

**Les pratiques traditionnelles affectant la santé
physique et mentale des femmes :
l'excision et l'infibulation
- situation actuelle et perspectives d'avenir**

Bilkis Vissandjée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Centre d'excellence pour la santé des femmes, Consortium Université de Montréal
Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges, Centre affilié universitaire

Radegonde Ndejuru, Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

Mireille Kantiébo, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Centre d'excellence pour la santé des femmes, Consortium Université de Montréal

Jean Renaud, Centre d'études ethniques, Université de Montréal
Département de sociologie, Université de Montréal

Laetitia Aïthachimi, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Centre d'excellence pour la santé des femmes, Consortium Université de Montréal

Alissa Levine, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Centre d'excellence pour la santé des femmes, Consortium Université de Montréal

Monique Lapointe, CLSC Côte-des-Neiges, Centre affilié universitaire

MONTRÉAL, JUILLET 2001

SÉRIE DE PUBLICATIONS DU CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION

NUMÉRO 9



AVANT-PROPOS

Le continent africain est reconnu comme étant le berceau de l'humanité où se côtoient des milliers de groupes ethniques aux croyances et coutumes diverses. Les pratiques traditionnelles telles que l'excision et l'infibulation sont majoritairement perpétuées en Afrique subsaharienne. Comme en témoignent les statistiques établies par l'*Organisation mondiale de la santé*¹ - révélatrices de son ampleur - plus de 110 millions de femmes à travers le monde auraient vécu l'*excision* ou l'*infibulation*. Chaque année, deux millions de fillettes les subissent au nom des traditions, soit 6000 fillettes par jour (Ross, 1995).

D'après l'OMS, au moins vingt-huit pays africains les pratiquent ainsi que quelques-uns du Moyen-Orient et de l'Asie. Par le biais de l'immigration, on retrouve l'excision et l'infibulation en Europe, Australie, Nouvelle-Zélande et Amérique de Nord. Les recherches scientifiques démontrent leurs conséquences néfastes pour la santé mais parallèlement, les dimensions socio-culturelles rattachées à ces pratiques favorisent leur perpétuation à travers le monde.

Au Canada, de plus en plus d'immigrant(e)s qui sont concernés par ces pratiques s'établissent dans des grands centres urbains tels que Montréal, Toronto et Vancouver. Selon les statistiques du recensement de 1996, près de la moitié de ces immigrant(e)s sont des femmes. La plupart d'entre elles sont en âge de procréer, ont des enfants, prévoient en avoir et sont ainsi potentiellement éligibles à l'une de ces pratiques.

Même s'il n'existe aucune information statistique sur la prévalence ou l'incidence de l'excision et de l'infibulation au Canada, l'expérience en Europe (France, Belgique, etc.) démontre que les ressortissants des pays où prévalent ces pratiques sont susceptibles de les perpétuer dans les pays d'accueil. Certains groupes de femmes et des intervenants de la santé se doutent que plusieurs immigrant(e)s font exciser leurs fillettes, soit au Canada soit en retournant temporairement dans leur pays d'origine. En effet, un nombre grandissant

¹ Organisation mondiale de la santé (OMS), *Mutilations sexuelles féminines : Dossier d'information*, 2 août 1994

de fillettes vivant des problèmes de santé reliés à ces pratiques se présentent aux services de santé canadiens.

Lors du Colloque de la Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens (FIGO) qui se tenait à Montréal à l'automne 1994, les spécialistes attirèrent l'attention sur les pratiques traditionnelles et leurs conséquences sur la santé physique et psychologique de millions de femmes à travers le monde.

Pour prévenir ces pratiques traditionnelles, la Commission des droits de la personne du Québec a, pour ce faire, lancé en mars 1995 une mise en garde catégorique envers les parents qui feraient exciser leurs filles, les avertissant de potentielles poursuites judiciaires. La loi C-27 fut également émise par le gouvernement canadien en 1997 en vue de protéger les femmes et les enfants de la violence perpétrée à leur égard, notamment en ce qui touche la prostitution chez les enfants, le harcèlement sexuel et la pratique de l'excision et l'infibulation.

Le Conseil du statut de la femme au Québec (1994), de même que certains auteurs (Calder et coll., (1993), Drapeau & Wolde-Giorghis (1994), Daya (1995) et Maldonado & Bouchard (1995), etc.) s'accordent sur le fait que l'excision et l'infibulation sont devenues un nouveau problème de santé au Canada. En effet, au-delà du risque de perpétuer ces pratiques sur leurs fillettes, la plupart des femmes adultes originaires de pays où prévalent ces pratiques ont déjà subi l'opération avant leur arrivée. Bien que le fait d'avoir immigré suppose un état de santé adéquat pour entrer au Canada, certaines peuvent rapidement nécessiter un suivi médical spécifique, surtout lors d'une grossesse et/ou d'un accouchement. Par exemple, une *désinfibulation* permettant le passage du nouveau-né pourrait devenir nécessaire.

Par ailleurs, certaines femmes infibulées qui accouchent dans les hôpitaux canadiens réclament une *réinfibulation* après l'accouchement (Conseil du statut de la femme, 1994). Les intervenants de la santé ne sont pas préparés à ce genre de situation ni techniquement

ni psychologiquement. De plus, ce type de demande de la part d'une patiente ou de son mari entraîne un problème d'ordre éthique (Hosken, 1993). Le refus de réinfibuler la femme peut également engendrer des problèmes psychosociaux pour le couple (perturbations psychologiques de la femme, rejet possible de la femme par son conjoint, sa famille et sa communauté, violence conjugale). Devant l'ampleur de ces réalités, il devient nécessaire que les intervenants de la santé soient mieux préparés à les affronter.

De même, la migration nécessite une réaction d'adaptation globale comprenant plusieurs phases au cours desquelles il est fréquent d'observer des difficultés somatiques et émotive. De telles difficultés sont attribuables à la situation économique souvent instable des immigrant(e)s ainsi qu'aux conflits d'intégration des nouvelles normes socio-culturelles de la société hôte (Beiser, 1988; Berry, 1988; Legault et coll., 1992; Abou, 1990; Naidoo, 1992, Vissandjée et al., 1998). Pour les immigrant(e)s, l'acculturation peut se traduire par une intégration socioculturelle des valeurs de la société hôte ou par une situation où les parents et les enfants embrassent la nouvelle culture sans nier leur propre culture.

Des auteurs² (Keith, 1990 et Vissandjée et al. 1998) font référence à une utilisation inappropriée des services sociaux et de santé par les femmes immigrantes à cause des barrières linguistiques, culturelles et les rôles sociaux auxquels elles doivent faire face dans leur nouvel environnement. Les immigrantes sont souvent plus démunies par rapport à la langue de communication, ce qui affecte la qualité et la quantité des informations échangées, que ce soit sur le plan des symptômes, du traitement ou de l'adhésion à ce dernier (Dadour, 1993).

Également, divers facteurs favorisent une mauvaise utilisation des services sociaux et de la santé par les femmes immigrantes. Plusieurs auteurs (Massé, 1995; Heneman & collègues, 1994; Vissandjée & al. 1998; Corin & collègues, 1992) font référence à : des difficultés d'interaction entre les professionnels de la santé et ces femmes, la

méconnaissance de la société d'accueil, des habitudes culturelles spécifiques, des services de santé peu adaptés aux valeurs culturelles des immigrantes et à une certaine résistance également culturelle à utiliser des services de santé.

Pour entreprendre des actions efficaces visant à promouvoir la santé des fillettes et des femmes au Canada, il s'avère donc essentiel de cerner la place de ces pratiques traditionnelles au sein des communautés culturelles concernées, l'interprétation que ces dernières font des conséquences et complications socio-sanitaires qui s'y rattachent, leurs défis d'intégration dans le pays hôte ainsi que l'ampleur de leur recours aux services de santé.

² *Stratégies du Québec pour les femmes: bilan, constats et perspectives 1985-2000* (1995) qui fut déposé par le Canada à Beijing.

REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche tient à remercier très sincèrement toutes les femmes et tous les hommes qui ont participé à ce projet à titre de répondant(e)s ainsi que celles et ceux qui ont permis à ce qu'aient lieu les rencontres individuelles et de groupes. Ces nombreuses femmes et hommes vivent à Halifax, Montréal, Ottawa, Toronto, Winnipeg et Vancouver. Également, l'équipe remercie sincèrement les intervieweur(se)s et les personnes ressources de ces villes. Sans leur implication et leur dévouement, le projet n'aurait pu atteindre ses objectifs.

Ce projet a nécessité la contribution active de tous les membres de l'équipe de recherche. Les aptitudes logistiques et de recherche de Laetitia Aïtachirni, Mireille Kantiébo et Alissa Levine à titre d'agentes de recherche furent essentielles pour organiser les diverses rencontres auprès des répondant(e)s ainsi que des suivis à travers le Canada. Nos remerciements s'adressent également à Nathalie Bergeron pour sa contribution à la révision de ce rapport.

Enfin, toute l'équipe de recherche veut souligner son appréciation et remercie le *Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS)* pour son soutien financier et l'appui précieux de Mme Sally Cleford, chargée de projets. Merci également au *Réseau québécois d'action pour la santé des femmes*, à *Solidarité Femmes Africaines*, au *Réseau Femmes africaines – Horizon 2015*, au *Centre d'excellence pour la santé des femmes des régions maritimes*, au *Réseau canadien pour la santé des femmes*, au *Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges*, au *Centre d'excellence pour la santé des femmes - Consortium Université de Montréal* et à la *Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal*. Chacune de ces institutions a contribué à sa façon, bien appréciée, au succès de ce projet de recherche.

SOMMAIRE

Pratiquées majoritairement en Afrique subsaharienne, l'excision et l'infibulation sont des traditions qui varient non seulement d'une région ou d'une ethnie à l'autre mais, également, à l'intérieur d'une même communauté, d'un même groupe ethnique voire d'une même famille. Ces pratiques demeurent profondément ancrées dans les moeurs bien qu'elles fassent l'objet de remises en cause étant donné l'augmentation du taux d'éducation des populations ainsi que les campagnes de sensibilisation menées depuis plus d'une décennie.

Les recherches scientifiques démontrent leurs conséquences néfastes pour la santé cependant, les dimensions socioculturelles attachées à ces pratiques favorisent leur perpétuation que ce soit en Afrique ou ailleurs dans le monde.

En immigrant au Canada, les parents obtiennent une plus grande autonomie décisionnelle concernant leurs enfants. Cependant, le maintien de ces traditions dans les pays d'origine -en grande partie lié à la pression sociale et culturelle - influence de façon marquée, la décision de faire exciser les enfants. Dans le cas où les parents choisissent d'éviter cette pratique, le problème pourrait se poser lors d'un séjour touristique dans le pays d'origine à l'occasion duquel l'enfant serait susceptible d'y être soumise à leur insu.

Aussi, faut-il s'attendre qu'à leur retour au Canada, ces fillettes aient éventuellement besoin de recourir aux services de santé à cause de complications d'ordre physique et/ou psychologique dues à cette opération. Par ailleurs, au-delà du risque de perpétuer ces pratiques sur leurs fillettes, la majorité des femmes adultes originaires de pays où prévalent ces pratiques pourraient avoir déjà subi l'opération avant leur arrivée. Certaines peuvent nécessiter un suivi médical spécifique, surtout lors d'une grossesse et/ou d'un accouchement. Une désinfibulation permettant le passage du nouveau-né pourrait devenir nécessaire pour les femmes ayant été infibulées. Les difficultés rencontrées lors de l'accouchement sont reliées à la méconnaissance des pratiques traditionnelles telles que

l'infibulation et l'excision par la plupart des professionnels de la santé au Canada. Par ailleurs, la mauvaise utilisation des services sociaux et de santé par les femmes immigrantes en raison des barrières culturelles, linguistiques et des rôles sociaux auxquels ces immigrantes doivent faire face dans leur nouvel environnement, se révèle un phénomène notable. Les difficultés d'interaction entre des professionnels de la santé et des femmes concernées, les habitudes culturelles peu connues ou peu comprises par le personnel de santé, des services de santé peu adaptés aux besoins des femmes immigrantes et une résistance culturelle de celles-ci à utiliser des services de santé constituent autant d'obstacles en lien avec une mauvaise utilisation des services de santé par les femmes issues des communautés concernées.

Les difficultés de communication se situent à plusieurs niveaux et concernent à la fois : le langage et les expressions, l'habileté d'écouter les patients en tenant compte de leurs réalités culturelles, l'attitude des bénéficiaires face aux interventions médicales elles que la césarienne, les définitions culturelles ainsi que les interprétations des problèmes de santé. Lorsqu'il s'agit de la communication, les femmes sont souvent les plus démunies, ce qui affecte la qualité et la quantité des échanges d'information. Le sexe du médecin en gynécologie ou obstétrique est aussi un facteur important dans la décision des immigrantes à fréquenter ces services. En effet, plusieurs de ces femmes préfèrent fréquenter des femmes gynécologues car elles éprouvent de la gêne à se prêter aux interventions des hommes gynécologues ou obstétriciens. Une telle situation contribue à réduire et même freiner les consultations gynécologiques lors, entre autres, du suivi de grossesse.

Il s'avère donc essentiel de permettre aux professionnel(le)s de la santé d'acquérir une certaine familiarité avec la situation des personnes ayant déjà été soumises à l'excision ou à l'infibulation afin de cerner leurs besoins en services de santé. De plus, il est nécessaire de développer une sensibilité culturelle à ces pratiques et favoriser leur démythification en vue d'améliorer la communication interculturelle entre les intervenant(e)s en santé et les femmes immigrantes.

EXECUTIVE SUMMARY

Practised mostly in sub-Saharan Africa, traditions of excision and infibulation vary not only between regions or ethnic groups but also within communities, ethnic groups and even within family units. Despite the fact that these practices have been questioned due to increasing education levels and awareness campaigns led for over more than a decade, they remain profoundly rooted in the traditions of many practising countries.

Scientific evidence highlights the negative effects of these practices on health; however, the sociocultural dimensions associated with these practices promote their perpetuation whether in Africa or elsewhere in the world.

Upon immigration to Canada, parents gain a higher level of decision-making power regarding their children. The persistence of these traditions in the country of origin is, in large part, linked to societal and cultural pressures which distinctively influence decisions to excise little girls. Parents who choose to avoid the practice may still risk the child being subjected to the practice without their knowledge during visits to the country of origin.

It can be expected that, upon returning to Canada, these girls will eventually need to consult health services due to physical or psychological complications related to the practice. In addition, apart from the risk of perpetuating these practices on their little girls, the majority of adult women from the country of origin where these practises prevail may have already been submitted to the operation prior to their settlement in Canada. Some may require specific medical follow-ups, especially during pregnancy and/or childbirth. Those who are infibulated may require de-infibulation to allow the passage of the new-born during childbirth. The difficulties encountered at the time of childbirth are related to a lack of knowledge of traditional practices, such as infibulation and excision, by the majority of health professionals in Canada. In other respects, the mis-utilisation of health and social services by immigrant women due to cultural and linguistic barriers, as well as social roles to which immigrant women must face in their new environment, reveals itself as a notable phenomenon. The complex interactions between health professionals and these women, the lack of understanding of the cultural habits

by health professionals, culturally appropriate health care services, and cultural resistance by these immigrant women to use health services, are significant obstacles to the adequate use of health services.

The communication problem between these women and health professionals is found at several levels and concern, namely: language and expressions, ability to listen to patients in a culturally sensitive manner; the attitudes of these immigrant women towards medical interventions, and cultural definitions as well as interpretations of health related problems. When it comes to language, immigrant women are often the most deprived which affects the quality and quantity of information exchange. The sex of the doctor in gynecological or obstetric services is also revealed as an important factor in the decision to seek health services by these women. Many of these women prefer to use gynaecological services given by a woman and feel shy to receive such treatments from men. This situation contributes to decreased overall gynecological consultations as well as use of preventive services during pregnancy. It is essential to allow health professionals to acquire a certain degree of knowledge regarding excision and infibulation in order to include their needs in health services. In addition, it is necessary to develop cultural sensitivity to these practices and to demystify them by adapting the curriculum of health professionals regarding these traditional practices. This will contribute to improved intercultural communication between health professionals and immigrant women.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	1
REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE.....	6
EXECUTIVE SUMMARY	8
INTRODUCTION	12
Chapitre 1 : But et pertinence du projet	14
1.1 But de l'étude	15
1.2 Pertinence de l'étude.....	15
Chapitre 2 : Démarche et défis méthodologiques.....	17
2.1 Définition des différents types de pratiques traditionnelles.....	18
2.2 Délicatesse du sujet et problème de confidentialité	19
2.2.1 <i>La recherche sur des sujets délicats: l'excision et l'infibulation</i>	19
2.2.2 <i>La confidentialité</i>	21
2.3 L'élaboration des outils de travail.....	22
2.3.1 <i>La démarche visant l'élaboration du guide d'entrevue individuelle</i>	22
2.3.1.1 La terminologie et l'importance d'un questionnaire culturellement adapté .	22
2.3.1.2 Élaboration du guide d'entrevue individuelle.....	23
2.3.1.3 Sommaire du contenu du guide d'entrevue individuelle.....	24
2.3.2 <i>Le formulaire de consentement</i>	26
2.4 La formation des interviewer(e)s	27
2.5 L'échantillonnage et le mode de recrutement.....	29
2.5.1 <i>Les zones d'étude</i>	29
2.5.2 <i>Taille de l'échantillon des entrevues individuelles</i>	29
2.5.3 <i>Critères de sélection des participant(e)s</i>	30
2.5.4 <i>Le recrutement des participant(e)s aux entrevues individuelles</i>	31
2.6 La collecte des données	33
2.6.1 <i>Les entrevues individuelles</i>	33
2.6.2 <i>La réalisation des focus groups (ou groupes de discussion)</i>	33

Chapitre 3 : La méthode d'analyse	35
3.1 Démarche visant le traitement des données.....	36
3.2 Démarche d'interprétation des données.....	37
Chapitre 4 : Résultats d'analyse	39
4.1 Les aspects socio-culturels de l'excision et de l'infibulation et les défis d'intégration des communautés culturelles.....	40
4.1.1 <i>Place traditionnelle de l'excision et de l'infibulation au sein des cultures africaines concernées</i>	40
4.1.2 <i>Les changements culturels relevés en Afrique</i>	42
4.1.3 <i>Les pressions sociales et la prise de décision</i>	43
4.1.3.1 Contexte culturel d'origine	43
4.1.3.2 Contexte culturel canadien	44
4.2. Les conséquences médico-sanitaires et socio-psychologiques de l'excision et de l'infibulation	45
4.2.1 <i>Les conséquences immédiates (ou à court terme)</i>	45
4.2.2 <i>Les conséquences à moyen et long terme</i>	46
4.3. Les services de santé utilisés par rapport à la pratique de l'excision et/ou de l'infibulation	49
4.3.1 <i>Contexte culturel d'origine, services de santé et pratique de l'excision et/ou de l'infibulation</i>	49
4.3.2 <i>Contexte canadien, pratique de l'excision et/ou de l'infibulation et services de santé</i>	51
4.3.2.1 Le recours aux services de santé dans le contexte canadien et sa relation avec l'excision et/ou l'infibulation	52
4.3.2.2. Types de services de santé utilisés et qualité des services telle que perçue par les communautés.....	54
4.3.2.3 Disponibilité et accessibilité à l'information et aux services de santé.....	58
 Chapitre 5 : Conclusion	 61
 Chapitre 6 : Recommandations	 64
 BIBLIOGRAPHIE	 70
 ANNEXES	 77
ANNEXE A <i>Critères de sélection des répondant(e)s</i>	78
ANNEXE B <i>Guide d'entrevue individuelle</i>	79
ANNEXE C <i>Guides de discussion</i>	89

INTRODUCTION

L'excision et l'infibulation sont parties intégrantes des traditions de nombreuses sociétés africaines issues majoritairement de la région subsaharienne. Quoique l'origine historique soit peu connue, ces pratiques constituent dans la plupart des cas un rite de passage assurant la transition sociale féminine de l'enfance à l'âge adulte et favorisent ainsi la reconnaissance sociale.

En contexte canadien, aucune information statistique n'est présentement disponible. Par contre, nombreux intervenants et associations féminines soupçonnent que plusieurs immigrant(e)s en provenance de ces pays sont susceptibles de faire subir ces pratiques à leurs fillettes que ce soit au Canada, à l'étranger ou dans leur pays d'origine lors de visites. Ces inquiétudes sont basées sur l'augmentation des fillettes qui se présentent avec des problèmes physiques et/ou psychologiques dans des services de santé.

Également, l'expérience de pays européens tels que la France et la Belgique démontre que le Canada n'est pas en marge de cette situation compte tenu de l'arrivée croissante d'immigrant(e)s originaires de l'Afrique subsaharienne où prévalent ces pratiques traditionnelles.

Afin de mieux comprendre les valeurs et croyances des immigrant(e)s par rapport à ces pratiques traditionnelles tout en cernant les défis de leur processus d'intégration au Canada et leur recours aux services de santé, une recherche qualitative pan-canadienne fut menée auprès de 162 immigrant(e)s originaires de pays concernés par ces pratiques. Par la nature délicate que représente ce sujet, un partenariat fut aussi développé entre divers organismes communautaires oeuvrant auprès des populations ciblées. En prenant

conscience de l'interprétation que font les communautés culturelles concernées de ces pratiques traditionnelles en plus des besoins socioculturels qui s'y rattachent ainsi que des complications et conséquences possibles au niveau de la santé physique et psychologique des femmes et des enfants, il est nécessaire d'entreprendre des actions efficaces en vue de promouvoir la santé des fillettes et des femmes au Canada.

Chapitre 1: But et pertinence de l'étude

1.1 But de l'étude

Le but premier de cette étude est de discuter avec des immigrant(e)s canadien(ne)s originaires de pays où prévalent les pratiques de l'excision et de l'infibulation afin :

- D'identifier les valeurs, attitudes et croyances rattachées à ces pratiques;
- De cerner l'intégration de ces pratiques dans le contexte d'immigration canadienne;
- De mettre en relief les conséquences médicales et socio-psychologiques de ces pratiques et la transition socio-sanitaire vécue par les populations concernées.

Par le biais de cette étude, il est également prévu de faire ressortir les risques potentiels encourus par les fillettes issues de ces communautés d'être soumises à l'une de ces pratiques. De plus, les attentes des femmes provenant de ces communautés à l'égard des services de santé spécifiques reliés à ces pratiques, seront identifiées de même que les difficultés et les besoins relatifs à l'utilisation de ces dits services de manière générale.

1.2 Pertinence de l'étude

Le défi de comprendre des comportements profondément ancrés dans des tenants culturels devient de taille surtout lorsqu'ils sont placés dans le contexte pluriethnique canadien actuel. La pertinence de cette recherche se situe dans la perspective de démontrer l'importance de cerner de tels comportements à risque afin de contribuer à favoriser:

- Le développement de programmes culturellement appropriés;
- La prise en compte du processus d'intégration des nouveaux arrivants;
- La considération de la fragilité grandissante des personnes immigrantes face aux nouveaux défis à relever;
- La prévention des coûts potentiels pour le système de la santé en relation avec ces pratiques.

En développant davantage le partenariat entre les divers milieux de recherche et d'intervention, les résultats auront des retombées importantes dans le contexte de la réforme du système de santé ainsi que de la société multiculturelle canadienne. La complexité du réseau des variables qui interviennent dans les processus d'adoption de comportements tels que ces pratiques traditionnelles doit être explorée avec les femmes et les hommes directement impliqués ainsi que les organismes et les services de soutien.

Ainsi, concevoir de concert dans l'interdisciplinarité et l'intersectorialité – à des coûts raisonnables - des programmes adaptés à la complexité des situations concrètes dans lesquelles vivent les immigrantes constitue le véritable défi.

Chapitre 2 : Démarche et défis méthodologiques

Visandjée et al. (2001)

L'excision et l'infibulation sont des sujets de nature délicate et complexe à aborder. C'est en tenant compte de ces réalités qu'un accent particulier fut mis sur le respect des spécificités culturelles propre aux communautés concernées autant en phase d'élaboration des outils servant à la collecte des données (guide d'entrevue, formulaire de consentement etc.) que lors de la formation des intervieweurs, du recrutement des participant(e)s et de la collecte des données. Ces dispositions concernent le respect de la confidentialité au niveau des informations recueillies, le choix d'une méthode de recrutement respectant les intérêts des participant(e)s ainsi que l'adoption d'un questionnaire et d'une terminologie d'expressions culturellement adaptées. Dans l'ensemble, la démarche méthodologique avait comme défi de prendre en compte les intérêts des participant(e)s et ceux de la recherche nonobstant les difficultés reliées à ce type d'étude.

2.1 Définition des différents types de pratiques traditionnelles

Étant donné la complexité et les différences que l'on retrouve dans ces pratiques traditionnelles (Hosken, 1993), il s'avère nécessaire d'en définir clairement les trois grandes catégories que sont :

- **L'excision de type I (ou circoncision Sunna) :** Elle consiste uniquement en l'ablation du prépuce (la chair qui protège le clitoris) ou capuchon du clitoris;
- **L'excision de type II :** Elle se classe en deux degrés :
 1. *Premier degré (ou clitoridectomie) :* L'ablation du capuchon et excision partielle ou totale du clitoris;
 2. *Deuxième degré :* Excision du capuchon avec ablation partielle ou totale du clitoris, du frein et des petites lèvres;

- **Excision de type III (ou infibulation):** Connue sous le nom de *circumcision pharaonique*, elle consiste en l'ablation totale du capuchon, du clitoris, du frein, des petites et des grandes lèvres ainsi que de la fermeture ou suture des deux parties de la vulve. Un petit orifice est préservé afin de permettre l'évacuation l'écoulement urinaire et menstruel. L'infibulation est la forme la plus sévère des pratiques traditionnelles et entraîne le plus grand nombre de complications au niveau de la santé des femmes.

Suite à l'infibulation, la femme pourrait subir également d'autres opérations à savoir :

- **La désinfibulation :** Également connue sous le terme médical *d'épisiotomie ventrale*, la désinfibulation consiste à couper et à séparer les parties génitales ou la vulve qui avaient été fusionnés par la pratique de l'infibulation pour que les femmes soient capables d'avoir des relations sexuelles et faciliter l'accouchement;

- **La réinfibulation :** Survenant après la naissance d'un enfant, la réinfibulation consiste à recoudre les grandes lèvres.

2.2 Délicatesse du sujet et problème de confidentialité

2.2.1 La recherche sur des sujets délicats: l'excision et l'infibulation

Pratiques controversées, l'excision et l'infibulation apparaissent comme étant un sujet de nature délicate. Toute recherche concernant ce type de sujet est définie comme une recherche impliquant une menace potentielle pour ceux qui sont ou qui y ont été impliqués (Lee, 1993). Dans le contexte canadien, les recherches sur ces pratiques provoquent, au sein des communautés d'origine africaine concernées, un sentiment de menace.

Dans leur pays d'origine, cette pratique est souvent perçue comme essentielle à la socialisation des filles (Lightfoot-Klein, 1989; Dorkenoo, 1994). Par leur statut de résidence

en tant qu'immigrant(e)s dans le pays d'accueil, ils sont confrontés à une toute autre réalité et le processus d'acculturation dans le nouveau contexte socioculturel engendre également un questionnement certain sur ces pratiques traditionnelles. En adoptant une démarche d'intégration, les mœurs du pays hôte peuvent être respectées. Au contraire pour les personnes qui perpétuent ces pratiques interdites dans les pays occidentaux, la marginalisation peut primer et ainsi les plonger dans l'illégalité (Berry, 1997).

Au Canada, ces pratiques traditionnelles sont considérées comme étant un acte de violence fait à l'enfant et allant à l'encontre des droits et libertés des fillettes qui doivent les subir (Drapeau et Wolde-Giorghis, 1994). Tel que mentionné dans l'avant-propos, la *Commission des droits de la personne du Québec* lança, en 1995, une mise en garde catégorique envers les parents qui feraient exciser leurs filles sous peine de poursuites judiciaires au criminel. C'est ainsi qu'une nouvelle législation fut apportée au Code criminel par le projet de loi C-27 en 1997 en vue de protéger les femmes et les enfants de la violence perpétuée à leur égard, notamment en ce qui concerne la prostitution chez les enfants, le harcèlement criminel et la pratique de l'excision et de l'infibulation.

Pour les chercheurs, ce type de sujet pose également un défi. Il se définit comme étant une autre manière de décrire la menace relative entraînée par une telle recherche auprès des participants à cause, entre autres, du coût potentiel pour ceux qui s'y impliquent incluant, à l'occasion, les chercheurs (Lee, 1993). En effet, la population ciblée par l'étude se sent souvent menacée et il est difficile de les faire participer aux recherches. Alors, les chercheurs doivent travailler étroitement avec les communautés concernées en tenant une position neutre qui peut les placer dans une situation controversée ou même proche du conflit social.

De plus, le caractère délicat d'un sujet relève moins d'un état intrinsèque que de la relation entre ce sujet et le contexte social défini par la recherche elle-même (Lee, 1993). Dans le cadre de cette étude sur les pratiques traditionnelles, la position délicate du chercheur relève de l'obligation de ne pas juger ni condamner l'excision et l'infibulation, et de faire accepter cet

état de neutralité aux communautés concernées. Un climat de confiance menant au dialogue pourra ainsi être établi. Cette attitude peut être perçue par les pairs comme irrecevable car ils insisteront sur le caractère nuisible et condamnable de ces pratiques et pourront réfuter une telle approche.

Également, la présence du chercheur devient menaçante pour ces communautés car elle implique la possibilité de révéler l'existence d'une activité illégale en sol canadien soit la pratique de l'excision et de l'infibulation. Deux points particuliers sont à considérer pour comprendre cet état de menace. Le premier est relatif à l'intrusion qui survient lorsque l'on traite de sujets portant sur des sphères de la vie privée. La seconde est reliée à la question de la déviance et du contrôle social impliquant un risque de stigmatisation ou d'incrimination de la personne interviewée eu égard à l'information recueillie (Lee, 1993). L'excision et l'infibulation sont des pratiques qui regroupent ces deux caractéristiques. Elles sont autant reliées à la sphère de la vie privée des personnes, qu'à la menace d'une dénonciation pour pratique d'un acte illégal dans le pays-hôte, sanctionné par le code criminel.

Des études anthropologiques (Bettelheim, 1971, Griaule, 1975 et Muller, 1993) ont souligné le caractère sacré et tabou de l'excision et de l'infibulation au sein des cultures pratiquantes (Dorkenoo, 1994). Par contre, le tabou de la sexualité semble démontrer un certain universalisme car il se retrouve également dans les sociétés occidentales, notamment au niveau de l'homosexualité et de la sexualité de la femme développée à travers le courant féministe (Platzer et James, 1997). Ce courant a mis en lumière les tabous ayant trait aux abus, à la violence que les femmes ont subi dans nombreuses cultures depuis la nuit des temps.

2.2.2 La confidentialité

L'éthique en sciences humaines requiert une procédure méticuleuse afin de garantir la confidentialité des données recueillies surtout lorsqu'il s'agit d'un sujet de nature délicate

(Durand, 1989). Une étude, faite sur un sujet où le vécu de la personne interviewée est mis de l'avant, est considérée comme susceptible de permettre de l'identifier (Brannen, 1988). Consciente de ces spécificités au sein des groupes à interviewer, l'équipe a donc accordé une importance particulière à une approche culturelle respectueuse.

Ainsi, la manière de diffuser les résultats devient importante pour qu'aucune identification ne soit possible ni par les proches ni par les membres de la communauté des participant(e)s. Une telle identification pourrait correspondre à un risque de sanction ou de stigmatisation pour les répondant(e)s dans leurs communautés respectives. Ceci est encore plus important si la participation de certaines femmes se fait en l'absence de l'accord de leur conjoint. Dans les communautés culturelles concernées, ce dernier est reconnu être en droit de fournir son consentement pour lui permettre de se joindre à la recherche (Platzer et James, 1997; Brannen, 1988). De plus, un lien commun unit tous les groupes ethniques qui pratiquent l'excision et l'infibulation en Afrique (Dorkenoo, 1994). Ce sont toutes des sociétés basées sur un système patrilinéaire et dirigées par les hommes qui contrôlent le pouvoir et les ressources.

2.3 L'élaboration des outils de travail

2.3.1 La démarche visant l'élaboration du guide d'entrevue individuelle

2.3.1.1 La terminologie et l'importance d'un questionnaire culturellement adapté

La prévention des pratiques de l'excision et de l'infibulation dans les pays occidentaux s'inscrit dans un dédale qui mêle des questions de politiques relatives à la culture, à la classe sociale, au genre et à la race des personnes impliquées (Dorkenoo, 1994). Afin d'éviter les mauvaises perceptions reliées à la recherche, l'approche utilisée se voulait respectueuse des cultures et des mœurs. En effet, l'augmentation de la publicité depuis le début des années 1990 en ce qui concerne ces pratiques a fait en sorte de rendre les communautés concernées extrêmement sensibles à l'image que l'Occident a projetée de l'excision et de l'infibulation

(Dorkenoo, 1994). C'est, entre autres, dans le but d'adoucir ces réticences qu'un effort particulier a été porté sur la terminologie à employer pour désigner ces pratiques traditionnelles auprès des répondant(e)s.

L'utilisation du terme de *mutilation* est de plus en plus fréquente (Dorkenoo, 1994) mais n'est pas toujours acceptée par les communautés concernées. Du point de vue médical, l'excision est l'ablation de tissus corporels sains et est perçue comme une mutilation faite au corps de la femme. Par contre, pour favoriser les discussions, les intervieweurs ont demandé aux répondant(e)s quels étaient les termes qu'ils (elles) employaient. Cette démarche a démontré qu'ils (elles) utilisaient majoritairement les termes d'excision, d'infibulation ou tout simplement le terme de la langue maternelle. Rares sont ceux qui utilisent le terme de *mutilation génitale ou MGF* car ils le perçoivent plutôt comme un des facteurs de dénigrement de leurs pratiques par les sociétés occidentales (Dorkenoo, 1994).

C'est ainsi que les nominations privilégiées par les communautés concernées - pour désigner les pratiques traditionnelles - furent prises en compte lors de l'élaboration des outils de recherche. Le guide d'entrevue devait permettre de cerner les spécificités de chaque pratique en fonction des contextes socioculturels et des particularités propres à chaque histoire de vie des répondant(e)s. Il a servi de canevas aux intervieweurs pour assurer une homogénéité dans les données recueillies tout en l'adaptant au discours des répondant(e)s.

2.3.1.2 Élaboration du guide d'entrevue individuelle

Durant la phase préparatoire de la recherche, quatre groupes de discussion (*focus groups*) furent réalisés auprès de femmes et d'hommes concernés par les questions relatives aux pratiques traditionnelles. Ces *focus groups* ont fait ressortir un ensemble de points qui ont servi de base à l'élaboration du questionnaire utilisé dans le cadre des entrevues individuelles. L'ébauche du questionnaire a été présentée à un panel d'experts composé de représentants des communautés culturelles (issus des centres communautaires) et une équipe multidisciplinaire de chercheurs généralement impliqués dans ce type d'étude. Sa

formulation fut étudiée afin de le rendre culturellement adaptée. Par exemple, les partenaires issus des communautés ont expliqué l'importance que les questions relatives à l'expérience en matière d'excision et/ou d'infibulation ne fassent pas directement référence à l'expérience personnelle des répondantes. Cependant, elles pouvaient être relatées à partir de l'expérience des enfants ou des proches des répondantes³.

2.3.1.3 Sommaire du contenu du guide d'entrevue

Les sections du guide d'entrevue rassemblent plusieurs types de questions relatives à la connaissance, aux attitudes et à la pratique de l'excision et/ou de l'infibulation qui ont servi de base à la collecte des données. Ces questions sont regroupées et présentées ci-après par thème (pour plus de détails voir le Guide d'entrevue en annexe B).

1 - les variables socio-démographiques.

Des questions portant sur les caractéristiques individuelles et familiales des répondant(e)s (âge, ethnie, religion, état matrimonial, durée de résidence au Canada, niveau d'éducation, sexe et nombre d'enfants, taille du ménage, âge du (de la) conjoint(e) etc.) ont été inscrites dans le guide d'entrevue afin de permettre de classer les répondant(e)s.

2 - les connaissances, attitudes, opinions et pratiques des répondant(e)s en matière d'excision, d'infibulation et/ou de réinfibulation dans le pays d'accueil.

Les informations recueillies portent essentiellement sur : 1)- les propos des répondant(e)s par rapport à l'existence de ces pratiques au pays d'accueil plus particulièrement au Canada; 2)- la procédure adoptée par les immigrant(e)s pour perpétuer ces traditions 3)- le degré d'implication des parents dans la procédure d'excision ou d'infibulation (choix des parents, ou décision prise à leur insu par l'entourage immédiat) .

³ D'ailleurs, il fut démontré par plusieurs répondantes, lors de l'administration du questionnaire en entrevue qu'elles avaient particulièrement apprécié le fait qu'aucune question d'ordre personnel n'ait été posée, ce qui les aurait mises mal à l'aise.

3- les connaissances, attitudes , opinions et pratiques des répondant(e)s en matière d'excision, d'infibulation et/ou de réinfibulation dans le pays d'origine.

Les questions concernent l'importance accordée à ces pratiques dans le pays d'origine du (de la) répondant(e) et les raisons qui motivent leur perpétuation. Elles réfèrent également à la nomination des groupes ethniques qui y recourent, l'âge auquel les filles y sont soumises; le processus de prise de décision en matière d'excision, d'infibulation ou de réinfibulation, de même que l'interprétation culturelle de ces pratiques, la diversité des termes utilisés par le répondant(e)s pour la nomination des concepts, les divergences, similitudes et difficultés de définition des pratiques ainsi que les expériences en matière d'excision ou de réinfibulation.

4 – Les aspects sociaux et sanitaires reliés à la pratique de l'excision, de l'infibulation ou de la réinfibulation

Des questions sur les effets des pratiques d'excision, d'infibulation ou de réinfibulation sur la santé physique, mentale et sexuelle tels que perçus par les répondant(e)s, les conditions sociales et sanitaires dans lesquelles ces opérations sont effectuées, ont été inscrites dans les sections du guide faisant référence à ce thème. Ces questions portent également sur les services de santé utilisés lors de la pratique, le réseau et/ou le soutien social dont bénéficie le/la répondant(e), que ce soit dans le pays d'accueil ou dans le pays d'origine. L'influence de la communauté restée dans le pays d'origine de même que celle vivant dans le pays d'accueil sur le comportement des immigrant(e)s; la transition socio-sanitaire vécue par ces derniers par rapport aux pratiques de l'excision, de l'infibulation ou de la réinfibulation et les problèmes d'acculturation auxquels ils/elles font face y sont également discutés.

5 – Stratégies

Les informations recherchées relativement à ce thème du guide, font référence aux perceptions des populations interviewées sur les dispositions réglementaires du Canada au sujet de la pratique de l'excision ou de l'infibulation ainsi qu'à leurs perceptions sur la

nécessité de favoriser l'arrêt ou la poursuite de ces pratiques. Elles portent également sur le point de vue des répondant(e)s par rapport aux types d'interventions attendues en vue de l'harmonisation des rapports inter-culturels.

Une fois l'étape de l'élaboration du questionnaire franchie, une série de huit (8) entrevues fut administrée auprès de six (6) femmes et deux (2) hommes afin d'en valider la performance. Cette validation a permis d'apporter des modifications nécessaires pour améliorer les résultats. Enfin, il était important que le questionnaire soit suffisamment flexible pour permettre à chaque répondant(e) de s'intégrer à sa forme structurelle tout en offrant la possibilité à l'intervieweur de faciliter l'ajustement des questions au fur et à mesure du déroulement de l'entretien.

2.3.2 Le formulaire de consentement

Un soin particulier a été apporté par les membres du panel d'experts concernant le formulaire de consentement. Les certificats d'éthique pour ce projet de recherche furent émis par les comités d'éthique et de recherche de la *Faculté des Sciences de l'Université de Montréal* et du *CLSC Côte-des-Neiges*. Ainsi, les précautions nécessaires furent prises pour assurer le respect des droits et des libertés individuels et collectifs des répondant(e)s.

Afin d'obtenir un consentement éclairé de la part des participant(e)s, le projet fut expliqué aux répondant(e)s en français et en anglais de manière verbale et écrite. De plus, le formulaire fut dûment signé par le ou la répondante ainsi que par l'intervieweur(e). Par la signature de ce dernier, l'équipe de recherche s'engageait à respecter l'entente. Également, il était spécifié que les répondant(e)s étaient libres de se retirer de l'étude en tout temps sans aucun inconvénient et ils étaient assurés du caractère confidentiel des informations fournies. Enfin, l'identité des participant(e)s n'apparaissait pas sur le questionnaire et était substituée par un numéro de code.

Après examen, les experts issus des communautés culturelles ciblées par l'étude mentionnaient la possibilité qu'une telle procédure effraie les participant(e)s potentiel(le)s, notamment à cause de la signature. Dans bien des sociétés africaines, les personnes n'aiment pas s'engager par écrit. Le formulaire fut donc réécrit de manière à ne requérir qu'une signature au lieu de trois comme c'était le cas dans le premier questionnaire. Les intervieweur(e)s ont également reçu la consigne de demander aux participant(e)s d'être seul(e) lors de l'entrevue, c'est-à-dire, sans la présence d'autres adultes. Étant donnée que les entrevues se faisant généralement au domicile du répondant ou de la répondante, il devenait difficile de faire signer un témoin. Cette procédure fut supprimée. À la demande des répondant(e)s, une double copie du formulaire de consentement a été annexée au questionnaire pour qu'elles (ils) puissent en conserver un exemplaire.

2.4 La formation des intervieweur(e)s

Cette étude a nécessité plusieurs séances de formation à différentes périodes ce qui a permis d'y apporter plusieurs améliorations.

Afin d'améliorer les formations, il fut décidé, par la suite, de faire un vidéo mettant en scène plusieurs situations délicates que pourraient rencontrer les intervieweurs. La formation était dispensée sur deux (2) jours, en quatre (4) sessions de trois (3) heures. La première session avait comme but de permettre à l'ensemble des participants de se connaître. Les buts et objectifs de l'étude ainsi que la spécificité du sujet étaient également expliqués en détail afin d'amener les interviewers à saisir leur rôle dans le cadre de cette recherche et de comprendre le type d'information qui devait être recueilli auprès des répondant(e)s.

La seconde session servait de prise de contact avec les documents qui seraient utilisés par les interviewers soit le guide d'entrevue et le formulaire de consentement. Après une lecture collégiale de ces derniers, il était expliqué aux interviewers comment procéder pour prendre rendez-vous par téléphone, se présenter face au répondant, faire signer le formulaire de

consentement et finalement administrer l'entrevue. Pour ce faire, certaines sections du guide de formation étaient étudiées plus particulièrement, notamment la manière de s'habiller, ou de s'installer pour enregistrer l'entrevue dans les meilleures conditions possibles. Ensuite, avait lieu un tour de table où il était demandé aux participants d'exprimer leur craintes face aux situations qu'ils pourraient rencontrer dans leur travail à venir. Dans le vidéo qui a été monté, deux scénarios portaient sur la rencontre de deux types de répondants problématiques, soit un répondant timide qui ne parlait pas et sur un autre au contraire verbo-moteur qui débordait du cadre du sujet. Le débat portait sur les attitudes à adopter dans de telles situations. Deux autres scènes montraient cette fois des interviewer peu compétents, soit un interviewer pressé et désinvolte, l'autre étant lunatique et peu attentif au répondant. Il était demandé comment les participants voyaient ces personnages et quelle attitude ils devaient adopter. Ensuite une mise en situation pratique se faisait avec les formatrices.

La dernière session se présentait sous la forme de jeux de rôles où les futurs interviewer(e)s à tour de rôle devaient se présenter auprès d'un répondant, introduire le formulaire de consentement et administrer des parties de l'entrevue. Une séance supplémentaire était ajoutée lors des formations d'interviewer(e)s bilingues. La lecture des documents et des pratiques étaient alors faites dans l'autre langue.

Suite à cette formation il était demandé aux interviewer(e)s de réaliser une entrevue qui était immédiatement retranscrite afin de faire les commentaires et d'apporter au besoin des changements dans la démarche des interviewer(e)s.

Par la suite, une deuxième série de formation fut dispensée. Bien que le corpus de la première formation ait été majoritairement conservé, les vidéos ont été abandonnés au profit de d'analyse de différentes entrevues déjà réalisées. Puisque l'enquête terrain avait déjà débuté, les formatrices étaient en mesure d'évaluer réellement les difficultés

auxquelles les interviewer(e)s pourraient être confronté(e)s. La deuxième série de formation a donc été réalisée en fonction de l'expérience et des résultats des premières entrevues.

2.5 L'échantillonnage et le mode de recrutement

2.5.1 Les zones d'étude

Étant une recherche menée à l'échelle nationale, la collecte des données fut effectuée dans les principaux centres urbains où se concentre la majorité des populations issues de l'immigration (Recensement Canada, 1996). Les villes retenues sont : Halifax (pour représenter les provinces maritimes); Montréal, Ottawa et Toronto (pour l'Est du pays); Winnipeg (pour les Prairies) et Vancouver (pour l'ouest canadien). Le choix des villes s'est fait en fonction des contacts préétablis et des réseaux de personnes ressources déjà en place.

2.5.2 Taille de l'échantillon des entrevues individuelles

L'échantillonnage a été établie en fonction de la langue, du sexe et de la ville de résidence des répondants. Au total 162 entrevues individuelles ont été réalisées à travers l'ensemble des villes sus-citées (*voir tableau sur la distribution des entrevues individuelles par sexe et par ville*). L'échantillon retenu était constitué d'environ 59% de femmes et 41% d'hommes. Les francophones représentent 44% de l'échantillon (Montréal et Ottawa) et les anglophones, 56% (les autres villes).

Distribution des entrevues individuelles par sexe et par ville

VILLES	FEMMES	HOMMES	<u>TOTAL</u>
Montréal	45	27	72
Ottawa	4	-	4
Toronto	14	2	16
Halifax	5	3	8
Winnipeg	23	13	36
Vancouver	5	21	26
<u>TOTAL</u>	96	66	162

2.5.3 Critères de sélection des participant(e)s

Les répondant(e)s ont été sélectionné(e)s suivant des critères qui tiennent compte du sexe de l'âge, de la langue d'usage, du statut et de la durée de résidence au Canada. Ces critères se résument comme suit : Être une femme ou un homme immigrant au Canada, âgé(e) de 18 ou plus et avoir accepté de participer à l'étude; être en mesure de s'exprimer soit en français soit en anglais; être citoyen canadien ou immigrant (être résidant permanent, avoir le statut de réfugié ou être en attente de ce statut). Par *immigrants* (indépendant, famille ou réfugié)⁴, nous entendons des personnes qui ne sont pas des canadiens "d'origine" ou autochtone, qui sont au Canada depuis au plus 5 ans et qui sont des ressortissants de pays où les pratiques d'excision et d'infibulation sont coutumes courantes. Plus particulièrement, les personnes incluses sont originaires d'un des 23 pays retenus dans le cadre de cette étude,

4 Dans le cadre de ce projet, la notion d'immigrant(e) indépendant(e) réfère à un homme ou une femme ayant obtenu son visa d'immigrant(e) reçu(e) en remplissant les conditions requises par le Ministère de l'Immigration; famille réfère à un homme ou une femme immigrante ayant un réseau de soutien familial et social sur place et qui a aussi choisi de venir au Canada; la notion de réfugié(e) réfère à un homme ou une femme immigrante qui a été sélectionné des camps de réfugiés et qui a un certain réseau de soutien représenté par les organismes communautaires et le gouvernement. Un(e) réfugié(e) n'a pas forcément choisi de venir au Canada.

à savoir: Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Mali, Niger, Togo, Sénégal, République de Guinée, Nigeria, Ghana, Sierra Leone, Liberia, Zaïre, Ouganda, Tanzanie, Rwanda, Djibouti, Burundi, Gambie, Kenya, Érythrée, Éthiopie, Somalie et Soudan. Il n'était pas nécessaire que les répondantes aient elles-mêmes vécu cette expérience.

2.5.3 Le recrutement des participant(es) aux entrevues individuelles

Toujours en prenant conscience des spécificités culturelles des communautés concernées et de la nature délicate du sujet, il s'avérait important, lors des entrevues individuelles, de recueillir des données auprès des femmes et également des hommes. L'équipe de recherche assurait ainsi la pleine participation des différent(e)s répondant(e)s tout en réduisant les risques potentiels de menace et d'instabilité dans les couples concernés. Également, dans plusieurs cas, les maris étaient les premiers impliqués dans la décision et il devenait donc essentiel de les inclure dans la recherche de solutions acceptables pour tous.

De plus, la population féminine est souvent difficile à recruter, notamment lorsque les femmes n'occupent pas d'emplois car, elles sont difficiles à retracer (Weber, Higginbotham & Leung, 1991). Cependant, il faut souligner que les femmes immigrantes originaires de l'Afrique ne pratiquent pas toutes l'excision ou l'infibulation. Alors, pour faciliter la prise de contact avec les femmes visées et concernées, l'équipe aurait pu choisir des associations féminines africaines ou organismes communautaires. Mais, il demeure une autre réalité : les femmes africaines concernées ne sont pas forcément toutes membres d'un ou de plusieurs de ces associations ou organismes. Cet énoncé est confirmé d'ailleurs par un grand nombre de nos répondantes. Ces dernières ont indiqué que leur réseau social se limitait à leur famille immédiate et/ou quelques amies.

Également, les institutions en matière de santé telles que les CLSC et les hôpitaux auraient pu être une source de recrutement mais ils représentaient un facteur potentiel de stress pour ces femmes ce qui, évidemment, n'aurait pas été favorable à la cueillette des données (Brannen, 1988; Lee, 1993 et Platzer & James, 1997). Le caractère institutionnel de ces

derniers constituent un aspect menaçant pour des personnes dont le sujet d'enquête porte sur une pratique interdite dans le pays d'accueil. En effet, la peur d'être identifiées comme personne pratiquante risque de biaiser les résultats. L'importance de mener une enquête valide afin de trouver des résultats décrivant réellement la situation est essentielle afin d'établir des mesures et des politiques appropriées (Herzberger, 1993). La méthode boule de neige apparaît dès lors la mieux adaptée pour répondre aux exigences du recrutement d'une population immigrée et majoritairement féminine.

Le plus gros défi de la méthode *boule de neige* est d'établir les premiers liens pour démarrer la chaîne de références (Biernaki & Waldorf, 1981). Le point de départ a été les différentes associations de femmes africaines à travers le Canada. Afin d'établir un lien de confiance incontournable en vue d'obtenir des données de qualité d'après le sujet de la recherche, il était nécessaire d'engager des intervieweur(e)s issu(e)s des communautés concernées (Lee, 1993; Platzer & James, 1997). La question du sexe des intervieweurs fut aussi soulevée. Il a été convenu par l'équipe de recherche que seulement des femmes agiraient comme intervieweuses auprès des répondantes. Les sentiments de gêne ou de menace qu'auraient pu présenter une présence masculine par rapport à la culture furent ainsi évités. Par contre, la collecte des données auprès des hommes a démontré leur indifférence quant au sexe de l'intervieweur(e).

Par leur position de première ligne lors de la collecte des données, il est apparu que les intervieweurs devaient être formés autant pour procéder aux entrevues que pour effectuer le recrutement. Pour agrandir le réseau de contact, il était demandé en fin d'entrevue aux répondant(e)s s'ils (elles) connaissaient d'autres personnes qui pourraient être intéressées à participer à cette étude. C'est ainsi que les intervieweur(e)s contactaient ces nouvelles recrues tout en s'assurant de leur éligibilité (Biernaki & Waldorf, 1981).

Parfois, la méthode *boule de neige* peut entraîner une certaine formation de réseaux où toutes les personnes recrutées auraient le même profil. Par exemple, les répondant(e)s

pourraient tous ou toutes être issu(e)s d'un réseau universitaire ne connaissant pas d'autres membres de leur communauté d'origine à l'extérieur de ce réseau). Afin d'éviter la formation de tels réseaux, il faut diversifier les sources de recrutement (Lee, 1993). Cette diversité a été rendue possible, d'une part, grâce à l'engagement de plusieurs interviewer(e)s dans chaque ville canadienne où l'enquête est menée, d'autre part, par le biais de recruteurs externes issus du partenariat avec les diverses organismes communautaires.

2.6 La collecte des données

2.6.1 Les entrevues individuelles

Dans un premier temps, la recherche a été effectuée sur la base d'entrevues individuelles semi-structurées auprès de 162 personnes dont 96 femmes et 66 hommes. Ils étaient tous originaires de l'Afrique sub-saharienne où l'excision et l'infibulation sont fréquemment pratiquées. Chaque répondant(e) était rencontré(e) individuellement par un(e) intervieweur(e) originaire de la même région et ayant reçu la formation par rapport à ces pratiques. La durée de l'entrevue était d'environ une heure et se réalisait par le biais d'un questionnaire semi-directif en plus d'être enregistrée. Les cassettes furent ensuite retranscrites sous forme de verbatim en vue du traitement des données de l'enquête.

2.6.2 La réalisation des groupes de discussion (focus groups)

Suite aux entrevues individuelles, deux focus groups ont été réalisés, l'un à Toronto auprès de neuf femmes infibulées et l'autre à Montréal auprès de six femmes excisées (ou originaires de pays où cette pratique est perpétuée). L'objectif était d'approfondir les aspects touchant le recours aux services de santé canadiens en rapport avec l'excision ou l'infibulation et aussi de manière générale. Selon les résultats des entrevues individuelles, ces questions se sont avérées pertinentes et préoccupantes pour les communautés concernées. Leurs besoins spécifiques en terme de services de santé ont été ainsi mis en

évidence à travers divers thèmes élaborés et discutés lors des focus groups (*rappports avec les ressources médicales disponibles, types de services utilisés, accessibilité aux services de santé et à l'information relative à la disponibilité des services, besoins en matière de services de santé etc.*⁵). Les critères de sélection retenus dans le cadre des entrevues individuelles ont prévalu pour le recrutement des participantes aux focus groups étant donné que ces dernières ont été recrutées parmi les femmes qui avaient été interviewées lors des entrevues individuelles.

⁵ Voir *guide de discussion en annexes C*

Chapitre 3 : La méthode d'analyse

Vissandjée et al. (2001)

Suite aux résultats obtenus lors des entrevues individuelles semi-structurées et des *focus groups*, une analyse qualitative fut réalisée. L'analyse thématique fut la méthode utilisée. Elle consiste à procéder systématiquement au repérage des thèmes abordés dans un corpus et à leur analyse (Paillé, 1996).

3.1 Démarche visant le traitement des données

Une lecture *flottante* (préparatoire aux étapes suivantes) des résultats obtenus a permis de faire ressortir les points saillants des entrevues et des discussions de groupe. Des thèmes et des catégories furent créés en réponse au contenu du guide d'entrevue et celui du discours des répondant(e)s. Par la suite, cette démarche a servi au découpage et à la codification des informations collectées. L'analyse des données a donc été effectuée selon les étapes suivantes :

a- Thématisation et catégorisation des entrevues. La thématisation a servi à la classification des informations transcrites à l'issue des entrevues sous forme de thèmes. Un examen plus détaillé et plus approfondi du contenu des entrevues a permis de sectionner ces thèmes en diverses catégories et sous-catégories.

b- Création d'un arbre d'analyse. Une grille d'analyse préliminaire fut constituée sur la base de quelques entrevues. Elle a été par la suite appliquée à l'ensemble du corpus (ensemble des propos des répondant(e)s) pour construire un arbre d'analyse relativement stable, en gardant toutefois la possibilité que des thèmes ou des catégories puissent être ajoutées ou modifiées en cours d'analyse. On retrouve dans une telle démarche la logique de la thématisation séquenciée dont les avantages se situent dans la possibilité de mener une analyse efficace et uniforme du corpus (Paillé, 1996).

c- Décomposition ou fractionnement du contenu des entrevues en éléments. Durant cette phase, le contenu des entrevues fut découpé et codifié sur la base des codes affectés aux catégories ou sous-catégories créées auparavant.

d- Exploitation des données codifiées à partir du logiciel Nud-Ist. Toutes les opérations citées précédemment ont été effectuées dans un premier temps de façon manuelle (avec un logiciel de traitement de texte à l'appui) avant d'être complétées par l'usage du logiciel QSR Nud-Ist (version 4.0). Ce logiciel de traitement de données qualitatives comporte un système d'organisation et un système d'analyse qui permettent à l'utilisateur de classer les données brutes et d'en faire l'analyse au fur et à mesure du déroulement de l'étude (Goudreau, Beaudoin et Duhamel, 1996). Il a pour avantage de permettre, entre autres, le repérage en tout temps des données brutes dans le système d'organisation, l'extraction, le regroupement et le recoupement d'informations sur la base de fonctions automatiques.

3.2 Démarche d'interprétation des données

À la suite du traitement des données avec le logiciel Nud-Ist, la technique adoptée pour leur interprétation a consisté en la construction du corpus des messages-clés, un message-clé étant le résumé d'une idée ou d'une position. Une fois ces messages-clés identifiés, il s'est agi d'affecter à chacun d'eux la fréquence correspondante dans un tableau de synthèse (en tenant compte du nombre des répondant(e)s). Ce profil a pu être dressé par sexe dans le cas des entrevues individuelles, les focus groups n'ayant été administrés qu'à des participants de sexe féminin.

Une telle démarche permet d'attester de l'importance (ou non) d'un énoncé par rapport à l'autre compte tenu de la fréquence des réponses qui s'y réfèrent. Par ailleurs, pour le même énoncé, chaque participant(e)s n'est compté(e) qu'une fois même si elle insistait à plusieurs reprises sur la même idée. Les énoncés les plus pertinents ont été utilisés pour illustrer la spécification étudiée. Cet exercice exige une capacité d'extraction "d'un essentiel

générique" permettant de caractériser un extrait et répondant aux objectifs de la recherche (Paillé, 1996).

L'avantage de cette technique est d'être assez transparente. L'interprétation reste en effet fidèle au contenu du discours des répondant(e)s "et de ce fait limite le risque de distorsion par l'analyste" (Harvatopoulos, Livian & Sarnin, 1989). En d'autre terme la méthode utilisée tente de se défaire du biais dû à la propre expérience de l'analyste en préservant dans une certaine mesure l'intégrité de l'analyse.

Chapitre 4: Résultats d'analyse

Viissandjée et al. (2001)

Une attention particulière a été tout d'abord accordée à l'étude des aspects socio-culturels, médico-sanitaires de l'excision/infibulation et des défis d'intégration des communautés concernées, sur la base des informations recueillies à partir des entrevues individuelles. Par la suite il a été procédé à l'analyse des données portant sur le recours aux services de santé collectées par le biais des focus groups.

4.1 Les aspects socio-culturels de l'excision et de l'infibulation et les défis d'intégration des communautés culturelles

Pratiquées majoritairement en Afrique sub-saharienne, l'excision et l'infibulation revêtent différents régionalismes, ce qui permet difficilement de tracer un portrait global de ces traditions. En effet, les répondants et répondantes énoncent des raisons, des manières de faire, fort différentes et parfois opposées. Leurs discours démontrent non seulement que ces pratiques varient d'une région à l'autre, d'une ethnie à l'autre mais aussi, que les différences apparaissent également au sein d'une même communauté, d'un même groupe ethnique voire d'une même famille. La majorité des répondant(e)s expriment l'idée que ces pratiques - quoique toujours profondément ancrées dans les traditions -- sont aujourd'hui remises en cause. La raison principale de ces transformations est un taux d'éducation plus élevé des populations ainsi que la lutte et la sensibilisation menées dans la plupart des pays depuis plus d'une décennie.

4.1.1 Place traditionnelle de l'excision et de l'infibulation au sein des cultures africaines concernées.

L'ensemble des répondants et des répondantes reconnaissent la place prépondérante de l'excision et/ou de l'infibulation dans leur culture. Associées traditionnellement à un rite de passage, cette pratique marque la transition entre l'enfance et l'âge adulte. C'est la marque de leur accession au rôle social des jeunes filles qui se réalisera à travers le mariage.

Partie intégrante des valeurs sociales des différentes sociétés étudiées, il apparaît nettement dans le discours de la majorité des répondantes et des répondants que le but recherché est le contrôle sexuel de la femme. En effet, la diminution de la sensibilité de la femme semble garantir, dans l'inconscient collectif de ces sociétés, la virginité jusqu'au mariage puis la fidélité des femmes. Ces pratiques s'intègrent dans un processus de division sexuelle des rôles sociaux à l'intérieur duquel la position de la femme en tant que mère-épouse occupe une place prépondérante.

Nombre de répondant(e)s dénotent le caractère souvent rituel de la pratique de l'excision. Elle se déroule dans une atmosphère de fête dans les villages de l'Afrique de l'Ouest⁶ où se réunissent à l'occasion les membres de la famille, les amis et les connaissances. Une mention est également faite, du lien étroit entre l'excision et la polygamie, situation matrimoniale majoritaire dans cette partie du continent. Ce lien se justifierait par les besoins sexuels réduits des femmes ayant été soumises à la pratique qui se solderaient par de faibles attentes ou exigences sexuelles. Un tel phénomène serait de nature à offrir à l'homme, la possibilité de s'allier avec plusieurs conjointes.

Les répondant(e)s originaires de la corne de l'Afrique où prédomine l'infibulation, relatent beaucoup plus l'importance de la virginité de la fille, intrinsèquement reliée à l'honneur familial. Par exemple dans certains contextes sociaux, une jeune fille non vierge avant le mariage court le risque d'être éliminée par un proche afin de racheter l'honneur perdu de la famille.

L'ensemble des répondants s'accordent pour dire que se soumettre à ces pratiques c'est accepter les normes sociales qui mènent à la reconnaissance du rôle social de la femme dans les sociétés africaines. Ces pratiques sont constituantes de l'identité féminine. L'éducation des filles est généralement orientée vers la nécessité de se marier, ces dernières devant généralement se soumettre à l'autorité de leur époux. Les hommes possèdent le pouvoir décisionnel autant dans la sphère publique que privée de leurs activités. Le discours des

répondant(e)s révèle un mécanisme traditionnel extrêmement complexe où les pressions sociales s'organisent de sorte que chaque acteur investisse le rôle que lui désigne la société. Hormis l'aspect rituel, les raisons avancées et qui justifient la perpétuation de ces pratiques restent multiples, les trois les plus fréquemment énoncées par les répondants étant :

- la tradition sous la pression des membres de la familles (grands-mères, tantes)
- le contrôle de la sexualité de la fille pour garantir sa virginité
- une obligation de la religion musulmane: des raisons religieuses sont avancées, toutefois, elles ne sont pas attestées par des textes sacrés tel que le coran.

4.1.2 Les changements culturels relevés en Afrique

Bien que l'excision et de l'infibulation soient, de nos jours, encore perpétuées, les répondant(e)s insistent sur les transformations relevées au niveau des perceptions culturelles de ces pratiques. Ces rites de passage sont souvent perçus comme une façon de permettre à la jeune fille d'apprendre son rôle de femme (par la douleur vécue lors du rite, l'enfant s'endurcira et aura la force nécessaire pour affronter les aléas de la vie quotidienne). Par contre, il apparaît de plus en plus que ces pratiques ont lieu sur de jeunes enfants voire des nouveau-nés. L'acte perd ainsi toute la signification rituelle et éducative qui lui était attribuée.

Dans la majorité des entrevues, l'on constate que les sociétés africaines sont en pleine mutation. Cette étude met en lumière la remise en question des pratiques d'excision et d'infibulation dans l'ensemble des pays concernés. Depuis une vingtaine d'années des campagnes de sensibilisation sont mises en place pour éduquer les populations face aux risques encourus par les filles à cause de ces pratiques. La sensibilisation s'effectue par rapport aux risques encourus au niveau de la santé physique, mentale et sexuelle des femmes. Elle s'effectue aussi au niveau social en tentant de démontrer que ces pratiques ne sont pas une obligation religieuse et qu'elles sont inopérantes par rapport au contrôle sexuel.

⁶ Les efforts de lutte contre ces pratiques dans les pays concernés entraînent une diminution croissante du caractère cérémoniel et reconnu de ces pratique. De nombreux pays ont édicté des lois interdisant ces pratiques ce qui pousse les gens à la clandestinité.

La volonté de transformation des normes culturelles s'expliquent par l'augmentation du taux d'éducation des populations ciblées. Les changements ont débuté suite à l'indépendance des états africains et ont contribué à bouleverser l'organisation sociale traditionnelle des peuples africains. L'éducation des populations devient dans ce contexte une nécessité absolue pour permettre à ces nations de se développer et occuper leur place sur la scène internationale.

Cependant, il est clair que les changements entrepris se font lentement puisqu'il faut arriver à changer la perception des gens face aux pratiques d'excision et d'infibulation. L'éducation a été dispensée aux jeunes générations, elles représentent donc les premiers maillons du changement. Il est à noter que les changements s'effectuent de manière plus rapide dans les contextes urbains, où le taux d'éducation est plus élevé que dans les contextes ruraux. Bien souvent, les plus jeunes émigrent en ville pour travailler. Dans les campagnes on retrouve beaucoup de personnes âgées, peu scolarisées et décidées à maintenir les valeurs traditionnelles.

4.1.3 Les pressions sociales et la prise de décision

4.1.3.1 Contexte culturel d'origine

D'un point de vue général, le constat est que l'obligation d'exciser ou d'infibuler les filles relève de pressions sociales collectives. Cependant, les répondant(e)s démontrent qu'il est extrêmement difficile de savoir si ce sont les hommes où les femmes qui sont à la source de ces pressions. De prime abord, il semble que ce sont les femmes qui insistent sur la nécessité de respecter ce rite. Majoritairement, les répondant(e)s affirment que c'est une pratique de femmes. Leurs filles y sont soumises à leur insu et souvent contre leur volonté.

Dans l'ensemble, les femmes ont un discours complexe sur la question et une grande majorité mentionne le caractère obligatoire des ces pratiques pour permettre aux filles d'exister sur le plan social. Certaines insistent sur l'appartenance exclusive de ces pratiques à l'univers féminin alors que d'autres considèrent que les hommes ont un pouvoir décisionnel à ce niveau. Globalement, on perçoit que les hommes jouent également un rôle dans la pérennité de ces

pratiques. Les diktats sociaux étant émis par les hommes, ils sont les seuls qui ont le pouvoir de faire changer les choses.

À la lecture des témoignages recueillis, il apparaît que tous les membres de la société, hommes et femmes, sont forcés de se soumettre aux normes sociales établies. Les femmes se doivent d'être excisées ou infibulées et les hommes ont l'obligation d'épouser une femme mutilée. Dans ce contexte, le changement social est extrêmement difficile car il faut chercher à transformer les valeurs sociales dans leur ensemble.

4.1.3.2 Contexte culturel canadien

Lorsqu'une famille émigre dans les pays occidentaux, la décision d'exciser ou d'infibuler les fillettes se révèle complexe. Certains estiment qu'il n'y a pas d'encouragement de la part de la famille pour perpétuer la pratique au Canada. Cependant, la majorité des répondant(e)s notent une influence de la part de la famille. Même si les membres de la famille comprennent le changement de mœurs qu'entraîne l'installation au Canada, certains répondant(e)s mentionnent toutefois les conflits pouvant naître lorsque les immigrants refusent de se soumettre aux traditions de leur pays d'origine. Dans certains cas, les grands-parents (les tantes et/ou oncles) semblent avoir moins de pouvoir de décision qu'auparavant et acceptent le choix de leurs enfants. D'autres répondant(e)s insistent sur le fait qu'il est impératif de surveiller les fillettes lors d'un séjour dans le pays d'origine car la pratique pourrait se faire à leur insu. Les répondantes énoncent à cet effet la possibilité de faire semblant d'opérer l'enfant pour éviter les conflits familiaux.

Bien que l'installation dans les pays occidentaux soit un moyen d'éviter aux fillettes d'être excisées, la grande majorité des répondant(e)s reconnaissent que la pratique se fera lors d'un retour définitif dans le pays d'origine pour respecter les traditions, et surtout à cause de la pression sociale ou encore pour respecter les croyances religieuses. En effet, la personne qui ne sera pas excisée et/ou infibulée risque alors d'être stigmatisée par les membres de la communauté.

Par contre, pour certaines répondantes, la communauté exerce des pressions pour que les traditions soient respectées mais les membres de la communauté ont la possibilité d'émettre leur opinion tout en respectant la décision des parents. Les répondant(e)s indiquent par ailleurs l'importance du degré d'intégration des nouvelles valeurs culturelles ainsi que des choix culturels de leurs enfants qui grandissent à l'intérieur des deux systèmes culturels. Plusieurs soulignent la faible portée de l'influence des membres de la famille restés au pays à cause de la distance. Enfin certaines répondantes tentent de décourager les membres de leur communauté favorables à ces pratiques en invoquant la douleur inutile faite à l'enfant, les risques de problèmes de santé physique, mentale et sexuelle.

4.2. Les conséquences médico-sanitaires et socio-psychologiques de l'excision et de l'infibulation

4.2.1 Les conséquences immédiates (ou à court terme)

Sur le *plan physique*, la majorité des répondants, que ce soit de sexe féminin ou masculin énumèrent les hémorragies, les infections (et septicémies), le tétanos, les difficultés et la rétention urinaires, les douleurs et maux de reins, de dos et de bas-ventre, la fièvre, les risques de contraction de MTS et du HIV/SIDA et, les décès comme conséquences immédiates de l'excision ou de l'infibulation.

Pour une part importante des personnes interviewées, les décès suite à l'excision ou à l'infibulation seraient attribuables à l'effet de forces surnaturelles relevant de la sorcellerie. Les complications immédiates ou les décès sont dans ces conditions considérés normaux et ne sont aucunement liés aux conditions de la pratique, mais plutôt à la faute de la personne excisée ou infubulée face aux dieux. La priorité est ainsi accordée à l'invocation du pardon des dieux à travers des rituels traditionnels, ce qui retarde ou occulte, en cas d'urgence, le recours immédiat aux centres médicaux modernes.

Même si la plupart des conséquences sanitaires immédiates de l'excision ou de l'infibulation sont évoquées par les répondant(e)s, il reste cependant que plusieurs personnes interviewées affirment les ignorer. Ce phénomène trouve en partie son explication dans l'interprétation culturelle des problèmes de santé généralement peu associés à la pratique et s'avère assez marqué chez les femmes dont le niveau d'éducation est dans la plupart des cas faible, comparativement à celui des hommes.

Sur le *plan psychologique*, c'est essentiellement les traumatismes reliés au choc que provoque la douleur de l'opération qui sont relevés par les répondant(e)s. En effet, la plupart des personnes interviewées considèrent que ce choc psychologique est à l'origine de cauchemars et de peurs pouvant affecter la santé mentale de la personne soumise à une telle opération. Ces traumatismes sont endommageables et peuvent influencer de façon négative le comportement sexuel futur de la fillette.

4.2.2 Les conséquences à moyen et long terme

Les personnes interviewées ont soulevé un certain nombre de difficultés reliées à l'excision, à l'infibulation ou à la réinfibulation qui contribuent fortement à compliquer les interventions au niveau gynécologique et obstétrique, à savoir: les complications et le risque élevé de décès (de la mère et/ou du bébé) lors de l'accouchement; la stérilité, les infections pelviennes aiguës ou chroniques, la dysménorrhée ou douleurs menstruelles, les infections récurrentes des voies urinaires, la formation de kystes dermoïdes et de chéloïdes en cas d'infection lors de l'opération, le durcissement des tissus cicatriciels et l'étranglement du vagin dû au resserrement des tissus cicatriciels.

Certaines femmes émettent des doutes ou estiment qu'il n'existe aucun lien entre les complications lors de l'accouchement et l'excision/l'infibulation. Selon elles, les décès suite à l'accouchement seraient plutôt reliés au caractère rudimentaire des conditions

d'accouchement, notamment dans certaines zones de l'Afrique où la pratique est répandue. Ces incertitudes sont renforcées par les propos des femmes qui, se référant à leur expérience personnelle ou celle de leurs enfants (ou parentes proches) insistent sur l'absence de problèmes de santé, surtout en ce qui concerne l'excision. Dans une étude portant sur les débats autour de l'excision, Mottin-Sylla (1993) note à ce titre que même s'il existe des risques potentiels de décéder suite à la pratique, ces probabilités sont assez faiblement attestés statistiquement. Un tel phénomène pourrait également contribuer à renforcer les doutes par rapport aux conséquences sur la santé réellement imputables à ces pratiques.

Du *point de vue sexuel*, la diminution de la sensibilité, du plaisir et du désir sexuels de même que la frigidité, ont été citées par les populations interviewées comme étant essentiellement les difficultés sexuelles inhérentes à la pratique de l'excision ou de l'infibulation. Ces problèmes évoqués surtout par les femmes ne semblent cependant pas rencontrer l'unanimité chez les personnes interviewées. En effet plusieurs hommes affirment ignorer les conséquences sexuelles de l'excision ou de l'infibulation. Cette position est corroborée par celle d'une proportion relativement importante de femmes qui insistent sur l'absence d'impact négatif de l'excision sur la sensibilité et le plaisir sexuel. Elles considèrent qu'aucun changement ne se produit au niveau sexuel suite à cette pratique surtout lorsqu'il ne s'agit que de la coupure du capuchon du clitoris (excision de type I ou Sunna). Pour certains, la personne excisée pourrait éventuellement connaître un transfert de la sensibilité clitoridienne à celle vaginale. Une des réflexions repose par ailleurs sur le fait qu'il est difficile d'effectuer toute comparaison ou d'évoquer les effets de l'excision sur la sexualité si la personne concernée n'a pas vécu pleinement sa sexualité avant l'opération.

Dans le discours des personnes interviewées, une mention est également faite sur l'accroissement potentiel des prouesses sexuelles de la femme excisée que l'on présente comme un atout sexuel pour les partenaires. En effet, les tenants d'une telle assertion (que ce soit du côté féminin que du côté masculin) considèrent que l'excision en rendant la

femme moins sensible réduit les chances que cette dernière accède de manière précoce à l'orgasme et accroît ainsi le plaisir des partenaires en rallongeant le temps qui y est consacré. Le caractère esthétique et hygiénique (propreté des organes génitaux externes) est aussi mis en avant dans les propos de certains répondant(e)s pour souligner les effets positifs de ces pratiques.

La divergence des opinions sur les conséquences sexuelles de ces pratiques met en évidence la difficulté de mesurer objectivement l'impact de l'excision ou de l'infibulation sur la capacité de la femme à atteindre le plaisir ou l'orgasme sexuel. Il devient alors difficile de déterminer l'effet direct de ces pratiques sur le comportement sexuel de la femme, l'expression du plaisir et de l'orgasme sexuel étant influencée par de nombreux facteurs (physiques, psychologiques, socio-culturels, etc.). Pour Toubia (1994), l'acception selon laquelle ces pratiques réduisent systématiquement la capacité d'atteindre l'orgasme pour toutes les femmes qui y seraient soumises, n'est pas prouvée dans les recherches.

Parmi les perturbations *socio-psychologiques* -associées à moyen ou à long terme à l'excision ou à l'infibulation- énoncées par les personnes interviewées, on trouve les sentiments d'anormalité et de frustration, de blocage émotionnel dû à l'anxiété et à la psychose face à la consommation des relations conjugales. En effet si l'opération a occasionné des complications physiques telles des fistules, des kystes dermoïdes, le resserrement des tissus cicatriciels, les rapports sexuels peuvent s'avérer douloureux et constituer une source d'anxiété et de conflits familiaux. Pour certain(e)s répondant(e)s, le manque de sensibilité de la personne excisée ou infibulée crée alors un sentiment de frustration pour les deux partenaires.

Même si quelques personnes interviewées ont évoqué des perturbations psychologiques reliées à l'excision ou à l'infibulation, il reste cependant que la majorité des répondant(e)s sont resté(e)s peu éloquent(e)s à ce sujet; ce qui suggère, une méconnaissance des effets par la plupart des personnes interviewées.

Par ailleurs, certaines femmes ont mentionné des sentiments de frustration éprouvés du fait de n'avoir pas été soumises à la pratique. Pour ces dernières, lorsqu'une femme originaire d'une zone où la pratique est courante n'a pas été soumise à l'excision ou à l'infibulation, elle est susceptible de subir de multiples formes de désagréments sociaux. N'étant pas admise dans le cercle des adultes au même titre que ses consœurs, elle peut subir de fortes dépressions liées aux railleries de l'entourage immédiat et de ce fait décider de se soumettre à la pratique afin de retrouver la dignité et la respectabilité sociale.

4.3 Les services de santé utilisés par rapport à la pratique de l'excision et/ou de l'infibulation

4.3.1 Contexte culturel d'origine, services de santé et pratique de l'excision et/ou de l'infibulation

Le recours aux services de praticiens traditionnels est encore largement la norme dans la majorité des pays d'origine. Ce sont majoritairement des vieilles femmes qui sont reconnues par les autres membres de la communauté comme *exciseuses* et qui sont choisies à titre de sages connaissant les secrets traditionnels. Le métier d'exciseuse est une tradition qui se transmet de mère en fille. Par exemple dans certains pays d'Afrique de l'Ouest, ce sont les Forgerons, qui sont habilités à faire de telles pratiques.

Dans la majorité des cas révélés par les répondant(e)s, ce sont des femmes qui opèrent les filles mais plusieurs répondant(e)s rapportent que ce sont les hommes qui, dans leur ethnie pratiquent l'excision et/ou l'infibulation. Les exciseuses traditionnelles occupent dans la société la place de gardiennes des traditions et leur faible niveau d'éducation constitue un des facteurs favorables à la perpétuation de ces pratiques dans les sociétés africaines.

La plupart des répondant(e)s insistent sur le manque d'hygiène observé par les praticiennes traditionnelles. Même lorsque l'excision respecte le rituel coutumier, l'hygiène est insuffisante, souvent un même couteau ou une même lame de rasoir est utilisé pour opérer plusieurs enfants. Cependant, de plus en plus, les personnes se présentent chez l'exciseuse en apportant leur propre lame surtout, pour prévenir la transmission des maladies ou pour éviter le tétanos.

Également, les endroits où ont lieu ces pratiques sont variés. Elles peuvent se dérouler chez l'enfant, chez un membre de la famille, chez l'exciseuse, ou dans un endroit particulier du village désigné à cette fin (dans un lieu sacré comme une forêt). L'excision peut être effectuée sur une seule enfant, sur plusieurs fillettes de la même famille, ou encore sur l'ensemble des fillettes du village lors d'une année particulière désignée. Dans certains cas, il y a une cérémonie qui consacre ce rite où la fille et sa famille reçoivent à l'occasion des cadeaux, alors que dans d'autres circonstances, rien de particulier n'est organisé.

Selon les répondant(e)s, interdire la pratique n'est pas la solution en Afrique car les populations seraient tentées de le faire clandestinement ce, dans de mauvaises conditions. Il est préférable, selon eux(elles), de les sensibiliser tout en maintenant la pratique en milieu hospitalier pour limiter les risques. Par exemple, certaines personnes interviewées affirment qu'une telle procédure avait été mise en place au Mali. Les médecins opéraient les fillettes avec la forme la moins invasive, dite excision de type I. Toutefois, des personnes âgées s'étant rendues compte du changement de pratique renvoyaient les fillettes chez les praticiennes traditionnelles afin de les soumettre à nouveau à la pratique (culturellement, l'excision de type II étant la plus courante). Cette substitution n'a donc pas été bien accueillie par la population qui n'avait pas été suffisamment sensibilisée au préalable.

Une répondante mentionne qu'une méthode alternative à base d'eau chaude permet de replier le clitoris à l'intérieur du corps pour donner l'illusion de l'excision et considère qu'une telle pratique indolore pourrait être utilisée comme substitut pour déjouer les tenants de cette

tradition. De manière générale, les répondant(e)s estiment qu' il faudrait former les praticiennes à l'utilisation de désinfectant et d'anesthésiant. Les traitements traditionnels semblent peu efficaces.

En Afrique, le système de santé dit moderne, d'inspiration occidentale, côtoie donc les praticiens traditionnels. Une distinction doit être faite entre l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique de l'Est. Dans le premier cas, les répondant(e)s relèvent que ces pratiques ont été médicalisées à un moment donné mais actuellement dans la plupart des pays, elles sont aujourd'hui interdites. Dans le deuxième cas, c'est-à-dire dans certaines régions d'Afrique de l'Est, il semble que ces pratiques soient de plus en plus médicalisées, ce qui a permis dans une certaine mesure de procéder à l'excision et d'abandonner ainsi l'infibulation. Les personnes pratiquant l'excision sont généralement les sages-femmes, mais sont également cités, les infirmières et les médecins dans une proportion plus infime. Les répondant(e)s notent que les sages-femmes pratiquent l'opération soit à la maison, soit à l'hôpital. Tout en réduisant le côté spirituel conféré à l'acte la médicalisation selon eux, permet d'améliorer les conditions sanitaires et ainsi d'éviter les effets néfastes sur la santé. Ils (elles) se posent cependant des questions quant au bien-fondé de ces pratiques et de leur médicalisation.

4.3.2 Contexte canadien. pratique de l'excision et/ou de l'infibulation et services de santé

Il ressort des résultats que la majorité des répondant(e)s connaissent l'interdiction de pratiquer l'excision ou l'infibulation au Canada. Également, tous (toutes) ont affirmé ne pas être au courant de la possibilité d'exécuter ces pratiques au Canada sur les fillettes, il leur semble peu vraisemblable qu'une exciseuse traditionnelle prenne le risque d'opérer au Canada. Cependant la majorité des répondant(e)s mentionnent que les parents voulant faire opérer leurs enfants pourraient les envoyer à cette fin en vacances dans leur pays d'origine,

4.3.2.1 Le recours aux services de santé dans le contexte canadien et sa relation avec l'excision et/ou l'infibulation

La majorité des personnes interrogées mentionnent les difficultés rencontrées lors de l'accouchement reliées à la méconnaissance des pratiques traditionnelles telles que l'infibulation et/ou l'excision par la plupart des intervenants en santé au Canada. Pour elles, les femmes infibulées préfèrent être accouchées par un obstétricien originaire de l'Afrique de l'Est qui est familier avec ces pratiques et qui connaît les procédures naturelles relatives à ces pratiques. À leurs yeux, les praticiens canadiens ne connaissent pas ces pratiques et procèdent généralement à une césarienne.

En effet, les médecins ne sont pas (ou sont très peu) informés de l'attitude à adopter face à l'accouchement des femmes ayant été soumises à l'infibulation. Selon les répondantes, ils ont le plus souvent tendance à recourir à la césarienne; ce qui n'est pas systématiquement le cas dans leur pays d'origine où la priorité est accordée à l'accouchement par voie naturelle. Des doutes sont ainsi émis quant à la nécessité des césariennes dont les femmes réfutent le lien direct avec l'infibulation.

Certains médecins optent pour un accouchement par voie naturelle des femmes infibulées, cependant ils ne pratiquent pas nécessairement la réinfibulation. Dans la plupart des cas, ces derniers apposent des points de sutures à une partie de l'ouverture (des parties génitales) qu'ils jugent nécessaire de "resuturer".

En évoquant la situation des maternités dans leur pays d'origine, les participantes affirment y bénéficier d'une réinfibulation automatique et ne comprennent pas pourquoi une telle pratique n'est pas adoptée au Canada. Ces propos contredisent ceux d'une faible minorité de femmes qui mentionnent la pratique de la réinfibulation par quelques médecins canadiens au courant de la tradition ce, en réponse à des demandes formulées par les femmes.

Selon une des participantes, le personnel médical n'étant pas dans la majorité des cas familiarisé avec une telle tradition, il faut craindre d'une part que la durée de l'accouchement soit prolongée, d'autre part pour la santé de la mère et de l'enfant lorsqu'ils s'efforcent d'effectuer l'accouchement par voie naturelle par le biais de méthodes comme les forceps. Selon elle, une telle procédure pourrait accroître les risques de décès pour la mère et/ou l'enfant ou de problèmes de santé mentale pour le bébé. Certaines femmes ayant été soumises à l'infibulation préfèrent à cet effet demander de plus en plus une intervention par césarienne afin d'éviter tout risque de complication durant l'accouchement.

Lorsqu'elles apprennent la présence d'un médecin familial avec l'infibulation, la plupart des femmes enceintes préfèrent le rencontrer afin de bénéficier de son intervention durant leur accouchement. La nécessité de prendre contact durant la grossesse avec un médecin habitué à la tradition de l'infibulation apparaît dès lors comme un atout pour le bon déroulement de l'accouchement. Il favorise selon les répondantes, le non recours systématique à la césarienne et peut augmenter les chances d'une pratique de la réinfibulation sur demande.

En dehors des difficultés rencontrées durant l'accouchement, des femmes affirment d'une part recourir aux services de santé gynécologiques pour des problèmes relatifs à l'obstruction de l'écoulement du sang menstruel due au resserrement des tissus cicatriciels ou à la fermeture externe des parties génitales lors de l'infibulation ou de l'excision. D'autre part, celles ayant été soumises à l'infibulation ou celles confrontées à des séquelles dues aux complications liées à l'excision ont de la difficulté à subir certains examens gynécologiques de routine tels le PAP test, du fait de la fermeture quasi-totale des parties génitales externes ou du resserrement des tissus cicatriciels autour de l'orifice vaginale. Dans certains cas, elles ont recours aux services de santé pour remédier à des problèmes de démangeaisons suite à l'opération ou à l'écoulement non contrôlé d'urine dû à ces pratiques. Dans le cas de l'écoulement urinaire, une répondante souligne l'incapacité ou la

lenteur du personnel médical – notamment les gynécologues - à offrir un service adéquat permettant de régler ce type de problème de santé.

Par ailleurs lorsqu'une jeune fille infibulée s'engage dans des premiers rapports sexuels au Canada, il peut arriver que le couple ait recours aux services de santé pour pratiquer à cette occasion une ouverture de ses parties génitales externes. Cette procédure étant peu commune au Canada, il faut s'attendre à des réactions de surprise ou d'étonnement de la part du personnel médical qui sont de nature à rendre l'opération moins systématique que dans le pays d'origine des communautés concernées.

Le lien entre l'excision et les difficultés à l'accouchement ne sont mentionnées que pour les femmes ayant subi des séquelles relatives aux complications causées par l'opération. Hormis cette situation et celle des femmes soumises à l'infibulation, les besoins en santé des communautés immigrantes sont en général les mêmes que ceux du reste de la population canadienne. Pour les communautés concernées, les difficultés rencontrées résident essentiellement au niveau de la communication avec les intervenants en santé et de l'accessibilité à l'information et aux services de santé.

4.3.2.2. Types de services de santé utilisés et qualité des services telle que perçue par les communautés

Les types de services de santé utilisés

Les participantes mentionnent le recours aux services de santé gynécologiques et obstétricaux pour des examens de routine ou pour cause de maladies (infections des parties génitales ou urinaires etc.) ainsi que durant les périodes de grossesse, et d'accouchement. Le suivi postnatal est également relevé par les femmes comme une raison essentielle à leur utilisation des services de santé. En dehors des services

gynécologiques ou obstétriques, elles ont de façon générale recours à des services de santé spécifiques à d'autres problèmes de santé (allergies, autres maladies etc..).

La plupart des personnes interrogées mentionnent le recours aux CLSC de leur quartier pour des soins médicaux ou pour obtenir des conseils en matière de santé. L'appui des CLSC se révèle important lorsqu'il s'agit des questions de santé maternelle (durant la grossesse ou après l'accouchement) et infantile.

La qualité des services telle que perçue par les communautés

La diversité et la performance des services de santé mis à la disposition des populations au Canada, sont reconnues de façon unanime par les personnes interrogées. Ces services offrent un bon suivi médical pour les patients comparativement aux services existant dans leur pays d'origine et respectent fidèlement les règles d'hygiène en matière de santé.

Par contre, le temps d'attente aux urgences des services hospitaliers et celui généralement alloué aux rendez-vous médicaux ou aux diagnostics (tests, analyses etc.) est considéré relativement long et de nature à décourager les patients. Certaines maladies pourraient selon les participantes être traitées rapidement si le personnel médical se fiait simplement aux descriptions fournies par le patient, surtout si ce dernier souffre du même problème de santé depuis son pays d'origine. Elles regrettent à ce titre la non recommandation d'antibiotiques par les intervenants en santé qui aurait eu pour effet d'écourter ou de mettre rapidement fin à certaines maladies. Des doutes sont également formulés quant à l'intérêt des prises de sang jugées trop fréquentes et non toujours appropriées.

Certaines personnes considèrent erronés les résultats des diagnostics établis par les intervenants en santé et pensent à cet égard que le personnel médical dramatise souvent les problèmes de santé des patients en fournissant des prescriptions non nécessaires ou non conformes à leurs besoins réels.

De tels raisonnements trouvent leur fondement dans l'interprétation différentielle des maladies ou des besoins en santé des communautés; les maladies ou les problèmes de santé étant analysés sous l'angle d'un vécu culturel intégrant des approches médico-sanitaires, variables d'un contexte social à un autre.

À l'opposé, une faible mention est faite par les participantes d'une tendance du personnel médical à se fier aux explications fournies par les patients sans pousser les analyses médicales et ce, malgré la disponibilité des ressources médicales techniques. Le traitement offert aux bénéficiaires est à ce titre tributaire des informations qu'ils fournissent par la description des symptômes de la maladie.

"(...) Tous les services existent et on essaie de faire le maximum pour satisfaire les gens mais il y a un problème. Par exemple quand quelqu'un se présente dans les centres de santé pour dire qu'il a mal à la tête, c'est ces maux de tête là seulement qu'ils soignent, ils ne regardent pas autre chose (...) par exemple en Afrique c'est vrai on n'a pas beaucoup de moyens mais quand tu pars pour quelque chose, au moins ils essaient de faire beaucoup d'investigations pour voir, pour pouvoir trouver autre chose, mais ici ce n'est pas le cas."

"Oui c'est comme ça, quand tu arrives on te demande tu as mal où? Tu dis bon! j'ai mal à ceci, c'est ça seulement qu'ils regardent. Après ils te disent ok il n'y a rien, je n'ai rien vu. Mais arrivé à la maison tu souffres encore et tu es obligé d'aller voir plusieurs docteurs ou plusieurs médecins."

Plusieurs participantes craignent en effet que la description des symptômes de la maladie soit erronée du fait des problèmes de communication rencontrés par une partie des populations issues des communautés culturelles.

En ce qui concerne *l'interaction avec le personnel médical*, plusieurs difficultés ont été mentionnées. Contrairement à la familiarité dont jouit le personnel médical sur place en Afrique avec l'excision et/ou l'infibulation, les médecins canadiens quant à eux, expriment souvent de la surprise face à des patientes qui ont été soumises à ces pratiques. Ils tendent ainsi à poser plusieurs questions, ne sachant quelle attitude adopter. Une femme interrogée

mentionne le problème de gêne par rapport au nombre relativement élevé de personnes intervenant lors de l'accouchement (médecins, infirmières et autres assistant(e)s).

L'une des difficultés majeures relevées par les participantes demeure le problème de communication entre bénéficiaires et intervenants de la santé. Ce problème se situe à plusieurs niveaux et concerne à la fois le langage et les expressions utilisés, l'écoute des patients; l'attitude des bénéficiaires face aux interventions du personnel médical; la définition et l'interprétation culturelles des problèmes de santé.

En effet, les expressions utilisées par chacune des parties pour désigner le problème de santé peuvent se révéler incompréhensibles autant pour les bénéficiaires que pour le personnel médical. Ce phénomène est lié au fait que les communautés culturelles ont une définition et une description de la maladie adaptée à leur tenants culturels. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'énoncer des problèmes de santé touchant les organes sexuels, le langage utilisé est souvent voilé en respect de la pudeur traditionnelle entourant l'évocation des parties intimes du corps humain. Le langage direct employé par le personnel médical pour désigner les parties génitales apparaît donc choquant, gênant voire frustrant pour certaines personnes issues des communautés culturelles.

Pour plusieurs participantes, le suivi prénatal ou postnatal, les examens gynécologiques de routine (ou en cas de maladie) correspondent entre autres à des situations où le phénomène prend de l'ampleur dans la mesure où la patiente est quelque fois réticente à utiliser les expressions appropriées pour décrire le problème de santé gynécologique. Les difficultés d'expressions sont également liées à l'analphabétisme des bénéficiaires de services. Leur incapacité à fournir une explication adéquate des symptômes de la maladie est de nature à affecter négativement la qualité des services reçus ou le recours aux service de santé.

Même si le problème de santé peut dans certains cas être lié au pays d'origine, la stigmatisation du pays d'origine constitue également pour les bénéficiaires de santé issus des communautés culturelles une gêne non favorable à l'utilisation des services de santé. Selon la plupart des participantes, le problème de santé est souvent mis en rapport avec le pays d'origine et pour l'élucider, le personnel médical tend souvent à poser des questions relatives à un séjour antérieur probable du bénéficiaire dans son pays d'origine. La méthode de questionnement adoptée, se révèle quelque fois peu commode pour les communautés qui se sentent plutôt marginalisées.

En dehors des problèmes de communication, il faut noter le problème de gêne par rapport au service gynécologique. En effet la majorité des participantes soulignent l'importance du sexe du médecin intervenant au niveau des services gynécologiques ou obstétriques. Plusieurs femmes issues des communautés culturelles préfèrent fréquenter des gynécologues de sexe féminin et éprouvent ainsi de la gêne à se prêter aux interventions des gynécologues ou obstétriciens de sexe masculin. Un tel phénomène contribue à freiner ou à réduire les consultations gynécologiques. Dans certains cas, ce sont les maris ou conjoints qui semblent s'opposer à la fréquentation de gynécologue de sexe masculin par leur épouse ou conjointe. Le sexe du médecin constitue ainsi un élément déterminant de l'utilisation des services de santé reproductive par les communautés culturelles.

4.3.2.3 Disponibilité et accessibilité à l'information et aux services de santé

Malgré l'existence d'une infrastructure médicale permettant de répondre aux multiples besoins sanitaires des populations, le problème de l'accès à l'information demeure actuel et trouve ses fondements dans les barrières linguistiques que rencontre une partie de la population notamment celle relevant des communautés culturelles.

Le problème de sous-information constitue un obstacle à leur utilisation des services de santé disponibles. Selon les participantes, certains problèmes de santé auraient pu être traités rapidement si l'information requise avait été obtenue au moment indiqué. Face à l'incapacité de s'exprimer ou de lire dans la langue d'usage (en français ou en anglais) certaines personnes sont peu réceptives ou profitent moins souvent des informations pertinentes relatives à l'accessibilité et à la disponibilité des services. L'inaccessibilité à l'information se traduit par une inaccessibilité aux services de santé et donc par une utilisation non adéquate des services disponibles par les communautés culturelles.

"(...) Moi par expérience, j'ai eu une personne qui voulait voir un médecin. Donc pour elle, il fallait avoir un rendez-vous. Elle appelle à l'hôpital, elle demande un rendez-vous qui allait dans trois semaines, quatre semaines alors qu'elle ne savait pas qu'elle pouvait aller dans les cliniques sans rendez-vous pour voir un médecin tout de suite. Et finalement, elle a eu des problèmes, elle a piqué une crise parce qu'elle attendait le rendez-vous avec le médecin. Donc c'est le problème de l'information qui se pose. Et puis il y a des gens qui ne savent pas à quel moment tu dois aller à tel lieu pour avoir le service dont tu as besoin. Il y a beaucoup de gens ici qui ne sont pas au courant de ces informations. "

Les méthodes d'alphabétisation semblent présenter des limites liées à l'utilisation répétée des mêmes documents de formation durant plusieurs années consécutives. Selon les participantes, elles contribuent à décourager l'apprentissage des langues par les bénéficiaires et à provoquer des abandons en cours de formation.

Par ailleurs, les longs délais d'attente pour un service spécifique, notamment l'attente pour les rendez-vous avec un médecin sont pour la majorité des participantes le signe de la non disponibilité de certains services spécifiques de santé. Pour contourner ce problème ou pour éviter d'éventuels longs délais d'attente pour des examens médicaux, certaines personnes font venir de leur pays d'origine des médicaments notamment des antibiotiques pour un traitement rapide des problèmes de santé.

Une mention est également faite du recours à la médecine traditionnelle notamment l'usage de décoctions de feuilles médicamenteuses pour faire baisser la fièvre ou pour guérir certaines maladies. Ces feuilles sont ramenées d'Afrique et conservées pour un usage domestique. Les naturalistes offrent sur place au Canada des produits naturels permettant de résoudre certains problèmes de santé mais la méconnaissance de la qualité de ces produits par les communautés ou leur incapacité à faire le lien entre ces produits naturels et ceux en provenance de leur pays d'origine limite le recours à ce type de médication. L'automédication constitue ainsi un palliatif aux difficultés inhérentes à la non disponibilité ou à l'inaccessibilité à l'information et/ou aux services de santé

Chapitre 5: Conclusion

Visandjée et al. (2001)

La pratique de l'excision et/ou de l'infibulation fait l'objet de préoccupations majeures au sein des communautés concernées et des gouvernements que ce soit dans les pays hôtes que les pays d'origine. Ces préoccupations concernent à la fois la difficulté de concilier le respect des valeurs culturelles rattachées à ces pratiques et leurs conséquences jugées néfastes sur la santé. Bien que du point de vue occidental, ces pratiques soient perçues comme un acte de violence à l'égard des femmes, une telle conception ne fait pas l'unanimité parmi les tenants de ces pratiques qui voient en leur perpétuation une façon d'assurer le maintien et la survie des traditions ancestrales.

En Afrique, les changements d'attitudes des populations face à ces pratiques traditionnelles pourraient s'expliquer par un accroissement du niveau d'éducation. Les populations concernées sont de plus en plus sensibilisées sur les conséquences physiques et psychologiques et sur l'importance de lutter contre ces pratiques. La majorité des répondant(e)s sont au courant de l'interdiction juridique de ces pratiques, notamment au Canada. Dès lors, la décision de faire exciser ou non leurs fillettes relève de l'importance des valeurs culturelles qui, pour eux, se rattachent à cet acte.

Les analyses démontrent que le maintien de ces pratiques dans les pays d'origine est en grande partie lié à la pression sociale exercée par certains membres de la famille. Les grands-parents (ou tantes/oncles etc.) peuvent faire preuve d'une très grande influence quant à la décision de faire exciser les fillettes, parfois au détriment des parents. En immigrant, les parents obtiennent une plus grande autonomie décisionnelle par rapport à leurs enfants. Par contre, même si les personnes âgées demeurent dans le pays d'origine, ils formulent le besoin que les traditions soient respectées même si la distance les empêche quelque fois d'avoir une influence réelle. Dans le cas où les parents décident de ne pas faire subir cette pratique à leur enfant, le problème se posera lors d'un séjour touristique dans le pays

d'origine. À cette occasion, les grands-parents (ou tantes/oncles etc.) pourraient organiser en secret l'excision ou l'infibulation.

D'après les répondant(e)s, afin d'épargner la possibilité que les fillettes subissent une forme ou une autre de cette pratique contre le gré des parents, trois possibilités s'offrent à eux:

1. Organiser une excision factice pour faire croire que l'enfant a été soumise à la pratique.
2. Surveiller constamment l'enfant sans la laisser seule avec aucun membre de la famille;
3. Ne pas envoyer les enfants dans le pays d'origine avant un certain âge;

Certains répondant(e)s reconnaissent cependant ne pas pouvoir empêcher l'excision de leur enfant lors d'un séjour au pays d'origine. Aussi, faut-il s'attendre, qu'au retour au Canada, ces enfants aient éventuellement besoin de recourir aux services de santé à cause de complications d'ordre physique et/ou psychologique dues à cette opération.

Enfin, les répercussions de ces pratiques souvent onéreuses en ce qui concerne les soins et les services de santé interpellent les gouvernements des pays hôtes. Il devient essentiel de considérer la perception des utilisatrices immigrantes dans la définition des approches en matière de système et soins de santé. Les résultats obtenus par cette recherche démontrent également que les communautés culturelles concernées rencontrent des difficultés au niveau des services de santé qui leur sont présentement disponibles et accessibles. Ces difficultés portent essentiellement sur le manque de familiarité des intervenants avec les pratiques de l'excision, l'infibulation, la désinfibulation et la réinfibulation de même que les problèmes de communication interculturelle dûs aux barrières linguistiques et culturelles.

Chapitre 6: Recommandations

Vissandjée et al. (2001)

Au Canada, il est à craindre que la découverte de l'existence des pratiques de l'excision et de l'infibulation soient révélées, à l'instar de la France, par le décès de plusieurs fillettes. Pour prévenir une telle situation et pour éviter les conséquences néfastes de ces pratiques sur la santé des communautés concernées ainsi que sur les soins et les services de santé, il est possible d'envisager des séances de sensibilisation auprès des parents. Les personnes provenant de pays concernés par ces pratiques devraient participer à des séminaires d'informations dès leur arrivée au Canada. Ceux-ci pourraient être dispensés par les CLSC ou toute autre institution habituellement fréquentée par les immigrant(e)s. Des membres des communautés œuvrant dans les différentes associations communautaires pourraient également animer ces séminaires dans la langue maternelle des participant(e)s, au besoin.

Dans cette optique, *Santé Canada* a appuyé l'*Organisation nationale des femmes immigrantes et des femmes appartenant à une minorité visible du Canada (ONFIFMVC)* dans l'élaboration d'un manuel de travail permettant de planifier un atelier portant sur les *mutilations des organes génitaux féminins*⁷. Les séminaires auraient comme mission de:

1. permettre aux parents de *trouver du soutien et partager leur expérience* avec d'autres membres des communautés culturelles concernées.
2. de sensibiliser les nouveaux immigrant(e)s aux *conséquences médicales* relatives à ces pratiques et aussi à la *position canadienne* en matière de législation juridique;

De plus, les principales préoccupations des personnes interrogées par rapport aux services de santé canadiens réfèrent à l'importance pour le personnel médical de suivre ou de bénéficier de séances d'information et de formation sur la pratique de l'infibulation et de l'excision. Ils pourront être davantage en mesure :

- d'adopter les attitudes et les comportements appropriés face à une femme infibulée ou excisée lors de l'accouchement;
- de prendre rapidement et de façon sereine les dispositions qui s'imposent.

Également, cela leur permettra de comprendre les valeurs socioculturelles rattachées à ces pratiques et contribuerait à réduire les risques de stigmatisation que subissent les femmes ayant été soumises à ces pratiques. Il serait ainsi préférable de faire suivre les femmes enceintes par des médecins connaissant leur culture. Par ailleurs, pour éviter ou réduire l'effet de surprise (choc) chez le personnel médical, les personnes ayant été soumises à ces pratiques devraient en informer d'avance leur médecin ou intervenant en santé.

Des outils d'informations devraient être mis en place afin de permettre aux intervenants en santé de s'adresser de façon délicate et respectueuse aux femmes concernées, d'intégrer ces pratiques aux valeurs culturelles des diverses communautés vivant au Canada. Pour favoriser l'accès des services de santé à ces populations, il est nécessaire que le corps médical soit informé de leurs besoins spécifiques. Cela leur permettrait d'être mieux outillé pour apporter l'appui médical et psychologique aux fillettes et aux femmes qui subissent des complications relatives à ces pratiques. Les méthodes d'information sont diverses et peuvent prendre plusieurs formes :

- La tenue de *séminaires, de conférences et de formation* sur ces pratiques et leurs aspects culturels destinés au corps médical et aux intervenants sociaux;
- La création de *sites Internet* pour favoriser la circulation d'informations concernant ces pratiques et leurs fondements culturels;
- La distribution de *documents de références* concernant les aspects socioculturels et médico-sanitaires de ces pratiques à des associations communautaires et toute institution sanitaire intervenant auprès des populations concernées;
- La *publication d'informations* dans des journaux accessibles aux intervenants sociaux;

⁷ ONFIFMVC, *Mutilations des organes génitaux féminins : manuel de travail*, Ottawa, DAS,

- L'utilisation d'émissions télévisuelles et radiophoniques pour discuter des pratiques traditionnelles;
- La projection vidéo sur l'historique et les valeurs culturelles reliées à ces pratiques.

Plusieurs personnes mentionnent la nécessité de cibler essentiellement le personnel médical et les associations communautaires. Bien que la plupart des répondant(e)s pensent le contraire, quelques-uns mentionnent l'intérêt d'informer aussi les travailleurs sociaux et le public. De plus, plusieurs autres recommandations en faveur de l'amélioration de l'accessibilité et du recours aux services de santé par les communautés culturelles ont été formulées et se résument comme suit :

- Accroître les ressources médicales (humaines, techniques, matérielles et financières) pour réduire les délais d'attente pour les soins médicaux;
- Favoriser une évaluation appropriée des besoins et réalités des femmes excisées ou infibulées et présentant des séquelles physiques pour éviter de recourir systématiquement à la césarienne lors d'un accouchement;
- Orienter les bénéficiaires de communautés culturelles en matière de services de santé vers des personnes ressources avec qui ils pourront discuter ou des intervenants issus de leur communauté;
- Former le personnel canadien pour qu'il s'adapte aux besoins des communautés en comprenant davantage la manière de s'exprimer en ce qui a trait aux organes sexuels;

- Utiliser les services d'une personne intermédiaire comme interprète parlant la même langue ou comprenant les expressions utilisées par les patients issus des communautés culturelles (ex: Femmes-relais);
- Permettre aux patients de s'exprimer clairement en leur donnant le temps d'expliquer le problème de santé;
- Trouver des personnes ressources en partenariat avec des groupes communautaires qui assureront l'encadrement des femmes enceintes issues des communautés culturelles concernées lorsqu'elles démontrent des défaillances ou des difficultés de communication;
- Fournir de l'information adéquate sur les services de santé disponibles dans les langues utilisées par les communautés culturelles;
- Promouvoir un service conseil (*counseling*) en santé préventive incluant les services des groupes communautaires;
- Offrir des séances d'information à l'intention des femmes issues de ces communautés en collaboration avec les intervenants de la santé afin de les familiariser avec les expressions utilisées lorsqu'il s'agit d'examen gynécologiques ou de suivi de grossesse;
- Informer et sensibiliser les communautés immigrantes sur la nécessité de se prêter au service gynécologique de routine ou au suivi de grossesse par le biais d'outils de communication adaptés;
- Permettre aux bénéficiaires concernées d'avoir accès à des services de santé dispensés par des intervenants provenant de leur communauté;

- Mettre en place des mesures incitatives permettant aux conjoints de participer activement au suivi prénatal. Ces derniers pourraient jouer le rôle de guides ou d'intermédiaires dans la mesure où leur niveau d'éducation est généralement plus élevé que celui de leur conjointe. En effet, certains maris sont réticents à les accompagner, le refus étant lié à un problème de gêne dû à des habitudes culturelles non favorables à l'accompagnement d'une femme enceinte (ou en phase d'accouchement) par un parent de sexe masculin. Il faut donc les sensibiliser au sujet de l'importance de leur présence et de leur soutien aux femmes durant la grossesse en leur assurant un encadrement qui permet l'apprentissage des rudiments d'un service d'accompagnement;
- Installer des conditions de négociation pouvant stimuler la participation des conjoints sans engendrer des problèmes psychosociaux pour le couple tels que frustration du mari, disputes, refus de coopération, etc.
- Recourir à une méthode visuelle adaptée pour expliquer simplement ou visuellement certains problèmes de santé ou prescriptions médicales aux bénéficiaires analphabètes;
- Éviter de s'attarder sur des questionnements visant à relier le problème de santé des personnes issues des communautés culturelles au pays d'origine afin de réduire les risques de stigmatisation auxquels ces populations craignent d'être confrontées lorsqu'elles ont recours aux services de santé

BIBLIOGRAPHIE

- Abou, S. 1990. L'insertion des immigrés, une approche conceptuelle. Dans I. Simon-Barough et P. J. Simon. *Les étrangers dans la ville. Le regard des sciences sociales*. L'Harmattan.
- Airhihenbuwa, C. O. 1995. *Health and Culture. Beyond the Western Paradigm*. Sage Publications, London.
- Baker, C.A., Gilson, G. J., Vill, M.D. and Curet, L. 1993. Female Circumcision: Obstetric issues. *American Journal of Obstetric & Gynecology*. 169: 1616-1618.
- Beiser, M. et coll. 1988. *Puis... La porte s'est ouverte. Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés*. Rapport du groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada, secrétariat au multiculturalisme, Ministère de la Santé et du Bien-être social, Ottawa.
- Berry, J.M. 1988. Acculturation and psychological adaptation : a conceptual overview. In J "W Berry and R.C. Annis, *Ethnic Psychology : Research and practices with immigrants, refugees, native people*.
- Bettelheim, B. 1971. *Les blessures symboliques*. Payot, Paris.
- Bibeau, G. 1996. *Une éthique créole pour les romanciers de notre temps. De l'ambiguïté des normes universelles*. Discours présenté au colloque: Index, censure, intégrisme et "political correctness".
- 1994. Se libérer du modernisme politique occidental. Le pluralisme culturel "contre" la République. *Transitions*, #37: 7-54. Revue de l'A.S.E.P.S.I., Paris.

- Beaudoin, J.-L et PARizeau, M.-H. 1987. Réflexions juridiques et éthiques sur le consentement au traitement médical. *Médecins/sciences*, 3, 8-12.
- Beaudoin, J.-L et Renaud, Y. 1994. *Code civil*. Montréal, Wilson et Lafleur Éd.
 ---1995. *Code criminel*. Montréal, Wilson et Lafleur Éd.
- Biernaki, P. and Waldorf, D. 1981. Snowball Sampling. Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods & Research*. 10 (2): 141-163.
- Brannen, J. 1988. Research note. The study of sensitive subjects. *Sociological Review*. 36: 552-563.
- Calder, B. L., Brown, Y. and Rae, D.I. 1993. Female Circumcision/Genital Mutilation: Culturally Sensitive Care. *Health Care for Women International*, 14: 227-238.
- Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme 1994. *La mutilation des organes génitaux de la femme*. Ottawa.
- Corin, C., Ouellet, F, Boyer, G. & Martin, C., 1992. *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Québec, Qc : Éditions Saint Martin.
- Dadour, G. 1993. Femmes et culture : le médecin doit-il en tenir compte ? *Le médecin du Québec*, février, 39-41.
- Daya, S. 1995. *Un nouveau problème de santé : la mutilation génitale de la femme*, [déclaration de principe de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SGOC)], in le rapport de symposium du Département d'obstétrique-gynécologie, 20 octobre, Hôpital Notre-dame, Montréal, 167 p.

- Dorkenoo, E. 1994. *Cutting The Rose. Female genital Mutilation: the practice and its prevention*. Minority Rights Publications, London.
- Drapeau, M. et Wolde-Giorghis, H. 1994. Les mutilations sexuelles: une atteinte illicite à l'intégrité de la personne. *Commission des droits de la personne du Québec*. (Adopté à la 388 ième scéance de la Commission).
- Durand, G. 1989. *La bioéthique*. Cerf, Fides.
- Erlich, M. 1991. *Les mutilations sexuelles*. Que sais-je? Presses Universitaires de France, Paris.
- 1986. *La femme blessée: essai sur les mutilations sexuelles féminines*. L'Harmathan, Paris.
- Fainzang, S. 1985. Circoncision, excision et rapports de domination. *Anthropologie et Sociétés*. 9 (1): 117-127.
- Ferguson, I. et Ellis, P. 1995. *La mutilation des organes génitaux féminins. Étude de la documentation existante* – Document de travail. WD1995-15f. Direction générale de la recherche, de la statistique et de l'évaluation/ Secteur des politiques. Ministère de la Justice Canada.
- Few, C. 1997. The politics of sex research and constructions of female sexuality: what relevance to sexual health work with young women? *Journal of Advanced Nursing*. 25: 615-625.
- Gibeau, A.M. 1998. Female genital mutilation : when a cultural practice generates clinical and ethical dilemmas. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, Jan-feb: 27(1) : 85-91.

Goudreau, J. ; Beaudoin, C. & Duhamel, F. 1996. Méthodologie qualitative dans le domaine de la recherche évaluative en santé : application au développement de nouvelles pratiques cliniques. In La Recherche qualitative dans le domaine de la santé, J. Archambault and P. Paillé (édit.). *Recherches Qualitatives*, Vol. 15, pp.147-164.

Gouvernement du Québec, Ministère de la Sécurité du Revenu, responsable de la condition féminine. 1995. *Stratégies du Québec pour les femmes, Bilan, constats, perspectives 1985-2000*, Québec, 183 p.

Gouvernement du Québec, Conseil du Statut de la femme, Direction de la recherche et de l'information. 1994. *Les mutilations génitales des femmes : quelques éléments d'information*, par Marie Moisan, Québec.

Govindama, Y. 1994. Les rites de l'enfance et la notion de secret. *Transitions*, #37. Revue de l'A.S.E.P.S.I., Paris. 55-76.

Griaule, M. 1975. *Dieu d'eau: entretiens avec Ogotomméli*. Fayard, Paris.

Harris, M. 1987. *Cultural Antropology*. 2nd edition, New York : Harper & Row.

Harvatopoulos, Y. ; Livian, Y-F & Sarnin, P. 1989. *L'art de l'enquête. Guide pratique*. Institut de Recherche de l'Entreprise (Groupe ESC Lyon). Éditions Eyrolles 137p.

Heneman, B., Legault, G., Gravel, S. Fortin, S. & Alvarado, É. (1994). *Adéquation des services aux jeunes familles immigrantes*. Montréal, Qc : École de service social, Université de Montréal et Direction de la santé publique de Montréal.

- Hosken, F.P. 1993. *The Hosken Report, genital and sexual mutilation of females*. Fourth Revised Edition. Published by Women's International Network News.
- 1994. *WIN-news*. Lexington, MA : Women's International Network.
- Hussein, L. et Shermarke, M.A.A. 1995. *Female Genital Mutilation. Report on Consultations Held in Ottawa and Montreal*. Ministère de la justice Canada.
- Ken, K.E. 1997. Female genital mutilation : the potential for increased risk of HIV infection. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 59 :153-155.
- Lee, R. 1993. *Doing Research on Sensitive Topics*. Sage Publications, London.
- Legault, G. et Lafrenière, M. 1992. *Femmes, migrations, interventions : une rencontre interculturelle*. École de service social, Université de Montréal.
- Lightfoot-Klein, H. 1989. *Prisoners of Ritual. An Odyssey Into Female Genital Circumcision in Africa*. Harrington Park Press, New York.
- Lorber, J. and Farrell, S.A. 1991. *The Social Construction of Gender*. Sage Publications. London.
- Maertens, J.-T. 1978. *Ritologiques II. Le corps sexionné*. Aubier Montaigne Ed., Paris.
- Makinson, C. 1994. Discrimination against the female child. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 46: 119-125.
- Maldona, M. et Bouchard, L. 1995. Nouveau problème de santé au Canada : la mutilation génitale. Dans *l'Omnipraticien*, 1er mars, pp.16-17.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Montréal, Qc : Gaétan Morin

- Mottin-Sylla, M-H. 1993. De quelques faux débats autour de l'excision. Incidences sur toute tentative d'action en la matière. *Psychopathologie africaine*, XXV, 3, pp. 347-361.
- Muller, J.-C. 1993. Les deux fois circoncis et les presque excisées. Le cas des Dii de l'Adamaoua (Nord Cameroun). *Cahiers d'Études africaines*. 132 (XXXIII-4): 531-544.
- Naidoo, J.C. 1992. The mental health of visible minorities in Canada. *Psy Dev Soc*, 4 : 165-186.
- Omer-Hashi, K.H. 1993. Female genital mutilation. *Treating the female patient*, vol.7, No2, 12-13.
- Organisation Mondiale de la Santé. 1994. *Mutilations sexuelles féminines* -Dossier d'information-
Genève, Division de la santé de la famille, 37 p.
- Ortiz, E.T. 1998. Female genital mutilation and public health : lessons from the british experience. *Health Care for Women International*, 19 : 119-129.
- Paillé, P. 1996. De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. In *La Recherche qualitative dans le domaine de la santé*, J. Archambault and P. Paillé (édit.). *Recherches Qualitatives*, Vol. 15, pp.179-196.
- Platzer, H. and James, T. 1997. Methodological issues conducting sensitive research on lesbian and gay men's experience of nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 626-633.

Renzetti, C.M. and Lee, R.M. 1993. *Researching Sensitive Topics*. Sage Publications, London.

Sindzingre, N. 1987. Autres cultures, autres mœurs? *Autrement*, # 93, 204-210.

Stevens, P. 1993. Marginalized women's access to health care: A feminist narrative analysis. *Advances in Nursing Science*. 16 (2): 39-56.

Thiam, A. 1978. *La parole aux négresses*. Denoël/Gonthier, Paris.

Toubia, N. 1994a. Female circumcision as a public health issue. *The New England Journal of Medicine*, September 15, Vol. 331, No11, pp. 712-716.

---1994b. Female genital mutilation and responsibility of reproductive health professionals. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 46: 127-135.

Vissandjée, B.; Leduc, N.; Gravel, S; Bourdeau, M. & Carignan, P. 1998. Les nouvelles immigrantes: prévention et promotion reliées à la santé. *L'infirmière canadienne*, 95(6), 33-45.

Weber Cannon, L., Higginbotham, E. & Leung, M. 1991. Race and Class Bias in Qualitative Research on Women. *The social Construction of Gender* (Lorber J. & Farrell S.A. eds), Sage Publications, London.

Williams Ntiri, D. 1993. Circumcision and Health among Rural Women of Southern Somalia as Part of A Family Life Survey. *Health Care for Women International*, 14: 215-226.

World Health Organization. 1997. *Female Genital Mutilation. Ajoint WHO/ UNICEF/ UNFPA Statement*. Geneva.

Vissandjée et al. (2001)

77

ANNEXES

ANNEXE A

Critères de sélection des répondant(e)s

1- Être originaire d'un pays où ces pratiques sont courantes:

En Afrique de l'Ouest et Afrique Centrale:

Nigeria, Niger, Mali, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Sierra Léone, Guinée, Guinée Bissau, Togo, Bénin, Tchad, Gambie, Mauritanie, Ghana, Libéria, Sénégal,

En Afrique de l'Est:

Égypte, Soudan, Somalie, Érythrée, Djibouti, Éthiopie, Kenya, Ouganda, Zaïre, Tanzanie, Rwanda, Burundi

2- Femme et hommes âgé(e)s de 18 ans et plus

3- Être installé(e) au Canada depuis moins de 5 ans.

La personne doit avoir un statut définitif au Canada:

- détenir la citoyenneté canadienne ou
- être résidant(e) permanent ou
- avoir un statut de réfugié(e) ou être en attente de statut.

À exclure de l'étude les personnes ayant un statut temporaire comme les étudiant(e)s par exemple ou les visiteurs.

4- Il n'est pas nécessaire que les femmes aient vécu cette expérience elles-mêmes.

5- Les répondant(e)s devront pouvoir s'exprimer soit en français soit en anglais

ANNEXE B

GUIDE D'ENTREVUE

*POUR L'INTERVIEWEUSE**

Nom de l'intervieweur: _____

Langue de l'entrevue: français anglais

autre: _____

(Si autre:) Nom de l'interprète: _____

Nom du transcripteur: _____

Lieu de l'entrevue: _____

Endroit où l'entrevue a lieu: _____

Date de l'entrevue: _____

Personnes présentes pendant l'entrevue

(enfant, etc): _____

Code d'entrevue: _____

Terme convenu: _____

**Le féminin sera utilisé pour alléger le texte.*

Pour commencer, l'intervieweuse se présente.

Ia. CARACTÉRISTIQUES*

1. De quel pays venez-vous?
2. Quel est votre groupe ethnique?
3. Quelle est votre langue maternelle?
4. Quelles langues parlez-vous?
5. Est-ce que vous êtes mariée?
Si oui _____>
Quel âge a votre mari/votre femme?
6. Est-ce que vous avez des enfants?
Si oui _____>
 - a. Combien de filles avez-vous?
 - b. Quel âge a-t-elle?/Quels âges ont-elles?
 - c. Combien de garçons?
 - d. Combien de personnes habitent sous votre toit?
7.
 - a. Depuis combien de temps est-ce que vous vivez au Canada?
 - b. Depuis combien de temps est-ce que vous vivez dans cette province?
 - c. Combien de fois êtes-vous retournée dans votre pays d'origine depuis que vous l'avez quitté?
8. Et ici, au Canada, quand vous avez besoin d'aide, qui peut vous aider?
 - a. des parents qui vivent avec vous ici?
 - b. des parents dans votre pays d'origine?
 - c. des personnes du même groupe ethnique ou du même pays que le vôtre?
 - d. des amis dans la communauté africaine?
 - e. d'autres amis (Canadiens/Québécois/etc.)?
 - f. des services sociaux?
 - g. votre communauté religieuse?
 - h. autres?

**Il est important de se limiter aux questions de ce guide. Il est cependant recommandé de les reformuler en cas de besoin afin de faciliter l'interaction avec la répondante.*

II. CONNAISSANCES, EXPÉRIENCES ET OPINIONS

Insérer le terme convenu aux endroits indiqués par les pointillés <<----->>.

J'aimerais maintenant parler avec vous de -----.

A. CONNAISSANCES

9. Dans votre pays d'origine, quels sont les groupes ethniques qui pratiquent les -----
?
10. Quels types de ----- sont pratiqués?
11. À quel âge une fille est-elle -----?
12. En général, qui pratique les -----? (sage-femme, etc)
13. Pourriez-vous m'expliquer pourquoi on pratique les -----?
14. a. Quels sont les avantages des -----?
b. Quels sont les désavantages des -----?
15. Quelle est la place de cette pratique dans votre culture?
16. Est-ce que les hommes de votre communauté accepteraient d'épouser une femme non -----?
Si le répondant est un homme: Et quelle est votre position sur ce point?

II.

B-1. EXPÉRIENCES - Excision/infibulation

17. À votre avis, est-ce que cette pratique existe au Canada?
Si oui _____>
a. Comment la décision est-elle prise?
18. Parfois, il y a des groupes qui font venir une exciseuse d'Afrique. Comment est-ce que cela se passe?
19. Est-ce qu'il arrive que les gens envoient leurs enfants dans leur pays d'origine afin de les faire -----?

Questions se rapportant aux enfants:

20 A. *Si la répondante a une ou des filles.*
Est-ce que vous avez fait ----- votre/vos filles?

Si oui _____>

Pour la première fille:

- a. Comment a été prise la décision de le faire?
- b. À quel endroit a-t-elle été -----?
 - (i) au Canada, dans votre pays d'origine, autre
 - (ii) chez vous, chez un autre membre de la famille, à l'hôpital, etc.
- c. Par qui est-ce que l'----- a été pratiquée?
- d. Est-ce qu'il y a eu une cérémonie?
- e. Est-ce que votre/vos fille(s) a/ont eu la même sorte d'----- que (vous/votre femme/sœur)?

Si non _____>

Pour la première fille:

- f. Pour quelles raisons?
- g. Comment êtes-vous arrivée à cette décision?
- h. Est-ce qu'il y a eu une réaction dans votre famille ou dans votre communauté?

Reposer la question no 20 séparément pour chaque fille.
Par exemple: "Et pour votre deuxième fille:"

Si 20A s'applique à la répondante, ne pas poser 20B.

Si 20A ne s'applique pas à la répondante, passer à 20B.

- 20 B. Si la répondante a une fille qui n'a subi aucune pratique ou si la répondante risque d'avoir des enfants dans l'avenir.

Est-ce que vous feriez ----- votre/vos filles dans l'avenir?

Si oui ----->

- a. Pour quelles raisons?
- b. Comment la décision est-elle prise? Qui voudrait qu'elle soit -----?
- c. À quel endroit est-ce qu'elle serait -----?
 - __i. au Canada, dans votre pays d'origine, autre
 - __ii. chez vous, chez un autre membre de la famille, à l'hôpital, etc.
- d. Par qui est-ce que l'----- serait pratiquée?
- e. Est-ce qu'il y aurait une cérémonie?
- f. Est-ce que votre/vos fille(s) aurait la même sorte d'----- que (vous/votre femme/sœur)?

Si non ----->

- g. Pour quelles raisons?
- h. Comment la décision serait-elle prise?

21. Est-ce que des membres de la famille encouragent les personnes à pratiquer les -----?

Si oui ----->

Est-ce que cette influence vient

- a. de la famille immigrée au Canada? Quelles personnes (e.g. mère, oncle, etc)?
- b. de la famille qui vit ailleurs (dans le pays d'origine). Quelles personnes (e.g. mère, oncle, etc)?

22. Que se passe-t-il si une immigrante ou un immigrant canadiens refusent de continuer cette pratique?

B-2. EXPÉRIENCES - Réinfibulation

23. Il y a une autre pratique: la réinfibulation ou recirconcision de la femme. Est-ce que vous êtes au courant de cette pratique?

Si non, passez à la question 24.

Si oui _____>

a. Pour quelles raisons est-ce qu'on la pratique?

b. Est-ce que certaines femmes veulent être réinfibulées?

Si oui---> Quelles sont les raisons qui expliquent cela?

c. Est-ce que certains hommes veulent que leurs femmes soient réinfibulées?

Si oui---> Quelles sont les raisons qui expliquent cela?

d. Est-ce que la réinfibulation a un effet sur les rapports intimes?

e. Y a-t-il des conséquences reliés à la réinfibulation?

f. À votre avis, est-ce que cette pratique existe au Canada?

Si oui --->À quel endroit la femme est-elle réinfibulée (à l'hôpital, à la maison)?

--->Par qui est-elle pratiquée?

g. Qu'est-ce qui arrive à une femme infibulée enceinte au Canada: comment l'accouchement se passe-t-il?

Si la répondante est parent:

h. Est-ce que vous avez/votre femme ou la mère des enfants a accouché au Canada?

Si oui --->Est-ce qu'on vous/l' a réinfibulée ?

Si oui à la réinfibulation--->

__i. À quel endroit a-t-elle été réinfibulée (à l'hôpital, à la maison)?

__ii. Par qui la réinfibulation a-t-elle été pratiquée (médecin, sage-femme, etc)?

__iii. Qui a demandé la réinfibulation?

III. SANTÉ

24. Est-ce que la ----- peut avoir un effet sur la santé?

Si oui _____ >

Quels effets?

25. Est-ce qu'il peut y avoir des complications à cause de -----?

Si oui _____ >

a. *Demander des détails.*

b. Quelle est la complication la plus grave?

c. Est-ce que vous pensez qu'on peut mourir suite à une -----?

Si non _____ >

Demander des détails.

26. Est-ce que les gens de votre communauté ici au Canada sont au courant des risques de ----- sur la santé des filles et des femmes?

27. Avec le -----, des parties intimes du corps sont enlevées. Est-ce qu'il y a un effet sur la sexualité de la femme?

IV. STRATÉGIES

28. a. Qu'est-ce que vous savez des réglementations canadiennes sur les ----?
----?

b. Est-ce que les membres de votre communauté savent que les ---- ne sont pas autorisées au Canada?

c. Pensez-vous qu'une loi peut avoir un effet sur ces pratiques?

Si oui _____>

Demander des détails.

Si non _____>

Demander des détails.

29. Est-ce que vous pensez qu'on doit essayer d'arrêter ces pratiques?

Si oui _____>

a. Qu'est-ce qu'il faut faire pour les arrêter?

b. Quels types de messages pourraient convaincre les gens de votre communauté de ne pas pratiquer des ---- sur les filles?

c. Quelles sont les meilleures personnes pour faire passer ces messages (chefs religieux, dirigeants des associations des communautés, dirigeants politiques, personnel des services sociaux et de la santé, organismes de femmes, etc.)?

d. Dans quelles langues est-ce qu'on devrait faire passer ces messages?

Si non _____>

Pour quelles raisons?

Ib. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

31. Femme

Homme

32. Quelle est votre religion?

33. Quel est le dernier niveau de scolarité que vous avez complété?

primaire

secondaire/collège

CÉGEP/lycée

1er cycle universitaire

2ième ou 3ième cycles universitaires

34. Quel est votre groupe d'âge?

moins de 15 ans

40-44

15-19

45-49

20-24

50-54

25-29

55-59

30-34

60-64

35-39

65+

38. Est-ce que vous avez d'autres commentaires et suggestions?

ANNEXE C

Guides de discussion

Groupe de discussion tenu à Montréal auprès de femmes immigrantes

13 décembre 1998

Présentation des buts du groupe de discussion

The purpose of today's focus group is to discuss health care. We are interested in gathering the ideas and opinions of each of you. Of course, our discussion is completely confidential. This means that we are interested in what you have to say, but will not identify who says what.

Introduction

Pour commencer, faire un tour de table pour se présenter. Chacune devra dire qui elle est, d'où vient-elle et depuis combien de temps il est au Canada. (À cause de la confidentialité ces informations doivent être fournies à nouveau même si la personne a déjà participé à l'entrevue individuelle). Comment avez-vous utilisé le système de santé depuis votre arrivée au Canada? À quelles occasions?

1. Que pensez-vous du système de santé canadien?
2. Nous allons aborder une section qui concerne vos rapports avec les ressources médicales (personnel, techniques)? Quel genre d'expérience avez-vous eu? (négatives ou positives)
3. Nous aimerions aborder avec vous maintenant un aspect portant essentiellement sur des services de santé propre aux femmes c'est-à-dire tout ce qui touche à la naissance des enfants. Commençons par les examens de routines incluant les examens gynécologiques? Qu'en pensez-vous?
4. Nous allons maintenant nous entretenir sur l'accouchement en tant que tel: que pensez-vous des conditions d'accouchement? (Rapport avec les intervenants, ressources techniques, difficultés quelconques...)
5. Pouvez-vous nous décrire vos rapports avec le personnel médical touchant ces deux aspects (accouchement & gynéco)?
6. Quels seraient selon vous, les besoins en matière de santé qui concernent particulièrement les femmes de votre communauté?
7. Quelles sont vos recommandations pour améliorer le recours au services de santé? (Y aurait-il des choses que vous voudriez voir changer?)

Conclusion

Faire un résumé de ce qui a été dit et demander s'il y aurait autre chose à rajouter avant de conclure.

Focus Group

Toronto Somali immigrant women

Sunday, December 6 1998

Presentation of the goals of the focus group

The purpose of today's focus group is to discuss health care. We are interested in gathering the ideas and opinions of each of you. Of course, our discussion is completely confidential. This means that we are interested in what you have to say, but will not identify who says what.

Introduction

To begin, let's go around the table, and get to know each other so that we can talk. Each of us will say who we are, where we're from and how long we have lived in Canada.

1. How have you made use of the health care system since arriving in Canada?
Which kind of services have you already used?
2. I would like to discuss childbirth with you: What do you know about giving birth in Canada?
3. Suppose you had to give advice to a woman from your community about her delivery: What would you say?
4. After childbirth, a certain amount of re-sewing must take place. What has been your experience with that?
5. Are women today reinfibulated?
7. What is the most important thing we talked about?
8. What are the health needs within your community?