



PUBLICATION DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N°8430

Chirurgie reconstructrice après excision des organes génitaux externes ou mutilation génitale féminine (MGF)

5 août 2009

1. INTRODUCTION ET QUESTION

L'OMS définit les mutilations génitales féminines (MGF) comme « *toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins pratiquée pour des raisons culturelles ou religieuses ou autres et non à des fins thérapeutiques* » (OMS, 1997). Les mutilations génitales féminines sont une atteinte aux droits humains, à l'intégrité physique et à la santé mentale et physique des femmes et ont des conséquences à court terme (hémorragie, infection et décès) et à long terme (douleurs chroniques, troubles de la sexualité, infections à répétition et problèmes à l'accouchement)

Entre 100 et 140 millions de femmes et de filles auraient subi une mutilation génitale dans le monde, principalement dans 28 pays d'Afrique subsaharienne et dans la péninsule arabique (Yémen, Emirats Arabes Unis et Oman). Dans une moindre mesure, des mutilations génitales sont également pratiquées par certains groupes au Proche-Orient (Irak et Israël), en Asie (Inde, Indonésie, Malaisie et Sri Lanka) et en Amérique latine (Colombie et Pérou). L'OMS estime que 3 millions de femmes et de filles seraient à risque de subir une mutilation génitale chaque année en Afrique (OMS, 2008). Environ 6,5 millions de femmes excisées ou infibulées (5% du total) vivraient dans les pays d'immigration d'Europe de l'Ouest, d'Amérique du Nord et d'Océanie (Australie et Nouvelle Zélande).

En Belgique, il n'existe pas de données récentes sur la prévalence de femmes excisées vivant sur le territoire. Au 1^{er} janvier 2002, on estimait à 2.745 le nombre total de femmes résidant en Belgique ayant subi une mutilation génitale sans tenir compte des demandeurs d'asile et des sans papiers (Leye & Deblonde, 2004). Elles sont sans doute beaucoup plus aujourd'hui avec la nouvelle vague de migration de l'Afrique de l'Ouest, principalement la Guinée où la prévalence de l'excision est de plus de 90% chez les femmes de 15 à 49 ans (Cf Carte annexe 1).

Les professionnels de santé en Belgique sont confrontés aux femmes et jeunes filles excisées qui consultent (dans l'ordre d'importance) pour des troubles de la sexualité, des infections urinaires, des douleurs chroniques, des problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement (Leye et al., 2008). Quelques médecins en Belgique pratiquent déjà la chirurgie chez des femmes souffrant de séquelles d'excision, notamment la désinfibulation, la résection d'un kyste dermoïde ou le traitement d'un neurinome. Mais on n'a connaissance que de quelques cas de reconstruction clitoridienne pratiqués en Belgique. En France, une technique de reconstruction du clitoris a été mise au point par le Dr Foldes, technique débutée il y a 26 ans et reproductible depuis 11 ans (Foldes, 2004; Foldes, 2006). La technique repose sur le fait que le clitoris est un organe très long (une dizaine de centimètres) et qu'il est possible d'aller chercher le moignon enfoui sous la cicatrice de l'excision (lors de l'excision seule la partie externe est coupée) pour le tirer et le ramener à la surface. L'opération est aujourd'hui remboursée par la sécurité sociale en France.

Certaines femmes excisées fréquentant les associations de lutte contre l'excision demandent cette opération reconstructrice, d'autres sont allées se faire opérer en France à leurs frais. Le Cabinet de Mme la Ministre fédérale de la Santé publique a demandé le 16 juin 2008 l'avis du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) sur **la nécessité et la pertinence de réaliser et de rembourser en Belgique la chirurgie reconstructrice du clitoris après excision des organes génitaux externes.**

Afin de répondre à la question, un groupe de travail *ad hoc* a été constitué au sein duquel des expertises en gynécologie, obstétrique, urologie, chirurgie plastique, psychiatrie, sexologie et santé publique sont représentées. L'avis est basé sur la méthodologie Evidence-Based Medicine.

2. AVIS

Le Conseil Supérieur de la Santé estime que:

- les mutilations génitales féminines sont un problème encore mal connu par les professionnels de santé en Belgique et que les femmes qui en sont victimes ne font pas toujours l'objet de prises en charge médicales et/ou chirurgicales adaptées dans notre pays.
- la prise en charge d'une femme excisée ne peut se résumer à la reconstruction chirurgicale; une équipe pluridisciplinaire (sexologue, psychologue et gynécologue) est nécessaire pour accompagner la femme avant et après celle-ci. Certaines femmes pourront choisir de ne pas se faire opérer si d'autres méthodes peuvent résoudre leur problème (groupes de paroles, séances avec un(e) sexologue, ...).
- la reconstruction du clitoris doit être accessible à toute femme excisée qui le demande de son plein gré et après consentement éclairé. Même si un des buts de l'intervention est de retrouver une sensibilité clitoridienne, le fait de rendre l'intégrité de son sexe à une femme qui le demande pour se sentir « entière » et reconstruire son image corporelle est suffisant pour justifier l'intervention à condition que celle-ci soit sans danger pour la femme.

Sur ces bases, le Conseil Supérieur de la Santé recommande:

- le remboursement par l'INAMI des mesures accompagnatrices (consultations pré et post intervention par l'équipe pluridisciplinaire) et de la reconstruction éventuelle du clitoris sous réserve que la femme ait discuté avec les différents membres de l'équipe pour clarifier ses attentes par rapport à l'intervention et confirmer son choix;
- la mise en place d'équipes pluridisciplinaires pour prendre en charge les patientes ayant subi une mutilation génitale féminine (sage-femme, gynécologue, urologue, sexologue, psychologue et anesthésiste);
- l'établissement d'un registre national des prises en charge et l'organisation d'une évaluation périodique. Le remboursement sera conditionné par la prise en charge au sein d'une équipe pluridisciplinaire et l'inscription au registre national;
- l'intégration de la problématique des mutilations génitales féminines dans la formation des professionnels de santé concernés, par exemple les sages-femmes, les chirurgiens plasticiens, les gynécologues, les pédiatres, les urologues, les généralistes, les sexologues, ...
- l'élaboration et la diffusion d'un guide clinique sur la prise en charge des femmes ayant subi une mutilation génitale féminine.

3. ELABORATION ET ARGUMENTATION

Abréviations

3 D Trois dimensions

MGF Mutilations génitales féminines

OMS Organisation Mondiale de la Santé

Certaines parties du texte suivant ont été reprises de deux documents existants écrits par des membres du groupe de travail¹.

3.1 Méthodologie

Afin de répondre à la question, un groupe de travail ad hoc a été constitué au sein duquel des expertises en gynécologie, obstétrique, urologie, chirurgie plastique, psychiatrie, sexologie et santé publique sont représentées. L'avis est basé sur la méthodologie Evidence-Based Medicine.

Question PICO:

Patients	Intervention	Comparaison	Outcomes
Femmes ayant subi une mutilation génitale féminine	Reconstruction du clitoris	Pas d'opération et prise en charge sexologique et psychologique Ou Opération traitant une complication (kystes, chéloïdes) sans reconstruction du clitoris	Aspect extérieur « normal » (massif clitoridien) Absence de douleur en dehors et pendant les rapports Sensibilité du clitoris (plaisir ou orgasme ressentis pendant les rapports)

Une recherche de littérature a été menée dans Medline via le moteur de recherche Pubmed avec les termes Mesh « circumcision, female/rehabilitation » ainsi qu'avec une combinaison des mots-clés suivants: « clitoris », « anatomy », « surgery », « female genitale mutilation » « female genitale cutting », « female genitale circumcision », « genital reconstruction », « clitoroplasty ». Il n'y a pas eu de restriction de période, seuls les articles en français et anglais ont été pris en considération.

Des websites traitant spécifiquement des MGF ont été consultés:

OMS:

http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/en/index.html

Culture Med:

<https://culturedmed.sunyit.edu/index.php/bibliographies-by-cultural-aspect/female-circumcision>

Gynécologie sans frontières

<http://www.gynsf.org/msf.php>

De la littérature a aussi été fournie par différents experts: Dr Pierre Foldes, Isabelle Faye (GAMS France), Dominique Louboutin (sage-femme travaillant dans une unité de reconstruction à Paris).

¹ AMY J.-J. & RICHARD F., 2009; et FOLDES P., 2007.

L'innervation sensitive du clitoris est assurée par la branche terminale du nerf pudendal qui chemine dorsalement et pénètre dans l'organe par sa face supérieure.

L'innervation autonome sympathique et parasympathique du clitoris emprunte également le nerf pudendal, mais également le splanchnique pelvien (les nerfs pelviens) et les nerfs hypogastriques.

Tableau 1: Innervation de l'appareil génital.

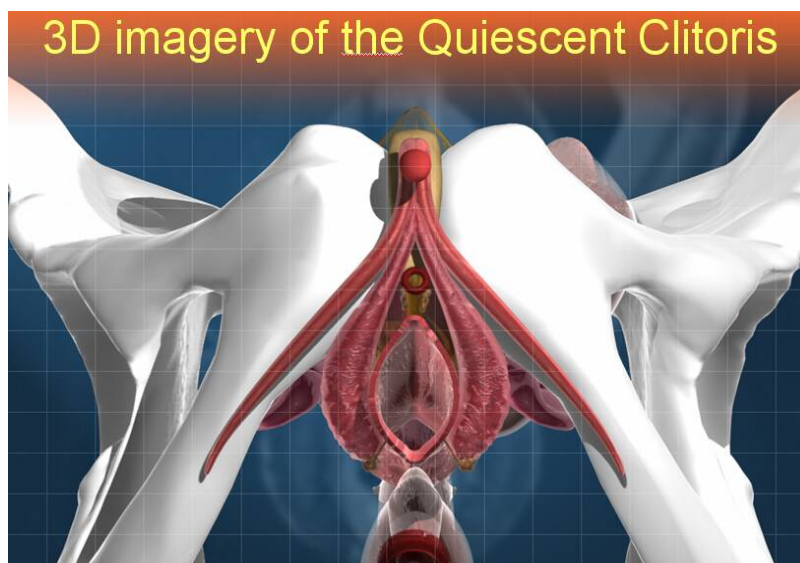
Centres	Voies	Actions
Parasympathique sacré S2-S3-S4	Nerfs splanchniques pelviens (Nerfs érecteurs)	Nerf de l'érection clitoridienne Nerf de la lubrification vaginale <u>réflexe</u>
Sympathique dorsolombaire D10<-->L1	Nerfs hypogastriques <u>OU</u> Chaînes caténaïres prérachidiennes	Nerf de la lubrification vaginale <u>psychogène</u>
Somatique →Sacré moteur S2-S3-S4 →Sacré sensitif	Nerf pudendal (NHI) (S2-S3-S4) Nerf pudendal (NHI) (S2-S3-S4)	Nerfs permettant les contractions cloniques des muscles du périnée Nerfs de la sensibilité du clitoris, des organes génitaux externes

Source: Dr Brigitte Letombe – Lille (2002).

Le Dr Foldes en France est engagé dans un travail de recherche anatomique utilisant une nouvelle technique d'échographie de contact. Cette technique permet de mesurer la longueur réelle des corps clitoridiens, d'apprécier leurs rapports avec les bulbes et leur proximité avec la paroi vaginale antérieure (Buisson & Foldes, 2007).

Une nouvelle modélisation tridimensionnelle de l'organe, issue des plans de coupes en échographie de contact a été élaborée (Buisson et al., 2008).

Figure 2: Image du clitoris en 3 dimensions.



Source: Dr Foldes, dessin original (2004)

3.2.1.2 Types de mutilations sexuelles féminines

Définition de l'OMS 2007

Type I: « Clitoridectomie »: ablation partielle ou totale du prépuce et/ou du clitoris. Cette modalité de MGF est désignée par certains groupes sous le terme « Sunna ».

Type II: « Excision »: ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.

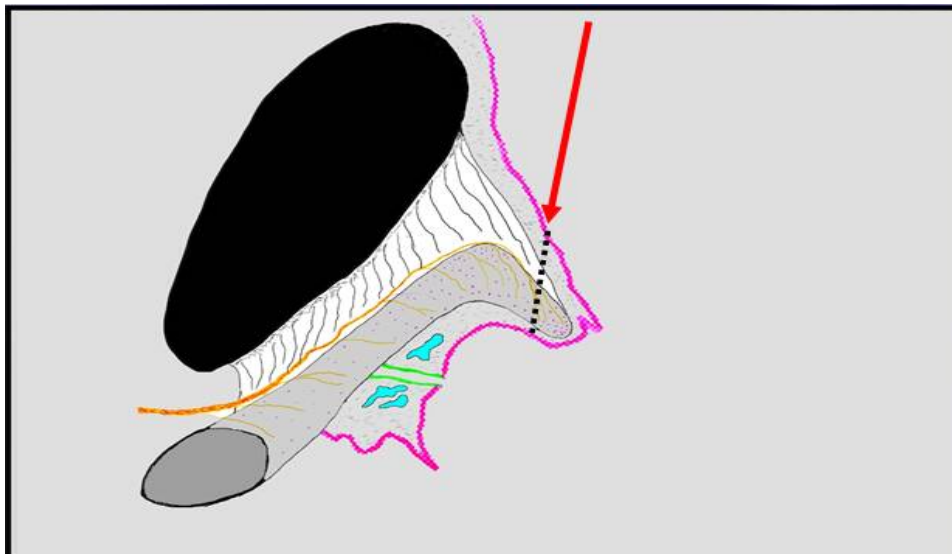
Type III: « Infibulation »: Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris.

Type IV: Non classées: toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision et la cautérisation.

On retiendra deux variétés de MGF: l'excision et l'infibulation. La première d'entre elles consiste en l'amputation partielle ou totale et, occasionnellement, asymétrique de certains organes génitaux externes. La seconde combine pareille ablation et l'occlusion de l'introït vulvaire. L'infibulation donne lieu à toutes les complications rencontrées chez les fillettes et les femmes excisées, plus à une gamme d'autres problèmes, entre autres obstétricaux, qui lui sont propres.

En fait, dans la pratique, presque toutes les excisions sont de type II, car elles emportent une portion plus ou moins importante du gland, et peuvent être schématisées comme suit:

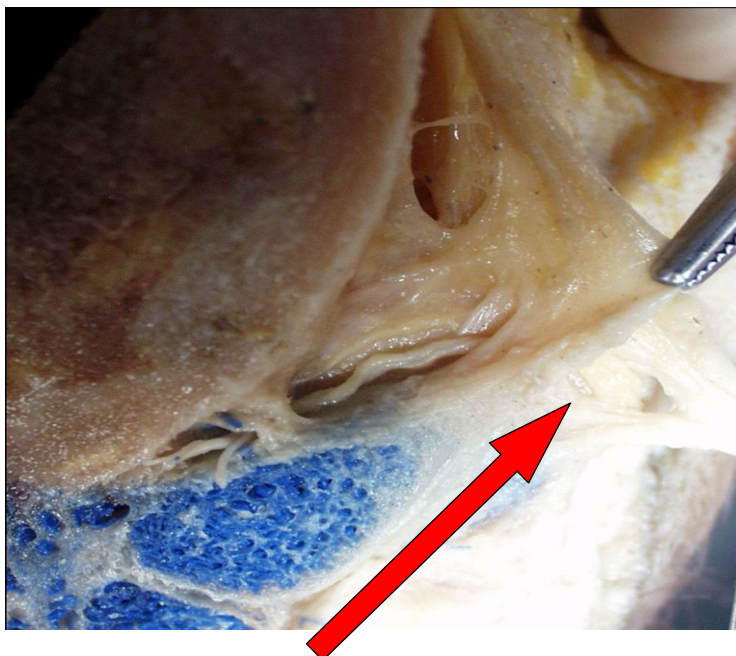
Figure 3: Excision de type II.



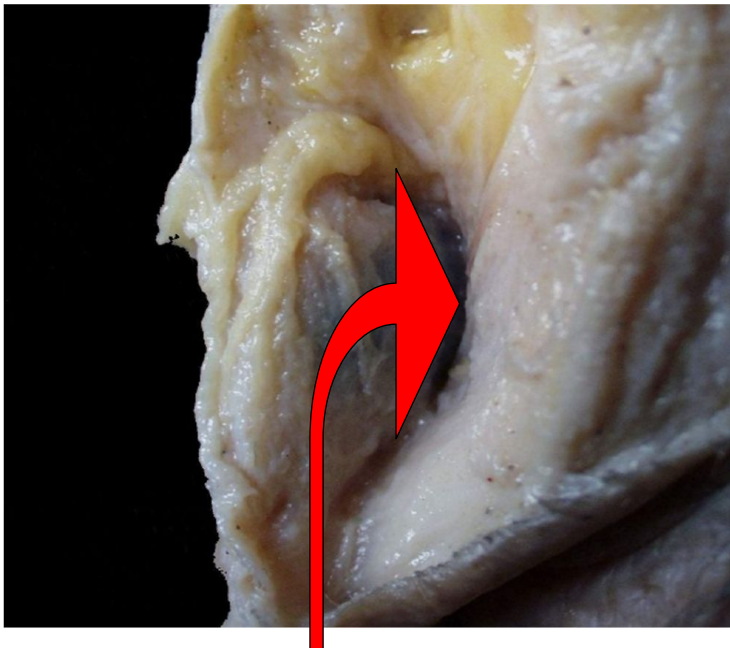
Source: Dr Foldes, dessin original (2007).

Des dissections anatomiques poussées ont permis la description détaillée de la pénétration dorsale exclusive des branches terminales du nerf pudendal.

Figures 4 et 5: Nerf dorsal du clitoris.



Nerf dorsal du clitoris cheminant dans la base du ligament suspenseur.



Branches terminales du nerf dorsal pénétrant en « pluie » dans le gland.

Source: Dr Foldes, original (2006).

C'est le caractère tangentiel de la blessure clitoridienne qui permet de comprendre pourquoi une part importante de l'innervation sensitive (d'origine dorsale) est conservée et permet d'envisager une récupération sensorielle après chirurgie réparatrice de l'excision.

3.2.1.3 Prévalence, distribution

L'*excision* est pratiquée principalement en Afrique Occidentale (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, République Centrafricaine, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée Bissau, Guinée Conakry, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Togo et Tchad), mais aussi au Kenya, en Ouganda et en Tanzanie.

L'*infibulation* est pratiquée dans la Corne de l'Afrique (Djibouti, Erythrée, Ethiopie et Somalie), en Egypte, au Soudan et dans le sud de la péninsule arabique.

Dans certains pays (Egypte, Mali, Nigeria et Sénégal), on observe l'une et l'autre.

La fréquence des mutilations est très variable selon les pays: elle atteint 99% en Somalie, mais est inférieure à 5% en Ouganda. Leur distribution varie en fonction des régions et des ethnies, dont certaines ne les pratiquent pas (Voir carte en annexe 1).

Les ressortissants des pays concernés, une fois immigrés en Occident, peuvent maintenir la tradition en faisant appel à une exciseuse locale ou en envoyant leurs filles dans leur pays d'origine pour y subir l'intervention. Il est donc important que les professionnels de la santé et de la petite enfance soient sensibilisés à ce problème et puissent être acteurs de la prévention.

3.2.1.4 Conditions dans lesquelles sont faites les MGF

A quel âge?

L'âge auquel sont pratiquées les mutilations sexuelles varie selon les ethnies. Elles sont pratiquées sur des nouveau-nés, des fillettes et des adolescentes et, parfois, sur des femmes adultes juste avant le mariage. Le plus souvent, elles sont faites entre 4 et 12 ans.

Qui pratique les mutilations sexuelles féminines?

Dans les sociétés où les mutilations sexuelles féminines sont une norme acceptée, elles sont habituellement le fait de vieilles femmes, d'accoucheuses traditionnelles, et parfois d'hommes, comme les barbiers en Egypte.

En Europe, les mutilations génitales féminines peuvent être pratiquées dans la clandestinité par des exciseuses du pays d'origine (une quarantaine de procès se sont tenus en France pour des excisions commises sur le territoire français) ou lors d'un séjour au pays de la petite fille pendant les vacances scolaires.

Comment l'intervention est pratiquée?

La majorité des exciseuses opèrent sans anesthésie. La fillette est maintenue par des proches. On se sert d'instruments grossiers: couteau, lame de rasoir, bout de verre... cela peut durer jusqu'à 15 à 20 minutes pour une infibulation, on recoud alors les plaies à vif par du gros fil non stérile ou des épines d'acacia (Somalie). Des cataplasmes sont appliqués sur la plaie pour éviter l'hémorragie (cendres, terre, œuf, herbes, ...).

3.2.1.5 Raisons pour lesquelles les mutilations génitales sont pratiquées

Les communautés citent plusieurs raisons justifiant la pratique de l'excision; elles diffèrent selon les ethnies:

- raisons psycho-sexuelles: exérèse des parties les plus sensibles des organes génitaux externes, notamment le clitoris, afin d'atténuer le désir sexuel chez la femme, de maintenir sa chasteté et sa virginité avant le mariage et sa fidélité en tant qu'épouse, et d'accroître le plaisir sexuel de l'homme;
- raisons sociales: identification avec l'héritage culturel, initiation des fillettes à la condition de femme, intégration sociale et maintien de la cohésion sociale;
- hygiène et raisons esthétiques: l'ablation des organes génitaux externes de la femme, réputés sales et laids, est censée favoriser l'hygiène et rendre la femme plus attrayante;
- mythes: ces pratiques sont censées accroître la fécondité et favoriser la survie de l'enfant: « *si le clitoris touche la tête de l'enfant à l'accouchement, l'enfant peut mourir* »;
- raisons religieuses: certaines communautés musulmanes pratiquent les MGF parce leurs membres croient en toute bonne foi que cette pratique est exigée par l'Islam. Or, la pratique des mutilations est bien antérieure à l'avènement de la religion musulmane. Le Coran n'en fait pas mention. Par ailleurs, les MGF ne sont pas pratiquées uniquement par des musulmans, mais également par diverses communautés de chrétiens (catholiques, protestants et coptes), d'animistes et d'incroyants;

On pourrait ajouter que les mutilations sont une source de revenus non négligeables et de reconnaissance dans la société pour les exciseuses, que ces dernières ne sont guère disposées à abandonner.

On observe actuellement un abaissement de l'âge de l'excision, signe que les MGF constituent de moins en moins un rite initiatique lié au passage à l'âge adulte, mais en réalité un rite d'identité. On s'y soumet pour appartenir au groupe, « *parce que notre mère a été excisée, notre grand-mère, ... c'est la tradition* ». La pression sociale est énorme. La jeune fille ou la femme non excisée est considérée par son entourage comme impure. Elle est marginalisée, ne peut se marier ni même préparer les repas pour sa famille. Les femmes qui font mutiler leurs filles sont

animées à leur égard des meilleures intentions; en respectant la tradition, elles désirent les protéger contre la honte, l'exclusion sociale et l'isolement.

Quelles que soient les raisons avancées pour défendre ces pratiques, force est de constater qu'elles sont l'instrument, parmi d'autres, de l'assujettissement de la femme et de sa relégation dans une position sociale subalterne. La mutilation scelle de façon irréversible le rapport de forces au bénéfice de l'homme. Elle constitue non seulement une atteinte grave à l'intégrité physique et psychologique de la personne, mais aussi une violation injustifiable du droit des personnes.

3.2.1.6 Conséquences médicales et psychologiques

Les conséquences immédiates et à long terme des mutilations sexuelles féminines pour la santé varient selon le type et la gravité de l'intervention pratiquée (WHO, 1998; WHO, 2000).

Complications immédiates

Les complications immédiates sont les suivantes: douleur intense, choc, hémorragie, tétanos ou septicémie, rétention urinaire, ulcération des parties génitales et lésion des tissus adjacents. Les hémorragies et les infections peuvent être mortelles.

Ces derniers temps, on s'est inquiété du risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) parce qu'un seul instrument est utilisé pour de nombreuses opérations dans le cas d'excision en groupe, mais cette question n'a pas fait l'objet de recherches approfondies.

Conséquences à long terme

Parmi les conséquences à long terme, il faut citer les kystes et abcès, la formation de chéloïdes, les lésions de l'urètre qui se traduisent par une incontinence urinaire, la dyspareunie (rapports sexuels douloureux) et les dysfonctionnements sexuels.

L'infibulation peut occasionner d'importantes cicatrices, une difficulté à uriner et une dysménorrhée, des infections récurrentes des voies urinaires et génitales, et la stérilité.

Du fait que l'infibulation rend souvent les rapports difficiles voir impossibles, il est parfois nécessaire d'inciser la cicatrice formée par les grandes lèvres pour permettre le premier rapport. Une incision peut aussi être nécessaire au moment de l'accouchement. Si elle n'est pas pratiquée à temps, il y a un risque accru de travail bloqué, de déchirures voire de fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales. L'étude de l'OMS de 2006 réalisée dans 6 pays africains démontre le risque accru de complications à l'accouchement et de mortalité chez les femmes ayant subi une mutilation génitale féminine (WHO, 2006)

Là encore, bien que cela nécessite plus de recherches, le taux important de rapports anaux chez les femmes infibulées (parce que les rapports vaginaux sont impossibles), et les lésions occasionnées aux tissus quand l'orifice vulvaire est trop étroit sont aussi une voie d'infection possible par le VIH.

Conséquences psychologiques

Les mutilations sexuelles peuvent marquer à vie la mémoire de celles qui les ont subies. Les complications psychologiques peuvent être profondément enfouies dans le subconscient de l'enfant et provoquer des troubles du comportement. Une autre conséquence grave qui a été signalée est la perte de confiance à l'égard des personnes qui dispensent des soins. A long terme, les femmes peuvent se sentir diminuées physiquement, anxieuses, déprimées et irritables. Bon nombre de jeunes filles et de femmes traumatisées par leur expérience, mais n'ayant pas la possibilité d'exprimer leur crainte souffrent en silence. Une étude réalisée au Sénégal auprès de 23 femmes excisées et 24 femmes non-excisées montrait que 30,4% des femmes excisées (7/23) souffraient du Syndrome Post-Traumatique avec des pertes de mémoire et 80% souffraient de flash-back de leur excision (Berendht et Moritz, 2005).

3.2.2. La chirurgie reconstructrice du clitoris

3.2.2.1 Traitements chirurgicaux existants pour les complications d'excision et infibulation

En Belgique, quelques médecins pratiquent des traitements chirurgicaux pour soulager des femmes excisées ou infibulées: désinfibulation des grandes lèvres dans le cas du type 3, ou des petites lèvres dans le cas de pseudo-infibulation, ablation de kystes dermoïdes, traitement chirurgical de neurinomes. Un guide technique a été élaboré en 2000 et distribué dans toutes les maternités belges (Richard et al., 2000) pour expliquer la prise en charge d'une femme infibulée à l'accouchement et la technique de la désinfibulation. La désinfibulation peut être proposée en dehors de la grossesse (avant un premier rapport sexuel, avant le mariage, pour des troubles de la miction, etc.), au cours du deuxième trimestre de grossesse ou lors de la phase d'expulsion en salle d'accouchement. La prise en charge chirurgicale des complications est relativement bien décrite dans la littérature et des guides pour les professionnels de santé existent dans d'autres pays (Toubia, 1999, Danish National Board of Health, 2000, RCN-Royal College of Nursing, 2006).

3.2.2.2. Reconstruction du clitoris

Concernant la chirurgie du clitoris, seules des techniques conservatrices de réduction clitoridienne ont été proposées dans les ambiguïtés sexuelles, le traitement des hypertrophies clitoridiennes et le transsexualisme (Mussinelli, 2004; Sagehashi, 1993).

Une étude récente a permis de préciser le devenir de la sensibilité clitoridienne après chirurgie de réduction clitoridienne en cas d'hypertrophie. La sensibilité vibratoire et au toucher fin a été explorée (Frost Amer, 2003).

La technique développée par le Dr Foldes « *vise à restaurer une anatomie normale et obtenir un organe normalement innervé et si possible fonctionnel* » (Foldes, 2004). La technique du double lambeau cutané a d'abord été testée sur le terrain il y a 25 ans pour le traitement des adhérences nociceptives du moignon clitoridien après excision. Au cours de missions en Afrique pour la problématique des fistules vésico-vaginales, des femmes se sont présentées pour réclamer une solution à des douleurs permanentes et invalidantes de la région pubienne. C'est la première fois que le Dr Foldes examinait ces moignons adhérents, figeant la vulve au périoste pubien, et créant des douleurs parfois permanentes à la marche, interdisant le port de sous-vêtements un peu serrés. Les premières tentatives d'abord chirurgicales ont permis la découverte d'un moignon clitoridien que l'on a d'abord libéré, puis tenté de repositionner en situation plus normale. L'idée est ensuite venue de rechercher le pédicule pudendal et de le libérer. Après des recherches anatomiques (laboratoire d'Anatomie des Saints Pères, professeur Vincent Delmas), la technique a été codifiée (Foldes, 2004). La technique a depuis été simplifiée, afin d'assurer sa reproductibilité et de faciliter sa réalisation en milieu précaire avec des moyens anesthésiques réduits avec une recherche d'abaissement des coûts (Foldes, 2006). Une première série de 453 cas a été publiée (Foldes & Louis Sylvestre, 2006).

Aujourd'hui plus de 3.000 femmes ont été opérées en France, 14 hôpitaux pratiquent la reconstruction du clitoris et l'opération est remboursée par la sécurité sociale depuis 2004.

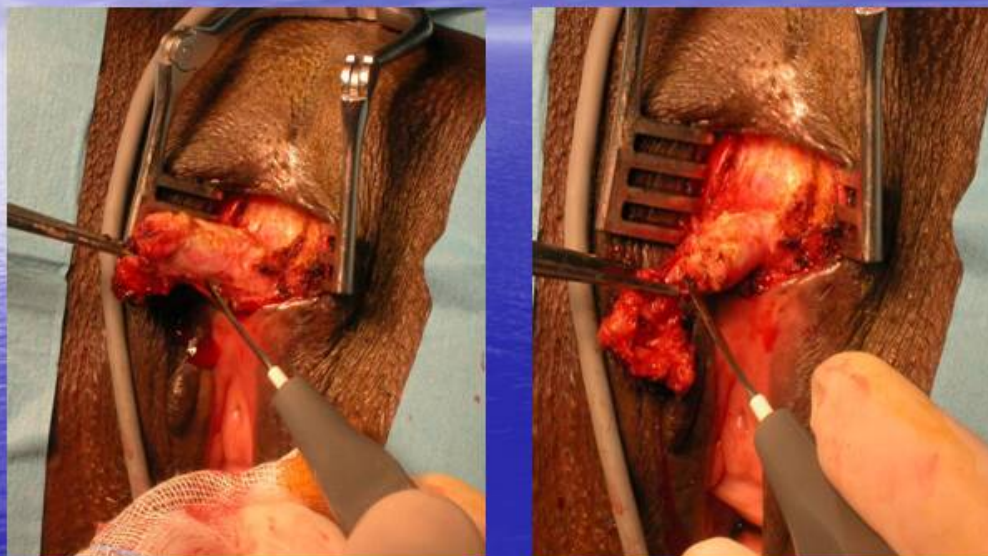
Le suivi est organisé de la manière suivante:

- une consultation préparatoire avec un anesthésiste, un sexologue pour valider la demande,
- une journée d'hôpital pour l'opération proprement dite,
- un suivi post-opératoire à 2 semaines, 6 semaines et 2 mois,
- 4 consultations sexologiques,
- un accompagnement pendant deux ans.

Figures 6, 7, 8 et 9: Les différentes étapes de la chirurgie reconstructrice du clitoris.

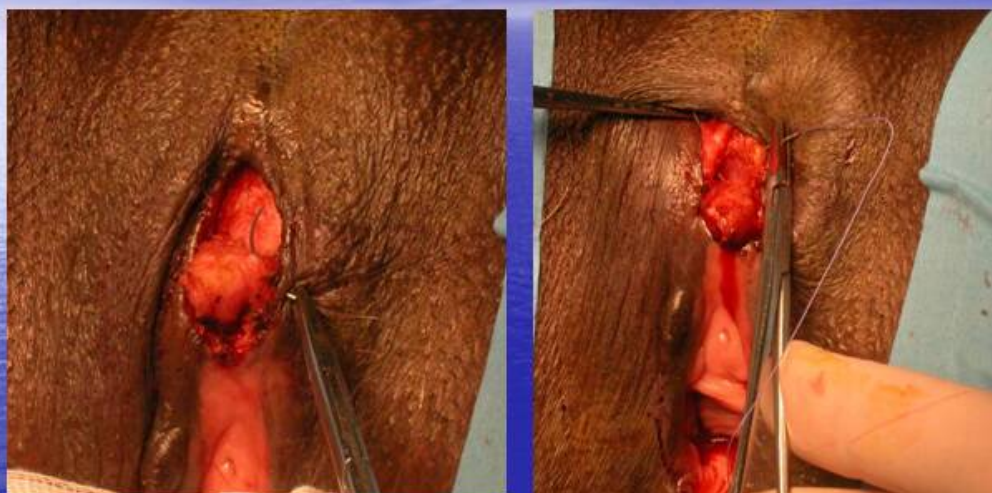


RECONSTITUTION DU GLAND CLITORIDIEN



Il s'agit plutôt de la séparation du tissu cicatriciel (libération des couches saines et vivantes du néo-gland).

REIMPLANTATION



Source: Dr Foldes, 2006.

D'autres expériences de reconstruction du clitoris après mutilations génitales féminines ont été relevées dans la littérature en Egypte (Thabet & Thabet, 2003) et via les médias (articles de presse) en Espagne, et au Burkina Faso. Au Burkina Faso, c'est un gynécologue-obstétricien du CHU d'Angers (France), le Dr Madzou, qui a formé sur place une équipe de médecins burkinabé qui opèrent depuis 2006. La technique (pas de résultats encore publiés) a été présentée au 10^{ème} Congrès de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique qui s'est tenu du 14 au 18 décembre 2008 à Bamako au Mali (Madzou et al. ,2008).

3.2.2.3 Evaluation de la technique de reconstruction du clitoris

Le meilleur devis d'évaluation en médecine organique est l'essai randomisé contrôlé où un groupe reçoit le nouveau traitement et l'autre groupe, le groupe contrôle, reçoit l'ancien traitement ou un placebo. Ici dans le cas de l'évaluation de l'efficacité de la reconstruction du clitoris où on doit évaluer l'état psychologique de la femme et sa fonction sexuelle, il est difficile d'appliquer cette méthodologie car le psychisme joue beaucoup dans l'image de soi et la sexualité. En santé mentale, on ne peut objectiver la subjectivité que chez un même individu, les femmes peuvent être leur propre contrôle (avant et après l'intervention) (I Pelc, communication personnelle).

La revue de littérature a permis de retrouver seulement 2 études qui évaluent les résultats de la reconstruction. Celles de Thabet & Thabet (2003) et celle de Foldes & Louis-Sylvestre (2006). Les résultats des deux études sont décrits ci-dessous.

Résultats de l'étude de Thabet (Egypte) portant sur 60 cas de reconstruction comparés à des groupes contrôles.

Trente femmes non excisées constituant le groupe contrôle (groupe 1), 30 femmes excisées de type I (groupe 2), 30 femmes excisées de types II et III (groupe 3) et 57 femmes excisées de types I, II ou III souffrant de kystes suite à l'excision (groupe 4) ont été sélectionnées de manière randomisées dans les cliniques de planning familial et de gynécologie de l'école de Médecine Kaasr El Aini. Toutes les femmes étaient mariées et avaient déjà eu des enfants. Les caractéristiques socio-économiques des groupes étaient identiques. Toutes les femmes ont consenti à participer à l'étude et ont reçu une explication sur l'intervention chirurgicale.

Toutes les femmes du groupe 3 ont bénéficié d'une reconstruction du clitoris et des petites lèvres si nécessaire. Les femmes du groupe 4 (avec un kyste) ont été séparées en deux groupes: 27 cas n'ont eu qu'une excision du kyste sans reconstruction, et les 30 autres ont bénéficié de l'excision du kyste, plus une reconstruction du clitoris et des petites lèvres. Une évaluation de la sexualité a été faite avant et après l'intervention par un questionnaire développé par les auteurs à l'Université du Caire, école de médecine Kaasr El Aini (score de 100). Les résultats sont dans le tableau 2

Tableau 2: Evaluation de la sexualité avant et après l'intervention dans les 4 groupes.

Evaluation notée sur 100	Contrôles (30 cas)		MGF de type I (30 cas)	MGF de type II et III (30 cas)	MGF de tous types avec un kyste (57 cas)	
	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4		
Type d'intervention	Aucune	Aucune	Reconstruction du clitoris et des petites lèvres	Excision du kyste (27 cas)	Excision du kyste + reconstruction du clitoris et des petites lèvres (30 cas)	

Avant l'intervention	82,2±1,5	78,9±1,7	65,6±1,7	76,7±2,1	76,9±2,0
Après l'intervention	Non valide	Non valide	80,5±1,7*	63,0±1,1*	79,0±1,1**

* significatif

** non significatif

Deux résultats intéressants apparaissent:

- sur l'évaluation de la sexualité avant l'intervention: les femmes qui ont un petit kyste suite à l'excision n'ont pas de différence dans leur test sur l'évaluation de leur sexualité avec le groupe contrôle. Selon les auteurs, le massif du kyste pourrait expliquer une stimulation lors du rapport sexuel;

- sur l'impact de la chirurgie reconstructrice sur la sexualité: les femmes du groupe 3 ont une meilleure évaluation de la sexualité après l'intervention (le questionnaire utilisé est à la fin de l'article de Thabet). Par contre pour celles avec un kyste, si on excise le kyste sans faire de reconstruction du clitoris, la sexualité est moins bonne qu'avant parce qu'elles ont perdu le massif (provoqué par le kyste) et si on excise le kyste et que l'on reconstruit un néo-clitoris, on a le même niveau de sexualité qu'avant l'opération.

Résultats de l'étude de Foldès (France) portant sur 453 cas de reconstruction du clitoris.

Une seule étude est disponible sur les résultats de l'expérience française. Toutes les patientes consultant pour une réparation chirurgicale du clitoris de 1992 à 2005 ont été incluses dans une étude prospective. La douleur préopératoire et le retentissement sexuel de la mutilation ont été évalués en cinq catégories. L'intervention a consisté, après résection de la peau cicatricielle, à identifier le moignon clitoridien, puis à sectionner le ligament suspenseur de manière à mobiliser le moignon. Les tissus scléreux de l'extrémité du moignon ont ensuite été réséqués et le néo gland fixé en position physiologique. L'aspect esthétique et la fonction clitoridienne au sixième mois postopératoire ont été évalués en cinq catégories.

Quatre cent cinquante-trois patientes ont été complètement évaluées avec un recul d'au moins six mois (l'étude ne mentionne pas les perdus de vues, nous ne savons pas combien de patientes au total ont été opérées entre 1992 et 2005). L'hospitalisation a duré 24 heures et l'intervention moins de 30 minutes. Dans les suites opératoires précoces (dans les 10 jours après l'opération), il a été noté: 21 cas d'hématome, 32 lâchages de suture, 5 cas de douleurs persistantes. Certaines patientes ont signalé des pertes sales (49 cas) qui ont nécessité des soins locaux. Une antibiothérapie a été prescrite uniquement en cas de fébricule (31 cas). Ces complications ont donné lieu à 24 ré-hospitalisations et 17 reprises chirurgicales. Il n'a été relevé aucune complication tardive exceptée quatre cas de cicatrices sensibles à 4 mois. Ce symptôme avait disparu dans tous les cas à un an. Les auteurs rapportent avoir constaté la présence d'un massif clitoridien visible dans 87% des cas, six mois après l'intervention et 75% de ces patientes auraient fait état d'une amélioration de la fonction sexuelle clitoridienne. L'évaluation de la fonction clitoridienne à cette époque s'est basée sur un interrogatoire de la patiente et non sur une mesure de l'orgasme par des techniques actuelles comme présentées plus loin dans la deuxième étude en cours.

L'étude de l'impact de la chirurgie reconstructrice sur la fonction sexuelle clitoridienne est compliquée par le manque de données concernant la normalité dans ce domaine; elle l'est plus encore par le fait que la majorité des femmes ont été excisées très jeunes, avant d'avoir eu des rapports sexuels, et qu'elles n'ont donc pas conscience de ce qui peut être éprouvé avec un clitoris intact. L'autre difficulté est la réticence des patientes à un suivi complexe et prolongé. Ainsi l'utilisation de techniques actuelles (IRM, sondes thermique et vibratoire) ne peut se faire que sur des patientes volontaires.

Une **deuxième étude** prospective est en cours en France depuis 2007 (inclusion minimale ciblée de 200 femmes)

Objectifs de l'étude:

Evaluation prospective des bénéfices cliniques apportés de la seule technique existante de chirurgie réparatrice de l'excision rituelle i.e. la technique du double lambeau cutané sur:

- la douleur locale chronique attribuée à l'excision clitoridienne
- la neurophysiologie périphérique et centrale du clitoris
- la fonction sexuelle.

Plan de l'étude:

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective non comparative. Toutes les patientes sont opérées par le même chirurgien (PF) selon la technique du double lambeau cutané. Les patientes seront évaluées en pré-opératoire, puis 6 mois et 12 mois après l'intervention. La durée prévue de l'étude est de 30 mois.

Critères de jugement:

- Critère principal: évolution de la douleur locale.
- Critères secondaires: changement de la neurophysiologie périphérique et centrale du clitoris; modification de la fonction sexuelle.

Sélection des patientes:

Critères d'inclusion:

- Femmes majeures présentant une lésion clitoridienne résultant d'une excision quelle qu'elle soit avec ou sans infibulation et exprimant une demande de réparation chirurgicale.
- Femmes majeures souffrant d'une douleur d'intensité modérée ou plus (définie par supérieur ou égal à 40 mm sur une échelle analogue visuelle de 100 mm¹), chronique (d'une durée de plus de 3 mois), et attribuée à la lésion clitoridienne.
- Femmes acceptant de signer un consentement éclairé qui aura été approuvé ainsi que le protocole de l'étude par le Comité de Protection des Personnes Paris Ile de France VIII (Hôpital Ambroise Paré à Boulogne).

Critères d'exclusion:

- Femmes présentant un syndrome douloureux associé (p.ex. fibromyalgie) ou des douleurs d'autres origines (p.ex. lombalgie).
- Femmes souffrant de dépression sévère ou toxicomane.
- Femmes dont les conditions médicales, physiques, psychologiques ou sociales, rendent la compréhension des questionnaires difficile et/ou un suivi à 12 mois improbable.
- Grossesse.

Evaluation

1. Douleur locale

La douleur sera évaluée avant l'intervention, à 6 mois et à 12 mois.

La douleur sera définie et évaluée à l'aide d'échelles (p.ex. échelle analogue visuelle 100mm) et de questionnaires simples (e.g. questionnaire diagnostique douleur neuropathique 4 questions, DN4 (Bouhassira et al., 2005), annexe 2) par son intensité, sa durée, sa fréquence, ses caractéristiques, les symptômes associés, les circonstances de déclenchement et les traitements antérieurs (p.ex. antalgiques).

2. Exploration neurophysiologique clitoridienne

L'exploration neurophysiologique sera réalisée avant l'intervention, à 6 mois et à 12 mois.

Détails de l'exploration:

- Biothésiométrie clitoridienne comprenant la mesure des sensibilités thermique et vibratoire à l'aide du Thermal/Vibratory Sensory Analyzer System[®] (Vardi et al., 2000, Gruenwald et al.,

¹ C'est la plus utilisée et la plus fiable. Elle se présente sous forme d'une ligne droite de 100 mm. A l'une des extrémités est indiqué: absence de douleur, à l'autre: douleur insupportable. Le patient place une marque entre ces 2 extrémités en fonction de l'intensité de sa douleur à un temps donné. En pratique, il s'agit d'une petite réglette en plastique munie, sur une face d'un curseur mobilisé par le patient, sur l'autre de graduations millimétrées lues par le soignant. Elle a été mise au point pour la cotation de la douleur par Huskisson en 1974.

2001; Gruenwald et al., 2007). Seront ici évalués les seuils de sensibilité thermique et vibratoire.

- Potentiels évoqués corticaux somato-sensoriels du nerf dorsal du clitoris mesurés à l'aide des électrodes cutanées de stimulation mises en place de part et d'autre du clitoris ou moignon clitoridien et, d'électrodes, mises en place sur le scalp, de recueil des réponses corticales. Seront mesurées les latences des potentiels évoqués corticaux. Paramètres de stimulation: 0,1 ms, fréquence 4,1 Hz, filtres 5-5.000 Hz, l'amplitude correspondant à trois fois le seuil de sensibilité. Les réponses corticales sont mesurées par des électrodes mises en place sur le scalp (Cpz et Fpz¹) (Yang, 2004).

3. Etat psychologique et fonction sexuelle

L'état psychologique général et la fonction sexuelle seront appréciés avant l'intervention, à 6 mois et à 12 mois.

Le questionnaire iCGI (improved Clinical Global Impression scale) sera administré pour apprécier l'état psychologique général des patientes (Guy, 1976; Kadouri et al., 2007).

La fonction sexuelle sera évaluée à l'aide des questionnaires validés, le FSFI (Female Sexual Function Index) (Rosen et al., 2000) et l'ASEX (Arizona sexual experience scale), qui mesurent la sévérité de la dysfonction sexuelle (McGahuey et al., 2000; Lukacs, 2005)). Les traductions validées françaises de ces deux questionnaires ont été réalisées (Annexe 3). A noter qu'une recherche sur la base Medline en juin 2007 a permis de retrouver 76 études ayant utilisé le questionnaire FSFI.

L'interrogatoire et l'examen initiaux recueilleront les données démographiques dont l'état civil, l'ancienneté de la mutilation, l'ancienneté de la douleur, le type de la mutilation, les grossesses antérieures, et les caractères du cycle menstruel.

Méthodologie statistique

En plus des critères d'évaluation, seront obtenues des données démographiques (âge et origine ethnique), des informations relatives à la mutilation (type et ancienneté), des données gynéco-obstétricales (caractères du cycle menstruel et grossesses antérieures) et des données chirurgicales (technique et complications éventuelles). Les événements indésirables spontanés rapportés durant l'étude seront enregistrés et à cette occasion, la tolérance de l'intervention sera documentée (p.ex. bonne, moyenne, mauvaise).

Toutes les données collectées seront analysées et décrites. Une analyse univariée puis multivariée des facteurs prédictifs de l'amélioration de la douleur et de la fonction sexuelle sera réalisée.

Calendrier de l'étude

	Sélection	Intervention	1 ^{ère} visite de suivi	2 ^e visite de suivi
VISITE	V1	V2	V3	V4
SEMAINE	- 4	0	26	52
Signature du consentement éclairé	X			
Données démographiques et antécédents médicaux	X			
Examen clinique	X		X	X
Critères d'inclusion/exclusion	X			
Examen neurophysiologique	X		X	X
Évaluation de la douleur	X		X	X
Évaluation de la qualité de vie et la sexualité	X		X	X
Programmer la prochaine visite / le prochain appel téléphonique	X	X	X	

¹ Position de captation maximale sur le cuir chevelu

3.2.2.4 Conditions de remboursement de la reconstruction du clitoris

Actuellement les traitements chirurgicaux réalisés pour des complications d'excision et d'infibulation (désinfibulation et résection d'un kyste dermoïde) sont remboursés par l'INAMI avec les nomenclatures réservées aux plasties vulvaires.

Il n'existe pas actuellement de nomenclature pour la reconstruction du clitoris en Belgique. En France, le remboursement a été accepté à hauteur de 600€ hors coûts d'hospitalisation. Les consultations de l'équipe pluridisciplinaire avant et après l'intervention doivent aussi être remboursées.

Conditions à la reconstruction du clitoris et au remboursement par l'INAMI:

- Avoir suivi les différentes consultations proposées par l'équipe pluridisciplinaire;
- Avoir donné son consentement éclairé;
- Avoir 18 ans ou plus.

En attendant le remboursement de l'INAMI, les femmes qui souhaiteraient se faire opérer en France doivent soumettre une demande au médecin conseil de la mutuelle à laquelle elles sont affiliées. Cette demande sera soumise au Conseil des médecins conseils.

3.2.2.5 Mesures accompagnatrices

La prise en charge d'une femme excisée ne saurait se résumer à la reconstruction du clitoris. Il est important que la femme qui fait la démarche de consulter puisse exprimer ses attentes, que le référent médical puisse lui dire de manière objective les résultats qu'elle peut attendre de l'opération. Une discussion avec les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire permettra ainsi de mieux cerner la demande. A l'hôpital Trousseau à Paris, 30% seulement des femmes vont jusqu'au bout du parcours et se font opérer (Conseil de l'Ordre National des Sages-Femmes 2008). Il est important que ce suivi pluridisciplinaire soit également remboursé.

Encadré 1: Exemple du suivi pluridisciplinaire de l'hôpital Rothschild à Paris.

L'unité de prise en charge chirurgicale est ouverte depuis septembre 2005.

L'équipe pluridisciplinaire comprend:

- Sage-femme (information, explication).
- Psychologue, ethno psychotérapeute (évaluation du traumatisme).
- Sexologue (évaluation des attentes sexuelles).
- Infirmier de la cellule antidouleur (prise en charge de la douleur en post-op).
- Chirurgien, anesthésiste (prise en charge chirurgicale).

Le premier contact est fait par la sage-femme qui informe et donne des explications générales sur l'intervention. Ensuite la femme aura des consultations systématiques avec les autres membres de l'équipe.

Un staff mensuel est organisé pour partager les informations sur les patientes, afin de réadapter l'accompagnement si nécessaire et fixer la date de l'intervention. C'est le lieu pour réfléchir et évaluer ses pratiques.

Intervention:

- ▶ Hospitalisation: 24 h.
- ▶ Encadrement par l'équipe.
- ▶ Intervention sous anesthésie générale.
- ▶ Soins locaux, antalgiques.

Suivi post-opératoire par:

- ▶ Chirurgien: J15, M1, M3, M6...
- ▶ Psychologue, ethno psychothérapeute: post-op immédiat et à la demande.
- ▶ Sexologue: M6 et à la demande.

Sources: Gynécologie sans Frontières et GAMS France.

4. RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE

La problématique est peu connue et beaucoup de recherche reste à faire en Belgique en matière de MGFs pour d'abord mieux connaître la population concernée (nombre de femmes excisées vivant sur le territoire, impact des MGFs sur leur santé physique et mentale) et pour évaluer les résultats de la chirurgie reconstructrice.

Le CSS recommande que:

- des recherches soient entreprises pour évaluer la prévalence de femmes excisées vivant sur le territoire belge comme cela a été fait en France (Andro & Lesclingand, 2007), ou en Grande-Bretagne (Dorkenoo et al., 2008).
- des recherches soient faites sur l'impact des MGFs sur la sexualité, sur la santé physique et mentale des femmes excisées résidant en Belgique afin de mieux évaluer leurs besoins et de mettre en place les structures nécessaires à leur prise en charge.
- des études prospectives soient mises en place concomitamment avec le début des activités cliniques pour évaluer sur plusieurs années le résultat des interventions reconstructrices (aspect anatomique, douleur, fonction clitoridienne, sexualité et état psychologique).
- un symposium scientifique soit organisé pour traiter plus profondément cette problématique de façon multidisciplinaire.

5. REFERENCES

- Amy JJ, Richard F. Les mutilations génitales féminines. Guide des Consultations Périnatales ONE-GGOLFB 2009:Chap. 48, sous presse.
- Andro A, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France. Popul Soc 2007; 438.
- Baskin LS, Erol A, Li YW, Liu WH, Kurzrock E, Cunha GR. Anatomical studies of the human clitoris. J Urol 1999; 162(3 Pt 2):1015-20.
- Behrendt A, Moritz S. Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. Am J Psychiatry 2005; 162(5):1000-2.
- Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelles J, Cunin G, Fermanian J, Ginies P, Grun-Overdyking A, Jafari-Schlupe H, Lanteri-Minet M, Laurent B, Mick G, Serrie A, Valade D, Vicaut E. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain. 2005;114(1-2):29-36
- Buisson O, Foldes P, Paniel BJ. Sonography of the clitoris. J Sex Med 2008; 5(2):413-7.
- CNOSF - Conseil de l'Ordre National des Sages-Femmes. Réparation de l'excision: la sage-femme au coeur du dispositif. Contact sages-femmes 2008; 16:20.
- Danish National Board of Health. Prevention of female circumcision. Albertslund Sundhedsstyrelsen, 2000.
- Dorkenoo E, Morisson L, Macfarlane A. A statistical study to estimate the prevalence of Female Genital Mutilation in England and Wales. Forward UK 2007.
- Foldes P. (Reconstructive plastic surgery of the clitoris after sexual mutilation). Prog Urol 2004; 14(1):47-50.
- Foldes P. Surgical techniques: reconstructive surgery of the clitoris after ritual excision. J Sex Med 2006; 3(6):1091-4.
- Foldes P, Buisson O. (Clitoris and G spot: an intimate affair). Gynecol Obstet Fertil 2007; 35(1):3-5.
- Foldes P, Louis-Sylvestre C. (Results of surgical clitoral repair after ritual excision: 453 cases). Gynecol Obstet Fertil 2006; 34(12):1137-41.
- Foldes P (2007) Evaluation prospective d'une technique de chirurgie réparatrice de l'excision rituelle. Dossier de demande de subvention du fonds de recherche de l'AFU.
- Frost-Arner L, Aberg M, Jacobsson S. Clitoral sensitivity after surgical correction in women with adrenogenital syndrome: a long term follow-up. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 2003; 37(6):356-9.
- Gruenwald I, Lowenstein L, Gartman I, Vardi Y. Physiological changes in female genital sensation during sexual stimulation. J Sex Med 2007; 4(2):390-4.

- Gruenwald I, Miller A, Gertman I, Vardi Y. Evaluation of genital sensation and associated sexual dysfunction in females with multiple sclerosis and spinal cord involvement. *Int J Impot Res* 2001; 13(S30).
- Guy W. *Clinical global Impression*. Rockville, MD.: ECDEU - Assessment Manual for Psychopharmacology, revised National Institute of Mental Health - Rockville, MD; 1976.
- Kadouri A, Corruble E, Falissard B. The improved Clinical Global Impression Scale (iCGI): development and validation in depression. *BMC Psychiatry* 2007; 7:7.
- ICRH - International Centre for Reproductive Health,. Belgian legislation regarding female genital mutilation and the implementation of law in Belgium, Ghent 2004.
- Leye E, Ysebaert I, Deblonde J, Claeys P, Vermeulen G, Jacquemyn Y, et al. Female genital mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008; 13(2):182-90.
- Lukacs B. Proposition d'un modèle de représentation de la sexualité de l'homme. Comparaisons des questionnaires de sexualité. *Prog Urol* 2005; 15(1):185-91.
- Madzou S, Ouédraogo C, Gillard P, Biquard F, Lefebvre-Lacoeuille C, Catala L, et al. Chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilations sexuelles. 10^e congrès de la SAGO; Bamako, 14-18 déc. 2008.
- Mager F, Noriega Tontor C. Les mutilations féminines, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge. Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme de sage-femme. Liège: Institut Sainte-Julienne; 2003.
- McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(1):25-40.
- Mussinelli F, Caru A, Cipollini TL. Trends in conservative clitoroplasty. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1986; 20(1):147-52.
- O'Connell HE, Sanjeevan KV, Hutson JM. Anatomy of the clitoris. *J Urol* 2005; 174(4 Pt 1):1189-95.
- OMS - Organisation Mondiale de la Santé. Eliminer les mutilations sexuelles féminines. Déclaration inter-institutions HCDR, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM. Genève 2008.
- OMS - Organisation Mondiale de la Santé, UNICEF - Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, UNFPA - Fonds des Nations unies pour la Population, Les mutilations sexuelles féminines, déclaration commune. Genève: 1997.
- RCN - Royal College of Nursing. *Female Genital Mutilation: an RCN educational resource for nursing and midwifery staff* London: 2006.
- Richard F, Daniel D, Ostyn B, Colpaert E, Amy JJ. Mutilations génitales féminines. Conduite à tenir à l'accouchement. Guide technique pour les professionnels de la Santé. Bruxelles: Service Public Fédéral de la santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement 2000. p. 14.

- Richard F, Daniel D, Ostyn B, Colpaert E, Amy JJ. Vrouwelijke genitale verminking (vrouwenbesnijdenis). Handleiding voor bij de bevalling. Technisch advies voor gezondheidspersoneel in België. Brussel: Ministerie van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu; 2000. p. 1-14.
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Sex Marital Ther* 2000; 26(2):191-208.
- Sagehashi N. Clitoroplasty for clitoromegaly due to adrenogenital syndrome without loss of sensitivity. *Plast Reconstr Surg* 1993; 91(5):950-5; discussion 6.
- Thabet SM, Thabet AS. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. *J Obstet Gynaecol Res* 2003; 29(1):12-9.
- Toubia N. *Caring for Women with Circumcision*. Rainbo ed. New york, 1999.
- Vardi Y, Gruenwald I, Sprecher E, Gertman I, Yartnitsky D. Normative values for female genital sensation. *Urology* 2000; 56(6):1035-40.
- WHO - World Health Organization. *Female genital mutilation: an overview*. Geneva: 1998.
- WHO - World Health Organization. *A systematic rev of the health complication of female genital mutilation including sequelae in childbirth* World Health Organization. Geneva: 2000.
- WHO - World Health Organization. *Female Genital Mutilation - New knowlegde spurs optimism*. *Progress in Sexual and Reproductive Health Research* 2006; 72.
- WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*. *Lancet* 2006; 367(9525):1835-41.
- Yang CC, Kromm BG. New techniques in female pudendal somatosensory evoked potential testing. *Somatosens Mot Res* 2004; 21(1):9-14.

6. ANNEXE

Annexe 1. Carte avec distribution et prévalence des pays qui pratiquent l'excision.

7. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Tous les experts ont participé à **titre personnel** au groupe de travail. Les noms des membres et experts du CSS sont annotés d'un astérisque *.

Les experts suivants ont participé à l'élaboration de l'avis

AMY Jean-Jacques	(Gynécologie), AZ VUB
CAILLET Martin	(Gynécologie), Hôpital St-Pierre, ULB
DE MEY Albert	(Chirurgie plastique), Hôpital Brugmann
DE SUTTER Petra*	(Gynécologie), Université de Gand
JACQUERYE Agnès	(Sexologie), ULB
KOLETSIS Catarina	(Sexologie), Centre Osiris, Braine l'Alleud
PELC Isidore*	(Psychiatrie, assuétudes), ULB
RICHARD Fabienne	(Santé publique, obstétrique), Département Santé Publique, IMT Anvers

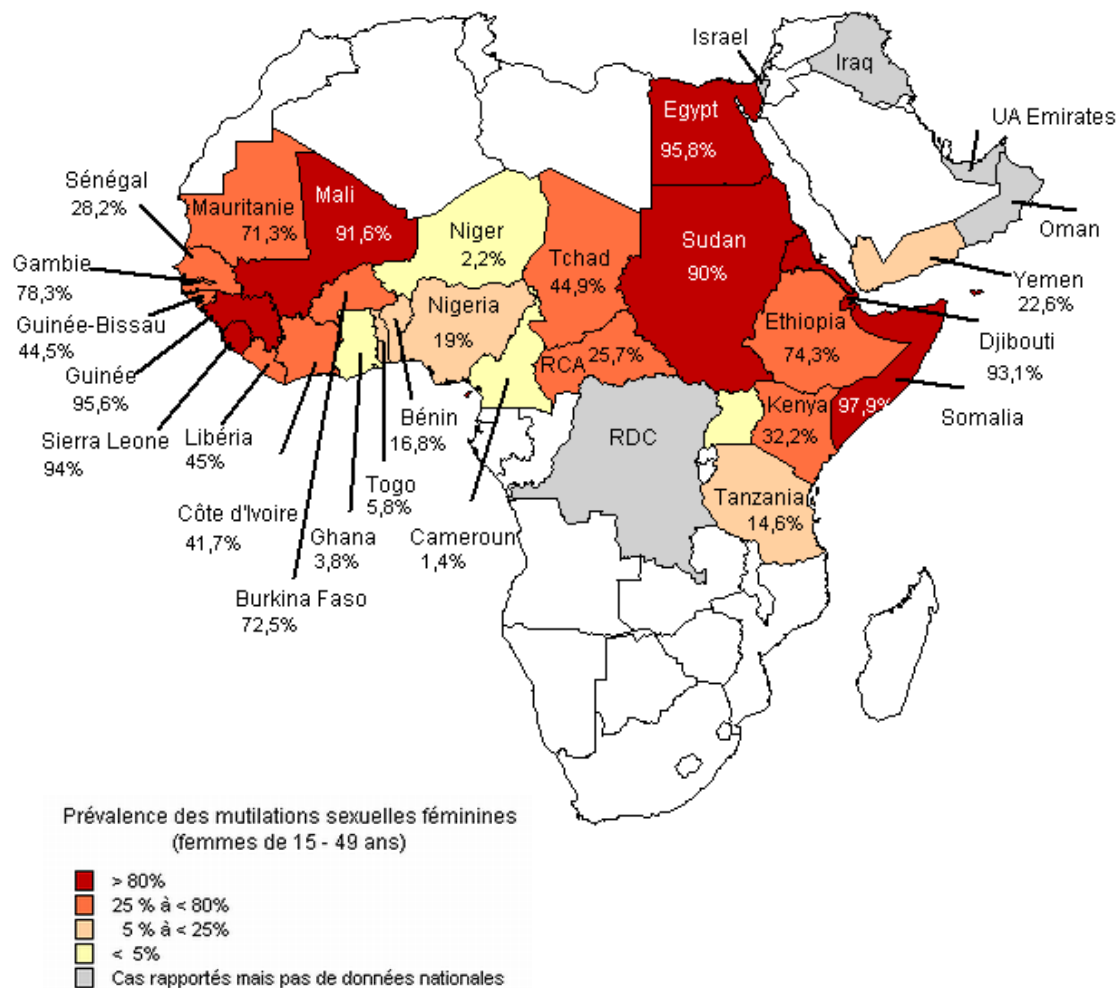
Les personnes suivantes ont été entendues:

FOLDES Pierre	(Urologie), Clinique Louis XIV, St-Germain-en-Laye, expert français invité
---------------	--

Le groupe de travail a été présidé par Petra DE SUTTER et le secrétariat scientifique a été assuré par Anne-Madeleine PIRONNET.

8. ANNEXE(S)

Annexe 1: Carte avec distribution et prévalence des pays qui pratiquent l'excision.



Source des données : Eliminating Female Genital Mutilation
An interagency statement
OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO,
UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO
WHO 2008

© GAMS - Belgique 2008