



LE CeMAViE : UN CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR LA PRISE EN CHARGE DE FEMMES VICTIMES DE MUTILATIONS GÉNITALES

Martin CAILLET	Gynécologue responsable
Fabienne RICHARD	Sage-femme coordinatrice
Département de	Gynécologie-Obstétrique CHU Saint-Pierre - Bruxelles

Le CeMAViE (Centre Médical d'Aide aux Victimes de l'Excision) est un projet de santé publique et une expérience médico-sociale innovante pour la santé des femmes en Belgique. Il a vu le jour en avril 2014 au sein de la clinique du périnée du CHU Saint-Pierre de Bruxelles. Depuis son ouverture, le CeMAViE a prodigué 2000 consultations multidisciplinaires à plus de 500 patientes, et réalisé une soixantaine d'actes de chirurgie vulvaire dont 26 reconstructions du clitoris.

Les mutilations génitales féminines (MGF) ou excision sont définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 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 constituent une atteinte aux droits humains et à la santé mentale et physique des femmes.

Leurs conséquences immédiates (hémorragie, infection, traumatisme psychologique, décès), ainsi qu'à moyen et long terme (douleurs chroniques, troubles de la sexualité, infections à répétition et complications lors de l'accouchement) ont des répercussions majeures sur la vie des victimes.

Selon l'UNICEF, plus de 200 millions de femmes dans le monde auraient subi des mutilations génitales féminines (MGF). Selon le Parlement européen, 500 000 femmes excisées et 180 000 filles à risque de l'être vivraient en Europe.¹

L'étude de prévalence coordonnée par l'IMT d'Anvers et soutenue par le SPF Santé publique (collaborations : ICRH, ISP, ONE, K&G, Fedasil, CGRA) montre qu'au 31 janvier 2012, on estimait à 48 092, le nombre de femmes et filles originaires d'un pays où l'excision est pratiquée. Parmi celles-ci, 13 112 sont très probablement excisées et 4 084 sont à risque de l'être.²

La Région flamande (6 761 filles et femmes déjà excisées ou à risque de l'être) et la Région de Bruxelles-Capitale (5 831) sont les régions les plus concernées. Elles sont suivies de la Région wallonne (3 303). On doit y ajouter 1 300 filles et femmes demandeuses d'asile qui n'ont pas été réparties dans les trois régions, car elles ne sont pas enregistrées au registre national.

Les données désagrégées par province nous renseignent sur la répartition de la population cible entre les grandes villes du pays. Nous pouvons constater qu'après Bruxelles (5 831 filles et femmes excisées ou à risque de l'être), les provinces les plus concernées sont Anvers (3 125) et Liège (1 794).

Les données par tranches d'âge permettent d'identifier les besoins pour les services

médico-sociaux aux différentes périodes de la vie :

- Les moins de 5 ans, qui fréquentent les services de l'ONE, de K&G et du CLB³ : on estime à 2 493, le nombre de filles potentiellement à risque de subir une excision, ou peut-être déjà excisées pour celles qui sont nées dans un pays où se pratique l'excision.
- Les 5-19 ans : on estime à 3 887, le nombre de filles et adolescentes qui fréquentent les services de promotion de la santé à l'école.
- Les femmes de 20 à 49 ans : on estime à 9 846, le nombre de femmes qui fréquentent les services de médecine générale et les services de santé de la reproduction.
- Les femmes de 50 ans et plus : on estime à 970, le nombre de femmes susceptibles de souffrir de complications tardives.
- Les demandeuses d'asile : on estime à 1 300 le nombre de femmes très probablement excisées nécessitant une prise en charge appropriée au sein du réseau

d'accueil et des associations travaillant avec les demandeuses d'asile et réfugiées.

Les estimations des accouchements chez les femmes excisées permettent aussi d'évaluer le besoin en formation des professionnel-le-s de la naissance. Ce sont désormais plus de 1 000 femmes très probablement excisées qui accouchent chaque année en Belgique (1 203 en 2012) et pour lesquelles sages-femmes et gynécologues devront avoir un suivi et une prise en charge adaptés.

LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE, PSYCHOLOGIQUE ET SEXOLOGIQUE

L'afflux sur notre territoire de femmes et de fillettes ayant subi des MGF impose la nécessité de créer des structures d'accueil destinées à la prise en charge médicale de ces pathologies.

L'asbl GAMS Belgique (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines) assure un soutien psycho-social aux femmes excisées et aux victimes de mariages forcés, et effectue un travail de prévention au sein des communautés concernées. L'asbl INTACT propose, elle, une assistance juridique (protection nationale et protection internationale). En 2014, il n'existait aucune structure coordonnant la prise en charge des problèmes médicaux liés à cette problématique.

Le 5 août 2009, le conseil supérieur de la santé (CSS) a émis un avis concernant « la nécessité et la pertinence de réaliser et de rembourser en Belgique la chirurgie reconstructrice du clitoris après excision de organes génitaux externes ».⁴

Les experts réunis pour l'occasion ont constaté que la problématique des MGF est encore mal connue du personnel de santé en Belgique. Les patientes consultant pour ce motif ne font pas toujours l'objet d'une prise en charge appropriée.

Selon le CSS : « La prise en charge d'une femme excisée ne peut se résumer à la reconstruction chirurgicale ; une équipe pluridisciplinaire est nécessaire pour accompagner la femme avant et après celle-ci ».

Il a fallu presque cinq ans entre l'avis du CSS en août 2009 et la décision de l'INAMI en mars 2014 d'accréditer deux centres nationaux (CHU St-Pierre et UZ Gent) pour prendre en charge les femmes excisées en remboursant la prise en charge sexologique, psychologique et chirurgicale, le cas échéant.

UNE APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE

L'abord de la patiente dans sa globalité constitue un élément essentiel de la prise en charge au CeMAViE. Celle-ci s'articule autour de :

La sage-femme accueillante (Fabienne Richard) réalise l'accueil de la patiente, précise les objectifs de la prise en charge et recueille plaintes et questions. De par sa fonction, elle tient aussi le rôle de confidente et d'intermédiaire privilégiée auprès des patientes. Elle réalise le premier examen clinique en binôme avec le gynécologue. Elle assure un rôle de coordination et sert d'interface avec les associations.

Le gynécologue (Martin Caillet) réalise le bilan des lésions et planifie la prise en charge de la patiente. Il réalise la prise en charge chirurgicale quand elle s'avère nécessaire. Il tient son rôle de gynécologue auprès de patientes souvent en situation de précarité et assure le suivi gynécologique de routine. Enfin il assure la gestion du centre.

La sexologue (Cendrine Vanderhoeven) réalise le bilan sexologique initial. Elle assure un suivi thérapeutique au long cours quand il s'avère nécessaire et réalise le suivi post-opératoire en cas d'intervention chirurgicale.

La psychologue (Sonia Zeghli) réalise le bilan psychologique initial. Elle assure un suivi thérapeutique au long cours quand il s'avère nécessaire, un contexte de mariage forcé et de viols conjugaux étant fréquemment rencontré. Elle réalise le suivi post-opératoire en cas d'intervention chirurgicale.

La morbidité des MGF s'étend bien souvent au-delà de problèmes somatiques tels que douleurs chroniques ou kystes. Les séquelles psychologiques des mutilations génitales sont en effet fréquentes. Des troubles tels que névrose, anxiété, dépression, repli sur soi et une perte de l'estime de soi sont fréquemment observés.

Certaines victimes souffrent également du syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Il s'agit d'une réaction psychologique à un événement traumatisant tel qu'une situation caractérisée par un risque de mort ou de blessure grave. La victime du SSPT subit la récurrence de l'événement traumatisant sous forme de cauchemars ou de réminiscences, y compris lorsqu'elle est éveillée.

Un geste chirurgical, même simple, peut faire ressurgir de vives émotions parfois

contenues depuis de longues années. Un accompagnement psychologique peut dès lors s'avérer profitable voire indispensable. La psychologue du centre utilise alors l'EMDR, Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (désensibilisation et reprogrammation par des mouvements oculaires), qui est une thérapie brève très efficace sur le trauma.⁵

C'est dans ce contexte que l'approche pluridisciplinaire prend tout son sens.

La prise en charge mixte médico-chirurgicale et psycho-sexologique offre aux patientes la meilleure garantie de voir aborder toutes les facettes de leur problématique. Le but étant de leur apporter les solutions les plus adaptées et les plus durables possibles.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES

Si l'on se base sur la pratique actuelle, la chirurgie ne sera nécessaire que dans une minorité de cas.

La plupart des interventions chirurgicales en relation avec les MGF concernent la résection de kystes vulvaires inconfortables ou douloureux. La désinfibulation est également réalisée. Elle consiste en la séparation des grandes lèvres lorsque celles-ci ont été suturées volontairement lors de l'excision.

La chirurgie de reconstruction du clitoris peut également être proposée dans certaines situations particulières.

LA RECONSTRUCTION DU CLITORIS

Mis au point par un urologue français, le Dr Pierre Foldes, ce geste chirurgical consiste à extérioriser le moignon clitoridien résiduel et à fixer celui-ci à la peau. Le but de l'intervention est de tenter de restituer la fonction clitoridienne ainsi que de restaurer l'anatomie.

Cet acte chirurgical est remboursé par la sécurité sociale belge depuis le 1^{er} mars 2014, uniquement dans le cadre d'une convention particulière reprenant les recommandations de l'avis du Conseil supérieur de la santé.

Cette intervention se trouve être à l'heure actuelle assez controversée car bien que la technique opératoire ait été bien décrite dans la littérature, il existe peu d'études qui évaluent les résultats de l'intervention avec une méthodologie adéquate.^{6,7,8}

L'apparence physique d'un clitoris après cicatrisation à 6 mois peut être ainsi restituée dans la plupart des cas. Par ailleurs, il existe actuellement peu d'arguments scientifiques probants permettant d'affirmer que le clitoris reconstruit aura les caractéristiques physiologiques d'un clitoris non mutilé. La capacité pour la femme d'atteindre l'orgasme n'est pas garantie. Les travaux publiés sur la question montrent des résultats encourageants mais qui demandent à être vérifiés par des études rigoureuses. Les indications de l'intervention devront donc être discutées avec la patiente de manière approfondie.

Dans le chef de certaines victimes, la nécessité de recouvrer leur intégrité physique devient l'élément décisif de leur cheminement

thérapeutique. Lorsque la prise en charge psychologique et sexologique ne parvient pas à franchir cet ultime obstacle, la correction chirurgicale peut devenir une nécessité. C'est chez ces patientes que la chirurgie reconstructrice trouve probablement sa véritable raison d'être.

Seul 15 % des patientes se présentant au centre dans le cadre d'une demande de reconstruction bénéficieront *in fine* d'une intervention. Beaucoup changent d'avis après avoir été dûment informées des bénéfices réels à attendre de cette procédure invasive.

Car si le geste chirurgical ne présente pas de difficultés particulières. La période post opératoire s'avère pénible, notamment en raison de douleurs intenses délicates à contrôler et

d'une période de cicatrisation de quatre à huit semaines.

Au détour de l'intervention, les soignants recueillent de touchants et puissants témoignages : les patientes évoquent force et confiance retrouvée, ainsi que, dans une grande majorité de cas, une nette amélioration de leur satisfaction sexuelle.

FORMATION, INFORMATION, PRÉVENTION

Les acteurs du centre entretiennent des relations privilégiées avec d'autres structures actives dans l'aide aux victimes de l'excision telles que le GAMS Belgique (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines) ou l'asbl INTACT (Information et défense juridique des femmes victimes d'excision ou de mariage forcé).

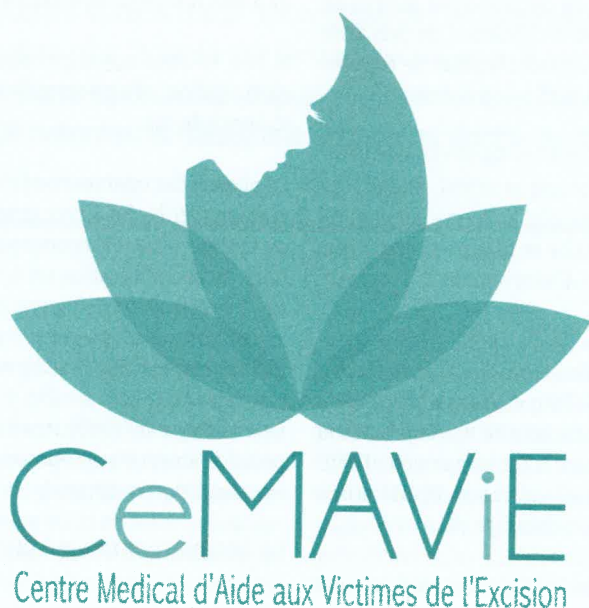
Certain-e-s membres des équipes prenant en charge les MGF participent activement aux formations pour les professionnel-le-s (soignant-e-s, éducateurs ou éducatrices, enseignant-e-s ou acteurs sociaux).

La problématique des MGF ayant suscité depuis plusieurs années un vif intérêt de la part du public comme de politiques de tous bords, le centre de référence médical est un relais supplémentaire d'informations sur le sujet. ■

INFORMATIONS

Le centre CeMAViE, qui s'intègre dans la Clinique du périnée, se trouve aujourd'hui sur le site du CHU Saint-Pierre situé 13 rue des Alexiens à Bruxelles.

- www.stpierre-bru.be/fr/service/gyneco/cemavie.html
- <https://fr-fr.facebook.com/centrecemavie/>



- 1 UNICEF 2016. Female Genital Mutilation/Cutting: a global concern. http://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf (accessed on 12/10/2016)
- 2 Dubourg D et Richard F. Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique. Bruxelles: SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2014. <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/membres-22/> (accessed on 12/10/2016)
- 3 K&G (0 à 3 ans), CLB (3 à 6 ans)
- 4 Chirurgie reconstructrice après excision des organes génitaux externes ou mutilation génitale féminine (MGF) (août 2009) (CSS 8430) <http://www.health.belgium.be/fr/avis-8430-mutilation-genitale> (accessed on 12/10/2019)
- 5 EMDR <http://www.emdr-belgium.be/index.php/fr/emdr-qu-est-ce-que-c-est> (accessed on 12/10/2016)
- 6 Foldes P, Louis-Sylvestre C. (Results of surgical clitoral repair after ritual excision: 453 cases). *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34(12):1137-41.
- 7 Thabet SM, Thabet AS. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. *J Obstet Gynaecol Res* 2003; 29(1):12-9.
- 8 Foldes P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *The Lancet*. Published online June 12, 2012 DOI:10.1016/S0140-6736(12)60400-0 [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)60400-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)60400-0.pdf) (accessed on 12/10/2016)