme *Daughters of Eve* (qui aide les jeunes femmes) et Alimatu Dimonekene également impliquée dans la prévention des MGF sont toutes deux des « survivantes » reconnues dans la société pour leur lutte contre les MGF. Elles travaillent activement avec les communautés et les institutions.

Des communautés luttent contre le changement

L'initiative *Tackling MGF* a été lancée en 2012 et consiste en un appui financier de 2,8 millions de livres sterling provenant de la *Trust of London*, la *Fondation Fairbairn*, *Rosa*, le fonds britannique pour les femmes et les filles et *Comic Relief* au profit de 53 organisations communautaires chargés de mener des actions de prévention. Un guide des meilleures pratiques a également été publié grâce à ce financement¹⁶⁹.

¹⁶⁸ O'NEIL, DUBOURG, FLORQUIN, BOS, ZEWOLDE, Richard, « Men have a role to play but they don't play it, Men Speak Out », étude, 6 février 2017, [En ligne], [http://menspeakout.eu/wp-content/uploads/2017/02/MSO-Study_Summary_web.pdf], cité dans CONSEIL DE L'EUROPE, *Mutilations génitales féminines et mariage forcé – Guide de bonnes et prometteuses pratiques visant à prévenir et à combattre les mutilations génitales féminines et le mariage forcé*, 13 septembre 2017, p. 37.

¹⁶⁹ [En ligne], [https://www.esmeefairbairn.org.uk/userfiles/Documents/Publications/Communities_Tackling_FGM_in_the_UK_-_Best_Practice_Guide.pdf].

Annexes

Annexe 1

Liste des recommandations et pistes d'action

Chapitre 2.1

Point de vue des femmes affectées par les MGF/E

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 formulé 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 de différents secteurs 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 une légitimation des MGF/E comme étant un problème social au Québec.

Chapitre 2.2

Secteur de la santé et des services sociaux

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/E¹⁷⁰.

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.

¹⁷⁰ 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.

Chapitre 2.3

Secteur de la protection de la jeunesse

Il ressort de différents échanges tenus pour brosser 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 jeunes femmes québécoises concernées par ce phénomène. Cependant, aucune consigne ni stratégie ne serait encore élaborée en la matière. 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.

Étant donné les connaissances limitées de la problématique et des approches d'intervention spécifiques à la question; ainsi que l'absence de directives et de consignes désignées à l'intention des professionnelles et professionnels de la DPJ Montréal – secteurs francophone et anglophone, les recommandations ci-après sont structurées autour de trois actions complémentaires permettant 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.

2.4.3.1 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 social¹⁷¹. 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 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.

¹⁷¹ 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, inabordable [...]. 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).

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 légitimité (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 inexistante 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.

2.4.3.2 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 jeunes femmes 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.

2e recommandation : 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.

2.4.3.3 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.

Chapitre 2.4

Secteur de l'éducation des jeunes

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;
- Élaborer des mesures propres à assurer l'intégration harmonieuse des élèves immigrants et le développement de l'éducation 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.

Chapitre 2.5

Secteur communautaire

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;
- 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 organismes intervenants en MGF/E

La problématique des MGF/E touche de nombreuses dimensions (sociologiques, médicaux, 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.

Annexe 2

Grille d'entretien pour recueillir le point de vue des femmes affectées par les MGF/E

Questions de départ

Q1 Les MGF/E, une pratique courante en Afrique, dans certains pays du Moyen-Orient et de l'Asie, touchent aussi le Québec et le Canada, à travers l'immigration.

Des témoignages indiquent qu'au Québec des femmes immigrantes qui auraient subi des MGF/E dans leurs pays d'origine vivent ici avec des besoins et des enjeux divers en matière de soins ou de services en lien avec ces MGF/E. Ensuite, certaines filles issues de l'immigration subiraient aussi cette pratique ici même ou ailleurs. Pouvez-vous nous parler de votre expérience en matière de MGF/E au Québec?

Pratiques des femmes touchées par les MGF/E au Québec

Q1 Décrivez ou expliquez-nous les MGF/E, la compréhension et les perceptions que vous avez de cette pratique dans le contexte québécois?

Q2 Vers qui vous tournez-vous lorsque vous avez besoin d'information ou de services en lien avec votre santé?

Q3 Avez-vous une personne de confiance vers qui vous tourner pour traiter des questions liées aux MGF/E? Qui est cette personne? Comment l'avez-vous trouvée? Comment cela se passe-t-il avec elle ou avec lui?

Besoins des femmes touchées par les MGF/E au Québec

Q4 Quels sont vos besoins spécifiques pour faire face aux MGF/E que vous avez subies depuis que vous êtes au Canada?

Q5 Dans quelles mesures vos besoins en lien avec les MGF/E ont été satisfaits au Québec?

Q6 Selon vous, quels sont les obstacles rencontrés au Québec pour répondre aux besoins des femmes ayant subi les MGF/E?

Q7 Comment améliorer l'accès des femmes ayant subi une MGF/E à des soins et à des services adéquats (services de santé, sociaux, juridiques, etc.)?

Q8 Selon vous, est-ce que l'excision est pratiquée au Québec? À quelle fréquence? Dans quels contextes? Les exciseuses ou exciseurs sont-ils résidents canadiens ou viennent-ils d'ailleurs pour pratiquer l'excision?

Q9 Aimerez-vous être impliquée à la sensibilisation des professionnels aux questions liées à l'excision et aux besoins des femmes? Si oui, de quelle façon?

Q10 Aurez-vous d'autres propositions ou idées qui n'ont pas été abordées durant notre entretien?

Annexe 3

Questionnaire de l'enquête réalisée auprès de professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux

Le présent mandat vise à dresser un état de situation des pratiques, des outils et des besoins en matière d'adaptation des services auprès des victimes dans le secteur de la santé et des services sociaux au Québec. Il s'agit de mieux comprendre, circonscrire et de tenter de valider la nature, la sensibilité et l'intégration des expériences vécues par les filles et les femmes en lien avec les MGF/E, ainsi que les lignes directrices et outils disponibles pour les professionnels de la santé et des services sociaux tels que vous-mêmes.

Dans l'optique de vous soutenir dans vos interventions, votre contribution nous est très précieuse, même si vous n'avez jamais côtoyé ou pris en charge une fille, une femme ou une famille ayant été exposée aux MGF/E. Cet entretien se fait sur une base volontaire. Toutes les données seront confidentielles et en aucun temps, vous ne serez identifié. De plus, vous n'êtes pas dans l'obligation de répondre à toutes les questions de cet entretien. Vous pouvez également vous retirer en tout temps durant l'entretien.

1. Quelle profession exercez-vous?
2. À quel établissement de santé et des services sociaux êtes-vous affilié?
3. Combien d'années d'expérience professionnelle détenez-vous?
4. De manière générale, êtes-vous intéressé par le sujet des MGF/E?
5. Avez-vous acquis des connaissances sur les MGF/E, que ce soit lors de votre formation académique ou d'une autre façon?
6. Dans votre pratique professionnelle, combien avez-vous rencontré de femmes en sol canadien ayant été touchées par une MGF/E?
7. Si oui, quelles ont été vos interventions?
8. Selon vous, quelles sont les ressources existantes et accessibles aux professionnels de la santé et des services sociaux en lien avec la prise en charge et la prévention des MGF/E?

Avez-vous d'autres commentaires ou suggestions?

Annexe 4

Hyperliens des ressources Web publiées par des affiliations et ordres professionnels

Collège des médecins du Québec

<https://www.mcgill.ca/medicine-academic/files/medicine-academic/Legal-Ethical-Organization-Aspects-Medical-Practice-Quebec.pdf>

Collège des médecins et chirurgiens d'Ontario

http://www.cpsso.on.ca/cpsso/media/uploadedfiles/policies/policies/policyitems/female_circ.pdf

Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse

<https://cpsns.ns.ca/wp-content/uploads/2017/10/Female-Genital-Mutilation.pdf>

Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba

<https://cpsm.mb.ca/cjj39alckF30a/wp-content/uploads/Standards%20of%20Practice/Standards%20of%20Practice%20of%20Medicine.pdf>

Collège des sages-femmes du Manitoba

<https://midwives.mb.ca/document/4561/cmm-annual-report-2014-15.pdf>

<https://midwives.mb.ca/document/4562/cmm-annual-report-2015-16.pdf>

Société canadienne de pédiatrie

<https://www.enfantsneocanadiens.ca/screening/fgm>

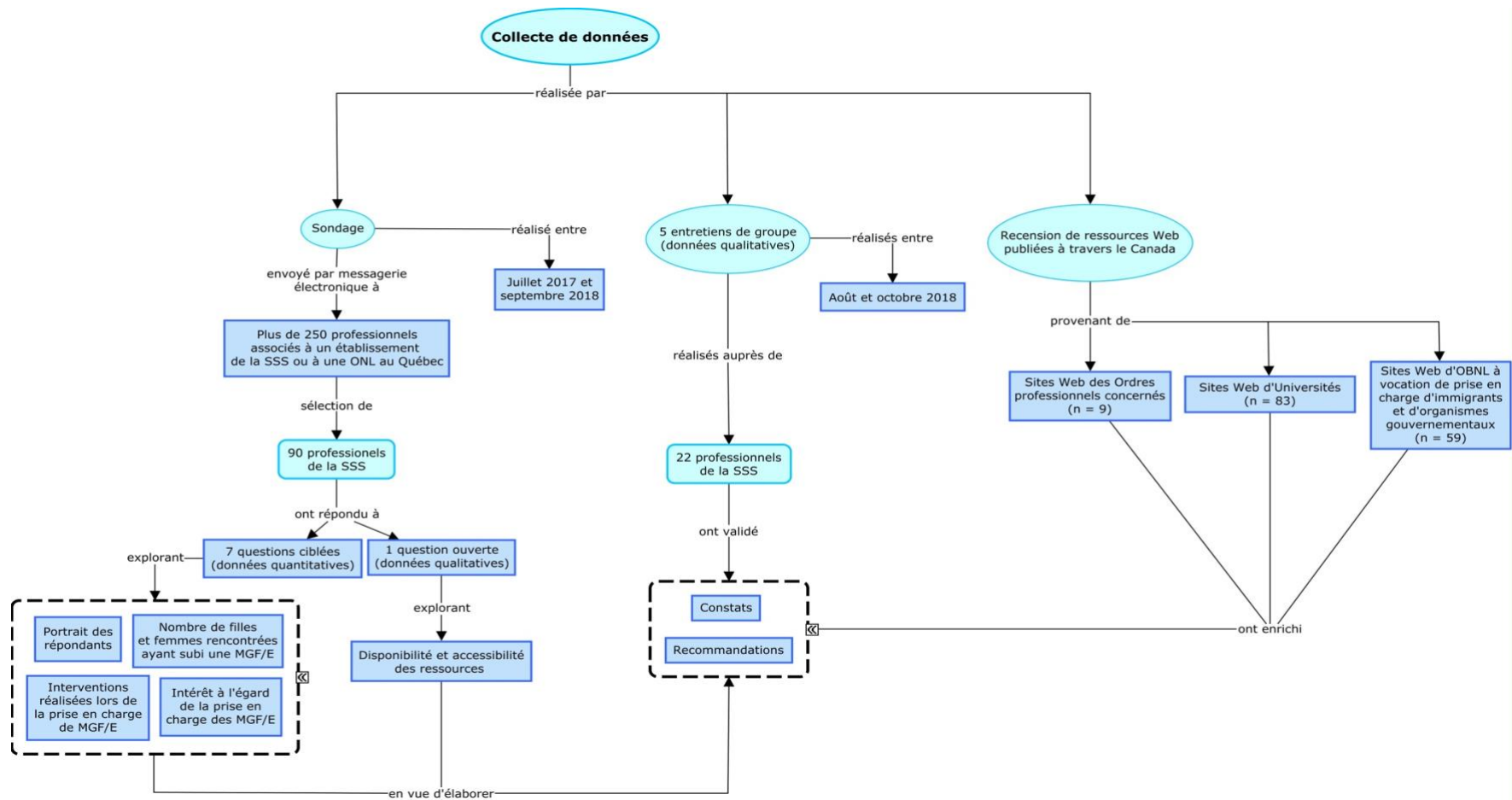
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

[https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)39670-0/pdf](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)39670-0/pdf)

http://www.endfgm.eu/editor/files/2016/08/Policy_statement_on_FGM_Canadian_SOGC.pdf

Annexe 5

Méthodes utilisées pour les trois types de collecte de données



Annexe 6

Questionnaire des entretiens de validation de groupe

Le présent mandat vise à dresser un état de la situation des pratiques, des outils et des besoins en matière d'adaptation des services auprès des victimes dans le secteur de la santé et des services sociaux au Québec. Il s'agit de mieux comprendre, circonscrire et tenter de valider la nature, la sensibilité et l'intégration des expériences vécues par les filles et les femmes en lien avec les MGF/E, ainsi que les lignes directrices et outils disponibles pour les professionnels de la santé et des services sociaux tels que vous-mêmes.

Dans l'optique de vous soutenir dans vos interventions, votre contribution nous est très précieuse, même si vous n'avez jamais côtoyé ou pris en charge une fille, une femme ou une famille ayant été exposée aux MGF/E. Cet entretien se fait sur une base volontaire. Toutes les données seront confidentielles et en aucun temps, vous ne serez identifié. De plus, vous n'êtes pas dans l'obligation de répondre à toutes les questions de cet entretien. Vous pouvez également vous retirer en tout temps durant l'entretien.

Selon votre expérience et vos connaissances, les MGF/E sont-elles abordées dans la formation académique des professionnels de la santé et des services sociaux? Si oui, quelle est la nature des apprentissages réalisés sur le sujet?

Selon vous, les professionnels de la santé et des services sociaux sont-ils au fait des expériences et des trajectoires vécues par les filles et les femmes immigrantes au Québec quant aux pratiques de MGF/E?

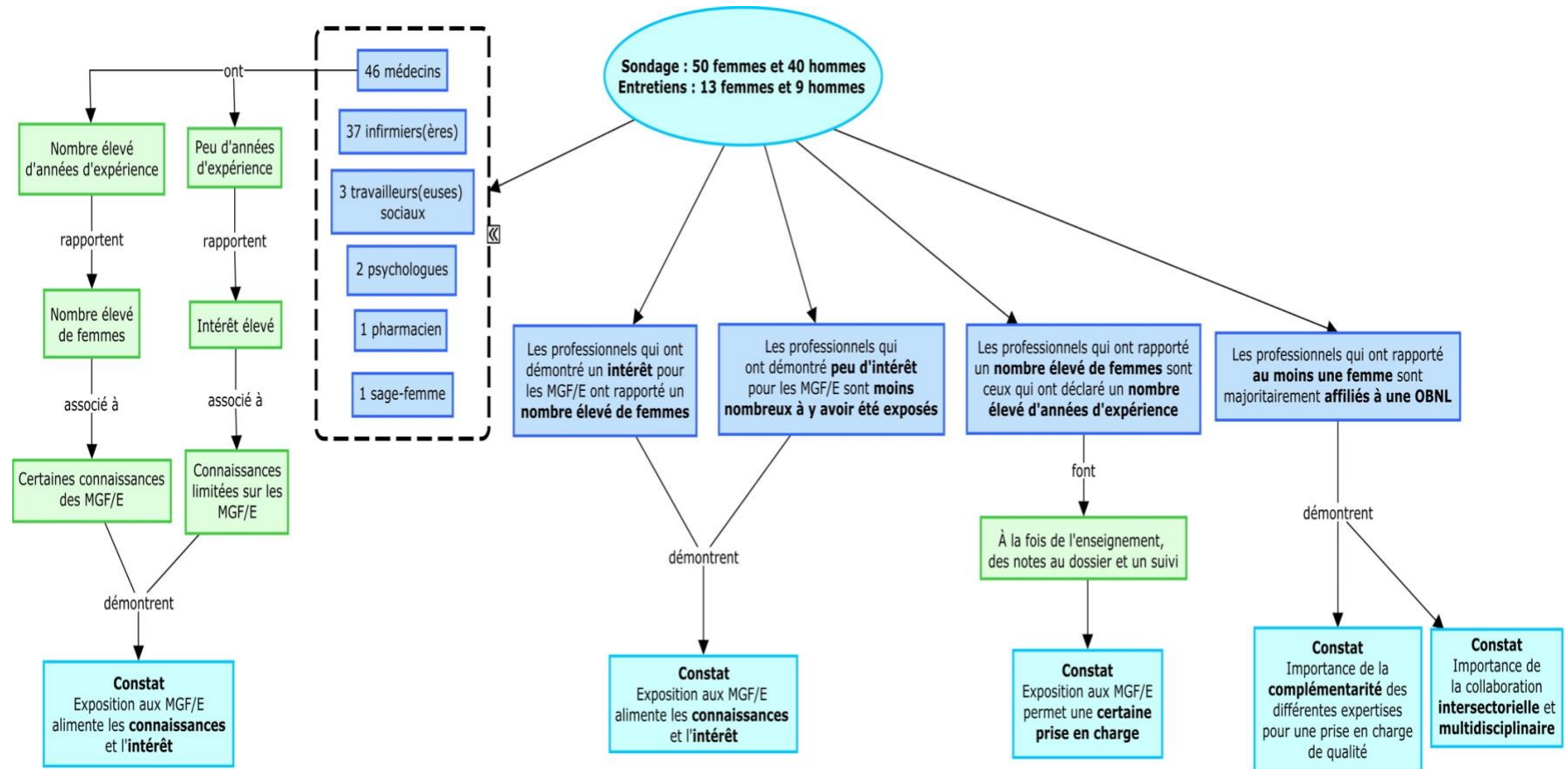
Selon vous, quels sont les défis rencontrés par les professionnels de la santé et des services sociaux dans leur pratique lors de la prise en charge ou la prévention des MGF/E auprès des filles, des femmes et des familles concernées? À quoi attribuez-vous ces défis?

Êtes-vous en mesure d'identifier des outils, des stratégies, des lignes directrices ou des formations (ponctuelles ou autres) dont pourraient bénéficier les professionnels de la santé et des services sociaux en lien avec la prise en charge et la prévention des MGF/E?

Quelles suggestions en ce sens pourriez-vous apporter et qui permettrait de renforcer les capacités des professionnels de la santé et des services sociaux afin de mieux comprendre et intégrer la nature et la sensibilité des expériences de vie des filles et des femmes ayant subi une MGF/E?

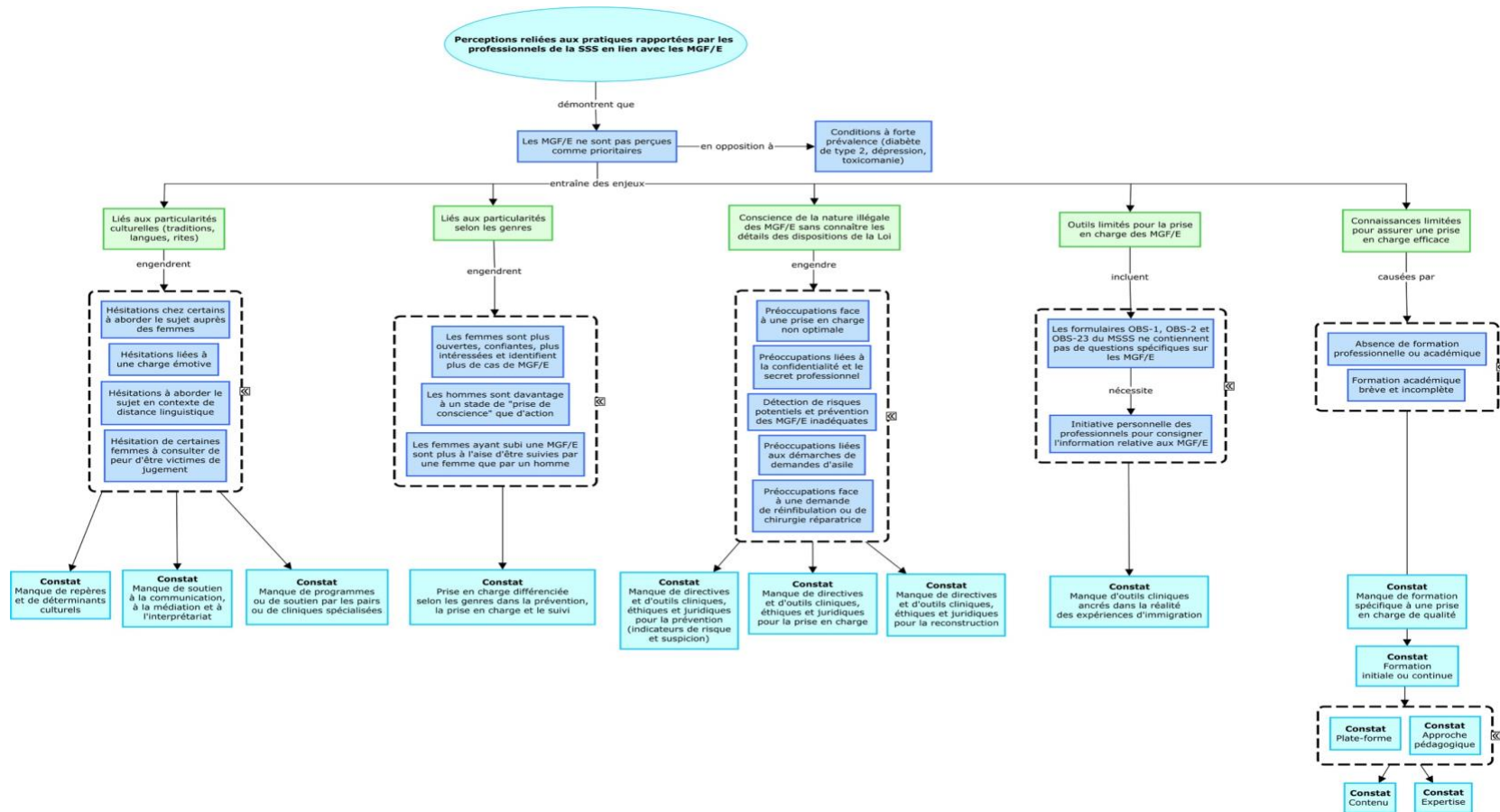
Annexe 7

Constats liés au portrait des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux



Annexe 8

Constats liés aux perceptions des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux



Annexe 9

Questionnaire auprès des services de la protection de la jeunesse

- Q1 Quel est le nom de votre institution?
- Q2 Veuillez cocher parmi les catégories suivantes celles qui correspondent à votre institution et préciser la région
- DPJ
 - Centre jeunesse
- Région :
- Q3 Comment évaluez-vous le niveau de connaissance de votre institution et des intervenants en matière de MGF/Excision?
- Nulle
 - Sommaire
 - Assez bonne
 - Très bonne
- Comment avez-vous acquis ces connaissances? Commentaires
- Q4 Est-ce qu'il arrive que la question de l'excision émerge dans le cadre de vos interventions ou accompagnements? Donnez des exemples du contexte d'émergence de la question de l'excision (immigration, santé, violence, etc.)
- Q5 De quelle façon avez-vous traité cette question lorsqu'elle est survenue? Et quelles sont les forces et les lacunes de votre approche?
- Q6 Quelles sont les pratiques entreprises au sein de votre institution pour faire face aux MGF/Excision?
- Des formations/sensibilisations/plaidoyers?
 - Des stratégies d'intervention auprès des femmes touchées/prises en charge? Si oui, quelles sont-elles?
 - Avez-vous des consignes ou procédures explicites à ce sujet? Si oui, quelles sont-elles?
- Q7 De quoi aurait besoin votre institution pour être en mesure de mieux informer, intervenir, accompagner et orienter les personnes concernées par les MGF au Québec?
- Q8 Selon-vous, qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer l'accès des femmes ayant subi l'excision/MGF aux soins et services adéquats (services de santé, sociaux, juridiques, etc.)
- Q9 Quels sont les obstacles à surmonter pour répondre aux besoins des femmes concernées par les MGF/Excision au Québec?
- Q10 Selon vous, quelles sont les ressources qui pourraient être développées pour répondre aux besoins des femmes concernées par les MGF/Excision au Québec?
- Q11 Quels types de collaborations (intersectorielles ou autres) permettraient de mieux cerner les enjeux des MGF au Québec et de soutenir les femmes et les institutions concernées?
- Q12 Accepteriez-vous que l'on vous contacte dans un moment ultérieur afin de recueillir plus de précisions? Merci d'inscrire le nom et les coordonnées de la personne à contacter.

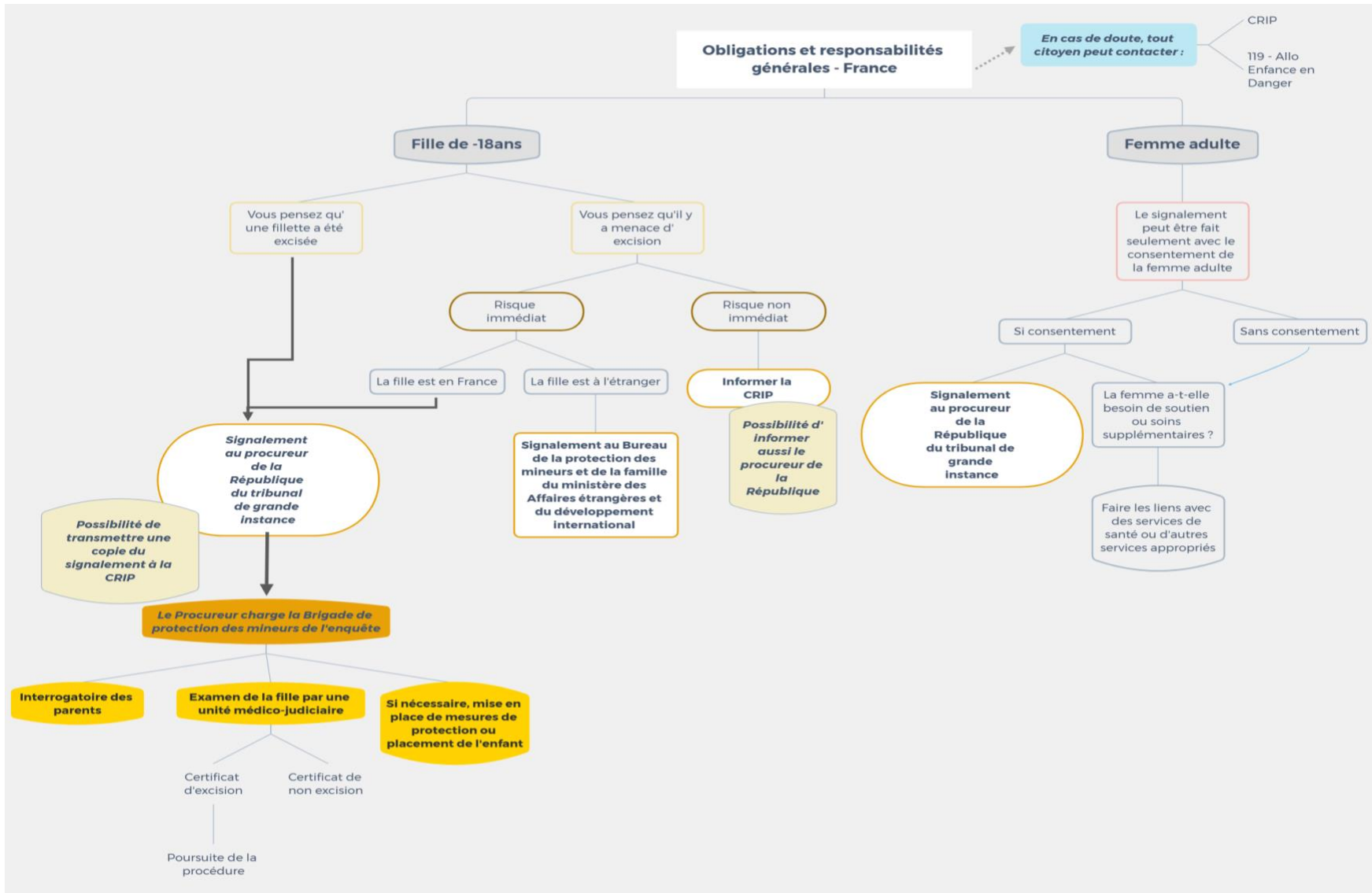
Annexe 10

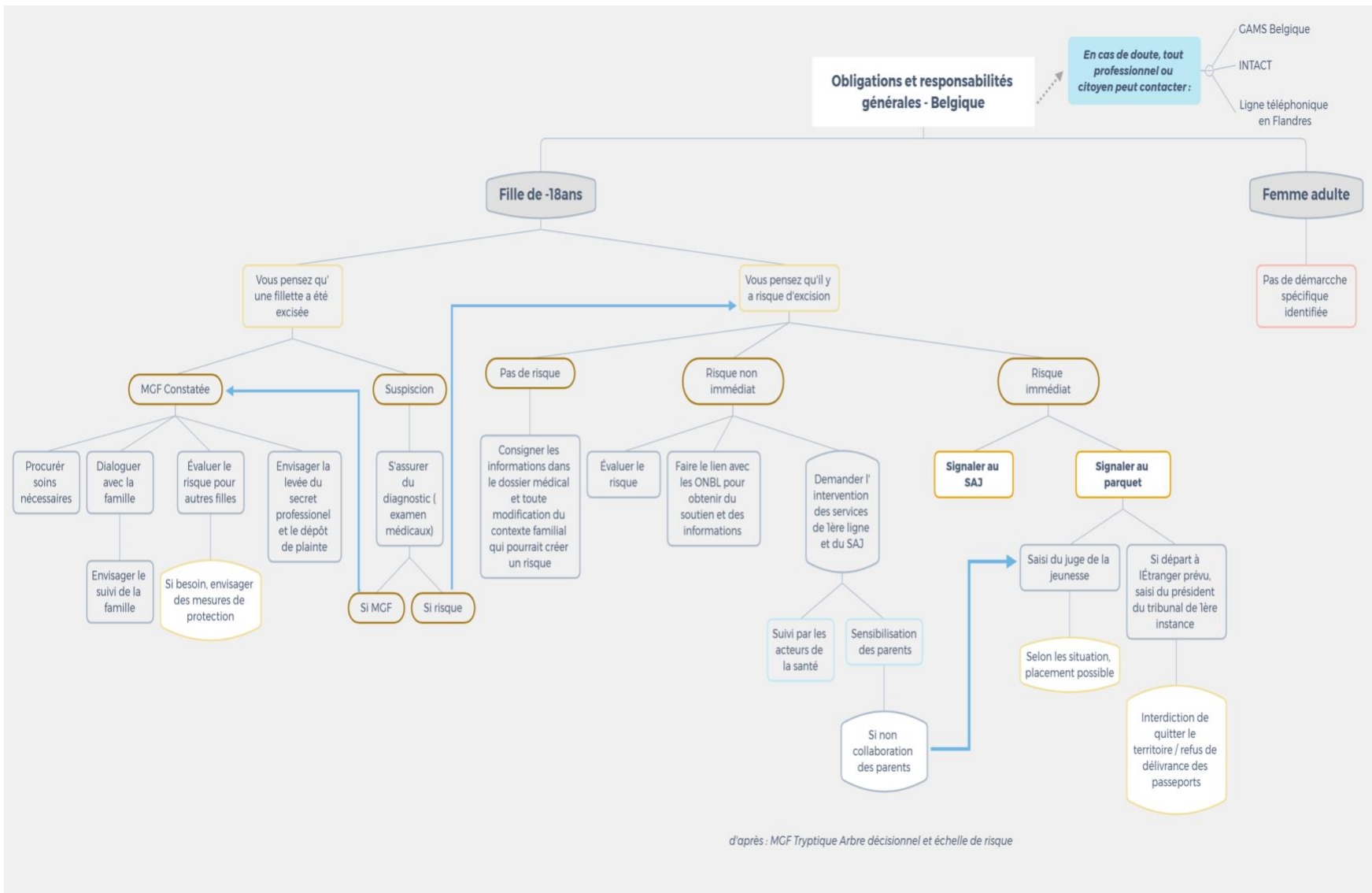
Questionnaire auprès des organismes du secteur communautaire

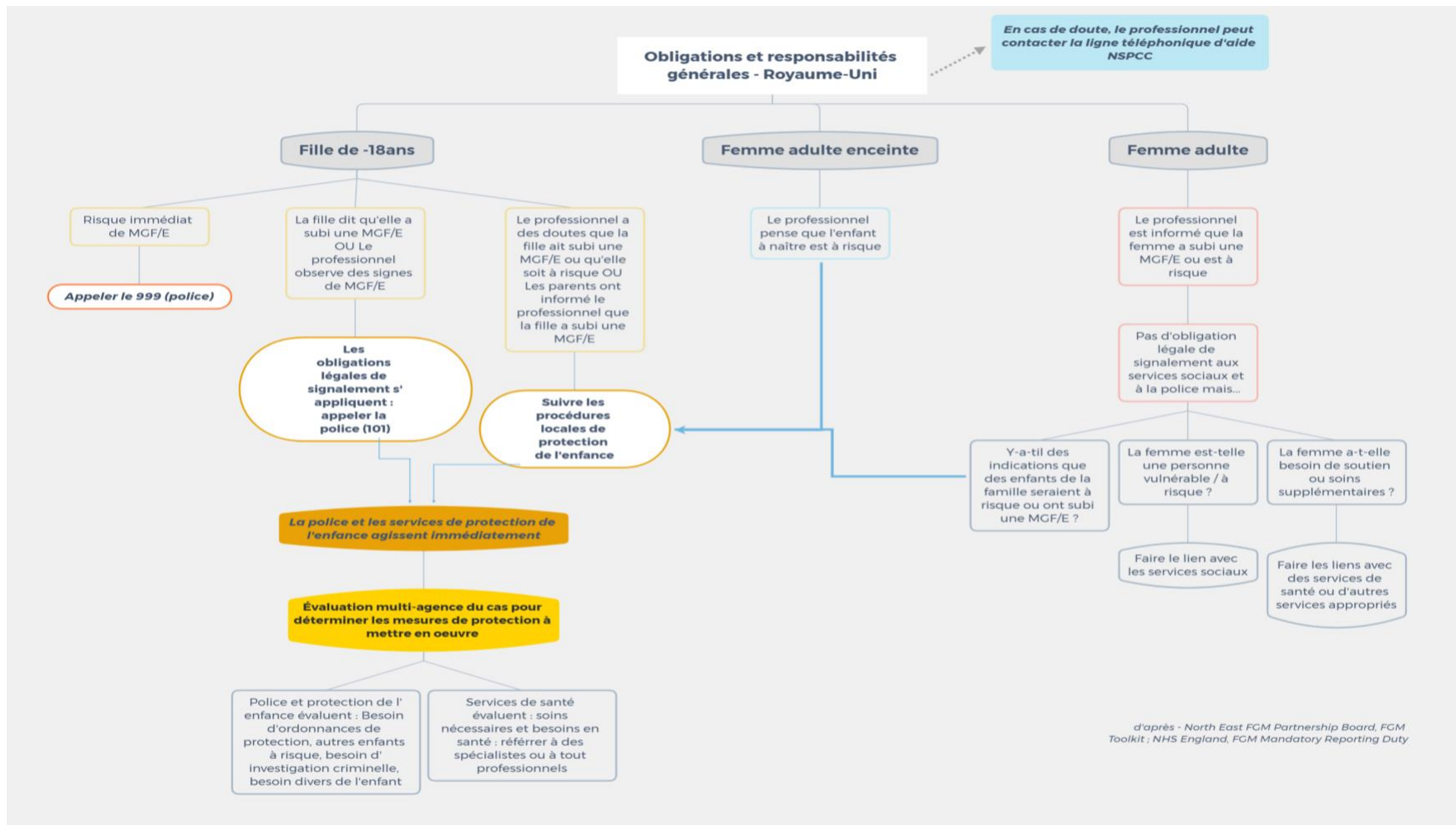
- Q1 Quel est le nom de votre organisme et dans quelle région du Québec êtes-vous situés?
- Q2 Veuillez cocher parmi les catégories suivantes celle qui correspond à votre organisme et préciser la région où il est situé
- Organisme communautaire en immigration
 - Organisme communautaire femmes
- Région :
- Q3 Comment évaluez-vous le niveau de connaissance de votre organisme et/ou de vos intervenant-e-s en matière de MGF/Excision?
- Nulle
 - Sommaire
 - Assez bonne
 - Très bonne
- Comment avez-vous acquis ces connaissances? Commentaires
- Q4 Est-ce qu'il vous arrive que la question de l'excision émerge dans le cadre de vos interventions ou accompagnements? Donnez des exemples du contexte d'émergence de la question de l'excision (immigration, santé, violence, etc.)
- Q5 De quelle façon votre organisme aborde-t-il cette question des MGF/Excision? Et quelles sont les forces et les lacunes de votre approche?
- Q6 À combien évaluez-vous le nombre de cas rencontrés ou dont vous avez eu connaissance?
- Q7 Quelles sont les pratiques entreprises au sein de votre organisme pour faire face aux MGF/Excision? (Merci d'élaborer dans la partie « autre »)
- Formations/sensibilisations/plaidoyers
 - Stratégies d'intervention auprès des femmes touchées/prises en charge
 - Avez-vous des consignes ou procédures explicites à ce sujet? Si oui, quelles sont-elles?
- Q8 De quoi aurait besoin votre organisme pour être en mesure de mieux informer, intervenir, accompagner et référer les personnes concernées par les MGF/Excision au Québec?
- Q9 Selon, vous, qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer l'accès des femmes ayant subi les MGF/Excision aux soins et services adéquats (services de santé, sociaux, juridiques, etc.)?
- Q10 Quels sont les obstacles et les défis nommés par les femmes concernées par les MGF/Excision au Québec?
- Q11 Selon-vous, quelles sont les ressources qui pourraient être développées pour répondre aux besoins des femmes concernées par les MGF/Excision au Québec?
- Q12 Quels types de collaborations (intersectorielles ou autres) permettraient de mieux cerner les enjeux des MGF au Québec et de soutenir les femmes et les institutions concernées?
- Q13 Accepteriez-vous que l'on vous contacte dans un moment ultérieur afin de recueillir plus de précisions? Merci d'inscrire le nom et les coordonnées de la personne à contacter.

Annexe 11

Schémas de l'obligation et des responsabilités de signalement des MGF/E en France, en Belgique et au Royaume-Uni









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

