



# Introduction à la face cachée des mutilations sexuelles féminines

par

## Emmanuelle Ayotte

De jour en jour, la planète évolue et progresse. Plusieurs pourraient affirmer qu'il faut avancer avec elle et éviter des pratiques considérées comme arriérées. La religion elle-même semble perdre des fidèles dans certains endroits du globe pour ces raisons. Pourtant, certaines pratiques persistent malgré leur caractère néfaste. C'est le cas des mutilations génitales féminines.

Les pratiques de mutilations sexuelles féminines remontent à plus de 5000 ans (Ayonrinde, O. *et al.*, 2002, p.161). Une momie égyptienne datant de cette ère en aurait été victime (Ayonrinde, O. *et al.*, 2002, p.161). Auparavant, l'Europe et l'Amérique faisaient aussi partie des régions les plus touchées par les mutilations sexuelles (Ayonrinde, O. *et al.*, 2002, p.161). À Rome, par exemple, on pouvait observer des anneaux de métal posés dans les lèvres des femmes pour prévenir la procréation (Ayonrinde, O. *et al.*, 2002, p.161). En Angleterre, la ceinture de chasteté répondait au même besoin; contrôler la vie sexuelle de la femme (Ayonrinde, O. *et al.*, 2002, p.161). Bref, les mutilations sexuelles sont loin de former un phénomène nouveau.

Plusieurs recherches prouvent les dangers des mutilations sexuelles féminines sous plusieurs angles (OMS 2008, p.25). Ces recherches permettent également d'envisager de nouvelles pistes de solutions pour contrer ces pratiques (OMS, 2008, p.24). Par contre, il y a très peu de recherches ayant pour cible les migrants en provenance de pays où l'on pratique les mutilations sexuelles pour plusieurs raisons, dont le manque de ressources pour mener ce type d'étude. Les effets psychologiques des mutilations sexuelles ainsi que les impacts sur la vie sexuelle (Dibieamaka Nwajei, S. *et al.*, p. 575, 2003) sont, eux-aussi, peu documentés (OMS, 2008, p.40).

Précisons d'abord que le terme « excision »[1] n'est plus utilisé pour représenter les mutilations sexuelles féminines, puisque celui-ci créait une confusion avec la circoncision masculine (OMS, 2008, p.26). Ce terme avait d'abord été employé pour sa connotation neutre (OMS, 2008, p.26). De nos jours, le terme « excision » est le plus souvent utilisé lorsqu'il s'agit de mutilation sexuelle féminine « ouverte » (OMS, 2008, p.24). Par

conséquent, on utilise ce mot pour parler des type I et II de mutilations sexuelles féminines (OMS, 2008, p.28). Ces types seront davantage définis ci-dessous.

Les mutilations sexuelles féminines incluent l’ablation partielle ou totale des organes génitaux externes tels que le clitoris, les lèvres, le pubis, l’urètre et les ouvertures vaginales (PATH, 1997, p.1). Ces pratiques posent problème, puisqu’elles vont à l’encontre de plusieurs droits de la personne (OMS et Département Santé et recherche génésiques, 2010, p.V) et qu’elles créent de nombreux enjeux en ce qui a trait à la santé physique, sexuelle et psychologique des femmes qui les subissent (OMS et Département Santé et recherche génésiques, 2010, p.3).

Les mutilations sexuelles féminines se divisent en quatre principaux types, qui sont eux-mêmes divisés en sous-types (OMS, 2016, p.2). Premièrement, il y a le type I qui se traduit par une clitoridectomie, c'est-à-dire un retrait partiel ou total du clitoris avec ou sans l’ablation du prépuce (OMS, 2016, p.2). Dans ce cas-ci, le prépuce se rattache au « repli de peau qui entoure le clitoris » (OMS, 2016, p.2) et le clitoris, lui-même, est une « petite partie sensible et érectile des organes génitaux féminins » (OMS, 2016, p.2). Le type II fait référence à l’excision, c'est-à-dire au retrait partiel ou total du clitoris et des petites lèvres avec ou sans l’ablation des grandes lèvres (OMS, 2016, p.2). Ensemble, les types I et II se retrouvent chez environ 90% des femmes ayant subi une mutilation sexuelle féminine (OMS, 2008, p.5). Le type III peut se traduire par l’infibulation, qui se définit comme un « rétrécissement de l’orifice vaginal par la création d’une fermeture, réalisée en coupant et en repositionnant les lèvres inférieures, et parfois extérieures, avec ou sans ablation du clitoris » (OMS, 2016, p.2). La dernière catégorie de mutilations sexuelles, le type IV, est communément appelée la catégorie « fourre-tout » (OMS, 2016, p.2). Dans ce dernier, on retrouve entre autre les perçages, le grattage, la cautérisation, l’elongation et l’incision (OMS et Département Santé et recherche génésiques, 2010, p.2). Ces types de mutilations sexuelles varient principalement selon les traditions et l’entourage de la personne (OMS, 2008, p.4).

Effectivement, plusieurs aspects peuvent mener une femme ou une jeune fille à subir une mutilation sexuelle. Premièrement, il peut s’agir d’une raison à connotation sexuelle. Celle-ci implique que la mutilation sexuelle féminine est pratiquée pour réduire la sexualité féminine (UNICEF, p.1). Cette approche mène plusieurs personnes dans le monde à se révolter, puisqu’elle est considérée comme sexiste (OMS, 2008, p.1). Deuxièmement, les mutilations sexuelles féminines peuvent être commises pour une raison sociologique. Ces raisons se reflètent à travers l’idée qu’elles sont nécessaires pour permettre le passage d’une femme au stade adulte, ainsi que pour permettre une insertion et une cohésion sociale (UNICEF, p.1). La troisième raison avancée est liée à l’aspect hygiénique de la chose. En effet, certains considèrent l’organe génital féminin malpropre de nature et laid (UNICEF, p.1). Quatrièmement, les mutilations sexuelles féminines peuvent aussi être perpétrées pour une raison sanitaire. C’est entre autres le cas lorsqu’une personne a la croyance erronée qu’elles augmentent la fécondité de la femme et qu’elles sont nécessaires à la survie des nouveau-nés (UNICEF, p.1). Finalement, elles sont aussi pratiquées ou interdites pour des raisons religieuses (UNICEF, p.1). Il est intéressant de noter que l’aspect religieux de

la chose peut être à la fois une raison de ne pas commettre de mutilations génitales ou de s'y soumettre (OSM, 2016, p.3).

Les mutilations sexuelles féminines sont aussi inquiétantes par leur ampleur dans la société contemporaine. Il y aurait, dans le monde, 6000 cas tous les jours de mutilations sexuelles féminines (Ayonrinde, O. *et al.*, 2002, p.161). Selon une source, 70 millions de femmes en Afrique et au Yémen auraient subies des mutilations sexuelles (UNICEF, p.1). Certaines sources indiquent des chiffres encore plus inquiétants, soient que 90 millions de filles en Afrique âgées de 10 ans et plus auraient été victimes de ces mutilations (OMS et Département Santé et recherche génésiques, 2010, p.3). On ajoute aussi que 3 millions de filles sont à risque chaque année de subir ces pratiques (OMS et Département Santé et recherche génésiques, 2010, p.3). Ces chiffres dérangent, d'autant plus qu'il s'agit de jeunes filles considérées comme vulnérables et âgées au plus souvent entre 0 et 15 ans (OMS, 2016, p.1). Dans certains pays, jusqu'à la moitié des filles se font opérer à l'état de nourrisson, c'est-à-dire, en bas d'un an (UNICEF, p.2).

Les principaux pays actuellement touchés par les mutilations sexuelles féminines se situent en Afrique et au Moyen-Orient (OMS, 2008, p.4). Les mutilations sexuelles féminines ont aussi été observées en Amérique centrale et en Amérique du Sud (OMS, 2008, p.4). On les retrouve maintenant partout autour du globe dû aux mouvements migratoires (OMS et Département Santé et recherche génésiques, 2010, p.3).

Pour mesurer l'ampleur des mutilations sexuelles féminines, DHS, MICS et autres sources nationales ont relevé entre 1998 et 2005 la prévalence des mutilations sexuelles féminines dans certains pays d'Afrique (OMS, 2008, p.5). Ces enquêtes nationales d'envergure n'ont pas été constituées dans l'entièreté du continent africain. Lors de celles-ci, les chercheurs ont demandé à des femmes âgées entre 15 et 49 ans si elles avaient elles-mêmes subi des lésions génitales. On constate à l'aide de ces études que, dans certains pays, presque la totalité des femmes ont subi des mutilations sexuelles féminines (OMS, 2008, p.5). Certaines données affirment que plus de 85% de la population féminine a subi ces pratiques dans au moins 4 pays étudiés. Les noms de ces pays ne sont pas mentionnés dans l'étude. Il y a un aspect quasi universel lié aux mutilations féminines. On constate aussi que le type d'intervention ne varie pas en fonction des frontières nationales, mais plutôt en fonction des groupes ethniques (OMS, 2008, p.5).

Les mutilations sexuelles féminines forment la cible de plusieurs organismes internationaux, puisqu'elles sont néfastes pour la santé et qu'elles vont à l'encontre des droits fondamentaux. En effet, on considère qu'il n'y a aucun bienfait aux mutilations féminines. Au contraire de la circoncision (masculine), il n'y a pas d'avantage hygiénique (comme une meilleure propreté) ou pour la santé (OMS, 2008, p.12), que des dangers (OMS, 2016, p.2). Plusieurs risques sont associés aux mutilations sexuelles féminines dont les hémorragies, les douleurs intenses, les chocs, les infections et les maladies transmissibles sexuellement et par le sang (UNICEF, p.2). Il est aussi important de mentionner qu'il peut y avoir des complications lors de l'accouchement d'une mère ayant

subi une mutilation sexuelle. Effectivement, des études montrent qu'il y a davantage de décès de nouveau-nés chez les femmes ayant subi des mutilations génitales féminines que chez les autres (jusqu'à 55% plus à risque de décès des nouveau-nés chez les femmes ayant une mutilation de type III) (OMS, 2008, p.12). De plus, les instruments utilisés sont trop souvent souillés, ce qui augmente les risques de contracter une maladie ou une infection (PATH, 1997, p.4), sans compter que certaines mutilations, principalement celle de type III, nécessitent de nouvelles interventions au cours de la vie de la femme (OMS, 2008, p.40). Aussi, on remarque qu'il peut y avoir des complications de type sexuel et psychologique liées aux mutilations génitales féminines (OMS et Département Santé et recherche génératives, 2010, p.10).

Par ailleurs, il est important de comprendre que la vie sexuelle d'un individu peut être primordiale et qu'elle peut avoir des impacts indirects sur d'autres facettes, tels que la santé physique, psychologique et morale de la personne. Une étude menée dans une université au Nigeria montre que les femmes ayant subi une mutilation sexuelle féminine de type I (dans ce cas-ci, avec un retrait partiel du clitoris), ont une vie sexuelle légèrement différente de celles n'ayant pas subi de mutilations sexuelles (Dibieamaka Nwajei, S. *et al.*, 2003).

La recherche précédente a été produite à l'aide d'un questionnaire de 20 questions développé et approuvé par des experts (Dibieamaka Nwajei, S. *et al.*, p. 575, 2003). 400 femmes étudiantes à l'Université de l'État Delta, Abraka, Nigeria ont été sélectionnées au hasard à l'aide d'une méthode de sélection par grappe dans quatre campus différents soient le Campus I, Ethiope Hostel, Council Hostel et Off-Campus Hostels (Dibieamaka Nwajei, S. *et al.*, p. 576, 2003).

Les résultats montrent que 70% des étudiantes de l'échantillon n'ont pas eu de mutilation sexuelle contrairement à 30% qui en ont subi au moins une (Dibieamaka Nwajei, S. *et al.*, p. 578, 2003). Par contre, il est important de noter que certaines d'entre elles font partie du groupe culturel des *Urhobo* et qu'il est d'usage, dans cette communauté, de subir des mutilations sexuelles féminines après le mariage ou la première grossesse (Dibieamaka Nwajei, S. *et al.*, p. 578, 2003).

Les résultats de l'étude ne montrent pas de lien direct entre la sexualité précoce et le fait de ne pas avoir subi de MSF. Au contraire, celles ayant été victimes de MSF sont plus à risque de vivre une sexualité précoce dû, il paraîtrait, à un sentiment de maturité et de supériorité inculqué à tort. (Dibieamaka Nwajei, S. *et al.*, p. 578, 2003).

Les résultats de l'étude mettent aussi en évidence que le clitoris est la partie la plus sensible du corps de la femme chez les étudiantes ayant subi une MSF (41%) et chez celles n'en ayant pas subi (51%) (Dibieamaka Nwajei, S. *et al.*, p. 578, 2003). Ce qui n'est pas étonnant, puisque les femmes de l'étude ont généralement toujours leur clitoris.

Les scientifiques ne sont pas surpris des résultats qui montrent que l'homme, en général, est celui qui initie le rapport sexuel chez les étudiantes ayant subi des MSF (62%) et chez celles n'en ayant pas subi (54%). Par ailleurs, 8% des femmes ayant subi des MSF initient les rapports sexuels comparé à 15% des femmes n'ayant pas subi de MSF. Cette dernière information renforce l'idée que les femmes n'ayant pas subi de MSF ont davantage tendance à s'impliquer dans une relation amoureuse et sexuelle (Dibieamaka Nwajei, S. *et al.*, p. 578, 2003).

Par contre, il est important de spécifier que les résultats de cette recherche ne peuvent pas être généralisés à la population en général, bien qu'elle soit l'unique étude sur les effets des mutilations sexuelles sur la vie sexuelle, puisqu'elle a été réalisée dans un milieu précis (soit un milieu scolaire de niveau supérieur), dans un pays précis (Nigéria) et que l'échantillon représentant les femmes ayant subi des mutilations sexuelles féminines est trop petit (Dibieamaka Nwajei, S. *et al.*, p. 578, 2003).

Une autre étude met de l'avant le stress post-traumatique causé par les mutilations sexuelles féminines (Behrendt, A. *et al.*, p.1001, 2005). En effet, selon l'étude conduite au Sénégal, 30,4% des femmes ayant subi une MSF montrent un stress posttraumatique. Ce taux est comparable aux enfants ayant été victimes d'abus (Behrendt, A. *et al.*, p.1001, 2005). Ces cas ont aussi échoué davantage au test de mémoire (Behrendt, A. *et al.*, p.1001, 2005). L'analyse a été menée pendant 3 mois sur 47 femmes, dont 23 avec au moins une mutilation sexuelle, âgées entre 15 et 40 ans et ayant une éducation supérieure (Behrendt, A. *et al.*, p.1001, 2005). Les résultats de la recherche ont été obtenus grâce à un questionnaire, le Rey Figure Test (pour la mémoire) et une entrevue clinique effectuée à l'aide du DSM IV (Behrendt, A. *et al.*, p.1001, 2005). Par contre, l'étude ne peut être généralisée, puisque l'échantillon est trop petit. De plus, l'étude a été menée au Sénégal, qui est un pays où 20% des femmes ont vécu des mutilations sexuelles féminines (Behrendt, A. *et al.*, p.1002, 2005). Ce taux varie d'une région du monde à une autre et peut faire varier le niveau de traumatisme. Les femmes interrogées avaient toutes un niveau d'éducation supérieur. Le niveau d'éducation et le milieu de vie pourraient être des variables parasites en ce qui concerne les impacts psychologiques, particulièrement au plan des traumatismes des mutilations sexuelles féminines (Behrendt, A. *et al.*, p.1002, 2005). Il est aussi important de noter qu'en 2005, l'étude précédente était la seule portant sur les effets psychologiques, particulièrement du stress post-traumatique, provenant des mutilations sexuelles féminines (Behrendt, A. *et al.*, p.1000, 2005).

Pour vaincre les mutilations sexuelles féminines, plusieurs solutions ont été mises en place, dont l'instauration de lois contre les mutilations sexuelles féminines (OMS et Département Santé et recherche génératives, 2010, p.5). Par contre, la peur des sanctions liées à l'aspect criminel des mutilations féminines peut rendre les pratiques clandestines, d'où l'importance d'informer la population au sujet des méfaits des mutilations féminines (OMS et Département Santé et recherche génératives, 2010, p.21). D'ailleurs, une médicalisation des mutilations féminines a déjà été constatée et crée un nouveau défi à relever (PATH, 1997, p.4).

La médicalisation des mutilations sexuelles féminines fait référence « aux situations dans lesquelles ces mutilations sont pratiquées par une catégorie ou une autre du personnel de santé, que ce soit dans un dispensaire public ou privé, à un domicile ou ailleurs » (OMS et Département Santé et recherche générésiques, 2010, p.2). Elles sont apparues, entre autres, à cause de la façon antérieure d'aborder les mutilations génitales féminines. En effet, anciennement, les organisations internationales mettaient l'accent sur l'aspect hygiénique des mutilations sexuelles féminines pour les critiquer et tenter de pousser les gens à les abandonner (OMS et Département Santé et recherche générésiques, 2010, p.3). Le plus souvent, les médicalisations sont constatées lorsqu'il s'agit du troisième type de mutilations sexuelles (infibulations) (OMS, 2008, p.14). Par ailleurs, celles-ci sont observées en Amérique du Nord et en Europe, malgré les lois qui les interdisent (OMS, 2008, p.14).

Une diminution des mutilations sexuelles a bel et bien été constatée. Par contre, celle-ci se fait à un rythme extrêmement lent, ce qui ne peut pas assurer sa disparition définitive (OSM, 2008, p.2).

En résumé, de nombreuses études ont été menées concernant les mutilations sexuelles féminines. Plusieurs ont mis l'accent sur les causes de celles-ci dans le but d'y mettre fin. Grâce à ces études, les mutilations sexuelles féminines se propagent moins rapidement à travers les frontières et diminuent dans les pays les plus touchés (OMS, 2008, p.1). Par contre, certains aspects demeurent difficiles à étudier, puisqu'ils sont davantage subtils et cachés.

Il manque, encore à ce jour, de l'information concernant les déchéances psychologiques créées par les mutilations sexuelles féminines. Au lieu de s'y attarder, les chercheurs mettent davantage d'énergie sur la recherche des conséquences physiques, car elles semblent plus dérangeantes et alarmantes. L'aspect psychologique des mutilations sexuelles féminines serait intéressant à approfondir en sachant qu'il existe réellement des effets néfastes à ce niveau, tel le stress post-traumatique (Behrendt, A. et Moritz, S. 2005, p.1000).

Le phénomène de mondialisation actuel permet davantage la migration. De nombreuses personnes arrivent chaque jour en Occident avec leur propre bagage culturel et vivent plusieurs chocs. Ces individus pourraient vivre du repli identitaire, c'est-à-dire de l'« isolement par rapport aux personnes qui n'ont pas la même origine, la même religion ou la même culture »(Hoffenber, T. 2011). La perte de réseau contribue à la tentative de se replier sur ses valeurs distinctes pour conserver un sentiment d'appartenance au groupe culturel d'origine. Ces gens pourraient aussi continuer de faire subir des mutilations sexuelles féminines à leur famille pour conserver un certain héritage culturel et s'y accrocher. Les effets psychologiques déjà observés chez des personnes ayant subi des mutilations sexuelles féminines sont : le stress post-traumatique, des problèmes d'anxiété, la dépression et les difficultés sexuelles psychologiques (Ayonrinde, O. *et al.*, 2002).

De plus, certaines sources affirment que les mutilations sexuelles féminines sont belles et bien présentes au Canada, mais qu'elles ne sont pas aisément visibles (Labonté, R. *et al.*, 2015, p.187). Par contre, comme mentionné ultérieurement, les informations portant sur ces aspects sont peu nombreuses et imprécises. Il serait alors justifié de centrer la recherche sur les impacts psychologiques, particulièrement en ce qui concerne les traumatismes et la vie sexuelle des mutilations sexuelles féminines au Canada. Il est aussi intéressant de noter que le gouvernement canadien est bel et bien au courant de ce fléau, puisqu'il a interdit les mutilations sexuelles féminines chez ses citoyens, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays, en 1997 (Labonté, R. *et al.*, 2015, p.188). Bien qu'à ce jour, aucune charge n'ait été portée contre qui que ce soit, la sentence prévue est de 14 ans de prison (Labonté, R. *et al.*, 2015, p.188).

En apprendre davantage sur les effets psychologiques des mutilations sexuelles féminines sur la population migrante du Canada pourrait permettre d'y mettre fin sur son territoire, puisque cela pourrait empêcher la médicalisation des mutilations sexuelles féminines en mettant de l'avant des formations destinées au personnel médical quant aux effets de la mutilation génitale. Cela pourrait aussi permettre de sensibiliser davantage les occidentaux, puisqu'ils pourraient se sentir plus concernés en ayant conscience de la proximité du problème. De plus, cela pourrait permettre d'acquérir un contenu théorique sur les mutilations sexuelles d'un point de vue psychologique. Finalement, ce dernier aspect permettrait aux victimes d'accéder à des soins professionnels si elles souhaitent chercher de l'aide.

En conclusion, il serait possible que plusieurs migrants vivent des problèmes psychologiques dus aux mutilations sexuelles et au nouveau bouleversement que constitue l'immigration. Des problèmes psychologiques comme l'anxiété et la dépression créées par un conflit de valeurs entre le milieu d'origine et celui de résidence pourraient être fréquents au sein de cette population. En d'autres mots, le choc culturel, en soi, contribue au renforcement d'une identité qui n'est plus partagée par l'ensemble de son entourage, ce qui amène un rejet social et les impacts psychologiques qui l'accompagnent. De plus, il serait possible d'observer des stress post-traumatiques liés aux mutilations sexuelles, puisqu'il semblerait qu'ils aient déjà été observés chez certaines femmes en ayant subies (OSM, 2008, p.40) dans une étude au Sénégal (Behrendt, A. *et al.*, 2005, p.1001). Par ailleurs, la vie sexuelle est, elle-aussi, bouleversée par les mutilations génitales féminines. Il serait intéressant de poursuivre la recherche sur cet aspect, puisqu'uniquement une étude a été préalablement menée sur le sujet (Dibieamaka Nwajei, S. *et al.*, p. 576, 2003).

## Références

AYONRINDE, Oyedele, Samantha MAINGAY et James WHITEHORN. « Female genital mutilation: cultural and psychological implications», *Sexual and Relationship Therapy*, vol. 17, n° 2, 2002, p. 161-170.

BEHRENDT, Alice et Steffen MORITZ. « Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems After Genital Mutilation », *American journal of Psychiatry*, vol. 162, n°5, mai 2005, p. 1000-1002

DIBIEAMAKA NWAJIEI, Samuel et Andrew IWESIM OTIONO. « Female genital mutilation: Implications for female sexuality », *Women's Studies International Forum*, vol. 26, n°6, 2003, p. 575-580

HOFFENBERG, Theo. “Repli identitaire”, *Dictionnaire reverso, avril 2011*, réf. du 20 janvier 2017, <http://dictionnaire.reverso.net/francais-definition/repli%20identitaire>

LABONTÉ, Ronald, Corinne PACKER et Vivien RUNNELS. « Canada's response to female genital mutilation : Are we failing our girls? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 187, n°6, 7 avril 2015, p.187-189.

Organisation mondiale de la Santé, *Éliminer les mutilations sexuelles féminines; Déclaration inter institutions*, 2008, réf. du 4 février 2016, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43902/1/9789242596441\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43902/1/9789242596441_fre.pdf)

Organisation mondiale de la Santé, *Mutilations sexuelles féminines*, 2016, réf. du 5 février 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>

Organisation mondiale de la Santé, Département Santé et recherche génésiques. *Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines*, 2010, réf. du 24 Janvier 2016, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70467/1/WHO\\_RHR\\_10.9\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70467/1/WHO_RHR_10.9_fre.pdf)

Program for Appropriate Technology in Health, *The Facts Female Genital Mutilation*, 1997, réf. du 7 février 2016, [https://www.path.org/publications/files/path\\_the\\_facts\\_fgm.pdf](https://www.path.org/publications/files/path_the_facts_fgm.pdf)

UNICEF, *Protection de l'enfant contre la violence et les mauvais traitements : Mutilation génitale féminine/excision*, réf. du 4 février 2016, [http://www.unicef.org/french/protection/index\\_genitalmutilation.html](http://www.unicef.org/french/protection/index_genitalmutilation.html)

[1] En anglais, le terme « excision » se traduit par *female circumcision*