

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 Canada¹

Bilkis Vissandjée

Université de Montréal, Montréal, Québec

Shereen Denetto

Sexuality Education Research Centre, Winnipeg, Manitoba

Paula Migliardi

Sexuality Education Research Centre, Winnipeg, Manitoba

Jodi. A. Proctor,

McGill University, Montréal, Québec

CONTEXTE²

Les pratiques relatives à l'excision et à l'infibulation et les défis qui y sont associés ont été documentés principalement dans certains pays d'Afrique, d'Asie et du Moyen-Orient. Au cours des dernières années, l'accroissement de la migration internationale en provenance d'une multiplicité de pays expose les professionnels de la santé publique et des services sociaux à des enjeux de plus en plus complexes s'agissant des interventions auprès de familles issues de pays où les pratiques de l'excision et de l'infibulation font partie intégrante des traditions. Intervenir dans un tel contexte met en évi-

1. Traduction de la version originale en anglais vers le français par Raymond Massé et Bilkis Vissandjée.

2. Les auteures désirent remercier les femmes et les hommes qui ont contribué au contenu de ce texte par leur participation aux rencontres de groupe organisées par l'Organisme SERC; des remerciements également à l'Institut pour la santé des femmes et des hommes (Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)) et l'Axe Éthique et Santé Publique du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ) pour le soutien financier ayant permis de réfléchir aux enjeux présentés dans ce texte.

dence les responsabilités d'une offre éthique de soins de santé de qualité et sécuritaires qui se déclinent à différents niveaux du système de soins de santé de la société d'accueil.

Alors que le contexte d'intervention dans le domaine de la santé publique devient de plus en plus pluriethnique, il exige une attention soutenue lorsqu'il s'agit de pratiques profondément enracinées dans des fondements culturels telles que l'excision et l'infibulation. Cette attention est soulevée ici dans la mesure où de telles interventions doivent non seulement être ancrées dans un univers permettant de comprendre sans juger, mais également et surtout dans un souci de protection de l'intégrité de la santé physique et psychologique des filles et des femmes vivant ces expériences en tant qu'immigrantes au Canada.

L'objectif du présent chapitre est d'examiner les subtilités et complexités reliées aux dimensions légales et éthiques dans le domaine de l'intervention en santé publique, dans une société de plus en plus pluriethnique. En faisant appel à une compréhension des raisons d'être de ces pratiques, il s'agit de se rappeler également le fait que, dans la majorité des cas dans les sociétés d'accueil, les pratiques d'excision et d'infibulation peuvent être perçues comme une forme de violence fondée sur le genre ayant des conséquences injustifiables éthiquement pour ces filles et ces femmes. Les intervenants³ en santé publique et en service social et des services sociaux doivent enrichir leur pratique afin de répondre à leurs obligations légales selon les termes de leur responsabilité déontologique d'offrir des soins de qualité, équitables et empreints de compassion à tous.

Nous amorcerons ce texte par une présentation de certains contextes au sein desquels se pratiquent l'excision et l'infibulation sur une toile de fond des significations culturelles que prennent ces pratiques dans les communautés concernées. Suivra une illustration par le biais d'une étude de cas présentant l'approche du Centre sur les ressources en éducation sexuelle (Sexuality Education Ressource Centre, SERC) à Winnipeg (Manitoba), laquelle permettra d'enraciner notre analyse de la complexité éthique des soins et de l'offre de services de santé pour celles qui vivent l'expérience des pratiques traditionnelles parmi les communautés de nouveaux immigrants ainsi que ceux à plus long terme, au Manitoba.

3. Le masculin et le féminin seront utilisés en alternance dans ce texte dans une perspective inclusive et pour en alléger la lecture.

LES PRATIQUES TRADITIONNELLES : L'EXCISION ET L'INFIBULATION

Les altérations rituelles apportées aux organes génitaux féminins des enfants, des adolescents et de certaines adultes constituent une pratique traditionnelle dans plusieurs cultures depuis l'Antiquité. L'Afrique subsaharienne demeure le berceau de ces traditions, qui sont pratiquées de nos jours dans 26 pays. Contrairement aux croyances populaires, les principales motivations qui sous-tendent ces pratiques s'avèrent être plutôt ancrées dans des valeurs culturelles que dans des préceptes religieux. Pratiquées depuis l'époque des pharaons, l'excision et l'infibulation ont été documentées dans une large diversité de communautés religieuses incluant, et sans s'y limiter, les animistes, les catholiques, les juifs, les musulmans, les protestants et diverses religions locales (Abdulcadir, Margairaz, Boulvain et Irion 2011 ; Jirovsky 2010 ; Toubia 2000).

Les types de procédures d'excision et d'infibulation varient non seulement selon les pays, mais aussi au sein de chacun des pays selon les particularités de certains groupes ethniques et des valeurs culturelles qui y seraient associées (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) 2012). L'Organisation mondiale de la santé classe les altérations aux organes génitaux féminins selon quatre types : le premier type réfère à l'ablation totale ou partielle du clitoris et, dans de rares cas, seulement du prépuce ; le deuxième type réfère à l'ablation totale ou partielle du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres ; le troisième type concerne le rétrécissement (ou étirement) de l'ouverture vaginale en réajustant les petites (ou grandes) lèvres, servant alors de « protection » (avec ou sans excision) ; le quatrième type réfère à toute autre procédure altérant les organes génitaux féminins pour des raisons autres que médicales (ex. : piquage, perçage, incision, cautérisation) (World Health Organization, WHO, 2012).

Dans plusieurs sociétés patriarcales, la pratique traditionnelle de l'excision et de l'infibulation a entre autres pour but de s'assurer d'un certain contrôle de la sexualité et de la chasteté féminines, ainsi que de l'honneur de la communauté. Toutefois, ces pratiques sont porteuses de plusieurs autres objectifs culturels, incluant (sans s'y limiter) la préservation de l'identité communautaire, la perpétuation de rites de passage garantissant la transition d'un statut social à un autre, la préservation de la virginité et de l'honneur familial, ou encore de l'augmentation du plaisir sexuel des partenaires masculins concernés. Quelles que soient les significations culturelles associées à ces diverses pratiques, il apparaît clairement que l'excision et

l'infibulation sont généralement perçues comme des biens sociaux essentiels à une bonne socialisation des filles (American Academy of Paediatricians (AAP), 2010; Abdulcadir, Margairaz, Boulvain et Irion 2011; Jirovsky 2010; Toubia 2000; Vissandjée, Kantiébo, Levine et N'Dejuru 2003). Dans un tel contexte, certaines condamnations de ces pratiques par des sociétés majoritairement occidentales et par les agences internationales sont perçues par ces communautés comme peu fondées (AAP, 2010), voire dans certains cas extrêmes, comme des manifestations d'imposition d'un impérialisme culturel (Sala et Manara 2001).

Cependant, par suite des évidences de dommages physiques associés à l'excision et à l'infibulation, certaines sociétés concernées par ces pratiques soulignent les conséquences comme un risque d'exclusion sociale et de marginalisation (entre autres conséquences socioculturelles), voire de conséquences encore plus graves pour les filles et les femmes qui n'y auraient pas été soumises (Abdulcadir, Margairaz, Boulvain et Irion 2011; Heger Boyle et Cotton Corl 2010; Abusharaf 2006; Chalmers 2000; Vissandjée *et al.* 2003). Alors qu'au fil des années, les conséquences médicales physiques de l'infibulation et de l'excision sont mieux documentées dans la littérature internationale, la complexité des conséquences socioculturelles qui y sont associées appelle des discussions plus poussées, spécialement lorsque ces pratiques sont imbriquées dans la trajectoire d'intégration des migrants dans des sociétés d'accueil, où des lois qui y priment ne font que compliquer encore plus les conséquences de ces pratiques traditionnelles.

L'ÉTHIQUE DE LA TERMINOLOGIE

Le langage utilisé pour décrire ces pratiques demeure source de controverses et requiert une attention particulière. L'expression « mutilations génitales féminines » (MGF), d'abord adoptée par les Nations Unies (NU), attire l'attention sur la gravité des dommages causés par l'excision et l'infibulation. Elle réfère à la terminologie utilisée dans les campagnes visant l'abolition de ces pratiques, menées surtout par les défenseurs anti-infibulation et anti-excision des pays concernés et dans de nombreux pays occidentaux. Cette expression positionne cependant ces pratiques comme des violations extrêmes de droits de l'Homme. Elle est perçue pour certains comme incendiaire, à charge émotive et stigmatisante, particulièrement pour les femmes ayant déjà été exposées à ces pratiques et qui ne voient, ni leur propre corps, ni celui de leurs filles, comme étant mutilé (Toubia 2000). Cette expression

relative à une mutilation réfère de façon implicite et même explicite par moments à des actes de violence intentionnelle contre des enfants, des adolescentes et des femmes. Pour ceux et celles qui n'interprètent pas ces pratiques comme offensives et criminelles, mais plutôt comme ancrées dans des valeurs traditionnelles incontournables à l'honneur de familles et de communautés, l'expression «mutilations» devient très aliénante (Abusharaf 2006; Chalmers et Omer-Hashi 2002; Krasa 2010; Vissandjée *et al.* 2003). Le défi que représente la capacité de conciliation du respect des valeurs culturelles associées à ces pratiques et de la prise en considération des conséquences dommageables sur la santé est certainement un des plus délicats que peuvent rencontrer les intervenants en santé publique. Ces derniers, par leur éthique professionnelle, doivent travailler à départager les intentions et les conséquences sous-entendues par les termes utilisés, ne reflétant que peu les réalités complexes entourant ces pratiques.

«Pratiques traditionnelles féminines», «pratiques de santé traditionnelles» et «initiations» illustrent certaines des expressions préférées de ceux qui souscrivent à l'hypothèse des bénéfices socioculturels de ces pratiques (Rogo, Subayi et Toubia 2007). Les entretiens de groupe réalisés par Chalmers et Omer-Hashi (2002), ainsi que Vissandjée *et al.* (2003), auprès d'un total de 600 femmes originaires de divers pays concernés et vivant au Canada, ont montré que «circoncision» est tantôt le terme qui semble préféré, tantôt le mot «pratiques» dans la langue maternelle du groupe concerné. Plusieurs auteurs retiennent «circoncision» comme constituant une alternative, même si ce dernier risque de banaliser une pratique ayant de graves conséquences pour la santé en attribuant faussement à l'excision et à l'infibulation une certaine légitimité généralement réservée à la circoncision masculine en Occident (Boddy 2007; Shell-Duncan 2001). Les termes «excision» et «infibulation» se retrouvent dans la majorité des discussions et des écrits comme étant parmi les termes les plus éthiquement sensibles et permettant d'induire une certaine neutralité par rapport aux termes «mutilations» et «coupures» (AAP 2010; SOGC 2012). Il est à noter cependant que le terme en anglais «*female genital cutting*», faisant référence à des «coupures», est plus couramment utilisé et accepté que «*female genital mutilation*», permettant ainsi de transmettre deux messages en un. Un certain respect pour l'ancrage culturel, mais également une forme de message que ce sont des pratiques qui impliquent des mesures invasives. Aux fins de ce chapitre, nous retiendrons les termes «excision» et «infibulation» pour référer aux procédures qui altèrent les organes génitaux féminins pour des raisons culturelles ou non thérapeutiques.

LE CONTEXTE LÉGAL EN AMÉRIQUE DU NORD ET EN EUROPE

Dans les sociétés de plus en plus multiethniques du monde occidental, les professionnels de la santé et des services sociaux doivent donner des soins à un nombre grandissant de femmes, d'hommes et de familles issus de pays où l'excision et l'infibulation sont des pratiques ancrées dans les cultures (Cook et Dickens 2010; Cook, Dickens et Fathalla 2002; Davis 2010; Sala et Manara 2001; Thierfelder, Tanner et Bodiang 2005; Toubia 2000; Turillazzi et Fineschi 2007). Les tendances internationales en migration associées à des controverses fondées ou non à propos des pratiques traditionnelles interpellent les responsabilités d'adaptation culturelle des systèmes de santé de sociétés hôtes. De même, les professionnels de la santé sont tenus de composer avec la complexité éthique sous-jacente aux situations d'intervention dans des contextes où l'altérité culturelle est mise en jeu avec une toile de fond sur leurs obligations légales et professionnelles de donner des soins de qualité à tous dans une perspective de justice sociale. Bien qu'une revue extensive des législations internationales concernant l'excision et l'infibulation aille au-delà des objectifs du présent chapitre, il s'agit ici d'en souligner les dimensions légales contemporaines et d'analyser brièvement les impacts relatifs aux responsabilités éthiques des professionnels de la santé. Si l'on en juge par le code d'éthique de l'Association médicale canadienne (Canadian Medical Association), les professionnels de la santé doivent être informés des exigences légales et réglementaires qui gouvernent la pratique médicale dans leur juridiction respective. De plus, ils doivent être préparés à gérer les tensions entre les exigences éthiques et légales, toujours dans une visée de prestation de soins de qualité pour tous (CMA, 2004).

En 1997, le Code criminel canadien fut amendé par le projet de loi C-27 afin de déclarer l'excision et l'infibulation comme étant des offenses criminelles. Ceux et celles accusés de pratiquer ces actes sont sujets à poursuites. Si les prestataires de services de santé et de services sociaux estiment qu'une jeune fille est à risque de subir de telles pratiques, ou a déjà subi ces pratiques, ils sont tenus de le rapporter aux autorités statutaires pertinentes sous les législations provinciales du Canada protégeant le bien-être de l'enfant (Macklin 2006; SOGC 2012).

La position légale du Canada converge avec celle prise par l'Organisation mondiale de la santé, l'Association mondiale et la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique et la Société d'obstétrique et de gynécologie du Canada (SOGC), qui condamnent cette pratique. Au cours

des dernières décennies, l'excision et l'infibulation deviennent des pratiques légalement interdites, tant dans les pays où elles sont pratiquées que dans les pays d'immigration (Cook, Dickens et Fathalla 2002; Davis 2010; Heger Boyle et Cotton Corl 2010; Turillazzi et Fineschi 2007). La Déclaration de Londres, promulguée à la première Conférence européenne sur les mutilations sexuelles en 1992, représente un jalon dans ce processus. Par la présence de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Centre des Nations Unies pour les droits de l'homme, et des représentants de la France, de l'Allemagne, de l'Italie, des Pays-Bas, de la Suède, de la Grande-Bretagne, du Canada, des États-Unis et de la Gambie, le résultat de cette conférence mena vers un consensus international en faveur d'une action unifiée pour abolir l'excision et l'infibulation (décrites à l'époque en tant que « mutilations génitales féminines » par les participants). Ce consensus a conduit à l'adoption de stratégies reposant sur une approche législative de tolérance zéro, invitant à une punition de toute personne engagée dans les pratiques d'excision et d'infibulation tout autant qu'au refus de tout type de médicalisation (Krasa, 2010). La Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant et la Convention des Nations Unies pour l'élimination de la violence envers les femmes (CEDAW) comptent parmi les conventions internationales qui considèrent l'excision et l'infibulation comme étant des atteintes sérieuses aux droits de l'homme (Cook, Dickens et Fathalla 2002).

Depuis la promulgation de la Déclaration de Londres, il s'est progressivement établi un consensus international sur le fait que l'excision et l'infibulation constituent des violations aux droits de l'homme, engageant ainsi légalement les pays, les sociétés et les professionnels des soins de santé dans l'élimination de ces pratiques, notamment à travers des stratégies éducatives adaptées et sensibles auprès des femmes, des hommes et des groupes communautaires concernés (Davis 2010; Delbon et Conti 2008; Turillazzi et Fineschi 2007). C'est dans cette foulée que des lois interdisant l'excision et l'infibulation furent progressivement adoptées dans de nombreux pays d'Afrique, entre 1994 et 2003, tels le Ghana, le Djibouti, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Tanzanie, le Togo, le Sénégal, le Kenya, le Bénin, le Tchad et le Niger, suivis par l'Éthiopie en 2004 et l'Égypte en 2008. Si les objectifs étaient, et sont toujours, d'éliminer ces pratiques, elles existent néanmoins, notamment par le biais d'actions clandestines (Abdulcadir, Margairaz, Boulvain et Irion 2011).

À la suite de l'excision pratiquée sur leur fille de 11 ans, une famille soudanaise de St. Catharines en Ontario a été accusée d'avoir exposé leur fille à cette pratique par une intervenante n'ayant pas été identifiée. Alors que ces accusations ont été retirées par manque d'évidence, les parents ont été détenus et leurs deux enfants pris en charge par les services sociaux (Macklin 2006). Macklin fait remarquer que les forces de la police, les autorités des services sociaux et les avocats n'avaient fait preuve que de peu de sensibilité culturelle à l'égard de cette situation, entraînant des conséquences émotives et sociales délétères à moyen et long terme pour les personnes affectées, tant la famille immédiate que le réseau social de cette dernière.

Le code d'éthique de l'Association médicale du Canada (AMC) (2004), à l'article 41 de la section « Responsabilités et sociétés » propose que les professionnels de la santé « doivent reconnaître que la communauté, la société et l'environnement sont des acteurs importants dans la santé des patients » (p. 3). Ainsi, il en revient aux professionnels de la santé de gérer avec sensibilité culturelle les cas où ils doivent faire face à leur obligation légale d'une notification des cas d'occurrence ou de risque d'excision ou d'infibulation lors de leur pratique. De plus, l'article 14 de la section « Responsabilités générales » du même code d'éthique établit que les professionnels de la santé doivent « recourir à toutes les étapes raisonnables pour prévenir les méfaits aux patients » (p. 2). C'est ici que la complexité relative à la nature et la définition de méfaits deviennent pertinentes. Certaines communautés ne conçoivent pas les pratiques de l'excision et de l'infibulation (le plus souvent une ré-infibulation post-accouchement) comme étant des risques à leur santé; il s'avère que de ne pas procéder à cette pratique risque plutôt de mettre des filles et des femmes dans des situations ostracisantes et potentiellement dommageables pour leur état psychologique.

Les enjeux associés aux pratiques de l'excision et de l'infibulation en Occident sont teintés de zones grises, incluant, comme indiqué plus haut, sans s'y limiter, des requêtes pour une ré-infibulation après l'accouchement ou la notification aux instances légales de pratiques traditionnelles effectuées antérieurement. La ré-infibulation pratiquée dans un cadre médical dans certains pays du monde occidental est souvent présentée comme une stratégie de réduction des méfaits visant à minimiser les risques associés à une procédure clandestine (Thierfelder, Tanner et Bodiang 2005). De telles pratiques sous le libellé de « stratégies de réduction des méfaits » sont un exemple de cette responsabilité qu'ont les professionnels de la santé à prendre des décisions éclairées tant par le contexte de vie des personnes concernées

que par leurs responsabilités professionnelles et éthiques de prestation de soins de qualité dans une perspective de justice sociale. C'est ainsi qu'il est important de continuer à réfléchir – dans un cadre de stratégies de réduction des méfaits – sur ces offres cliniques de ré-infibulation qui peuvent être considérées par certains comme étant contraires à l'éthique médicale professionnelle. Il est aussi vrai que le jugement selon lequel la ré-infibulation constitue un manquement à la loi demeure encore flou dans plusieurs pays occidentaux. Nous devons noter que la législation condamnant l'excision et l'infibulation ne peut pas toujours résoudre les difficultés éthiques auxquelles font face les professionnels de la santé, et ce, même si ces pratiques sont considérées comme des violations des droits de l'Homme qui ancrent dans la responsabilité déontologique des professionnels de la santé de «refuser de participer ou de soutenir des pratiques qui violent les droits de l'Homme» (Canadian Medical Association Code of Ethics, 2004, article 9, p. 1).

Ceci étant dit, un récent énoncé de politique et des lignes directrices énoncées par la Société d'obstétrique et de gynécologie du Canada (2012) stipule de rejeter toute demande de ré-infibulation; cependant, un tel énoncé, et au-delà de la controverse éthique et légale sous-tendant la pratique, ne peut faire fi du jugement clinique médical visant le bien-être et la minimalisation des torts que subirait la personne requérant des soins (Cook et Dickens 2010; Krasa 2010).

RÉFLEXIONS ÉTHIQUES INSPIRÉES PAR LE CADRE DES DROITS DE L'HOMME

En Italie, aux États-Unis et aux Pays-Bas, l'élaboration et l'adoption de législations ont été effectuées en partenariat avec des communautés concernées. Dans un cas historique à Seattle, en 1996, les médecins du Harbor View Medical Centre ont suggéré une procédure symbolique consistant à piquer le capuchon du clitoris afin d'apaiser les appréhensions de familles somaliennes traditionnalistes. Il était invoqué qu'une telle procédure était moins invasive que la circoncision (telle que pratiquée sur les bébés du sexe masculin) et qu'elle minimiserait le risque d'un recours à des excisions et à des infibulations illégales dans les pays hôtes, ou même le risque de soumettre l'enfant à une des procédures dans le pays d'origine des parents. Bien que cette proposition ait été adoptée par un comité de professionnels de la santé et des bioéthiciens, elle a soulevé un tollé dans le public, et elle n'a pu être mise en œuvre. Une proposition similaire fut mise de l'avant à Florence, Italie, en 2003 par un Centre de référence pour la prévention et les soins des

mutilations sexuelles féminines du Département de gynécologie, de périnatalogie et de physiologie de la reproduction. Le rituel alternatif suggéré était une piqûre du capuchon du clitoris à l'aide d'une fine aiguille, pratiquée sous anesthésie locale sur des enfants suffisamment âgés pour donner un consentement. En Italie, un comité d'experts en bioéthique a jugé cette proposition comme étant éthique ; toutefois, la protestation publique au niveau international a bloqué son adoption (Abdulcadir *et al.* 2011). L'organisation Equality Now, basée aux États-Unis, a expliqué en 2010 à l'American Academy of Pediatrics (AAP), à la suite de l'adoption d'une politique endossant le marquage des organes génitaux féminins par des pédiatres, qu'un «encouragement à de telles procédures sur les filles sous le revers d'une intervention "sensible au niveau culturel" atteste tout simplement et de façon choquante, un manque de compréhension de la nature même des droits fondamentaux des filles, de l'intégrité de leur corps et des principes d'équité et d'égalité». Equality Now suggère que l'AAP devrait promouvoir la prise de conscience des conséquences néfastes liées à ces pratiques en collaboration avec les communautés immigrantes concernées, plutôt que d'endosser des actions reconnues comme une atteinte aux droits des filles et des femmes (Equality Now 2010).

Certaines analyses inspirées du cadre des droits de l'Homme juxtaposent la circoncision masculine et la chirurgie reconstructive des organes génitaux féminins dans les pays européens et d'Amérique du Nord aux formes de pratiques de l'excision et de l'infibulation invoquées dans une perspective de réduction des méfaits (Heger Boyle et Cotton Corl 2010; Hernlund et Shell-Duncan 2007). Très récemment, des membres de la Cour de Cologne en Allemagne se sont prononcés contre la circoncision pratiquée sur de jeunes garçons pour des raisons religieuses, sur la base que les «droits fondamentaux de l'enfant à l'intégrité de son corps» étaient plus importants que les droits fondamentaux des parents à la liberté religieuse (*The New York Times*, June 2012). Il s'avère que l'Allemagne ne possède pas de loi interdisant la circoncision masculine, contrairement à celle interdisant toutes formes de mutilation des organes génitaux féminins. De tels événements ne font qu'ajouter aux incertitudes, notamment en ce qui concerne les responsabilités éthiques des professionnels de la santé, tant pour les filles et les femmes que pour les garçons et les hommes (Krasa 2010).

Mieux informés et sensibilisés aux conséquences de ces pratiques et aux prémisses qui les sous-tendent, les professionnels de la santé pourront mieux de prendre en considération les complexités éthiques associées aux déter-

minants sociaux, tels que l'appartenance ethnique, à un groupe culturel en particulier, à la trajectoire migratoire et les rapports sociaux de sexe, dans la construction sociale des pratiques de l'excision et de l'infibulation dans les sociétés d'accueil. En parallèle, ces sociétés offrent de plus en plus de chirurgies reconstructives des organes génitaux féminins.

Tel que le déclarent Johnsdotter et Essén (2010) :

Les procédures impliquant des altérations des organes génitaux féminins sont imbriquées avec les considérations politiques; elles ne concernent que peu l'anatomie et la physiologie mais sont plutôt intrinsèquement entremêlées avec des normes culturelles, les positions identitaires et communautaires ainsi que les idéologies ancrées dans les valeurs elles-mêmes. Il faut noter par exemple, que le marquage du capuchon du clitoris parmi les femmes venant de pays de l'Afrique est condamné, alors que la réduction du tissu clitoridien dans certains des pays d'Europe est légale et acceptée (Johnsdotter et Essén 2010 : 35).

Tel que mentionné précédemment, plusieurs auteurs s'entendent pour souligner le fait que la criminalisation des pratiques de l'excision et de l'infibulation peut entraîner des effets adverses inattendus tels que ceux des risques liés aux pratiques clandestines au sein des pays d'accueil, aux pratiques alternatives telles que l'entaille du clitoris ou l'envoi de l'enfant dans le pays d'origine des parents, où la pratique se fera fort probablement dans des conditions sécuritaires limitées (Abusharaf 2006; AAP 2010; Shell-Duncan 2001, 2008; Vissandjée *et al.* 2003). En juin 2011, bien que les pratiques de l'excision et de l'infibulation aient été bannies en Indonésie, des lignes directrices ont été proposées aux médecins par le ministère indonésien de la Santé, et ce, dans le contexte de l'expression, par un nombre d'experts médicaux et de groupes de défense des droits, de préoccupations marquées envers l'accroissement de ces pratiques. Les conséquences de l'adoption de telles lignes directrices sont un autre exemple d'interprétation induite en tant qu'endossement de la procédure et une incitation des médecins à encourager ces pratiques (Udin, 2011).

Au regard des diverses alternatives s'inscrivant dans les approches de réduction de méfaits, Shell-Duncan (2001) explique que la médicalisation de ces pratiques avec une approche compassionnelle visant à prévenir les conséquences négatives sur les filles et les femmes est nécessaire dans les contextes où l'abandon complet des pratiques d'excision et d'infibulation n'est pas immédiatement possible. Jones, Ehiri et Anyanwu, 2004 ajoutent que ces pratiques, en dépit de leur condamnation internationale, ne pourront être

éliminées que lorsque les communautés concernées s'impliqueront dans la mise en place d'alternatives culturellement recevables et n'induisant pas de risques aux filles et aux femmes, tel que le requièrent les préceptes des droits de la personne.

INTERFACES ENTRE SERVICES SOCIAUX ET SERVICES DE SANTÉ

La crainte de la stigmatisation, les perceptions des intervenants que des pratiques telles que l'excision et l'infibulation sont déviantes et requièrent une criminalisation, ont été documentées comme figurant parmi les causes indirectes de non-recours aux services sociaux et de santé par les femmes des communautés concernées dans les sociétés d'accueil (Abusharaf 2006; Heger Boyle et Cotton Corl 2010; Vissandjée *et al.* 2003). Les difficultés de communication en présence de distance linguistique ont également été identifiées comme facteurs dissuasifs de recours aux services sociaux et de santé pour de nombreux immigrants (Vissandjée et Battaglini 2010; Asanin et Wilson 2008; Bartlett, Blais, Tamblyn, Clermont et MacGibbon 2008; Padilla et Villalobos 2007). Un des gestes importants en contexte clinique reste l'établissement d'une relation de confiance, indicateur indéniable de toute situation clinique éthique et de qualité (Nurse.com 2012).

Alors que les familles s'installent progressivement au Canada, de nombreuses femmes devront utiliser le système de santé ou de services sociaux, particulièrement durant une grossesse ou inévitablement pour un accouchement. Bien que des études aient documenté des conséquences cliniques à la suite d'une excision ou d'une infibulation, sous forme de saignements incontrôlés ou d'infection, certains des effets à moyen et long terme ne sont pas encore bien compris. Il y a ainsi un risque d'infections vaginales à répétition, de dysménorrhée, de douleurs qui perdurent lors de relations sexuelles, de dystocies et de complications au second stade de l'accouchement. Ce type de conséquences sur la santé peut affecter non seulement celles nouvellement arrivées au Canada, mais aussi celles qui y résident depuis longtemps, alors qu'elles se familiarisent progressivement avec le système de santé du pays d'accueil. Le peu de recours ou de façon progressive est relié surtout à une méconnaissance du système, de la disponibilité et de l'accessibilité des ressources et enfin, à un certain inconfort face aux intervenants de la santé et des services sociaux (Battaglini *et al.* 2010; Vissandjée *et al.* 2010). Il fut également démontré que des femmes ayant fait l'expérience de ces pratiques traditionnelles tendent à ne pas profiter des autres services telles les cliniques

de santé sexuelle ou de gestion de la douleur, niant une douleur chronique dans la région périnéale.

À la suite d'une recherche menée auprès d'un échantillon de femmes ayant vécu ces expériences, Einstein (2011) rend compte que la douleur lors d'expériences quotidiennes de vie est considérée comme négligeable, vécue comme une condition normale. Cependant, lorsque les femmes furent testées pour des douleurs dans la région vulvaire, Einstein observa que toutes les participantes avaient au moins une zone de la région vulvaire pour laquelle le seuil de tolérance à la douleur induite par pression était plus bas que celui de femmes n'ayant pas vécu ces pratiques traditionnelles mais souffrant de vestibulite vulvaire, une douleur chronique de la région vulvaire (Einstein 2011).

Des études européennes et nord-américaines portant sur les connaissances, les perceptions de l'expérience périnatale de professionnels de la santé ayant œuvré auprès de femmes vivant avec une excision ou une infibulation soulignent le manque de connaissances et de lignes directrices pour la pratique clinique reliées à la nature délicate et complexe des soins requis (Toubia 2000; Collinet, Stien, Vinatier et Leroy 2002; Jones, 2004; Thierfelder, Tanner et Bodiang 2005; Delbon et Conti 2008; Krasa, 2010; Serour 2010; SOGC 2012), soit un certain manque de familiarité, un subtil inconfort, une carence de lignes directrices ou encore une incompréhension de ces dernières. À cet effet, il est important de noter que la Société d'obstétrique et de gynécologie du Canada vient tout juste de publier de telles lignes directrices afin de pallier non seulement les risques de graves erreurs lors de la prise en charge de femmes infibulées lors d'un accouchement, mais également ceux liés aux conséquences psychologiques qui peuvent être dévastatrices (SOGC 2012; Collinet, Stien, Vinatier et Leroy 2002). Il est attendu que de telles lignes directrices, entre autres modes de soutien aux professionnels de la santé, leur permettent de mieux intervenir, notamment pour diminuer le taux de césariennes qui sont surtout pratiquées par un manque de familiarité et un inconfort général des professionnels de la santé dans les sociétés d'accueil avec la pratique de l'infibulation (Chalmers et Omer-Hashi 2002; Vissandjée *et al.* 2003). Chalmers et Omer-Hashi (2002) rapportent des commentaires perçus comme déplaisants, blessants et teintés de manque de respect de la part de professionnels de la santé durant leur accouchement auprès de 87,5 % des 432 Somaliennes interviewées et ayant donné naissance en Ontario. Les femmes interviewées ont partagé leurs inconforts également, dans certaines circonstances, lorsque des collègues étaient invités

à «jeter un coup d'œil» sans avoir au préalable obtenu un consentement de leur part (Abusharaf 2006; SERC 2009a; SERC 2009b; Vissandjée *et al.* 2003). Plus récemment, des résultats semblables ont été notés en Allemagne et dans d'autres pays d'Europe de l'Ouest (Krasa 2010).

Tel que soulevé précédemment, et malgré le fait que l'excision et l'infibulation soient souvent comprises comme une forme de violence fondée sur les rapports de genre résultant en conséquences injustifiables pour les femmes, Boddy appelle à la prudence: «Lorsque la circoncision est la norme, les femmes non circoncises sont des prostituées et des parias et les mères circoncisent leurs filles dans l'optique de faire le mieux pour elles, non pour leur faire du mal» (2007: 5)

Sous la section «Initier et dissoudre une relation médecin-patient» du Code d'éthique de l'Association médicale canadienne (2004), l'article 17 déclare que les professionnels de la santé sont éthiquement obligés de ne pas discriminer: «en offrant le service médical, ne pas discriminer aucun patient sur des bases telles que l'âge, le genre, l'état matrimonial, la condition médicale, l'origine nationale ou ethnique, les handicaps physiques ou mentaux, l'affiliation politique, la race, la religion, l'orientation sexuelle ou le statut socioéconomique». Il est dès lors clair que toute perception même subtile d'irrespect envers une fille ou une femme sur la base de son vécu d'excision et d'infibulation constitue une violation de l'article 17.

Afin de naviguer à travers des sujets aussi délicats que l'excision et l'infibulation à l'interface du sexe, du genre et de la migration dans le secteur de la santé publique dans les pays d'accueil tels que le Canada, il est nécessaire de renforcer les compétences, la congruence, la compassion, la dignité tout en adoptant des lignes directrices en établissant des partenariats les plus pérennes possible entre les organisations médicales et communautaires (AAP 2010; Chalmers et Omer-Hashi 2002; Jones 2004; Shell-Duncan 2001; Krasa 2010; Sala et Manara 2001; SOGC 2012; Toubia 2000).

Le Centre de ressources en éducation sexuelle (*Sexuality Education Resource Centre* (SERC)), basé à Winnipeg dans le Manitoba, compte parmi les organismes non gouvernementaux (ONG) reconnus au Canada pour offrir des soins sensibles et adaptés aux filles, aux femmes et aux familles lorsque requis. Une étude de cas illustrant les interactions entre le SERC et les femmes qui le fréquentent permettra aux lecteurs d'ancrer les éléments de discussion présentés précédemment dans les paroles mêmes de celles vivant des expériences associées à l'excision et à l'infibulation.

L'objectif de la prochaine section est de souligner l'importance d'une pratique profondément sensible et réflexive à l'aide d'une illustration de la complexité des enjeux socioculturels soulevés dans le cadre d'un processus dialogique entre une diversité de femmes, d'hommes et de membres d'une organisation communautaire.

NOUS, NOS FILLES : UN PROJET MENÉ PAR SERC ANCRÉ DANS LES PAROLES DES FEMMES

En dépit du fait que l'immigration soit une réalité notable dans des villes comme Toronto, Vancouver et Montréal, Winnipeg voit sa part d'immigrants croître. Au Manitoba, le taux d'immigration s'est accru exponentiellement dans la dernière décennie, en partie depuis l'instauration du « Provincial Nominee Program » et un engagement efficace, depuis de nombreuses années, de la province dans l'assistance à la relocalisation des réfugiés au Canada. Au fil des années, des familles provenant de divers pays de l'Afrique ont ainsi trouvé refuge au Manitoba (MacKay et Tavares 2005). Il est à noter qu'au cours de la dernière décennie, au moins sept des dix principaux pays d'origine des réfugiés sont des pays d'Afrique, notamment l'Éthiopie, le Soudan, l'Érythrée, l'Égypte et le Sierra Leone, pays dans lesquels l'excision et l'infibulation présentent des prévalences variant entre 74,3% et 97,9% (WHO, 2008).

Depuis 25 ans, l'organisme SERC, en collaboration avec des centres d'accueil à Winnipeg et à Brandon, répond aux besoins des immigrants, principalement de nouveaux arrivants, incluant des réfugiés. La principale mission du SERC est de promouvoir la santé génésique et sexuelle par l'éducation. Au cœur de ce travail d'éducation et de prévention, les membres de l'organisme SERC interviennent en considérant les dimensions inter-reliées à la santé génésique et sexuelle avec une approche holistique, notamment en prenant en considération l'influence des interfaces entre la santé et les valeurs et normes culturelles, les rapports de genre, les questions identitaires ainsi que les expériences migratoires.

Depuis 2009, par l'initiative d'une communauté de nouveaux arrivants à Winnipeg, l'organisme SERC élabore et implante des interventions assurant la prise en compte des traditions culturelles qui sont ancrées dans les pratiques traditionnelles telles que l'excision et l'infibulation. Les intervenantes et intervenants de l'organisme SERC travaillent étroitement avec les femmes, les hommes, les familles et les membres des communautés immi-

grantes ainsi qu'avec les professionnels de la santé afin de réduire le plus possible les risques de stigmatisation et favoriser le climat de confiance de part et d'autre pour des interventions et des échanges de qualité. Aborder des questions aussi controversées que l'excision et l'infibulation requiert une approche itérative, processuelle et consensuelle pour construire une relation de confiance avec la communauté, base essentielle et durable d'un partenariat réussi. Les membres de l'organisme SERC partagent donc régulièrement avec la communauté qu'elle dessert son approche visant la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les actions visant la réduction de conséquences néfastes pour la santé lorsqu'il s'agit d'enjeux liés à la santé génésique et à la santé sexuelle. En référence à l'excision et à l'infibulation entre autres pratiques, les membres de l'organisme SERC adhèrent à l'approche suivante : « Adopter un ensemble de stratégies qui encouragent les personnes à réduire les conséquences négatives pour elles-mêmes et pour les membres de leur communauté, par le biais d'un partage d'informations pertinentes, de données, d'outils et de lignes directrices qui guident vers une prise de décision éclairée. Les membres de l'organisme SERC promeuvent la reconnaissance des compétences et des capacités des personnes pour se protéger elles-mêmes, leurs proches et leurs communautés » (Ormond 2002, p. 26), (Manitoba Harm Reduction Network (the 595 Prevention Team).

ASPECTS ÉTHIQUES SOULEVÉS PAR LES FEMMES ET LEUR FAMILLE DANS LES COMMUNAUTÉS PRATIQUANT L'EXCISION ET L'INFIBULATION : RECADRER LE CONCEPT DE « CONSÉQUENCES »

À la suite de certains discours discordants, aborder un sujet tabou et culturellement sensible a exigé des intervenants du SERC de revoir certains présupposés, à réajuster les visions du monde de part et d'autre des divers acteurs engagés dans les rencontres et interventions. La conversation ci-dessous entre des jeunes femmes participant à un groupe de discussion constitue un exemple évocateur :

- *Cela peut causer des problèmes de santé pour la femme. Le désir sexuel peut aussi être réduit. Cela peut même affecter la fertilité. Elle peut devenir infertile.*
- *Je ne me rallie pas à ton point de vue. Veux-tu dire que certains organes sont blessés conséquemment à la circoncision féminine ?*
- *Non, je ne crois pas qu'elle peut devenir infertile à cause de la circoncision. La partie fertile du corps humain n'est pas à l'endroit où la circoncision est pratiquée.*

– Elle peut avoir des problèmes durant le travail.

– Peut-être...

– Je ne crois pas que cela entraîne des problèmes durant le travail. Le travail est un processus naturel. Alors ce problème de travail arrive naturellement. Il n'y a pas de lien entre la circoncision et le travail. Il peut y avoir d'autres problèmes.

– [La circoncision] est normale dans [mon pays]. Est-ce que cela entraîne des effets secondaires?

– Je me rappelle quelque chose qu'ils ont dit; «fistule», fistule pour l'urine et fistule pour les selles. À cause de la circoncision.

– Qu'est-ce que c'est une fistule?

(Groupe de femmes, SERC Community Report 2011b: 21.)

Il a déjà été documenté que nombreuses sont les immigrantes issues de certains pays pratiquant l'excision et l'infibulation qui ne connaissent que peu les conséquences à long terme sur leur santé de ces pratiques traditionnelles. À cet égard, et tel que mentionné précédemment, on peut noter les infections urinaires récurrentes, des dysménorrhées, des douleurs chroniques dans la région périnéale et les complications lors de l'accouchement (Einstein 2011; Obermeyer 2005). Il est souvent accepté que si une femme éprouvait des douleurs ou des maladies, c'était l'œuvre d'un mauvais esprit ou d'une malédiction. Plusieurs femmes fréquentant les ateliers organisés par les membres de l'organisme SERC ont ainsi partagé ce type de croyances quant au rôle des forces surnaturelles dans la régulation des causes et des effets dans plusieurs aspects de leur vie.

Parmi celles participant aux ateliers des membres de l'organisme SERC, d'autres femmes indiquent qu'elles ont eu l'occasion d'être exposées à des campagnes anti-excision et anti-infibulation ainsi qu'à des actions accompagnant des modifications de lois relativement aux pratiques de l'excision et de l'infibulation, soit dans leur pays d'origine, soit dans celui d'accueil. Ces campagnes ne semblent cependant pas avoir contribué efficacement à un partage d'informations visant la compréhension des effets ou des méfaits potentiels découlant de ces pratiques. Une femme, pendant une session de groupe, partageait ceci :

Nous avons obtenu de l'information sur l'arrêt de pratiques telles que l'excision et l'infibulation [des campagnes dans notre pays d'origine] mais les désavantages n'étaient pas clairs pour moi. Je suis venue en classe et j'en sais plus maintenant à ce sujet. Avant je me demandais,

«Pourquoi devrions-nous nous couper nous-mêmes?». Maintenant je comprends mieux les désavantages... et j'ai obtenu plus d'information du groupe (Femme, SERC Community Report 2011b: 5).

Pour plusieurs femmes, l'excision et l'infibulation n'étaient pas toujours vues comme des pratiques nuisibles; elles étaient plutôt perçues comme une étape nécessaire pour accéder à un certain statut personnel, social, légal et économique au sein de sa communauté et de sa société. C'était là une des raisons perçues pour que cette pratique soit perpétuée par et avec des femmes pour leurs filles :

Une mère pratique l'excision et l'infibulation parce qu'elle aime son enfant et qu'elle souhaite la protéger. Nous ne sommes pas honteuses de notre culture, nous en sommes fières (Femme, SERC Preliminary Focus Groups Report 2011c: 5).

Par ce type d'actions, elle reconnaît qu'elle aime son enfant. Ne victimise pas les femmes (Leader communautaire, SERC Community Report 2011a: 27).

Ici la culture est différente de celle dans notre pays. À la maison, si un enfant n'est pas circoncis, il y a stigmatisation. Elle aura moins de chance de se marier. Lorsque les hommes constatent qu'elle n'est pas circoncise, elle aura une vie sans paix (Femme, SERC Focus Groups Report 2011c: 10).

La raison expliquant la circoncision féminine est de la rendre polie, de prévenir qu'elle devienne hyperactive, de la protéger contre la sexualité extra-maritale, de prévenir qu'elle se conduise mal (Femme, SERC Community Report 2011b: 11).

Je sais qu'elles font cela pour protéger leurs filles; elles croient fermement que leur fille ne sera alors pas violée facilement (Homme, SERC Community Report 2011b: 29).

Tant des hommes que des femmes partagent ces points de vue. Comme le disait un homme dans une session éducative, où le but était de discuter le changement :

Nous n'avons pas de poids. Qui devons-nous écouter? La culture orale qui fut transmise par les anciens depuis des milliers d'années ou cette information plus récente? (Homme, SERC Focus Groups Report 2011c: 11).

Il est d'intérêt de noter que la reconnaissance de «conséquences néfastes» est ancrée dans la croyance exprimée par plusieurs femmes, particulièrement les plus âgées, que la vie d'une femme est inextricablement liée à la souffrance. Dans les sociétés où l'accouchement et les pratiques telles l'excision et l'infibulation sont pratiquées sans anesthésie, l'éventualité d'endurer la douleur est ancrée dans l'histoire profonde d'une famille. Une telle association des femmes à la souffrance dans plusieurs communautés issues

de divers pays d'Afrique est relatée ici par un homme lors d'un des groupes de discussion mené par des membres de l'organisme SERC.

Même si cela fait mal, en tant que femme nous n'ouvrons pas notre bouche et ne le disons pas (Femme, SERC Community Report 2011b: 12).

J'ai entendu dire que plusieurs divorces sont le résultat de questions sexuelles. Dans notre pays, si vous demandez à une femme la cause du divorce, elle dit [mot dans notre propre langage] «... Je ne veux plus vivre là...» Elle n'ouvre pas la bouche et ne parle pas. Lorsque nous ne parlons pas, le traumatisme ne peut pas être exprimé (Femme, SERC Community Report 2011b: 12).

Il est ainsi attendu que les femmes fassent passer les besoins des autres avant les leurs, ramenant ainsi au second plan leur propre souffrance. Lorsque les femmes partagent de tels sentiments personnels, cela devient un défi pour des organismes tel le SERC que de créer, de façon durable, un espace dans lequel les femmes peuvent, en toute confiance, s'exprimer sur leurs expériences, positives et négatives, et sur des événements difficiles, sans que les intervenants et les femmes elles-mêmes transcendent au-delà de ce précieux silence, que de nombreuses femmes privilégient pour préserver leur identité et rester saines mentalement.

VERS UNE APPROCHE ÉTHIQUEMENT SENSIBLE ET LIBRE DE JUGEMENT

Peu de pratiques soulèvent autant de réactions viscérales chez les femmes et les hommes dans les pays d'accueil de l'immigration, tel le Canada, où ces pratiques sont interdites. Le fait que les femmes soient généralement les gardiennes de cette tradition, que ces pratiques soient si répandues parmi certains groupes, que les conditions où elles sont pratiquées sont souvent peu sanitaires dans des régions éloignées et que ces pratiques affectent les petites filles, comptent parmi les défis que doivent relever les intervenants de la santé et ceux dans la communauté. Le principal défi est celui de donner des soins de qualité, dénués de tout jugement, sensibles au genre et à l'éthique; la clef du succès du travail en collaboration que les membres de l'organisme SERC ont mis en place vers la promotion de changements de comportements de façon progressive et avec prudence.

Certaines femmes œuvrant en collaboration avec les membres de l'organisme SERC lors du partage de leurs expériences des campagnes anti-excision et anti-infibulation dans leur pays d'origine, réalisent qu'elles ont contribué à des actions criminelles. Elles discutent également de la confusion

qui plane souvent quant aux messages, à la nature et à la cible de certaines campagnes publicitaires. L'une d'elles rapporte :

À la TV, ils disent que lorsqu'une fille est circoncise, ses droits sont bafoués. (Femme, SERC Community Report 2011b: 12).

La conséquence d'une certaine confusion et d'une polarisation des idées et des actions devient ainsi inévitable.

Les enjeux soulevés précédemment représentent des «ingrédients» essentiels qui sont intégrés dans les sessions de formation que les membres de l'organisme SERC s'engagent à mettre en place en collaboration avec les femmes de la communauté, notamment pour des sujets qui sont à risque de déclencher des situations de controverse. Alors que les sages-femmes doivent composer avec des questions éthiques découlant de requêtes de ré-infibulation, parfois de la part des maris, parfois des femmes elles-mêmes, certains obstétriciens ne s'arrêtent pas toujours aux impératifs éthiques de la fine frontière entre réparer une plaie ouverte (épisiotomie) et une ré-infibulation. De nombreux écrits rappellent que des médecins occidentaux ont effectué cette forme de ré-infibulation depuis des décennies, sous le prétexte de rajouter «un point de suture supplémentaire pour le mari» (SERC Community Report 2011b).

Au cours des ateliers de formation, certains professionnels de la santé ont parlé de l'importance du rôle des femmes dans leur famille, dans leur communauté et des conséquences perçues dans la communauté quant à la décision associée à une requête de ré-infibulation. Il semble que des effets profonds peuvent être engendrés sur l'identité de la personne par rapport à son groupe et sa communauté, les attentes d'un «bon» mariage, et sur le statut de façon générale au sein de sa communauté. Lors d'un colloque organisé en février 2012 par les membres de l'organisme SERC sur les approches cliniques à adopter face aux pratiques traditionnelles telles que l'excision et l'infibulation au Canada, une des intervenantes, médecin de formation, a mis l'auditoire au défi de réfléchir aux droits des femmes et des conséquences éthiques dans leur pratique pour des professionnels de la santé qui se doivent également d'être sensibles à la réduction des conséquences néfastes de toute action dans le quotidien.

C'est ainsi que les intervenantes et les intervenants de l'organisme SERC se dédient à adopter une pratique éthique et réflexive sur une base soutenue, d'éviter le risque de jugements de valeur afin de ne pas marginaliser de façon indue les nouvelles immigrantes. Il s'avère qu'une personne issue de

la communauté assistant aux séances de formation devient une contribution essentielle permettant de replacer les normes relatives à la normalité de telle ou telle pratique. En présence d'une telle personne lors des séances d'information et de formation, les discussions finissent par porter sur des dichotomies erronées telles celles opposant «liberté» à «oppression», «eux» à «nous», «sensible» à «insensible» s'agissant de la qualité des services et des soins, dans une perspective de justice sociale, et ce, dans un environnement le moins parsemé de perceptions biaisées par rapport à ces pratiques (Tharao et Cornwell 2007). Les contacts soutenus entre les membres de l'organisme SERC, les femmes, les hommes et les familles permettent ainsi une meilleure compréhension de part et d'autre des valeurs, des normes, des compétences et capacités visant une instauration de façon progressive d'un climat de confiance, des conseils sur des approches pratiques et ultimement des interventions de qualité.

En Suisse, un partenariat entre des intervenants communautaires, des acteurs professionnels et des amateurs ayant vécu des expériences migratoires a permis de mettre en place une pièce de théâtre en anglais, en français et en somalien dans le but de sensibiliser le public. Cette pièce visait le retrait de toute forme d'accusation, de jugement relativement aux pratiques traditionnelles, construisant ainsi une atmosphère de confiance pour les sessions de discussion à la suite de la performance théâtrale (Migration und Gesundheit 2012).

Comme discuté précédemment, par ses mandats et sa mission de favoriser la confiance et d'encourager des comportements aussi spontanés que possible lors des échanges d'information et de formation, l'un des défis qui se posent aux membres de SERC est d'éviter des réactions fortes au sein des communautés et entre les groupes. Les membres de l'organisme SERC agissent progressivement en intégrant de façon prudente certains des enjeux associés à la sexualité de façon générale. Selon les réactions des participants et de leurs besoins, des thèmes additionnels sont alors ajoutés. Un des mandats de l'organisme SERC est de viser progressivement l'acquisition de compétences et la gestion des réactions trop émotives.

Un autre défi de nature éthique lors des séances de formation est celui d'avoir recours ou non à des organismes partenaires tels que les services de protection de l'enfance et les forces de la loi. Il existe à Winnipeg des initiatives visant à construire, sur une base collaborative, une meilleure compréhension du rôle que ces institutions jouent dans la prévention, la protection et le soutien. Les nouveaux arrivants sont simultanément encouragés à

exprimer leurs points de vue sur ces institutions. Il est important de souligner ici qu'aucun de ces acteurs n'a participé à ce jour aux groupes de discussion de l'organisme SERC afin de protéger les liens de confiance, si difficiles à établir.

Enfin, à titre de conclusion, il s'agit d'examiner les exigences du code d'éthique de l'Association médicale canadienne (article 12). Ces dernières stipulent, entre autres, qu'il faut : « pratiquer la profession de médecine d'une façon qui traite le patient avec dignité et comme une personne digne de respect ». Ceci implique un engagement à reconnaître la valeur intrinsèque et la dignité du contexte de vie des personnes, un contexte différent pour une femme et un homme. Il a été soulevé que certaines réactions, parfois non souhaitées, de professionnels de la santé, peuvent alimenter la perception d'une stigmatisation par des femmes des communautés concernées. Il n'est donc pas superflu de réitérer l'importance de l'obligation déontologique des professionnels de la santé d'offrir des soins éthiques, compassionnels et de qualité, surtout lorsque les situations deviennent plus complexes.

Un partenariat entre le secteur de la santé publique et les organisations communautaires visant un véritable engagement des femmes et des hommes des communautés pratiquant l'excision et l'infibulation est une des voies privilégiées vers la construction de lignes directrices cliniques plus conformes et sensibles aux défis de la pratique clinique. La nature complexe des interventions en première ligne exige ainsi des professionnels de la santé de mettre en pratique les principes et les valeurs fondamentales de leur éthique professionnelle, tels la compassion, la bienfaisance, la non-malfaisance, le respect et la justice.

RÉFÉRENCES

- American Academy of Pediatricians (AAP), 2010. « Policy Statement-Ritual Genital Cutting of Female Minors, Pediatrics, Official Journal of the American Academy of Pediatrics », DOI : 10.1542/peds.2010-0187.
- Abdulcadir J., Margairaz C., Boulvain M. et Irion O., 2011, « Care of women with female genital mutilation/cutting », *Swiss Medical Weekly: The European Journal of Medical Science*, 140, 1-8.
- Abusharaf R.M. 2006, *Female Circumcision: Multicultural Perspectives*, Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- Asanin J. et Wilson K., 2008, « "I spent nine years looking for a doctor" : Exploring access to health care among immigrants in Mississauga, Ontario, Canada », *Social Science & Medicine*, 66, p. 1271-1283.

- Bartlett G., Blais R., Tamblyn R., Clermont R. et MacGibbon B., 2008, «Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings», *Canadian Medical Association Journal*, 178(12), 1555-1562.
- Battaglini A., 2010, *Santé et services sociaux de première ligne en milieu pluriethnique*, Éditions Rémi Saint Martin, Québec.
- Beckett C. et Macey M., 2001, «Race, gender and sexuality: The oppression of multiculturalism», *Women's Studies International Forum*, 24: 309-319.
- Boddy J., 2007, «Gender crusades: The female circumcision controversy in cultural perspective», dans Y. Hernlund et B. Shell-Duncan (dir.), *Transcultural Bodies: Female Genital Cutting in Global Context*, New Brunswick, New Jersey, and London: Rutgers University Press, p. 1-45.
- Canadian Medical Association (CMA), 2004, *CMA Code of Ethics*, retrieved from: <<http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/PolicyPDF/PD04-06.pdf>>.
- Chalmers B. et Omer Hashi, K., 2000. «432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation», *Birth*, 27, 4, p. 268-243.
- Chalmers B. et Omer-Hashi K., 2002, «What Somali women say about giving birth in Canada», *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20(4), p. 268-282.
- Collinet P., Stien L., Vinatier D. et Leroy J.L., 2002, «Management of female genital mutilation in Djibouti: The Peltier General hospital experience», *Embase Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 81(11), p. 1074-1077.
- Cook R. et Dickens B., 2010, «Special commentary on the issue of reinfibulation», *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 109, p. 97-99.
- Cook R., Dickens B. et Fathalla M., 2002, «Female genital cutting (mutilation/circumcision): Ethical and legal dimensions», *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 79(3), p. 281-287.
- Davis D.S., 2010, «Ritual genital cutting of female minors», *Pediatrics*, 125(5), p. 1088-1093.
- Delbon P. et Conti A. (2008). «Female genital mutilation in Europe: Ethical and legal considerations», *Rivista Italiana di Medicina dell'Adolescenza*, 6(2), p. 28-36.
- Dhar J. et Herieka E., 2003, «Female genital mutilation in the Sudan: Survey of the attitude of Khartoum University students towards this practice», *Sexually Transmitted Infections*, 79: p. 220-223.
- Dorkenoo E., 1994, *Cutting the Rose, Female Genital Mutilation: The Practice and its Prevention*, London: Minority Rights Publications.
- Einstein G., 2011, «Situated neuroscience: Exploring a biology of diversity», dans R. Bluhm, H. Maibom et A.J. Jacobson (dir.), *Neurofeminism: Issues at the Intersection of Feminist Theory and Cognitive Science*, London, England: Palgrave McMillan.
- Equality Now, 2010, «Equality Now Calls on American Academy of Pediatrics to Revoke Elements of its Policy Statement that Endorses Pediatricians

- “Nicking” of Girls Genitalia», by L. Anantnarayan, May 5, New York, PRNewswire-USNewswire.
- Fabio Turone M., 2004, «Controversy surrounds proposed Italian alternative to female genital mutilation», *British Medical Journal*, 328: p. 247.
- FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health, FIGO Committee on Women’s Sexual and Reproductive Rights, 2006, «Female genital cutting», *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 94(2), p. 176-177.
- Heger Boyle E. et Cotton Corl A., 2010, «Law and culture in a global context: Interventions to eradicate female genital cutting», *The Annual Review of Law and Social Science*, 6, p. 195-215.
- Hernlund Y. et Shell-Duncan B., 2007, *Transcultural Bodies: Female Genital Cutting in Global Context*, New Brunswick, New Jersey, and London: Rutgers University Press, p. 1-45.
- Jirovsky E., 2010, «Views of women and men in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, on three forms of female genital modification», *Reproductive Health Matters*, 18(35), p. 84-93.
- Johnsdotter S. et Essén B., 2010, «Genitals and ethnicity: The politics of genital modifications», *Reproductive Health Matters*, 18(35), p. 29-37.
- Jones, Ehiri & Anyanwu, 2004. «Female genital mutilation in developing countries: an agenda for public health response.» *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 116(2), p. 144-151.
- Korfker D., Reis R., Marlies R., Meijer-van Asperen S., Read L., Sanjuan M., Hersherfer K. et S. Buitendijk, 2012, «The lower prevalence of female genital mutilation in the Netherlands: A nationwide study in Dutch midwifery practices», *International Journal of Public Health*, 57, p. 413-420.
- Krasa K., 2010, «Human rights for women: The ethical and legal discussion about female genital mutilation in Germany in comparison with other Western European countries», *Medicine, Healthcare and Philosophy*, 13(3), p. 269-278.
- MacKay T. et Tavares T., 2005, *Building hope: Appropriate programming for adolescent and young adult newcomers of war-affected backgrounds and Manitoba schools: A preliminary report for consultation and discussion*, <http://www.edu.gov.mb.ca/k12/cur/eal/building_hope.html>.
- Macklin A., 2006, «The double-edged sword», dans R.A Mustafa Abusharaf (dir.), *Female Circumcision: Multicultural Perspectives*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press, p. 207-223.
- Migration und Gesundheit, 2012, *Tough Decision*, Federal Office of Public Health, Switzerland.
- Nurse.com (2012). *Effective communication means better patient safety*, <www.nurse.com>.

- Obermeyer C., 2005, «The consequences of female circumcision for health and sexuality: An update on the evidence», *Culture, Health, and Sexuality*, 7(5), p. 443-461.
- Ormond M., 2002, *Harm reduction: Considered and applied*, Ottawa: Health Canada, <<http://library.catie.ca/PDF/P14/21308.pdf>>.
- Padilla Y. et Villalobos G., 2007, «Cultural responses to health among Mexican American women and their families», *Family Community Health*, 30(15), p. 524-533.
- Riley D. et O'Hare P., 1998, *Harm reduction: Policy and practice*, *Policy Options*, <<http://www.irpp.org/po/archive/oct98/riley.pdf>>.
- Rogo K., Subayi T. et Toubia N., 2007, *Female Genital Cutting, Women's Health, and Development: The Role of the World Bank*, Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- Sala R. et Manara D., 2001, «Nurses and requests for female genital mutilation: Cultural rights versus human», *Nursing Ethics*, 8(3), p. 247-258.
- Serour G.I., 2010, «The issue of reinfibulation», *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 109: p. 93-96.
- Sexuality Education Resource Centre (SERC), 2009a, *Our Selves, Our Daughters: Community-Based Education and Engagement Addressing Female Genital Cutting (FGC) with Refugee and Immigrant African Women in Winnipeg 2010-2011*, Winnipeg: SERC.
- Sexuality Education Resource Centre (SERC), 2009b, *Our Selves Our Daughters: Women, Men, and Youth's Perspectives of Female Genital Cutting and Change*, Winnipeg: SERC, <<http://www.serc.mb.ca/content/dload/download.2012-04-24.3032954255/file>>.
- Shell-Duncan B., 2001, «The medicalization of female "circumcision": Harm reduction or promotion of a dangerous practice?», *Social Science & Medicine*, 52, p. 1013-1028.
- Shell-Duncan B., 2008, «From health to human rights: Female genital cutting and the politics of intervention», *American Anthropologist*, 110(2), p. 225-236.
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), 2012, *Female Genital Cutting/Mutilation: SOGC policy statement*, No. 272. <<http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui272PS1202E.pdf>>.
- Stewart M., Neufeld A., Harrison M., Spritzer D., Hughes K. et Makwarimba E., 2006, «Immigrant women family caregivers in Canada: Implications for policies and programmes in health and social sectors», *Health and Social Care in the Community*, 14(4), p. 329-340.
- Tharao W. et Cornwell L., 2007, «Feminist leadership and female genital mutilation in Canada», dans Massaquoi N. et Wane N. (dir.), *Theorizing Empowerment: Canadian Perspectives on Black Feminist Thought*, Toronto: Inanna Publications.

- The New York Times, 2012, «German ruling against circumcising boys draws criticism by Kulish». June 26, Berlin.
- Thierfelder C., Tanner M. et Bodiang C.M.K., 2005, «Female genital mutilation in the context of migration: Experience of African women with the Swiss health care system», *European Journal of Public Health*, 15(1), p. 86-90.
- Toubia N. et Sharief E., 2003, «Female genital mutilation: Have we made progress?», *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82, p. 251-261.
- Toubia N., 2000, *Female Genital Mutilation: A Guide to Laws and Policies Worldwide*, London, UK: Zed books.
- Toubia N., 1994, «Female circumcision as a public health issue», *The New England Journal of Medicine*, p. 712-716.
- Turillazzi E. et Fineschi V., 2007, «Female genital mutilation: The ethical impact of the new Italian law», *Journal of Medical Ethics*, 33(2), p. 98-101.
- Udin J., 2011, «Indonesia: Female genital mutilation regulations mistaken as endorsement, experts fear», *IRLN News*, <www.yubanet.com>.
- Vissandjée B. & A. Battaglini, 2010, «Santé des femmes: A la croisée des questions de genre, ethnicité et migration», in A. Battaglini (ed), *Santé et services sociaux de première ligne en milieu pluriethnique*. Québec, Éditions Rémi Saint Martin.
- Vissandjée B., Kantiébo M., Levine A. et N'Dejuru R., 2003, «The cultural context of gender, identity: Female genital circumcision, excision and infibulation», *Health Care for Women International*, 24(2), p. 115-124.
- Wang L., 2007, «Immigration, ethnicity, and accessibility to culturally diverse family physicians», *Health & Place*, 13, p. 656-671.
- World Health Organization (WHO), 2012, *Female genital mutilation*, Fact sheet N°241, <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>>.
- World Health Organization (WHO), 2008, *Eliminating female genital mutilation: An interagency statement*, <<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en/index.html>>.