

MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES

Guide d'intervention soutenant les
différents secteurs

BONNES PRATIQUES
D'INTERVENTION EN
MATIÈRE DE MGF/E

Table des matières

ACRONYMES UTILISÉS	3
INTRODUCTION	4
PREMIÈRE PARTIE.....	6
LES BESOINS RECENSÉS.....	6
I. ÉTAT DES LIEUX	7
A. Santé et services sociaux.....	7
B. Protection de la jeunesse	7
C. Secteur de l'éducation des jeunes.....	8
D. Secteur communautaire.....	9
DEUXIÈME PARTIE	10
STRATÉGIES COMMUNES DES DIFFÉRENTS SECTEURS D'INTERVENTION.....	10
II. ÉLÉMENTS TRANSVERSAUX D'UNE INTERVENTION	11
A. Multisectorialité de toute intervention et concertation nécessaire	11
B. La confidentialité	12
C. L'intervention interculturelle	15
D. L'intervention féministe	16
E. La formation	18
TROISIÈME PARTIE	19
STRATÉGIES D'INTERVENTION EN MATIÈRE DE MGF/E SELON LES SECTEURS.....	19
I. SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	20
A. L'importance d'en parler	20
B. Les attitudes	21
C. Le choix des mots	21
D. Utilisation de supports visuels.....	22
E. Travail avec des interprètes et des médiateurs	22
F. Déroulement d'une consultation	23
II. GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT.....	26
A. Suivi de la grossesse	26
B. Accouchement.....	28
C. Prévention des MGF chez les filles de la patiente.....	29
III. CERTIFICATS MÉDICAUX ET SUIVI DES FILLES À RISQUE DE SUBIR UNE MGF.....	31
A. Certificats médicaux	31

B.	Suivi des filles à risque de subir une MGF	34
IV.	PROTECTION DE LA JEUNESSE	35
V.	PETITE ENFANCE	41
A.	Consultation des enfants	41
B.	Examen de la petite fille	41
C.	Dialogue avec les familles à risque	42
D.	Attitude en cas de dépistage	43
VI.	ÉDUCATION	44
A.	Petite enfance	44
B.	L'École	45
1.	Signes d'alerte	45
2.	Discussion sur les MGF avec les élèves	46
VII.	SECTEUR COMMUNAUTAIRE	47
1.	La prévention	47
2.	La référence	47
3.	L'intervention	48
4.	La formation	48
5.	L'interprétariat	49
6.	Le plaidoyer	49
VIII.	SECTEUR COMMUNAUTAIRE OFFRANT DES SERVICES AUX DEMANDEURS D'ASILE	51
A.	Demandeuses d'asile	51
B.	Processus de demande d'asile	53
IX.	RECONSTRUCTION	56
	Points essentiels	56
A.	Anesthésie	57
B.	Reconstruction du clitoris	57
	CONCLUSION	60
	RÉFÉRENCES	61

ACRONYMES UTILISÉS

CISR : Commission de l'Immigration et du Statut de Réfugié

GAMS Belgique : Groupe pour l'Abolition des mutilations sexuelles féminines. **Belgique**

HCR : Haut-Commissariat aux Réfugiés

IRCC : Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

LIPR : Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés

MGF/E : Mutilations génitales féminines/Excision

OMS : Organisation mondiale de la santé

RAFIQ : Réseau d'action pour l'égalité des femmes immigrées et racisées du Québec

SAR : Section d'appel des Réfugiés

SPR : Section de la protection des réfugiés (de la CISR)

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

INTRODUCTION

Ce guide d'intervention est un des outils pédagogiques et informationnels développés par la TCRI dans le cadre du projet financé par le Secrétariat à la condition féminine du Québec et intitulé : « ***Soutenir l'intervention auprès des filles et des femmes affectées par les mutilations génitales féminines/excision (MGF/E) au Québec : des outils à l'intention des communautés, des professionnels et des organisations*** ».

Les autres outils produits en parallèle (Guide général et Fascicule) étant à l'intention des femmes, des filles et des communautés affectées par les MGF/E et de tout public intéressé, s'adresse également aux professionnels et professionnelles n'ayant aucune notion sur le sujet. Ils apportent les informations de base sur le sujet, notamment les définitions, la prévalence, le cadre égal ainsi que sur les ressources disponibles pour les filles/femmes qui ont subi les MGF/E ou qui sont à risque de l'être.

Ce guide d'intervention vise à soutenir les intervenantes et intervenants des différents secteurs en présentant des stratégies d'intervention et de dépistage dans les cas impliquant des MGF/E. Les secteurs visés par cet outil sont : santé et services sociaux, protection de la jeunesse, éducation à l'enfance et enfin le secteur communautaire.

En effet, un état des lieux réalisé par la TCRI en 2020 démontre un besoin de ces différents secteurs en matière de stratégies d'intervention auprès de femmes et de filles ayant subi des MGF/E. Un rappel des besoins des différents secteurs sera présenté dans la première partie de cet outil.

C'est donc à ces besoins exprimés que nous tenterons de répondre avec cet outil, loin d'être exhaustif mais apportant, nous l'espérons, des réponses aux lacunes en matière de connaissance et aux inquiétudes exprimées par les intervenantes et intervenants des différents secteurs face aux cas de MGF/E rencontrés.

Les stratégies d'intervention présentées à partir de la deuxième partie du document insistent sur le caractère nécessairement multisectoriel ou holistique de toute intervention puis proposent des stratégies par secteur. Stratégies largement développées dans les pays européens, notamment

la Belgique et la France, qui ont une longueur d'avance sur l'intervention auprès de femmes ayant subi des MGF/E.



Le choix et utilisation de la notion de mutilations génitales féminine incluant l'excision ou MGF/E retenus par la TCRI sont expliqués dans le Guide général.

PREMIÈRE PARTIE
LES BESOINS RECENSÉS

I. ÉTAT DES LIEUX

Cet état des lieux des besoins des différents secteurs a été élaboré à partir de l'état de situation produit par la TCRI en janvier 2020¹. Nous présenterons ici les préoccupations et les besoins exprimés par les secteurs de la santé et des services sociaux, de la protection de la jeunesse, de l'éducation des jeunes et du secteur communautaire.

A. Santé et services sociaux

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 important. 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 ont rapporté ne pas être suffisamment informés ni formés, entraînant ainsi en une prise en charge limitée relativement aux besoins complexes de cette population.

Pour ce secteur, les besoins exprimés portaient sur la sensibilisation et l'information, l'intégration des déterminants sociaux de la santé, dont la trajectoire migratoire et les rapports sociaux de genre, la formation et la recherche pour une prise en charge de qualité

B. Protection de la jeunesse

Pour ce secteur, les connaissances en matière de MGF/E sont très limitées. Une partie importante des connaissances acquises, l'ont été en dehors du contexte professionnel ou académique, c'est-à-dire par des lectures personnelles, des médias ou lors de voyages. Il n'y jamais eu d'évaluation suite à un signalement en lien avec une MGF/E, et ce, même au sein de l'équipe d'évaluation des abus physiques et sexuels.

¹ TCRI : Les mutilations génitales féminines. Un état de situation au Québec. Réalités, besoins et recommandations. Janvier 2020. 204 p.

Les besoins exprimés par ce secteur portaient sur l'accompagnement de l'émergence du phénomène des MGF/E comme problématique sociale, le renforcement des capacités des professionnelles et professionnels par la formation de formatrices et formateurs et de pairs-éducateurs et le renforcement des capacités d'intervention.

Par ailleurs, un besoin de mobiliser les acteurs et partenaires des services de protection de la jeunesse de l'ensemble des régions du Québec autour des enjeux des MGF/E et la création ou consolidation du partenariat entre acteurs, a été formulé.

C. Secteur de l'éducation des jeunes

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.

Le milieu scolaire étant le lieu occupationnel principal des enfants entre l'âge de 5 et 16 ans, toutes les mesures de prévention des MGF/E devraient passer par une sensibilisation des acteurs de ce milieu qui représente une interface importante entre les familles et les services publics en enfance, celui-ci représentant un lieu de dépistage et de référencement privilégié.

Les besoins exprimés par ce secteur sont la formation; une meilleure compréhension des contextes culturels et historiques; des outils de soutien à l'intervention en matière de MGF/E et d'intervention interculturelle; des lignes directrices et protocoles; une intervention concertée multisectorielle; une collaboration avec des ressources complémentaires à des fins d'information, de soutien et de référencement; des ressources en interprétariat ou médiation interculturelle et la connaissance de la loi encadrant les MGF/E.

Pour répondre à ces besoins, trois principaux axes pourraient être retenus pour la mise en oeuvre 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.

D. Secteur communautaire

Selon des témoignages recueillis 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 existantes, afin de mieux informer, accompagner et orienter les personnes qui ont vécu l'excision ou qui sont à risque.

Les besoins exprimés par ce secteur portaient sur le renforcement de la capacité d'intervention et de prévention des organismes communautaires en matière de MGF/E, la formation au personnel des organismes communautaires, la désignation ou la création de structures spécialisées sur les MGF/E vers lesquelles orienter les femmes, la recherche (enquête nationale), le partenariat entre les organismes intervenants en MGF/E, une stratégie de collaboration entre les acteurs des différents secteurs et une mobilisation autour des enjeux sur les MGF/E au Québec permettant de conscientiser, de sensibiliser et d'offrir des outils d'éducation.

DEUXIÈME PARTIE

**STRATÉGIES COMMUNES DES
DIFFÉRENTS SECTEURS
D'INTERVENTION**

II. ÉLÉMENTS TRANSVERSAUX D'UNE INTERVENTION

Peu importe le secteur auquel les professionnelles et professionnels, le intervenantes ou intervenants appartiennent, qu'elles ou qu'ils soient médecin, infirmier et infirmière, sage-femme, travailleur et travailleuse sociale, psychologue, intervenante et intervenant social, enseignante et enseignant, éducateur et éducatrice, avocate et avocat, etc., si dans le cadre de votre travail, vous devez intervenir, conseiller et orienter des femmes victimes de MGF/E ou des jeunes filles à risque, il y a des éléments communs à tous les secteurs qui déterminent de bonnes pratiques. Il s'agit d'une stratégie transversale commune s'appuyant sur le principe de la multisectorialité, la confidentialité, l'utilisation de l'approche féministe et interculturelle et enfin la formation récurrente des intervenant-e-s concernés en matière de MGF/E.

A. Multisectorialité de toute intervention et concertation nécessaire

Pour chaque cas de MGF/E rencontré, chaque situation est unique mais dans tous les cas, plusieurs domaines sont concernés (ex : social, psychologique, médical ou juridique) et plusieurs problématiques sont cumulées (risque d'excision mais aussi mariage forcé, violence dans le couple, statut précaire d'immigration, etc.). Ce qui nécessite de travailler dans tous les cas en concertation.

Le degré d'urgence, la fiabilité des informations et les circonstances dans lesquelles elles ont été recueillies, les mesures à prendre (lesquelles et dans quels domaines), la situation familiale de la victime, sont autant de critères qui sont à prendre en considération dans l'évaluation du conseil ou de la décision.

En dehors de l'intervention médicale et de l'intervention judiciaire, parfois indispensable, l'aide peut prendre des formes très diverses. Il peut s'agir d'établir des contacts avec des organismes de lutte contre les MGF/E, ou d'organiser des entretiens avec les personnes concernées (les parents, la famille, les enfants).

Ces entretiens ont pour but de sensibiliser, d'orienter, de dissuader un certain comportement (par exemple : faire exciser une autre fillette), d'inciter à rechercher l'aide adéquate (soins médicaux, psychologiques, ...), d'inviter les personnes à rejoindre un groupe de parole ou de les amener à participer à une médiation en cas de conflit.

Les professionnelles et les professionnels peuvent se sentir désemparés devant des situations complexes. Ce qui est plus un signe de conscience professionnelle que d'incompétence. Il importe, alors, de partager ses questionnements, évaluer les données, établir les priorités, discuter en équipe des alternatives possibles et de leurs conséquences ou des aspects éthiques, contacter des professionnels d'autres disciplines, prendre conseil auprès d'un service, d'un organisme communautaire ou d'une personne spécialisée, notamment dans le domaine juridique.

B. La confidentialité

Le Secret professionnel

Le secret professionnel est l'obligation imposée aux professionnelles et professionnels de garder secrètes les informations obtenues sur leur client dans le cadre de l'exercice de leur profession. Les codes de déontologie de tous les intervenant-e-s et professionnel-l-es s'appuient sur le secret professionnel qui s'applique aux médecins², sages-femmes, psychologues, travailleuses et travailleurs sociaux, avocats, personnel de de justice), etc.

² Références législatives, réglementaires et jurisprudentielles du Collège des médecins du Québec (CMQ) : <http://www.cmq.org/page/fr/confidentialite-secret-professionnel.aspx>

Le secret professionnel est le devoir qu'a un professionnel de ne pas partager les informations confidentielles qu'un client lui a confié. Ce secret existe pour permettre à une personne de s'ouvrir complètement au professionnel dans une situation où elle a besoin d'aide. Cette personne peut ainsi partager toute l'information dont le professionnel a besoin pour agir efficacement.

Le secret professionnel vise à protéger :

- la personne, sa liberté, sa vie privée et familiale ;
- la relation de confiance nécessaire entre la personne qui consulte et certains professionnels ;
- les intérêts de la société.

Au Québec, tous les professionnels, c'est-à-dire toutes les personnes qui sont membres d'un ordre professionnel reconnu selon le Code des professions³, sont tenus à une telle obligation, selon les dispositions de l'article 60.4 du Code qui stipule que « *Le professionnel doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession* ».

Le Code des professions oblige de plus tous les ordres professionnels à adopter, dans leur code de déontologie, des dispositions visant à préserver le secret des renseignements de nature confidentielle qui viennent à la connaissance des membres de l'ordre dans l'exercice de leur profession.

Les personnes qui dispensent des services sans être membres d'un ordre professionnel ne sont pas visées par les règles du secret professionnel. Elles sont quand même tenues à une obligation de confidentialité si elles travaillent pour un établissement de santé et sont tenues de respecter la vie privée d'autrui. Cependant, la protection de l'information que donne une personne à un

³ <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/c-26>

thérapeute qui n'est ni membre d'un ordre professionnel, ni employée d'un établissement de santé n'est pas assurée.

En pratique, les codes de déontologie de chaque ordre professionnel définissent l'étendue de l'obligation au secret professionnel. Les codes de déontologie des ordres professionnels sont en général assez rigides quant à l'étendue du secret professionnel.

La relation professionnelle s'appuie sur la confiance et impose au professionnel une lourde responsabilité pour la maintenir. Le professionnel doit respecter son obligation même lorsque la relation professionnelle est terminée. Il la conserve tant que la personne qui lui a fait la confiance ne l'a pas relevé de cette obligation ou à moins que la loi ne lui permette de divulguer cette information. En pratique, le professionnel doit garder le secret sa vie durant, et ce, même si le client est décédé.

L'article 9 de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec précise la portée du secret professionnel :

« Toute personne tenue par la loi au secret professionnel et tout prêtre ou autre ministre du culte ne peuvent, même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi.

Le tribunal doit, d'office, assurer le respect du secret professionnel ».

Exceptions

Il n'existe en fait que deux situations permettant au professionnel de divulguer l'information protégée par le secret professionnel : l'accord préalable de la personne qui lui a fait une confiance, ou encore une disposition expresse de la loi lui permettant de divulguer certaines informations sans la permission de l'auteur de cette confiance.

En effet, la loi prévoit des exceptions au secret professionnel et il existe plusieurs dispositions de la loi qui autorisent un professionnel à divulguer de l'information à des tiers, sans l'autorisation de l'auteur des confidences.

Lorsque la loi prévoit la divulgation à des tiers d'informations autrement protégées par le secret professionnel, cette divulgation doit faire l'objet d'une interprétation étroite et stricte. Le Code de déontologie des médecins prévoit que le médecin peut divulguer à des tiers des faits dont il a eu personnellement connaissance dans trois situations :

- lorsque le patient l'y autorise,
- lorsque la loi l'y autorise ou l'ordonne,
- lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage.

C. L'intervention interculturelle

Selon la TCRI⁴, dans les valeurs et principes qui sous-tendent l'intervention, l'approche interculturelle est un élément important. Elle est fondée sur le respect de la différence, l'ouverture à l'autre, la diversité ethnoculturelle et religieuse. Elle prend aussi en compte le fait que l'individu peut rester lui-même tout en s'intégrant, car la société d'accueil est multiethnique. Ce qui signifie qu'elle est diversifiée tant au niveau de la composition ethnique de sa population que dans le fait qu'elle accepte qu'il existe plusieurs manières d'être et de faire. Par ailleurs, la société québécoise est à la fois une société où il y a une certaine convergence culturelle et une société qui, tout en ayant des fondements, est en constante évolution.

Concrètement, l'approche d'intervention interculturelle s'appuie sur plusieurs éléments :

⁴ Cap sur l'intégration. http://tcri.qc.ca/images/menus/qui-sommes-nous/Plateforme_Cap_sur_l-integration.pdf

- **la prise de conscience par les intervenants de leurs propres cadres de références et des cadres de références de l'autre (famille, acteur scolaire);**
- **le développement de leur capacité de décentration c'est-à-dire de prise de distance par rapport à leurs propres cadres de référence;**
- **l'adoption d'une posture de pré-médiation ou de médiation en vue d'opérer un rapprochement interculturel dans le respect de l'identité et des principes de chacun.**

Comme le mentionne Mario Bélanger⁵, face à l'hétérogénéité de la population, qui n'est pas due qu'à l'immigration, « *L'intervention interculturelle devrait donc mettre en présence, chaque fois, deux systèmes d'intelligibilité : celui de l'intervenante et celui de l'individu, de la famille ou du groupe qui requièrent ses services. L'une et l'autre de ces « visions du monde » entreront en rapport d'élucidation, chacune devant être comprise comme étant le produit de vécus, d'expériences et de processus d'interprétation résolument liés à des pratiques spécifiques et locales avant d'être ethniques et nationales. Liés, donc, à des contextes particuliers d'appartenance et d'identification à des communautés ou à des groupes, à des tous partiels et locaux. Ici, les configurations qui délimitent l'appartenance et l'identification à de grands ensembles peu significatifs, tels que la culture québécoise ou haïtienne ou africaine ou amérindienne, ne peuvent à elles seules fournir les réseaux sémantiques⁶ par rapport auxquels les problèmes psychosociaux s'expriment et s'interprètent ».*

D. L'intervention féministe

⁵ L'intervention interculturelle. Une recherche de sens et un travail du sens. *Revue Service social*, Volume 49, Numéro 1, 2002, p. 70–93. <https://www.erudit.org/fr/revues/ss/2002-v49-n1-ss543/006878ar/>

⁶ L'auteur entend par réseau sémantique, l'ensemble des termes langagiers, des signes, des images-guides ou des symboles par lesquels un individu, un groupe ou une communauté décrivent et interprètent l'univers qui les entoure et appréhendent les problèmes et les contraintes qui se présentent à eux en leur donnant un sens. Il s'agit donc de l'ensemble des termes disponibles servant à construire un discours qui fasse du sens pour un ensemble d'individus sur un ensemble de phénomènes.

Parmi les autres approches transversales préconisées dans l'intervention, l'approche féministe qui peut s'allier à l'intervention interculturelle présentée avant. Nous présentons ici, celle de la Fédération des Maisons d'Hébergement pour Femmes (FMHF)⁷ qui adhère aux approches d'intervention ou pratiques de l'intervention féministe telles que définies par Corbeil et Marchand et qui s'articulent autour des objectifs suivants :

- *soutenir et respecter les femmes dans leurs démarches ;*
- *faire alliance avec les femmes et établir un lien de confiance ;*
- *favoriser la reprise de pouvoir sur la vie des femmes ;*
- *travailler à la conscientisation des femmes en prenant en compte la pluralité et la complexité des expériences d'oppression ;*
- *favoriser des rapports égalitaires ;*
- *briser l'isolement des femmes et développer leur solidarité ;*
- *lutter pour un changement individuel et social.*

Par ailleurs, l'intervention féministe intersectionnelle vise, pour sa part :

- *à établir des interfaces entre toutes les formes d'oppression ;*
- *à développer des stratégies inclusives ;*
- *à incorporer la réalité des groupes qui ont été, et demeurent encore, marginalisés ou minorisés.*

Dans cette perspective, l'approche intersectionnelle propose, entre autres :

- *d'examiner le rôle de certaines composantes identitaires (le sexe, l'origine ethnique, les handicaps, la religion, etc.) ainsi que les effets subséquents occasionnés par les positions sociales, telle que le statut socio-économique ;*
- *d'explorer l'influence que cette configuration singulière et complexe exerce sur l'identité personnelle et sociale des femmes ;*
- *de viser à ce que toutes les femmes aient accès à l'égalité ;*

⁷ Approches d'intervention. <https://www.fmfh.ca/approches-dintervention>

- *de s'assurer de s'attaquer à l'ensemble des discriminations et des obstacles auxquels sont confrontées les femmes.*

E. La formation

La formation régulière sur les MGF/E est également une exigence transversale intégrant les approches féministe et interculturelle afin de la mettre en œuvre dans les pratiques d'intervention des professionnel-l-e-s et des intervenant-e-s des différents secteurs concernés qui devraient en bénéficier de façon récurrente afin d'appréhender les cas auxquels elles ou ils peuvent être confrontés dans une société de plus en plus diversifiée culturellement.

Ces formations doivent permettre un développement des capacités des intervenant-e-s et des professionnel-l-e-s concernés leur permettant une prise en charge holistique des cas dans un cadre multisectoriel afin d'agir sur les éléments multiples qui peuvent affecter les victimes.

Actuellement, un organisme offre encore des formations à la demande qui s'adressent aux femmes, aux communautés concernées et aux professionnels. Il s'agit des formations offertes par le RAFIQ.

Évidemment, plusieurs expertes sur la questions qui travaillent depuis plusieurs années sur la question de MGF/E peuvent également offrir des formations.⁸

⁸ Voir « Répertoire des ressources montréalaises spécialisées en mutilation génitale féminine/excision (MGF/E) » produit par la TCRI.

TROISIÈME PARTIE

**STRATÉGIES D'INTERVENTION EN
MATIÈRE DE MGF/E SELON LES
SECTEURS**

I. SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Ce chapitre s'adresse à tous les professionnels et professionnelles qui reçoivent en consultation ou en entretien des femmes ayant subi une MGF/E.

Rappel : Aborder la question de l'excision devrait se faire dans une approche globale!

A. L'importance d'en parler

Comment en parler?

Les professionnels de la santé et les autres professionnels en contact avec les femmes ayant subi une MGF/E se sentent souvent démunis. Ils ne savent pas comment aborder la question et préfèrent parfois éviter d'en parler (par peur de manquer d'arguments) ou d'entrer dans un monde qui leur est inconnu: *C'est une autre culture ! Qu'est-ce que je vais dire ? ou Si je commence, ça va me prendre trop de temps.*

Pourtant, nombre d'entre-elles souffrent de symptômes génito-urinaires fréquents (douleurs mictionnelles, cystites, douleurs vulvaires en dehors des rapports sexuels), de difficultés sexuelles (sécheresse vaginale, dyspareunie) ou une absence de désir sexuel. Un certain nombre n'en avaient jamais parlé à personne. Il est donc primordial d'aller vers les femmes et de faire le premier pas.

Pour peu qu'on les y invite, les femmes acceptent de parler de leur mutilation et elles ont même beaucoup de choses à dire. L'expérience en Europe montre qu'après en avoir parlé une première fois, les victimes abordent spontanément le sujet lors de la deuxième consultation, et qu'elles incitent leurs amies mutilées à également venir consulter.

B. Les attitudes

Quelles attitudes avoir?

Les attitudes sont fondamentales afin d'intervenir adéquatement. Pour cela, il est important de :

- Partir du savoir et des compétences de la femme, apprendre de ses dires, de ses expériences
- Identifier ce dont la femme est prête à parler, ce dont elle veut parler et partir de cela pour entamer la discussion
- Ne pas anticiper les choses à sa place
- Ne pas juger la culture, ni la femme
- Être patient, car la relation de confiance peut prendre du temps à s'installer vu le parcours et les violences vécues possibles (excision, mariage forcé, viol)
- Exprimer de l'empathie et tenir un discours objectif
- Aborder la question de l'atteinte à la santé
- Ne pas effrayer la femme.

C. Le choix des mots

Quel vocabulaire utiliser?

Quelques conseils qui peuvent aider à aborder la question des mutilations génitales féminines avec les femmes :

- utiliser un vocabulaire simple et accessible
- utiliser selon les besoins, avec la femme ou sa famille, des mots pour désigner les mutilations génitales féminines, comme :
 - *la tradition ;*
 - *la coutume ou le rituel ;*
 - *le sexe coupé ;*
 - *excisée, infibulée.*

Les femmes utilisent peu les mots **vagin, lèvres**, etc. On peut demander si elle a été **coupée en bas** en désignant avec la main le bas du ventre.

Les termes **mutilations sexuelles** ou **mutilations génitales** ne sont pas toujours utilisés avec les femmes en consultation.

Il ne faut absolument pas utiliser les termes **normal** et **anormal** car la norme est une chose toute relative.

D. Utilisation de supports visuels

Voici quelques exemples de supports visuels qui peuvent vous aider à expliquer les choses pendant la consultation ou l'entretien :

- une carte des pays pratiquant l'excision
- Il est possible aussi de retrouver plus de détails sur les régions ou les ethnies pratiquant les MGF en allant sur divers sites
- des dessins du corps humain
- des dessins représentant les différents types de MGF
- des dessins montrant les complications (rétention urinaire, naissance difficile, ...).

E. Travail avec des interprètes et des médiateurs

Lorsque les femmes sont de nouvelles arrivantes et ne maîtrisent pas la langue!

Même si la femme connaît quelques mots de français ou d'anglais, ce vocabulaire ne sera pas suffisant pour aborder un sujet aussi sensible que les MGF/E. La femme pourrait ne pas trouver les mots pour exprimer pleinement ses sentiments ; une traduction sera donc très utile.

Conseils pour organiser la traduction

- Ne pas utiliser les enfants de la femme pour traduire (ni le conjoint, ni la belle-mère, etc.) ;

- Choisir une personne de sexe féminin formée en violence faite aux femmes ou en MGF/E pour effectuer la traduction ;
- Être vigilant-e sur la représentation qu'a l'interprète des MGF (être sûr que la personne n'est pas partisane de la pratique).
- si c'est la première fois que l'interprète traduit sur ce sujet, il faut prêter attention à son debriefing, et voir comment il ou elle s'est senti(e) avec le sujet.

F. Déroulement d'une consultation

Il existe plusieurs types de consultations

1. Une femme excisée qui vient pour en parler ou pour être aidée (p. ex. une demande de désinfibulation, un rapport médical, ...).
2. Une femme excisée qui vient pour autre chose, et avec laquelle il faut aborder la question (p. ex. une consultation prénatale, une plainte de santé, une consultation pédiatrique,..).

Quel que soit le type de consultation (médicale, psychologique, sociale)

- prévoir un temps de consultation prolongé ;
- mettre la personne à l'aise ;
- parler, dès le début, un langage qu'elle comprend ;
- toujours s'adresser directement à la femme, même s'il y a un-e interprète ;
- ne pas l'interrompre ;
- ne pas donner trop d'informations à la fois ;
- à la fin de la consultation, faire le point pour voir ce qu'elle a compris des informations données.

Conseils spécifiques pour une consultation gynécologique

- prévoir un drap pour que la femme se l'enroule autour de la taille et ne monte pas nue sur la table directement (les femmes n'ont pas l'habitude d'aller chez le gynécologue, pour certaines, cela pourrait être la première fois) ;

-expliquer tout ce que vous allez faire, en particulier si vous utilisez des instruments (spéculum, écouvillon) car la femme ne les a peut-être jamais vus auparavant ;

-vérifier avec la femme si elle doit informer son mari ou sa famille d'un traitement ou d'une intervention. Il se peut que la femme vous demande d'expliquer directement à son mari la nécessité d'une intervention chirurgicale (cela peut avoir plus de poids auprès du mari).

Pour une consultation pendant la grossesse, se référer au chapitre II de la troisième partie.

Si vous découvrez pour la première fois qu'une femme est excisée ou infibulée

-contrôlez votre stupeur et vos émotions pour ne pas effrayer la femme. Une réaction inappropriée de la part d'un-e professionnel-le, une réflexion comme : *c'est affreux ce qu'on vous a fait, il vous manque quelque chose !* peut faire beaucoup de tort ;

-n'en faites pas un cas d'école (évittez de faire venir les étudiantes et étudiants ou les collègues du service pour observer). La patiente peut se sentir comme une bête de cirque.

-Après l'examen, vous pouvez lui expliquer ce que vous avez vu à l'aide de dessins. Si elle le désire, vous pouvez également proposer à la femme de se regarder dans un miroir pendant que vous répondez à ses questions sur ce qu'elle voit.

Émotions contre professionnalisme

-les émotions ne doivent jamais prendre le pas sur le professionnalisme. Il ne faut pas tomber dans l'excès, qui fait qu'à trop focaliser sur les MGF/E, les professionnels peuvent oublier de suivre les protocoles de soins habituels. Ainsi, il est arrivé qu'une femme infibulée ne reçoive pas les soins optimaux (antalgiques après une intervention) parce que l'équipe était concentrée sur sa mutilation, cherchant à savoir si elle avait été infibulée en Europe ou dans son pays d'origine.

-certaines femmes ont accepté leur excision et vivent avec elle sans que cela n'affecte trop leur vie de femme et leur vie en couple. La main tendue par le ou la professionnel-le pour parler de l'excision ne doit donc pas se transformer en un interrogatoire. Toutes les

femmes ne sont pas demandeuses d'une prise en charge liée à leur excision. C'est leur droit, et on se doit de le respecter.

Des questions juridiques peuvent également être abordées lors de la consultation. Pour cela, référez-vous au chapitre 4 du guide.

II. GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

À l'intention des sage-femmes et gynécologues

C'est souvent à l'occasion d'un suivi de grossesse ou lors d'un accouchement que les sage femmes et les gynécologues constatent qu'une femme a subi une MGF/E.

Préalable

La conduite à tenir lors de l'accouchement d'une patiente ayant subi une MGF/E doit être discutée et planifiée dès les premières consultations prénatales afin de préparer la femme et son entourage. Le maximum d'informations doit être noté dans le dossier afin d'éviter que la femme mutilée ait à répéter son histoire.

Sans prise en charge adéquate, les femmes concernées sont les plus sujettes aux complications en cours de grossesse et d'accouchement.

Une désinfibulation au deuxième trimestre de la grossesse, sous une courte anesthésie générale ou une rachianesthésie, peut être proposée aux femmes chez qui, en raison de l'infibulation, l'examen vaginal n'est pas possible.

La désinfibulation peut avoir lieu aussi au moment de l'expulsion si les examens vaginaux sont possibles en cours de travail. La réinfibulation de la patiente après l'accouchement pourrait donner lieu à des poursuites pénales du professionnel ou de la professionnelle puisque la pratique est interdite par la loi.

A. Suivi de la grossesse

Une femme ayant subi une MGF doit être examinée afin de déterminer le type de mutilation et d'évaluer la taille de l'orifice vulvaire. On pourra ainsi prévoir les complications qui pourraient survenir à l'accouchement et définir la conduite à tenir.

L'examen ne sera sans doute possible qu'après un premier bon contact et l'instauration d'un climat de confiance. Les observations doivent être retranscrites avec soin dans le dossier de la patiente, afin d'éviter les examens répétés.

Liste des problèmes spécifiques aux femmes infibulées notés lors de consultations prénatales.

Sur le plan physique

- un plus grand risque d'infections urinaires ;
- une prise de poids insuffisante (peur d'avoir un gros bébé) ;
- une anémie (refus de prendre du fer, tabous alimentaires pendant la grossesse pour la même raison).

Sur le plan psychologique

- peur de la réaction du ou de la professionnel-le de santé.

Difficultés en cours de grossesse et à l'accouchement

Ces problèmes affectent surtout les femmes infibulées. Leur sévérité dépend de la grandeur de l'orifice vulvaire, de la parité de la femme et de l'élasticité de la cicatrice.

Il faut expliquer en quoi consiste la désinfibulation et convaincre la patiente, avec beaucoup de tact, ainsi que de l'intérêt qu'il y a à recréer une ouverture suffisamment grande pour permettre les rapports sexuels, l'émission de l'urine et l'écoulement du flux menstruel, sans la moindre entrave.

Il est important d'informer la femme, des répercussions néfastes pour la santé qu'entraîne l'infibulation, sans porter de jugement sur son contexte socioculturel. Des planches anatomiques de vulves normale, infibulée et désinfibulée, et l'assistance d'une interprète seront d'une grande utilité. Il est souhaitable d'aborder ensuite le thème de la réinfibulation avec la femme et son partenaire afin d'expliquer les conséquences légales d'une telle pratique au Québec et au

Canada. Il est en effet difficile d'en discuter pour la première fois, d'une manière sereine, juste après la naissance.

Une désinfibulation en cours de grossesse, sous une courte anesthésie générale ou une rachianesthésie, peut être proposée aux femmes chez qui, en raison de l'infibulation, l'examen vaginal n'est pas possible. La période la plus propice pour ce faire se situe durant le deuxième trimestre, en raison du moindre risque d'avortements spontanés. La guérison de la plaie de désinfibulation sera ainsi terminée au moment où la femme devra accoucher.

Une autre approche est possible si l'orifice vulvaire persistant après l'infibulation est de diamètre suffisant pour permettre d'examiner la patiente par voie vaginale. Dans ce cas, la désinfibulation peut être différée jusqu'à la phase d'expulsion du bébé. Ce qui évitera d'avoir à pratiquer une intervention en cours de grossesse.

B. Accouchement

Si cela n'a pas été fait précédemment, le type de MGF/E et l'ouverture vaginale doivent être évalués à l'admission et le déroulement de l'accouchement discuté.

Primipares

Chez les primipares, il y a des peurs. Notamment celles de recevoir un traitement non approprié (comme une césarienne) parce que le médecin n'a pas l'habitude de voir des femmes infibulées ainsi que la peur de la douleur pendant l'accouchement et le post-partum (réminiscence de la douleur de l'infibulation).

-Un premier accouchement chez une femme infibulée nécessite une incision antérieure et, éventuellement dans un second temps, une épisiotomie.

-Il est possible de proposer une désinfibulation en cours de travail, sous analgésie péridurale, à toute femme dont l'ouverture vaginale est réduite au point d'empêcher le toucher vaginal et l'évaluation de la progression du travail. Les berges de l'incision sont suturées, bien évidemment, sans attendre l'accouchement ;

La désinfibulation est une intervention relativement simple. C'est au moment de l'expulsion qu'est pratiquée la désinfibulation chez les parturientes chez qui le toucher vaginal est possible. Une fois la tête sur le périnée, est pratiquée une incision antérieure sous anesthésie locale (si la patiente n'est pas déjà sous analgésie péridurale).

Multipares

Une fois la tête sur le périnée, on déterminera si une incision antérieure est nécessaire. Le degré d'élasticité du tissu cicatriciel est très variable et demande une évaluation individuelle. La patiente doit être informée des changements qui affecteront la miction, les règles et les rapports sexuels après la désinfibulation.

Le personnel soignant peut être confronté à une demande de réinfibulation, lors de l'accouchement, ou après celui-ci. La pratique est interdite au Canada. Depuis 1997, le Code criminel inclut 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.

Les soins post-opératoires ne diffèrent guère de ceux administrés en routine à toute accouchée. La désinfibulation permet que la miction et le flux menstruel soient à nouveau normaux, mais elle ne peut remédier aux dommages psychologiques et aux troubles de la sexualité causés par la mutilation.

Un soutien psychologique à plus long terme devrait être proposé et des informations peuvent être données sur les ressources communautaires à même d'aider et de conseiller ces femmes qui, souvent, ont aussi d'autres problèmes à surmonter (demande d'asile, analphabétisme, isolement, ...).

C. Prévention des MGF chez les filles de la patiente

Les consultations prénatales, en dehors de l'urgence et du stress propres à l'accouchement, constituent des moments privilégiés pour évoquer l'avenir d'un enfant

de sexe féminin et obtenir de la femme et de son époux qu'ils s'opposent à toute mutilation de leur fille.

Les MGF/E sont un sujet qu'il n'est pas facile d'évoquer, tant pour la femme excisée qui n'a pas l'habitude de parler de son intimité et de sa sexualité à un étranger, que pour le ou la professionnel-le de santé qui ne se sent pas toujours bien préparé à cette tâche. Il faut choisir des mots qui ne choquent pas. On ne parlera pas de *mutilation* à la femme, mais d'excision ou d'infibulation ; certaines femmes diront qu'elles sont *fermées* ou *cousues*.

Le médecin ou la sage-femme, ... pourra aider la femme à faire le lien entre des complications qu'elle a pu avoir avant ou pendant la grossesse et la mutilation qu'elle a subie (difficultés à uriner, infections urinaires à répétition, ...), puis aborder la question du devenir de la petite fille à naître ou de ses aînées. On rappellera que l'excision est douloureuse et dangereuse pour l'enfant, qu'elle n'est pas exigée par la religion et qu'elle est interdite par la loi canadienne.

III. CERTIFICATS MÉDICAUX ET SUIVI DES FILLES À RISQUE DE SUBIR UNE MGF

À l'intention des médecins (médecins généralistes, pédiatres, gynécologues, urologues, psychiatres, ...)

A. Certificats médicaux

Points essentiels

-Un **certificat médical** attestant de la présence ou de l'absence d'une MGF **peut être demandé à un médecin dans différentes circonstances** : demande d'asile, accusation d'une pratique de MGF au Canada ou à l'Étranger, suivi des petites filles, etc.

-**Plusieurs types de certificats ou rapports existent** selon le niveau de détails demandé et l'utilisation envisagée.

-**Il n'existe pas**, à l'heure actuelle, **de consensus en matière de suivi des filles à risque de subir une MGF**. La mise en place de mesures de protection et de suivi des filles pose des questions éthiques, légales et pratiques.

Ce chapitre aborde deux situations auxquelles les médecins sont confrontés : l'établissement d'un certificat médical pour les femmes victimes de MGF et pour leurs filles et le suivi des filles à risque de subir une MGF.

Concernant le certificat médical, les médecins ne savent pas toujours dans quelles situations il est nécessaire, ni quel usage en sera fait par l'organisation demanderesse. Ils n'ont

généralement aucune idée non plus des conséquences que peut entraîner un certificat médical attestant de la présence ou de l'absence d'une MGF. Enfin, des constatations pertinentes nécessitent la plus grande prudence : un minimum de connaissance de la problématique, de formation, voire l'assistance ou le conseil d'un spécialiste, peuvent être nécessaires.

Quant au suivi des filles à risque de subir une MGF, il n'a pas été, jusqu'à présent, organisé de manière structurelle au Canada. La mesure visant à contrôler systématiquement et régulièrement les organes génitaux externes des filles à risque de subir une MGF s'avère difficile et complexe à mettre en oeuvre.

Circonstances

Un certificat médical peut être demandé au médecin dans le cadre :

- 1) d'une demande d'asile (Examen exigé par la CISR) ; Voir chapitre VIII du présent guide.
- 2) Vérification suite à une accusation d'avoir subi une MGF sur le territoire canadien ou à l'extérieur (examen exigé un juge).

Différents types de certificats

Le document peut être différent selon les cas.

1. Le constat de présence ou d'absence de mutilation sexuelle féminine, avec détermination du type de mutilation et des séquelles éventuelles

Ce document est utile dans différentes situations.

-Dans le cadre de la demande d'asile, ces constats sont utilisés pour justifier la protection d'une fillette à risque (donc encore intacte) et dont la mère a été mutilée : un constat distinct sera établi pour la fille (intacte) et pour la mère (mutilée).

Ce rapport pourra être établi par tout médecin ayant une connaissance suffisante de la problématique.

2. Le rapport médical ou psychologique circonstancié dans le cadre de l'asile

Dans le cadre d'une demande d'asile, si l'enfant, la jeune fille ou la femme signale avoir été victime de persécution, de violence, de séquestration, de torture ou d'emprisonnement, et qu'elle en garde des séquelles médicales ou psychologiques, il peut être utile d'établir un

rapport médical complet et circonstancié. Celui-ci doit décrire de manière détaillée les lésions constatées ainsi que leur origine présumée.

Certaines jeunes filles mineures et non accompagnées qui demandent l'asile ont vécu plusieurs traumatismes : mutilations génitales, mariage forcé ou tentative de mariage forcé, violences familiales, séquestrations, viols et peuvent en avoir gardé des séquelles constatables. Elles en parleront difficilement, et il sera important d'établir un climat de confiance, éventuellement en présence d'une personne ressource connue (tuteur-trice, avocat-e, psychologue, ...) ayant déjà gagné la confiance de la jeune fille. Le rapport pourra éventuellement établir une compatibilité entre les symptômes, les constatations cliniques et les faits allégués.

3. Le certificat médical préventif

Il peut être utile, pour toute jeune fille à risque de subir une MGF ou une réexcision/réinfibulation, de dresser un certificat médical constatant sa situation personnelle (intacte, mutilée, désinfibulée...).

Ce document est susceptible d'être produit dans des situations variées comme par exemple avant un voyage dans le pays d'origine alors qu'il y a un fort soupçon d'y pratiquer une MGF sur une fille.

Un certificat d'intégrité des organes génitaux de la fillette ainsi qu'un document expliquant la loi canadienne en matière de MGF et les sanctions en cas d'infraction peuvent aider les parents, une fois sur place, à résister aux membres de la famille qui voudraient que la petite fille intacte soit excisée ou infibulée.

Ce rapport pourra être établi par tout médecin ayant une connaissance suffisante de la problématique. Le certificat en cas de désinfibulation sera établi de préférence par le gynécologue ayant désinfibulé la jeune fille ou par son médecin traitant.

B. Suivi des filles à risque de subir une MGF

Évaluation du risque d'excision

Des petites filles, nées au Canada ou à l'étranger et vivant avec leurs parents sur le territoire, sont considérées à risque de subir une MGF si la mère ou le père sont originaires d'un pays ou d'une ethnie qui pratique les MGF.

Le fait d'avoir quitté son pays ne suffit pas à assurer la protection de la petite fille puisque les MGF sont, en général, pratiquées dans le contexte familial. Ainsi une étude récente menée en France auprès de migrants, montre que 27 % des filles nées en France entre 1980 et 1989 ont été excisées (en France ou à l'étranger). Des demandes d'excision formulées par des familles témoignent de cette pression et du risque possible de MGF sur le territoire ou dans un pays voisin (par exemple en cas de voyage dans le pays d'origine ou de renvoi au pays par les autorités).

IV. PROTECTION DE LA JEUNESSE

Dans la situation où il est possible qu'une fillette soit contrainte de subir une MGF/E ou qu'elle l'ait déjà subie, le Directeur de la protection de la jeunesse peut intervenir. Quoique sa loi constitutive ne fasse pas explicitement mention des MGF/E, certaines de ses dispositions peuvent être invoquées pour assurer sa protection.

Il est important de rappeler que dans le cadre des MGF/E, un signalement fait partie des exceptions à la règle du secret professionnel. Dans le but de protéger l'enfant et de prendre les mesures appropriées selon le cas, la loi prévoit des mécanismes de transmission de certaines informations.

La loi sur la protection de la jeunesse prévoit à son l'article 39 que : « *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 de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions.*

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.

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.

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.

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. »

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.

La pratique de MGF/E sur une enfant sur le territoire canadien ou à l'étranger par un citoyen canadien ou un résident permanent est soumis à la loi sur la protection de la jeunesse sous plusieurs aspects.

a) abandon:

lorsque les parents d'un enfant sont décédés ou n'en assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation et que, dans ces deux situations, ces responsabilités ne sont pas assumées, compte tenu des besoins de l'enfant, par une autre personne;

b) négligence:

1° lorsque les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux :

i. soit sur le plan physique, en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement compte tenu de leurs ressources;

ii. soit sur le plan de la santé, en ne lui assurant pas ou en ne lui permettant pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou mentale;

iii. soit sur le plan éducatif, en ne lui fournissant pas une surveillance ou un encadrement approprié ou en ne prenant pas les moyens nécessaires pour assurer sa scolarisation;

2° lorsqu'il y a un risque sérieux que les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux de la manière prévue au sous-paragraphe 1°;

c) mauvais traitements psychologiques:

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 contrôle excessif, 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;

d) abus sexuels:

1° lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, 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, 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;

e) abus physiques:

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;

f) troubles de comportement sérieux:

lorsque l'enfant, de façon grave ou continue, se comporte de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ou que l'enfant de 14 ans et plus s'y oppose. "

Article 38.1 : " La sécurité ou le développement d'un enfant peut être considéré comme compromis:

a) s'il quitte sans autorisation son propre foyer, une famille d'accueil ou une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre de réadaptation ou un centre hospitalier alors que sa situation n'est pas prise en charge par le directeur de la protection de la jeunesse;

b) s'il est d'âge scolaire et ne fréquente pas l'école ou s'en absente fréquemment sans raison;

c) si ses parents ne s'acquittent pas des obligations de soin, d'entretien et d'éducation qu'ils ont à l'égard de leur enfant ou ne s'en occupent pas d'une façon stable, alors qu'il est confié à un établissement ou à une famille d'accueil depuis un an."

La loi protège également celui qui divulgue l'information. L'article 43 stipule en effet qu'une personne ne peut être poursuivie en justice pour des actes accomplis de bonne foi en vertu de l'article 39. De plus, nul ne peut être contraint de dévoiler l'identité d'une personne qui a agi conformément à l'article 39 sans son consentement.

- ***des tiers en danger :***

Depuis le 20 décembre 2001, une nouvelle exception, fort importante, est venue s'ajouter aux nombreuses exceptions à la règle du secret professionnel et prévoit la possibilité pour un professionnel d'avertir un tiers lorsque la vie de ce dernier ou celle de son client est en danger.

Le professionnel peut en outre communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence.

Toutefois, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. Le professionnel ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.

L'objectif visé est la prévention d'un acte de violence et le danger de mort ou de blessures graves doit inspirer un sentiment d'urgence. Il faut également que la menace vise une personne ou un groupe de personnes identifiable. La menace trop floue ou imprévisible ne justifie pas la dérogation.

Ainsi, dans l'exercice de sa profession, chaque professionnel doit donc concilier l'obligation au secret avec l'obligation de porter assistance à une personne en danger, dans le cas étudié ici, une femme ou une fillette excisée ou sérieusement menacée d'excision.

Ces obligations sont d'autant plus lourdes que la personne en danger (qui encourt des risques de réexcision ou de réinfibulation, etc.) est mineure, qu'il y a urgence et que le danger consiste en un acte de torture comme l'est une mutilation génitale.

V. PETITE ENFANCE

À l'intention des équipes de services de natalité, du personnel des services de pédiatrie hospitaliers et des médecins de famille.

A. Consultation des enfants

Points essentiels

- La **connaissance des pays et ethnies** pratiquant l'excision permet de cibler la prévention sur les groupes à risque.
- En cas de retour au pays pendant les vacances, le professionnel de santé devra **prévenir les parents des risques de MGF sur place** et de leur caractère illégal au Canada.
- Si un **examen des organes génitaux externes** s'avère nécessaire, il doit toujours se faire dans le cadre d'un examen clinique général.
- En cas de dépistage d'une excision, les priorités sont de **proposer un suivi de l'enfant** (diagnostic et traitement précoce des complications) et d' **éviter une MGF chez d'éventuelles petites soeurs** (prévention).

B. Examen de la petite fille

Dans le cadre de l'examen habituel du nourrisson, le médecin donne des conseils sur l'hygiène de la vulve et des petits plis de la peau. Le médecin peut à cette occasion vérifier l'intégrité des organes génitaux externes (pas de malformation, pas de MGF).

Une mutilation de type 1 ancienne et déjà cicatrisée peut passer inaperçue chez un bébé mais une infibulation (type 3) est par contre bien visible.

Chez une enfant plus âgée, l'examen se fait avec délicatesse en interrogeant l'enfant sur une symptomatologie éventuelle. Une fillette qui a été excisée ou infibulée peut se plaindre de

troubles urinaires, de douleurs au niveau de la vulve. Si la mutilation est récente, elle ressentira de l'angoisse pour l'examen gynécologique qui lui rappellera ce qu'elle vient de vivre. Il faudra prendre le temps de la mettre en confiance.

Certaines pathologies vulvaires chez la fillette peuvent, pour le clinicien non averti, avoir une apparence quelque peu semblable à celles de séquelles de MGF. En cas de doute, il est conseillé de référer l'enfant à un confrère ou une consœur expérimentée.

C. Dialogue avec les familles à risque

On peut aborder le sujet à des moments clés

- chez le nouveau-né lors du premier examen ;
- lors de tout premier contact avec l'enfant ;
- lors d'un retour au pays annoncé par les parents pour les vacances.

Il est important pour les professionnels médicaux et sociaux de connaître les pays les plus à risque. Cela leur permettra de cibler le travail de prévention sur le public *réellement à risque*, et d'entamer un dialogue avec les familles concernées. Des dépliants expliquant les MGF et leurs risques peuvent être distribués aux parents originaires des pays où l'excision se pratique.

Il est souhaitable d'expliquer aux parents que l'enfant est en bonne santé actuellement. On peut faire remarquer : *votre petite fille n'est pas excisée, c'est parfait pour sa santé !*

Lors de la discussion, rappeler que l'excision est :

- une pratique très douloureuse et dangereuse pour l'enfant, voire mortelle ;
- formellement interdite par la loi canadienne.

Il peut arriver, au cours de la discussion, que l'on décèle une discordance d'opinion entre adultes responsables de l'enfant : *Je ne veux pas que ma fille soit excisée, mais la mère de mon mari le veut* ou *Ma soeur me dit que c'est mieux pour elle*, etc.

La pratique de l'excision repose sur plusieurs croyances qui seront peut-être exprimées par les parents. Vous pouvez orienter les parents vers des organismes qui les soutiendront dans leurs questionnements face à la tradition et à la pratique de l'excision, et les aideront à tenir bon face aux pressions familiales ou communautaires.

D. Attitude en cas de dépistage

Si, au cours de l'examen, on découvre que l'enfant est déjà excisée, il convient d'éviter toute attitude ou comportement qui risquerait de rompre le dialogue avec les parents.

L'anamnèse tentera de préciser à quel âge et dans quelles circonstances cela s'est produit. L'objectif essentiel est de proposer un suivi de l'enfant (diagnostic et traitement précoce des complications) et d'éviter une MGF chez d'éventuelles petites soeurs (prévention).

A cette fin, il y a lieu de prendre contact avec une équipe multidisciplinaire spécialisée en MGF. Vous pouvez les contacter pour signaler une situation, mais également pour demander un avis. L'équipe pluridisciplinaire évaluera la situation, ses causes et ses conséquences, et veillera à ce que l'enfant bénéficie de tous les soins nécessaires. Elle accompagnera l'enfant et son entourage au cours de la prise en charge et de la reconstruction d'un cadre de vie relationnel sécurisant et favorisant son développement.

VI. ÉDUCATION

À l'intention des professionnels des milieux d'accueil de la petite enfance (garderies, crèches, ...)

A. Petite enfance

Points essentiels

Lors des soins de routine des bébés et enfants de moins de 3 ans (changements des langes, toilettes), le personnel peut remarquer des **signes évocateurs** d'une excision ou une infibulation récente. **En cas de doute**, le personnel du centre de la petite enfance ou la gardienne, peuvent **contacter un médecin ou un pédiatre**.

Les professionnels qui travaillent dans les lieux d'accueil des enfants de moins de trois ans, occupent une position très importante dans la prévention ou la détection des cas de MGF. En effet, ils sont tous les jours en contact avec les enfants et peuvent déceler, le cas échéant, un cas d'excision récente.

Il est important pour le personnel de ces milieux de connaître les pays les plus à risque. Cela leur permettra, de cibler le travail de prévention et d'entamer un dialogue avec les familles concernées. Des dépliants expliquant les MGF et leurs risques peuvent être distribués aux parents originaires des pays où l'excision se pratique.

Lors des soins de routine des bébés et enfants de moins de 3 ans (changements des langes, toilettes), le personnel peut remarquer des signes évocateurs⁹ d'une excision ou une infibulation récente:

- perte de sang ;
- plaie au niveau de la vulve ;
- douleurs à la miction ;
- douleurs lors des soins ;
- changement d'attitude de l'enfant.

⁹ Attention, ces symptômes peuvent également correspondre à toute autre chose, comme une infection ou un simple érythème fessier.

B. L'École

À l'intention des milieux scolaires...

Points essentiels

Des élèves peuvent présenter des **signes évocateurs** d'une excision ou d'une infibulation.

Les professionnels peuvent, dans le cadre d'une **discussion privée** avec les jeunes filles, **aborder la question et**, selon les besoins, **les orienter** vers un organisme ou vers un ou une médecin.

Les enseignants et enseignantes qui souhaitent **aborder la problématique des MGF** avec les élèves doivent **bien se préparer** et peuvent trouver un **soutien méthodologique** auprès de certains organismes de terrain travaillant sur cette question. Par exemple, le RAFIQ et la TCRI au Québec.

1. Signes d'alerte

Une bonne connaissance de la problématique peut aider le personnel enseignant ou autre à venir en aide aux filles victimes, ou potentielles victimes, de MGF.

Signes¹⁰ qui peuvent être associés à une MGF/E :

-difficulté pour uriner ; certaines filles infibulées peuvent mettre 15 à 20 minutes pour vider leur vessie en comprimant leur bas ventre. Cela peut conduire à des demandes répétées de se rendre aux toilettes, et à des séjours prolongés dans les toilettes ;

-douleurs pendant les règles (surtout pour les filles infibulées), qui peuvent nécessiter un alitement pendant deux à trois jours tous les mois. Cela entraîne des absences répétées de l'élève, souvent non justifiées par un certificat médical ;

-douleurs au niveau de la cicatrice, crainte de certains mouvements : certaines filles vont refuser de participer à certaines activités sportives (vélo, saut, athlétisme, ...) ;

¹⁰ Attention, la plupart de ces comportements ne sont pas spécifiques aux MGF et peuvent survenir pour beaucoup d'autres raisons.

-changement d'attitude soudain, manque de concentration, chute des résultats scolaires peuvent faire suite à une excision ou infibulation récente. La jeune fille sait qu'elle ne peut pas en parler à ses camarades, qui ne comprendraient pas ce qui lui est arrivé ;

-élève qui ne revient pas après des vacances scolaires (retour au pays pour être excisée ou mariée de force), absence prolongée inexpliquée.

-Une connaissance des pays où les MGF sont pratiquées permet d'être plus attentif et de faire le lien entre l'origine de jeunes filles et les signes énoncés ci-dessus.

2. Discussion sur les MGF avec les élèves

La question des MGF peut être abordée en classe lors de cours de biologie ou lors d'activités sur les violences faites aux filles ou les agressions à caractère sexuel

Cette question est cependant très délicate à aborder en classe car des filles elles-mêmes excisées peuvent très mal vivre les réactions de leurs copains et copines de classe.

Voici donc quelques conseils :

- bonne préparation de l'enseignant, de l'enseignante ou de l'animatrice avant d'introduire ce sujet ;
- de préférence en parler auparavant avec les filles concernées (si déjà identifiées) pour voir avec elles la meilleure façon d'aborder le sujet ;
- se faire assister par des organismes luttant contre les MGF et habituées à faire des animations dans les écoles ;
- utiliser des supports adaptés pour les jeunes (ex : vidéo, etc).

VII. SECTEUR COMMUNAUTAIRE

Le secteur communautaire joue un rôle important dans la prévention, la référence, l'intervention, la formation, l'interprétariat et le plaidoyer en matière de MGF/E. Par ailleurs, les liens à établir avec les professionnel-l-e-s et les intervenant-e-s des divers secteurs sont importants afin de permettre ainsi une intervention holistique.

1. La prévention

En effet, la prévention vise les communautés pratiquant les MGF/E afin de les conscientiser sur les conséquences néfastes de la pratique sur la santé les femmes et les filles ainsi que la connaissance des lois s'appliquant sur les auteurs ou les parents autorisant cette pratique sur leurs filles au Québec et au Canada.

Ce rôle de prévention est dévolu presque partout dans le monde, au secteur communautaire ou associatif qui est en contact direct avec diverses communautés dont les communautés à risque.

2. La référence

La secteur communautaire joue également un rôle important en matière de référence puisqu'il offre de multiples services aux diverses communautés et est en contact permanent avec elles, notamment celles pratiquant ou à risque de pratiquer les MGF/E.

La détection de cas nécessitant des soins de santé, une intervention psychologique, juridique, policière ou autre, mène habituellement, suite au développement d'un lien de confiance, à référer et accompagner les victimes vers les professionnels ou intervenants les plus appropriés à leurs besoins :

gynécologie/obstétrique, psychologue, avocat, groupe de parole, chirurgien pratiquant la reconstruction génitale, etc.

3. L'intervention

Il n'y a pas d'organismes communautaires ou de femmes dédiés spécifiquement à l'intervention en matière de MGF/E auprès de filles ou de femmes au Québec. Cependant, il y a plusieurs organismes qui travaillent sur la question en parallèle à d'autres enjeux et qui interviennent auprès de communautés qui les pratiquent et qui peuvent donc à tout le moins, les prévenir, les détecter et référer les victimes vers d'autres ressources adaptées.

Ces organismes communautaires appartiennent à la catégorie des organismes offrant des services auprès des personnes immigrantes et réfugiées, soit des organismes de femmes immigrées.

Le rôle principal des intervenant-e-s de ces organismes est notamment de prévenir les MGF/E et de créer un lien de confiance avec les femmes concernées puis de répondre à leurs besoins, souvent multiples, en les accompagnant vers d'autres ressources.

4. La formation

Le rôle du secteur communautaire en matière de formation est important. En attendant que la formation académique des professionnel-l-e-s et des intervenant-e-s soit complètement adaptée à la réalité diversifiée de la société québécoise en incluant les modalités d'intervention adaptées à diverses pratiques, il n'y a d'autre choix que d'avoir recours aux connaissances du milieu communautaire en matière de MGF/E.

Actuellement au Québec, le milieu communautaire de l'immigration est un des secteurs le mieux préparé à comprendre les MGF/E et à offrir des formations aux professionnel-l-e-s et intervenant-e-s des divers secteurs. Malheureusement, l'absence de financement récurrents pour des enjeux spécifiques souvent tabou

au sein des communautés, affecte la capacité de transmission des connaissances de ce secteur.

5. L'interprétariat

C'est encore dans le milieu communautaire que des ressources en interprétariat sont disponibles même si elles ne sont pas forcément suffisantes face à la demande. Des interprètes de diverses origine, formées en violence faite aux femmes et parlant des dialectes ou des langues issues de pays pratiquant les MGF/E sont une ressource absolument nécessaire pour les professionnel-le-s et intervenant-e-s des divers secteurs, lorsque les victimes ne parlent ni le français ni l'anglais.

Ce qui démontre la nécessité d'intervenir de façon multisectorielle.

6. Le plaidoyer

Plusieurs victimes sont intéressées à participer à des activités de plaidoyer alors qu'elles sont opposées à la pratique des MGF/E. Il faut rappeler que de nombreuses militantes agissent contre la pratique des MGF/E dans les pays où elles sont encore pratiquées légalement et illégalement mais aussi dans les pays occidentaux où elles ont immigré. Certaines d'entre-elles sont également impliquées dans des actions internationales.

D'autres victimes souhaitent également participer à des groupes de paroles rassemblant des femmes désirant s'exprimer sur leur expérience et parcours ou cherchant des solutions aux problèmes rencontrés en tant que victime.

Deux organismes au Québec ont permis de façon momentanée hélas à ces femmes de s'impliquer. La TCRI, qui depuis 2017 a mis en place un comité multisectoriel et a élaboré un état des lieux en donnant la parole aux victimes et

permettant de mieux comprendre les enjeux et les défis rencontrés par les divers secteurs dans leurs interventions auprès de victimes de MGF/E. Ce projet a pris fin en 2020.

Le deuxième organisme est le RAFIQ qui a, d'une part, mis en place depuis 2015, un comité MGF/E composé majoritairement de victimes, comité toujours opérationnel actuellement, ainsi que des outils de sensibilisation aux communautés et de formation s'adressant aux professionnel-le-s de la santé et des services sociaux.

VIII. SECTEUR COMMUNAUTAIRE OFFRANT DES SERVICES AUX DEMANDEURS D'ASILE

À l'intention des intervenantes et intervenants du secteur de l'immigration

A. Demandeuses d'asile

Points essentiels

Les MGF peuvent donner lieu à **l'octroi du statut de réfugié à des demandeuses d'asile**.

Les besoins spécifiques de ces femmes et fillettes incluent l'émission de preuves pour les fins de leur dossier d'immigration, notamment lorsque celles-ci demandent l'asile au Canada ayant subi ou craignant une excision dans leur pays d'origine. Entre autres exigences, les femmes et les fillettes doivent souvent produire une attestation médicale, un rapport psycho-social et/ou un rapport psychologique pour faire la preuve qu'elles ont subi, ou non, une MGF/E et documenter les complications qui en ont découlées.

Une crainte liée à une mutilation génitale féminine peut justifier l'octroi du statut de réfugié

Les cas de figure sont multiples, par exemple :

- la femme ou la jeune fille qui craint d'être mutilée ;
- la personne qui craint la mutilation de son enfant ;
- la crainte de réexcision ou de réinfibulation, éventuellement après une opération chirurgicale ;
- la crainte de représailles en raison d'une opinion *anti-MGF*, que celle-ci soit réelle ou imputée ;
- le contexte persécutant ou discriminatoire d'une personne ayant subi une mutilation génitale féminine ;
- la personne traumatisée au point de ne pouvoir envisager un retour au pays suite à une mutilation génitale féminine;

Il se peut que la crainte ait été invoquée à la base de la demande d'asile, le plus souvent combinée avec d'autres motifs d'asile (mariage forcé, situation de guerre, ...). La crainte peut

aussi n'apparaître qu'un certain temps après l'arrivée : après une opération, après la naissance d'une fillette dans une famille qui a été sensibilisée et qui est devenue contre l'excision, ou après avoir milité de façon publique contre l'excision.

Les autorités d'asile évaluent au cas par cas la crédibilité d'une demande de protection. Lorsque c'est possible, il est donc recommandé de joindre au dossier des pièces telles que :

- un certificat médical de constat de mutilation, d'intégrité ou attestant d'une opération chirurgicale ou de problèmes de santé ;
- des informations sur la situation des MGF dans le pays et au sein de l'ethnie d'origine.

Pareils documents ne sont toutefois pas indispensables. Le Haut-Commissariat aux Réfugiés (HCR) rappelle par exemple que : *L'octroi du statut de réfugié ne doit pas être soumis à la présentation d'un certificat médical attestant qu'une fillette a été ou non excisée, notamment car des examens médicaux peuvent entraîner des troubles psychologiques pour l'enfant s'ils ne sont pas entrepris d'une manière adéquate.* Par ailleurs, plus la persécution invoquée est grave, plus les autorités d'asile ont l'obligation de participer à la charge de la preuve avec toute la compréhension et les compétences requises. Dans certains cas, la protection doit être accordée au bénéfice du doute.

Le fait que certains pays d'origine possèdent une loi qui réprime les mutilations génitales féminines n'empêche pas une demande de protection. Il faut en effet tenir compte de la capacité effective de l'État à faire cesser la pratique.

Une personne peut demander protection au Canada en vertu de deux dispositions dans la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (LIPR). Ainsi, il peut être déterminé qu'une personne soit réfugiée (article 96 de la LIPR) et/ou une personne à protéger (article 97 de la LIPR).

Concernant les MGF/E, c'est l'article 96 de la LIPR qui est invoqué pour les femmes et les fillettes. On y allègue une crainte fondée sur le groupe social, soit celui des femmes ou des fillettes à risque de ces pratiques. Quant à la mère ou le père qui craint les représailles du fait de leur refus de consentir à une MGF/E sur leur fillette, la revendication se fonde, une fois de plus, sous la catégorie de « groupe social », mais cette-fois comme membre de la famille de la fillette craignant la MGF/E.

D'autres motifs peuvent être invoqués lorsqu'une personne s'oppose ou craint une MGF/E, notamment :

- Crainte en raison de sa religion (lorsque les MGF/E sont enracinées dans les valeurs religieuses d'une communauté, l'opposition à une telle tradition peut être perçue comme un rejet total ou partiel de la religion)
- Crainte en raison de ses opinions politiques (lorsque les MGF/E font partie intégrante des valeurs d'une communauté, il est possible que le fait de s'y opposer soit perçue comme un affront aux « politiques » de la communauté).

B. Processus de demande d'asile

L'introduction d'une demande d'asile au Canada se fait après l'arrivée à une frontière canado-américaine, à l'aéroport et/ou une fois en sol canadien, dans un des bureaux d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC).

Demander la protection au Canada est un processus qui peut être long. Jadis, toutes les étapes de celui-ci étaient clairement déterminées dans le temps. Comme le mentionne Me Annick Legault¹¹, « *Il y a plus de 90 000 dossiers de refuge en instance devant la Commission de l'immigration et la protection des réfugiés (ci-après la CISR);¹⁰⁰ elle n'arrive plus à répondre à la demande avec les ressources dont elle dispose. Ainsi, du moment qu'une personne présente sa demande de refuge, des mois, voire des années, peuvent s'écouler avant que le dossier soit entendu devant la Section de la protection des réfugiés (ci-après la SPR) de la CISR.* ».

Les éléments de preuve pour une demande de refuge devraient commencer à être préparés dès que le processus est entamé. Pour ce qui est d'un document relevant de professionnelles ou professionnels de la santé et des services sociaux, il est souhaitable d'attendre avant de les obtenir afin de s'assurer que leur contenu soit à jour au moment de l'audience.

Procédure moins complexe

¹¹ L'attestation médicale d'une mutilation génitale féminine/excision (MGF/E) pour des fins d'immigration : quelles informations devraient-elles inclure. Guide à l'intention des professionnel-le-s des services sociaux et de la santé. 50p. 2020

Un dossier peut être identifié par la SPR, comme étant « moins complexe », et ce, du fait de plusieurs facteurs dont le pays de provenance de la personne concernée. Un dossier de cette catégorie procédera à une audience courte (temps de l'audience ne devant ne pas excéder 1-2 heures) ou sans audience.

Dans les cas où il a été déterminé qu'une audience n'est pas nécessaire, un avis du Tribunal est envoyé à la personne concernée ainsi qu'au représentant·e légal·e pour les informer que le dossier a été sélectionné. Un **formulaire de confirmation** est joint à l'avis et doit être rempli et retourné au Tribunal dans les 15 jours suivant sa réception. Le dossier doit donc être complété à ce moment et toutes les preuves pertinentes doivent être acheminées au Tribunal.

À cette étape, il sera important de documenter la/les MGF/E ou leur absence, ainsi que l'état de santé générale de la femme ou la fillette concernée. Plus les preuves corroborantes soumises sont pertinentes et crédibles, plus on s'assure une issue favorable à la demande d'asile.

Finalement, un dossier « moins complexe » peut changer de catégorie à tout moment et donc une audience pourrait être prévue.

Procédure régulière

C'est la SPR qui établit le calendrier des audiences puis informe les personnes concernées. Les représentant·e-s légaux sont généralement informé·e-s, de la date d'audience plusieurs semaines avant la date d'émission de l'avis. Lorsqu'il y a une date d'audience déterminée, les documents en preuve doivent être soumis, au plus tard, dix (10) jours avant.

Les preuves sont indispensables et la crédibilité est déterminante dans les dossiers. Ainsi, une preuve de professionnel·le-s de la santé est nécessaire dans un dossier MGF/E, car elle permet de corroborer des éléments centraux du dossier. Parfois, les documents ne sont pas suffisants et la présence du/de la professionnel·le est fortement recommandée.

Le jour de l'audience, plusieurs scénarios sont possibles, mais les plus communs sont :

- la décision est en « délibéré » et elle sera rendue et communiquée ultérieurement;
- La décision de vive-voix est rendue;
- La décision est remise à une date ultérieure
- La décision n'a pu être prise

Démarches suivant une demande de refuge déboutée

Suite à une demande d'asile déboutée, la personne peut généralement faire appel devant la CISR. Cette demande, tout comme la demande de refuge, sursoit à une déportation du Canada. Dans ces cas, il est permis de produire une nouvelle preuve quoiqu'elle ait à répondre à des critères stricts.

Pour faire un appel, un document d'un-e professionnel-le-s des services sociaux et/ou de la santé pourrait être pertinent pour:

- Un premier document (pour les dossiers de refuge où la preuve était manquante/absente);
- Un suivi d'une 1ère lettre faite pour les fins de la demande de refuge
- Une réponse au contenu des motifs de refus de la SPR, lorsqu'il remet en cause un document produit par un-e professionnel-le des services sociaux et/ou de la santé.

Les audiences devant la section d'appel des réfugiés (SAR) ont lieu principalement si une nouvelle preuve est soumise et que le ou la Commissaire qui étudie le dossier est d'avis que cette même preuve :

- Soulève une question importante en ce qui concerne la crédibilité;
- Est essentielle pour la prise de la décision relative à la demande d'asile;
- À supposer qu'elle soit admise, justifierait d'accueillir ou de rejeter la demande d'asile présentée à la SPR.

Quant à l'issu d'un appel devant la SAR, il y a trois (3) scénarios possibles:

- Appel rejeté;
- Appel accordé et le dossier est retourné devant la SPR et
- Appel accordé et la personne est reconnue réfugiée et/ou personne à protéger

Pour les personnes n'ayant pas le droit à l'appel devant la SAR, elles doivent recourir à la demande d'autorisation et demande de contrôle judiciaire devant la Cour fédérale. Ce processus n'est pas un appel. On ne peut y soumettre de nouvelles preuves sauf exception et la Cour ne peut substituer la décision du Tribunal. Si le jugement établi qu'il y a eu erreur du Tribunal, le dossier est retourné devant la SPR, et ce, pour être attribué à un panel différemment constitué. Cette démarche aussi sursoit à une déportation.

IX. RECONSTRUCTION

À l'intention des médecins et chirurgiens...

Points essentiels

-À l'exception de la *reconstruction* du clitoris et de la fermeture d'une fistule, les **actes chirurgicaux pour séquelles ou complications de MGF sont techniquement simples.**

-De **nombreuses patientes optent pour une anesthésie générale** par pudeur et par crainte de revivre le traumatisme subi lors de la mutilation.

-Le Dr Pierre Foldes¹²est à l'origine d'une **technique d'abaissement du moignon clitoridien.** Chez les patientes opérées faisant état d'une amélioration de leur vie sexuelle, il est difficile, à l'heure actuelle, de déterminer dans quelle mesure cette amélioration est due à la restitution de la fonction du clitoris, à la désinfibulation et à l'ablation de tissus cicatriciels chez les femmes avec une ouverture vaginale réduite, ou à la restauration de l'image corporelle de la femme (se sentir *entière*).

Les séquelles et les complications des mutilations génitales féminines peuvent être passées sous silence. En effet, elles sont difficilement évoquées par les femmes concernées. À l'instar d'autres atteintes à l'intégrité physique et psychologique, la création d'une relation de confiance, basée sur l'empathie, le réconfort et le respect, est indispensable dans la relation du personnel soignant avec ces patientes.

À l'exception de la reconstruction du clitoris et de la réfection d'une fistule, les interventions chirurgicales pratiquées pour des complications ou des séquelles de MGF sont d'une grande simplicité. Elles sont relativement bien décrites dans la littérature. La plus fréquente de ces interventions consiste en la désinfibulation.

D'autres visent à traiter l'accolement des petites lèvres, les névromes du nerf dorsal du clitoris, les kystes d'inclusion épidermique, les chéloïdes et l'occlusion de la partie inférieure du vagin par du tissu cicatriciel.

¹² Pierre Foldes est un chirurgien urologue français, inventeur — avec Jean-Antoine Robein — d'une méthode chirurgicale permettant de réparer les dommages causés par la clitoridectomie. Il cofonde avec Frédérique Martz, WomenSafe¹, Institut en santé génésique (ISG) de Saint-Germain-en-Laye, la première association en France à avoir organisé la prise en charge des femmes et des enfants témoins ou victimes de violence, accueilli par une équipe pluridisciplinaire en un même lieu, réunissant médecine et justice, et évitant ainsi la rupture dans le difficile parcours des victimes.

Pour chacun de ces actes chirurgicaux, le consentement éclairé de la patiente est indispensable. Afin que le traitement réponde à son attente, il faut qu'elle ait été préalablement informée de ce que celui-ci peut accomplir, en particulier en ce qui concerne sa vie sexuelle.

A. Anesthésie

Du fait de leur simplicité, la plupart des interventions peuvent théoriquement être pratiquées sous anesthésie locale. Il faut cependant tenir compte du fait qu'en raison de facteurs culturels (pudeur, honte) et des souvenirs très pénibles qu'elles ont de leur mutilation, de nombreuses femmes ne voudront pas être conscientes durant l'intervention et opteront pour une anesthésie générale.

Le choix est également dicté par leur réticence à s'exposer en présence de plusieurs personnes, en salle d'opération, ainsi que par leur crainte de revivre le traumatisme subi aux mains de l'exciseuse. Sous anesthésie locale ou péridurale, les sensations tactiles au niveau des organes génitaux, peuvent contribuer à évoquer de pareils flashbacks.

B. Reconstruction du clitoris

La technique en question n'est pas à proprement parler une *reconstruction* de cet organe, après excision. Elle consiste en réalité en l'abaissement du moignon clitoridien.

La pratique actuellement dans certains hôpitaux en France, en Espagne, au Burkina Faso et en Egypte est la suivante : La peau couvrant l'extrémité du moignon est réséquée ; ce dernier est ensuite dégagé du tissu cicatriciel avoisinant et son ligament suspenseur sectionné afin d'abaisser l'extrémité du clitoris jusqu'au niveau où est normalement situé le gland. Un surjet prenant le périoste et interposant les deux muscles bulbo-caverneux au-dessus de la partie distale du moignon clitoridien doit empêcher sa remontée.

La partie supérieure de l'incision cutanée est ensuite suturée en deux plans. Seules deux études ont analysé les résultats de l'intervention, celle de Thabet en Egypte portant sur 60 cas de reconstruction du clitoris comparés à des cas témoins, et celle de Foldes en France portant sur une série de 453 femmes excisées ayant bénéficié d'une reconstruction du clitoris.

Selon l'étude française, dans 87 % des cas, un massif clitoridien aurait été visible six mois après l'intervention. Trois sur quatre de ces patientes auraient fait état d'une amélioration de la fonction sexuelle clitoridienne. Toutefois, l'appréciation du retentissement des MGF et de leur traitement sur la sexualité est sujette à caution suite au manque de données quant à la normalité dans ce domaine.

La plupart de ces femmes ayant été excisées à un très jeune âge (avant d'avoir eu des rapports sexuels), elles n'ont pas conscience de ce qui peut être éprouvé avec un clitoris intact. Nombre d'entre elles demandent à être opérées pour *restaurer leur identité de femme*. La valeur symbolique de l'intervention et son impact psychologique sont indéniables et il est difficile de savoir quelle part la chirurgie joue dans le *mieux-être* ressenti par certaines femmes après l'intervention.

Il n'est pas exclu que d'autres aspects de la prise en charge dont elles bénéficient (consultations avec la psychologue et la sexologue, écoute, empathie) jouent un grand rôle. Afin de pleinement évaluer cette intervention, il sera nécessaire de réaliser une étude prospective, bien conçue et contrôlée.

Selon une chirurgienne française qui la pratique, nombre de femmes excisées attendent de cette intervention la reconstruction d'un sexe intact, ce qui est impossible. Dans certains cas, il y a une petite élevation assez esthétique à l'endroit où le clitoris a été libéré; dans d'autres, l'aspect est sensiblement le même qu'avant l'intervention.

Il est important également de souligner que la prise en charge d'une femme excisée ne saurait se résumer à la reconstruction du clitoris. La femme qui fait la démarche de consulter doit pouvoir exprimer ses attentes, et le référent médical doit lui dire de manière objective les résultats qu'elle peut attendre de l'opération. Une discussion avec les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire permettra ainsi de mieux cerner la demande.

À l'hôpital Trousseau à Paris, 30 % seulement des femmes vont jusqu'au bout du parcours et se font opérer. Les unités de prise en charge chirurgicale qui existent en France comprennent en général les professionnels suivants :

- sage-femme (information, explication) ;
- psychologue, ethno-psychothérapeute (évaluation du traumatisme)
- sexologue (évaluation des attentes sexuelles) ;
- infirmier-e de la cellule antidouleur (prise en charge de la douleur post-opératoire) ;
- chirurgien-e, anesthésiste (prise en charge chirurgicale).

CONCLUSION

Ce guide à l'intention des professionnelles et professionnels des différents secteurs s'appuie en grande partie sur productions européens et plus particulièrement belges, notamment le GAMS qui a produit de nombreux outils sur les MGF. Et ce, même si les besoins recensés au Québec et le contexte légal québécois et canadien ont été pris en compte.

Ce guide a comme principal objectif de mettre en exergue de bonnes pratiques que les professionnelles et professionnels ainsi que les intervenantes et intervenants des différents secteurs pourront utiliser au besoin au Québec, sans prétendre être exhaustif et applicable dans tous les cas de MGF/Excision.

Nous espérons que les utilisatrices et les utilisateurs y trouveront des réponses à leurs questions et que ce guide lèvera certaines de leurs inquiétudes.

RÉFÉRENCES

GAMS Belgique, *Mutilations Génitales Féminines. Guide à l'usage des professions concernées*. 164p. 2011.

Grenier, Jennifer Lys. *État de situation sur les Mutilations génitales féminines/Excision (MGF/E) au Québec*. 87^{ème} congrès de l'ACFAS. 2019.

Legault, Annick, Me. *Documenter une mutilation génitale féminine/excision pour des fins d'immigration ou d'une demande d'asile*. TCRI. 49p. 2020.

Legault, Annick, Me. *L'attestation médicale d'une mutilation génitale féminine/excision (MGF/E) pour des fins d'immigration : quelles informations devraient-ont inclure*. Guide à l'intention des professionnel-le-s des services sociaux et de la santé. TCRI. 50p. 2020

OMS. *Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes*. 2012.

Les mutilations génitales féminines.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/fr/index.html>

Éliminer les mutilations sexuelles féminines
www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/fr/index.html

Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines
www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/rhr_10_9/fr/

Stratégies concertées MGF, *Guide d'entretien pour aborder la question de l'excision lors des entretiens avec les filles et/ou leur famille*. 23p. GAMS Belgique, Bruxelles, 2014.

Stratégies concertées, GAMS Belgique, Intact. *Guide de bonnes pratiques améliorant la prévention et la protection des filles et des femmes victimes ou à risque d'excision*. https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/intact-fiches_transversales_web-v2.pdf

TCRI, *Les mutilations génitales féminines. Un état de situation au Québec. Réalités, besoins et recommandations*. 204p. 2019.

TCRI, *Répertoire des ressources montréalaises en Mutilations génitales féminines/Excision*. 26p. 2020

Recherche et rédaction : Yasmina Chouakri

Octobre 2021