

Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse
sous la présidence de madame Régine Laurent

LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES AU QUÉBEC

Par Luce Cloutier et Andrée Yanacopoulo (membres fondatrices de PDF Québec)

PLAN GÉNÉRAL

Cela se fait au Québec : il est de notre devoir de Québécoises et de Québécois d'essayer de savoir et de comprendre ce qu'il en est exactement. Et plus précisément, de faire en sorte que soient protégées de ce terrible sort les petites filles qui, venues d'ailleurs, sont maintenant des Québécoises à part entière.

INTRODUCTION

- 1^{er} problème : absence de données qualitatives et quantitatives.
Pourquoi ?
- 2^e problème : aucun signalement...silence total des professionnels de la santé, des enseignants, des éducateurs, des médias, etc.
- 3^e problème : une certaine complicité (fort compréhensible) entre immigrant-e-s de même origine dans le pays d'immigration
- 4^e problème : proximité et relations avec le pays d'origine (nouveaux moyens de communication, identité, etc.)
- 5^e problème : justification proposée par les concepts de relativisme culturel et multiculturalisme.

CE QUI PEUT ET QUI DOIT ÊTRE FAIT

- Informer et éduquer les candidats à l'immigration avant même leur départ
- Collecter des données qualitatives
- Développer des réseaux médicaux, sociaux, associatifs...
- Coopérer avec les associations de terrain dans d'autres pays
- Développer des groupes de médiation interculturelle
- Étudier les comportements et le rôle des hommes
- Renforcer le système de santé
- Refuser la médicalisation de l'opération
- Mettre à bas le secret professionnel quant aux MGF

CONCLUSION

INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'aujourd'hui vivent dans le monde environ 150 millions de femmes qui ont subi une mutilation génitale, soit l'ablation totale ou partielle des organes génitaux féminins externes – laquelle, pratiquée dans un but non thérapeutique, a un fondement strictement culturel. Cette mutilation s'accompagne d'une douleur fulgurante, est suivie de complications nombreuses qui, lorsqu'elles n'entraînent pas la mort, provoquent tant sur le plan physique que sur le plan psychologique des dégâts et des complications variées. On peut, en gros, avancer que chaque année 2 à 3 millions de nouvelles excisions sont effectuées, soit que chaque jour 6 000 femmes, soit 5 femmes par minute. Autrement dit, depuis que nous avons commencé à vous parler, plus de 30 femmes ont été ainsi mutilées.

Les organismes internationaux s'entendent aujourd'hui pour distinguer cinq types d'E/MGF :

- La clitoridectomie (type 1) : ablation partielle ou totale du capuchon du clitoris et/ou du clitoris;
- L'excision (type 2) : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres; c'est la plus souvent pratiquée.
- L'infibulation (type 3) encore dite « excision pharaonique » : ablation du clitoris, des petites et des grandes lèvres, puis suture de la vulve (parfois à l'aide d'épines) pour ne laisser ouvert qu'un espace minuscule permettant à l'urine et au flux menstruel de s'écouler.
- Toutes autres interventions pratiquées sur les organes génitaux à des fins non thérapeutiques (type 4) : incision et ponction du clitoris, étirement de ce dernier accompagné ou non de l'étirement des lèvres, brûlure du clitoris et des tissus adjacents, introduction de substances corrosives dans le vagin afin d'obtenir de ce dernier qu'il se resserre, cautérisations, percement, scarifications et autres.

Il serait donc plus exact de parler d'excisions au pluriel.

L'opération est faite à l'aide d'un rasoir ou encore d'un couteau de cuisine, bien souvent presque non aseptisés. L'exciseuse a la plupart du temps la vue basse, il lui arrive de couper le sphincter de l'urètre (D^r Michel Akotonga, gynécologue-obstétricien au Burkina Faso). Le plus souvent, pour pouvoir opérer à l'aise, elle immobilise fortement la petite fille à terre, occasionnant quelquefois à l'enfant une ou plusieurs fractures. Enfin, dans les pays où la loi interdit l'excision, les tenants de la coutume font opérer l'enfant à une semaine – quoi de plus banal qu'un bébé qui pleure?

Du fait de la multiplication des flux migratoires, c'est dans tous les pays que l'on retrouve des femmes excisées, dans tous les pays que des femmes sont ainsi mutilées. Dans tous les pays, le Canada y compris et officiellement, le Québec forcément. Même si l'on ne peut, si l'on ne veut y croire. Il est de notre devoir de Québécois et de

Québécoises d'essayer de comprendre ce qu'il en est exactement chez nous afin d'arriver à enrayer ce fléau, à protéger les petites Québécoises issues de l'immigration. Il nous faut, pour cela, faire face à plusieurs problèmes :

**1^{er} problème : absence de données qualitatives et quantitatives.
Pourquoi ?**

Il est utile de disposer de données qualitatives et quantitatives, et ce, pour diverses raisons :

- afin de cerner le phénomène: les raisons d'être de la pratique et les résistances à son abandon ;
- afin de mesurer l'usage et étudier l'évolution de ces pratiques sociales et familiales face au renforcement continu des politiques de lutte contre les MGF : en connaître la portée, savoir dans quelle région du Québec elles sont principalement exécutées, de quelle manière? Par qui? Où ? Comment ? Qui sont les principales concernées ? Les petites filles de quel âge ? Les bébés ? Comment cela est-il fait? Transporte-on les petites filles au pays d'origine ou les envoie-t-on, pendant les vacances scolaires, rendre visite à une tante ou à une grand-mère averties de la véritable raison de cette visite? Combien sont-elles à avoir vécu cela ici ?
- afin d'approfondir la recherche sur les conséquences sanitaires de ces pratiques ;
- afin de définir une action publique congruente et agir en conformité avec les politiques internationales.

Le manque de données qualitatives et quantitatives accessibles sur la question des mutilations génitales féminines au Québec prouve le peu d'intérêt accordé à cette question. Comment intervenir dans un tel contexte ?

On le sait, elles sont pratiquées sur notre territoire, quand bien même il n'y a jamais eu de cas avéré et officiellement référé à la justice. Notre affirmation se base sur les éléments suivants :

- des sous-entendus de femmes immigrantes quant à l'exécution de ces pratiques ici, au Québec, réalisées en cachette, au domicile des parents ou dans des foyers d'immigrants, ou encore exécutées illégalement par certains médecins;
- le silence de certaines immigrantes qui, par peur de nommer, préfèrent se conformer à la loi du silence qui perdure dans les sociétés africaines et autres;
- le documentaire *Un mal qui fait encore mal* (réalisé par André Gaumont au Québec, produit par Les productions de l'Éveil) dans lequel le D^r Foldès, le spécialiste qui a mis au point une chirurgie réparatrice de certaines MGF, évoque très précisément leur présence au Canada, ainsi que M^{me} Monique Mujawamaria, directrice générale du mouvement

« Mobilisation enfants du monde » : originaire d’Afrique mais naturalisée canadienne, elle affirme elle aussi que ces mutilations se pratiquent au Québec. En Ontario également, des immigrantes du groupe Oasis Centre des femmes ont mentionné leur pratique au pays;

- les déclarations de femmes immigrantes vivant en Ontario qui confirment l’existence de telles pratiques au Canada : déclarations enregistrées par la Commission des droits de la personne de ladite province;
- le personnel ou les intervenants et intervenantes soit dans le domaine de la santé soit dans celui des affaires sociales, qui soutiennent que ces pratiques font partie de la culture des immigrantes et que les interdire reviendrait à stigmatiser et isoler ces dernières, que donc il serait injustifié de les interdire.

Puisque très vraisemblablement des gens sont au courant, pourquoi ne protège-t-on pas les petites filles ? Elles vont grandir sur une terre différente de celle de leurs parents, dans une société tout autre que celle où ces derniers ont vécu. Elles vont se trouver en étroite relation avec de jeunes Québécoises auxquelles elles vont vouloir ressembler. Que pourra-t-on leur répondre quand elles demanderont pourquoi elles n’ont pas été protégées contre ces pratiques et contre les conséquences avec lesquelles il leur faut vivre?

- **2^e problème : aucun signalement jusqu’à ce jour. On est en droit de présupposer un silence total de la part des professionnels de la santé, des enseignants, des éducateurs, des medias, etc.**

Ce deuxième problème dérive en fait du précédent : il en est la conséquence... voire très probablement le catalyseur ?

Chose certaine, si des cas ont été signalés à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPJ), nous n’en avons jamais entendu parler. Or, pratiquer ou faire pratiquer un tel geste constitue un crime, lequel relève du Code criminel canadien s’il est accompli ici ou s’il est la raison d’être du transport de l’enfant à l’étranger dans le but de lui faire subir une telle opération.

Si des médecins ou des infirmiers et infirmières, bref des gens relevant du personnel de santé en sont témoins, pourquoi ne font-ils pas connaître telle ou telle situation ? La question se pose également pour les personnels de garderie, de centres des jeunes, des enseignants et professeurs, des travailleurs sociaux, bref, de tous ceux et toutes celles qui sont en contact avec des enfants du sexe féminin.

Nous affirmons que garder le silence équivaut à être complices de tels, car ces intervenants et intervenantes sont insérés dans des structures censées protéger ces petites filles de toutes formes d’agression, de dommage physique ou psychologique.

- **3^e problème : une certaine complicité (fort compréhensible) entre immigrant-e-s de même origine dans le pays d’immigration**

Une certaine crainte éprouvée à l'idée de rapporter ces pratiques auprès des instances gouvernementales, voire une complicité latente ou manifeste seraient-elles en jeu? Il semble bien que, quoi qu'il en soit, peur et complicité forment le couple parfait pour assurer la pérennité de cette pratique. Ajoutons-y la complaisance d'agents ou de travailleurs dans le secteur communautaire ou dans celui de la santé au nom de l'argument, péremptoire à leurs yeux : C'EST LEUR CULTURE ! Ils invoquent cet argument comme s'il faisait partie des droits acquis. Mais lorsque des pratiques sont néfastes, qu'elles entraînent des conséquences dramatiques pour les personnes qui les subissent, des conséquences qui peuvent aller jusqu'à la mort, il faut se rendre à l'évidence et travailler à les faire cesser afin d'éviter des drames inutiles.

Au Québec, les émigrés s'enferment dans un certain mutisme qui prouve bien qu'ils connaissent l'interdiction légale de cette pratique. Ce repliement sur soi risque de constituer un mauvais départ pour leur intégration, un sentiment de mise à l'écart, de différence, d'isolement, de souffrance et de stigmatisation couplés à une survalorisation de leur culture, de leur appartenance et par le fait même une fixation identitaire – et donc de l'angoisse en cas d'arrêt ou d'abandon des MGF. De fait, selon Sophia Koukoui¹, ces pratiques entraîneraient, pour les femmes qui les ont subies, des sentiments contradictoires où s'entremêlent des sensations de plénitude féminine et de spoliation, des impressions de fierté, car elles marquent leur appartenance au groupe, couplées à des perceptions de honte, de peur de la différence et de la coutume elle-même.

Il reste que sur cet important problème des MGF, la loi du silence prévaut.

Du côté des aînés. Du côté des petites filles et du côté des jeunes filles aussi : il est impensable à leurs yeux de remettre en question les conceptions éducatives de leurs parents. Le respect dû aux aînés et donc l'attachement au groupe social et la peur d'être rejetée par la communauté constituent des freins au changement et plus particulièrement à l'abandon de pratiques traditionnelles – ce qui, paradoxalement, entraîne une fixation des dites pratiques alors même que ces dernières peuvent être en train de changer dans le pays d'origine.

Aussi bien, la plupart du temps, les jeunes filles protègent-elles leurs parents des sanctions judiciaires et renoncent-elles à faire valoir leurs droits – d'où cette loi du silence : se révolter, remettre en cause les traditions des parents, dépasser la honte, demander ou accepter de l'aide, refuser de se soumettre, tout cela constitue des épreuves difficiles que ces fillettes, pourtant exposées au risque d'une excision, se sentent incapables d'affronter.

L'intégration socioculturelle et psychologique est un élément essentiel de la cohésion sociale de la société d'accueil d'une part, du bien-être individuel de l'immigrant d'autre part. Comment alors pourra s'intégrer une enfant qui, elle, devra grandir et vivre au Québec tout en étant soumise à la pression d'une famille qui, elle, ne voulant pas rompre avec la société et donc les modes de comportement de la société qui l'a vu naître veut faire exciser ses filles? Immigrée ou née ici, elle est appelée à évoluer dans une culture hybride, à cheval sur les valeurs de ses parents et sur celles de la société

¹ Sophia Koukoui, CLSC Côte-des-Neiges, Conférence du 9 octobre 2014.

d'accueil, à savoir des Québécoises et des Québécois qu'elles côtoieront à l'école, au gré de ses activités, de ses loisirs, de ses amitiés. Elle va être initiée à d'autres manières de voir, de faire et de penser, confrontée à des valeurs à la fois semblables et différentes de celles de la société de sa famille immédiate mais aussi de celle restée au pays. Bref, arrimée aux désirs de ses parents et dans l'impossibilité de faire des choix, de faire montre d'autonomie, de comprendre ce qui est en jeu dans ces pratiques culturelles - et tout particulièrement celle de l'excision qui, une fois accomplie, peut exclure « d'une manière intime, secrète, empreinte de honte, de la société des femmes libres de leurs corps² ». Ces jeunes filles vont alors découvrir leur différence et, par voie de conséquence, éprouver des difficultés d'adaptation à cette culture qui n'est pas celle de leurs parents mais qui leur permet de faire des choix.

Des études ont montré que, pour les femmes vivant en Occident, les difficultés psychologiques occupent le premier plan. En particulier, une fillette excisée lors d'un retour au pays à l'occasion de vacances risque de garder son expérience secrète, car elle en aura honte ou aura subi des pressions visant à la faire taire. Elle peut être victime d'un grave traumatisme psychologique en perdant confiance en ses parents, ses tantes, ses grands-parents, ce qui peut générer angoisses, dépression, irritabilité chronique et à plus long terme, difficultés sexuelles, conflits de couple ou psychose. Au contraire, des jeunes filles sensibilisées aux effets néfastes de ces pratiques peuvent s'opposer aux parents, et cet affrontement entraîner des conflits familiaux, mais aussi ouvrir la porte aux changements...

² Linda Weil-Curiel, *Le livre noir de la condition des femmes*, sd Christine Ockrent, XO éditions, Paris, 2006 : 196 (édition de poche).

- **4^e problème : proximité des relations avec le pays d'origine (nouveaux moyens de communication, identité et autres)**

Les nouveaux moyens de communication assurent aux immigrants de rester relativement très proches des leurs restés au pays d'origine, ils agissent tel un cordon ombilical. Et famille et amis font pression pour assurer la continuité, la perpétuation de ces pratiques. De son côté l'immigrant, plongé dans une société inconnue, se raccroche par leur intermédiaire à son milieu d'origine et tente de rester fidèle à son appartenance première. Les moments difficiles qu'il peut traverser risquent de le catapulter dans la réalisation de pratiques qui lui confirment son appartenance, le font se sentir proche des siens, du pays qu'il a quitté. Quant aux femmes, isolées, psychologiquement fragiles, elles sont souvent ignorantes de leurs droits et de ceux de leurs enfants.

- **5^e problème : justification proposée par les concepts de relativisme culturel et de multiculturalisme.**

La culture, ciment du vivre ensemble, est transmise par la famille, l'école et autres moyens de socialisation, d'enculturation et de communication existant dans une société donnée. Même si des sous-groupes se forment et se créent, la grande majorité reste soudée par l'acceptation des valeurs communes de sa collectivité, à savoir les principes généraux tant pratiques que moraux auxquels elle adhère et qui la différencient des autres sociétés.

Depuis une vingtaine d'années, le Québec a accueilli grosso modo un million de migrants. Généralement parlant, les communautés immigrantes se sentent plus tenues de respecter leurs traditions que leur groupe d'origine resté au pays; on peut y voir une réaction de protection de soi contre ce qui est nouveau, étranger. Chose certaine, la vogue du multiculturalisme aidant, chacun et chacune se voit sans plus encouragé-e à entretenir les coutumes et les traditions qui sont siennes. Par ailleurs, comme nous l'avons déjà mentionné, les téléphones portables, les courriels, en facilitant les communications, permettent de rester beaucoup plus étroitement en contact avec ceux que l'on a laissés derrière soi. Bref, le pays d'origine reste pour ainsi dire collé à soi – c'est comme si l'on vivait à la fois ici et ailleurs. La défense de l'identité devient viscérale, vitale : des accusations d'hégémonie culturelle et de colonialisme lancées à l'endroit des féministes occidentales ou d'intervenants ayant émis des jugements moraux négatifs constituent les derniers retranchements de l'affirmation de l'identité culturelle.

Or, il s'avère qu'une confrontation des valeurs devient nécessaire pour garantir la protection à laquelle les nouvelles arrivantes ont droit.

Comment contrer ces arguments présentés par les familles qui souhaitent perpétuer leurs coutumes et par conséquent refusent qu'en soient protégées leurs petites filles ? Ainsi que le rappelle un sociologue sénégalais (Sow³), il ne s'agit pas de hiérarchiser les

³ Adboulaye Doro Sow, « Déconstruire les arguments culturels sur les mutilations génitales féminines (MGF) », Nouakchott : ERMGF, 2014.

cultures, mais de faire comprendre que certaines façons de faire violent le droit à l'intégrité corporelle, nuisent à la santé, portent atteinte à la dignité humaine et, qui plus est, risquent même d'entraîner la mort.

Ainsi donc, les enjeux sont multiples et complexes : par rapport à l'intégration dans le pays d'immigration qui est la terre de résidence des petites filles déjà sur terre ou à naître, par rapport aux parents et à leur culture qui est autre, et par rapport aux droits de la personne. Les conséquences sur la santé physique et psychologique, les aspects légaux et culturels, spécifiquement ceux liés à la question de l'identité constituent des antidotes aux arguments favorables à la pratique.

Enfin, il faut refuser les résistances à ce que d'aucuns désignent comme une manifestation de l'hégémonie sociale et culturelle occidentale, car elles ne sauraient légitimer des traitements que l'on est en droit de qualifier de tortures contraires aux droits humains et au respect de la personne. Sans compter que les cultures changent, elles évoluent à travers le temps, elles ne sont pas figées...

Les MGF constituent des attaques corporelles et psychologiques, une torture qu'il faut absolument interdire. Comme le rappellent les femmes victimes de ces pratiques, *nous sommes des survivantes...*

CE QUI PEUT ET DOIT ÊTRE FAIT

Ainsi donc, la pratique des MGF se perpétue en raison d'un ensemble complexe de facteurs culturels, sociaux et religieux intrinsèquement liés à des croyances, des valeurs, des représentations et des attitudes traditionnelles associées à la sexualité des femmes et à la volonté de régir les capacités sexuelles et génésiques de celles-ci.

Même si, à l'heure actuelle, le Québec manque de données sur la situation qui prévaut, sur ce qui se fait et ce qui se perpétue, on peut envisager un certain nombre d'actions, comme nous l'avons déjà montré dans notre livre et au cours de diverses conférences.

Par exemple et parmi bien d'autres possibles : informer les candidats à l'émigration avant même leur départ, mettre en train des programmes et des groupes de médiation interculturelle, analyser en profondeur les points de vue des hommes, renforcer le système de santé, refuser la médicalisation de l'opération, ne plus admettre que les professionnels de la médecine se retranchent derrière le secret médical, etc.

En conséquence de quoi l'invitation est lancée aux politiciens à s'investir concrètement par l'octroi de subventions à long terme pour financer et reconnaître l'importance de l'éradication de ces pratiques, car à elle seule la législation est impuissante; il faut des mesures d'accompagnement et l'attribution de fonds – lesquels, pour l'heure, font cruellement défaut.

Rappelons que Philippe Couillard avait pourtant promis d'adopter un plan d'action en 2005-2006 lorsqu'il était ministre de la Santé. En attendant mieux, l'on peut tout de même agir, par exemple :

1. Informer et éduquer les candidats à l'émigration avant même leur départ.

Il y a tout un travail préparatif conjoint à faire entre le pays d'immigration et le pays d'origine : lors de la demande d'immigration, il faut faire connaître au

postulant la législation canadienne. Et ce, dans sa langue. Une fois arrivé, l'immigrant doit être mis au courant, par les agents d'immigration, des lois du pays et des conséquences de leur non-respect.

2. Collecter des données qualitatives :

- Sur la diversité de situation des femmes, sur ce qu'elles savent des conséquences de la pratique et des raisons pour lesquelles les familles la perpétuent.
- Les raisons pour lesquelles des professionnels de la santé procèdent à ces pratiques, et comment soigner celles qui les ont subies.
- Les conséquences néfastes que cet acte peut entraîner sur les trajectoires de vie des femmes.

3. Développer des réseaux médicaux, sociaux, associatifs afin d'optimiser l'accompagnement des familles. Mettre en place les ressources nécessaires : médiation interculturelle, brochures à l'intention des médecins, des infirmières et des professionnels d'autres milieux, plate-forme de formation pour les personnels de santé afin de les aider à identifier et à accompagner les femmes mutilées.

4. Coopérer avec les associations de terrain en Afrique et élaborer des programmes et des campagnes d'éducation et d'information, de sensibilisation aux droits humains de façon à modifier la manière dont ces pratiques sont perçues, et par voie de conséquence permettre aux groupes concernés d'appliquer la loi - parce qu'ils auront collectivement décidé de mieux respecter la santé et les droits fondamentaux de leurs femmes et de leurs filles. L'un des moyens opérants pour ce faire est d'inviter les communautés pratiquant les MGF à dialoguer et à coopérer.

5. Développer des programmes et des groupes de médiation interculturelle aptes à encourager la coopération entre les familles, les migrants et les institutions publiques. Aborder les questions intimes avec doigté lorsque, par exemple, on parle de l'inadaptation de la tradition au contexte contemporain ou de l'affaiblissement du contexte rituel dans les cas de MGF pratiquées sur des filles de plus en plus jeunes. Veiller à ne pas offenser la tradition, à bien établir des liens entre le pays d'origine et le pays d'immigration.

6. Étudier les comportements et les opinions des hommes : ce sont eux les piliers de l'existence des MGF, ce sont eux qui commandent l'exécution de ces pratiques. Weil-Curiel mentionne que « en réalité, l'excision ne se fait pas sans l'assentiment du père, mais il appartient à la mère d'en prendre l'initiative et d'en fixer les modalités. Si la femme ne travaille pas, elle ne dispose pas d'autres ressources que celles de son mari pour payer l'exciseuse (à moins qu'elle ne puise dans les allocations familiales, si elle les perçoit). C'est souvent ce financement qui a permis d'impliquer les pères dans les

affaires d'excision, même quand ceux-ci pouvaient prouver être au travail au moment des faits⁴ ».

- 7. Renforcer le système de santé** en élaborant des supports de formation, des outils et des lignes directrices à l'intention des professionnels de la santé pour les aider à prendre en charge et à conseiller les femmes qui ont été mutilées. Assurer une formation initiale et continue par la prévention et la prise en charge.
- 8. Contrer/Refuser systématiquement la médicalisation de l'opération** (excision, infibulation, réinfibulation et toute autre forme d'atteinte à l'intégrité du corps).
- 9. Mettre à bas le secret professionnel quant aux MGF.**
La pédophilie active, les maladies vénériennes, le sida, etc. sont des maladies à déclaration obligatoire. Pourquoi refuser d'y inclure les MGF ? Le premier devoir d'un médecin n'est-il pas de protéger un enfant ? Et non des adultes qui, eux, connaissent la loi ?

CONCLUSION

Les mutilations génitales féminines s'inscrivent dans le long cortège des violences faites aux femmes parce que femmes, plus particulièrement dans celles des violences sexuelles. D'où, d'ailleurs, la nouvelle dénomination qui leur est, depuis plus d'un an, attribuée en France, à savoir celle mutilations sexuelles féminines. Quant à nous, nous nous étonnons du silence qui entoure cette pratique, nous nous scandalisons de la persistance de sa clandestinité ici, au Québec. Ce silence, qui nous semble dans certains cas volontairement entretenu, il faut à tout prix le briser.

Et comme ces pratiques sont légalement interdites sur le territoire du Québec, nous n'avons pas à réclamer quelque dispositif juridique que ce soit pour asseoir notre demande. Car il s'agit bien évidemment d'abord et avant tout d'empêcher que des petites filles encore intactes se voient atteintes dans l'intégrité de leur corps et la qualité de leur psychisme. Ces petites filles sont maintenant des Québécoises, elles sont appelées à vivre dans une société autre que celle de leurs origines, celle où, pour des raisons diverses, leurs parents ont choisi de vivre de préférence à la leur, bref une culture à laquelle elles sont en train de s'intégrer : à savoir, adopter les façons de penser et de se comporter d'une société qui refuse d'entériner qu'il soit porté atteinte au corps d'un individu quel qu'il soit, homme ou femme, fille ou garçon. Rappelons, ne serait-ce que pour l'exemple, la situation particulière en Belgique des certificats d'intégrité sollicités par le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (CGRA): ce dernier

⁴ Linda Weil-Curiel, in *Le livre noir de la condition des femmes*, sd Christine Ockrent, XO éditions, Paris, 2006 : 195-214 (édition de poche).

sollicite annuellement un certificat médical d'intégrité de la fillette dont la famille a obtenu l'asile sur base d'une crainte de MGF de l'enfant en cas de retour au pays. Si le certificat médical constate que la fillette a fait l'objet d'une MGF, le CGRA estime qu'il peut mettre fin au statut de réfugié.

Le droit international ne cesse de répéter la nécessité de respecter l'intégrité corporelle de l'individu, mais la grande quantité de lois énoncées ne fait que prouver leur inefficacité. Pour atteindre notre but, il nous faut unir nos forces et notre bonne volonté. « Un seul morceau de bois donne de la fumée, mais pas du feu », dit un proverbe éthiopien.
