

Campagne de sensibilisation et de formation à la prise en charge des femmes excisées dans les hôpitaux

Phase 3

1^{er} octobre 2015 – 31 octobre 2016 (13 mois)

Rapport final d'activités

Projet coordonné par le GAMS Belgique



1. Présentation du projet

DENOMINATION DU PROJET : Prévention et prise en charge des MGF pour le personnel hospitalier (Maternité, Travel Clinic)

NATURE DU PROJET Formation continue des professionnels

PERIODE DE DEROULEMENT : du 1^{er} octobre 2015 au 31 octobre 2016.

CONTENU DU PROJET:

Contexte

L'importance du problème en Belgique

Au 31 décembre 2012 on estimait à 48.092, le nombre de femmes et filles originaires d'un pays où l'excision est pratiquée.¹ Sur ces 48 092, 13 112 sont très probablement excisées et 4 084 sont à risque de l'être. La prévalence a doublé depuis la première estimation au 31 décembre 2007. Ceci s'explique à la fois par l'arrivée de nouvelles femmes déjà excisées au pays issues des pays qui pratiquent l'excision et également de naissances en Belgique de petites filles nées de mères excisées (la deuxième génération). Le nombre de femmes excisées et filles à risque se répartit ainsi : 6761 en région flamande, 5831 en région Bruxelles-Capitale, 3303 en région wallonne et 1300 au sein du réseau d'accueil pour demandeurs d'asiles. Les provinces où il y a le plus de femmes excisées sont Bruxelles-Capitale, Anvers et Liège. La demande d'excision existe en Belgique : des gynécologues, des urologues ont reçu des demandes d'excision de parents. Des enfants sont envoyées dans leur pays d'origine pendant les vacances pour être excisées. Il est donc important de se donner les moyens de prévenir les mutilations génitales féminines chez les petites filles et soutenir leurs mères déjà excisées.

Récemment la Belgique fait face à un afflux de réfugiés sans précédent. Si beaucoup de syriens et d'irakiens font partie de ce groupe, les conflits existants en Erythrée et Somalie entraînent aussi une augmentation de demandeuses d'asile qui ont été infibulées et qui nécessitent une approche spécifique au sein des services gynécologiques et obstétricaux. Face à cette augmentation de femmes excisées/infibulées, certains hôpitaux qui n'avaient jusque-là été peu confrontés à la problématique des mutilations génitales féminines vont devoir répondre aux besoins spécifiques de ces femmes ou jeunes filles.

La formation continue :

Lors des précédents projets soutenus par le SPF Santé publique, le GAMS a formé plus de soixante sages-femmes relais au sein des hôpitaux. Il est important d'assurer un suivi lors de séances d'intervision pour évaluer le travail effectué et d'analyser ensemble certains événements critiques. Certaines sages-femmes relais éprouvaient le besoin de suivre des modules de formation complémentaire suite à la première formation de deux jours. Nous

¹ DUBOURG D & RICHARD F (2010). Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique. Bruxelles : Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

allons donc commencer par envoyer un questionnaire à toutes les sages-femmes relais pour évaluer leur besoin et préparer des modules complémentaires sur mesure.

A part les sages-femmes et gynécologues qui sont des acteurs pivots dans la prise en charge des MGF au moment de la grossesse et de l'accouchement (c'est souvent à ce moment pour certaines femmes que le diagnostic est posé et qu'un travail de prévention peut commencer auprès de la petite fille nouveau-née), les équipes des Travel Clinics sont aussi des personnes clés car elles peuvent dépister des situations d'enfants à risque d'excision lors d'un voyage au pays d'origine (lors de la demande de vaccination pour la fièvre jaune pour toute une famille par exemple). Il est important d'organiser des séances de formations pour les médecins et infirmières des Travel Clinic et leur donner des outils pour évaluer le risque.

OBJECTIFS

Objectif général : Réduire l'impact sanitaire, psychologique et social des mutilations génitales féminines par une prise en charge adaptée des filles et femmes excisées.

Objectifs spécifiques :

- Organiser des flash infos dans 6 nouveaux hôpitaux qui n'ont pas encore été touchés de la phase 1 et 2 et qui sont confrontés récemment à l'afflux de demandeuses d'asile suite à la crise migratoire (Somalie, Erythrée).
- Organiser des interventions avec les sages-femmes relais déjà formées entre 2012 et 2014 (2 séances en FR et 2 en NL) soit 4 séances
- Organiser des formations pour les médecins et infirmières des Travel Clinic (en particulier Bruxelles, Liège et Anvers) soit 3 séances

PUBLIC VISE

- Les sages-femmes relais MGF (intervention)
- Le personnel des maternités (gynécologues, sages-femmes, pédiatres, psychologues, ...) (flash info)
- Les équipes des Travel Clinics (médecins, infirmières) (formation à comment détecter des enfants à risque d'excision avant un départ vers le pays d'origine ou un autre pays à risque)

PORTEE ET RAYONNEMENT DU PROJET

National (avec un focus sur Bruxelles-Capitale, Anvers et Liège)

2. Résultats obtenus

2.1 Evolution du contexte national pendant la durée du projet

Pendant la durée du projet, il y a eu un afflux important de migrants en Belgique. Des nouvelles maternités ont été confrontées à des suivis de femmes issues des pays concernés par les MGF. Au 31 décembre 2015, on estimait à 1396 femmes, le nombre de femmes très probablement excisées réparties dans le réseau d'accueil. Sur les 5 nationalités les plus représentées, il y avait trois pays où on pratique l'infibulation (type3) : Somalie, Erythrée et Djibouti. Ces femmes ont des besoins spécifiques en terme de suivi de grossesse et d'accouchement car on doit leur proposer la désinfibulation pendant la grossesse ou au cours du travail.

Le contexte national a été fortement marqué également par les attentats en France (13 novembre 2015) et en Belgique (22 mars 2016). Le GAMS a été directement touché par les attentats, le 22 mars 2016, notre coordinatrice régionale de Flandre était à l'aéroport en partance pour New York, elle a échappé par miracle à l'attentat alors que plusieurs des passagers du vol de New York sont morts dans l'attentat. La directrice du GAMS qui donnait une formation à la Police fédérale au quartier d'Etterbeck s'est retrouvée bloquée toute la journée dans le bâtiment de la police en tant que civile. Ces événements ont ralenti quelques peu le projet et c'est pourquoi nous avons demandé une prolongation exceptionnelle d'un mois (jusqu'au 31 octobre 2016) afin de pouvoir terminer le projet comme de nombreuses dates de formation avaient été reportées à Octobre 2016. La prolongation a été accordée par le SPF Santé Publique.

3. Formation des équipes des Travel Clinics (médecin du voyage).

Méthodologie

Il avait été convenu de se focaliser sur les trois grandes villes où il y a le plus de femmes concernées : Bruxelles, Liège et Anvers. L'équipe de formation était composée d'un membre du GAMS Belgique pour les aspects médicaux et socio-culturels et d'une juriste d'INTACT pour les aspects juridiques (protection nationale et internationale). La séance se déroulait en trois temps : présentation powerpoint pour les informations théoriques, présentation des outils existants (carte du monde, échelle de risque, kit de protection), discussion avec l'équipe pour voir les choses faisables au niveau de la Travel Clinic en tenant compte des réalités du terrain.

Résultats

Les trois formations ont pu être données :

- **Bruxelles:** le 1/02/2016
 - CHU St-Pierre : 15 personnes (médecins, infirmières, accueillantes)
- **Anvers:** le 29/04/2016
 - IMT Anvers: Équipe Travel clinic + équipe du projet VIH-Afrique subsaharienne : 14 pers

- **Liège:** le 5/10/2016
 - CHU Liège Sart-Tilman : 10 pers (médecins, infirmières, accueillantes)

Soit **39 personnes touchées** par la formation des Travel Clinic.

Nous avons également contacté les rédacteurs des différentes publications en médecine du voyage (celui pour les professionnels « Medasso » et celui pour le grand public « Passeport santé ») car le thème des MGF n'était pas du tout abordé ce qui était une omission importante étant donné la haute prévalence dans beaucoup de pays d'Afrique sub-saharienne mais aussi d'Asie ou du Moyen Orient.

Une section sur les MGF a pu être incluse dans la version 2016 dans le guide **MEDASSO (FR et NL)** guideline pour les médecins qui travaillent en Travel Clinic:

- Chapitre "santé sexuelle":
 - http://www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/medasso2016/FR_chap%209%20prob%C3%A8mes%20de%20sant%C3%A9%20-%20NEW%202016relu.pdf
- Chapitre "voyager avec les enfants"
 - http://www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/medasso2016/FR_chap%2011%20-%20Enfants%20-NEW%202016relu.pdf

Nous sommes en discussion avec l'éditeur pour inclusion d'un petit paragraphe dans le **Passeport Santé** de la version 2017 dans la section « bébé et jeunes enfants ».

Synthèse des formations pour les Travel Clinics

Il ressort des trois sessions de formation avec les Travel Clinics que le nombre de patients par jour et le peu de temps disponible par personne rend difficile le travail de prévention et le temps nécessaire pour évaluer le risque.

Les Travel Clinic du CHU St-Pierre à Bruxelles et de l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers étaient d'accord pour distribuer de manière systématique aux familles concernées qui partent vers un pays à haute prévalence de MGF un dépliant de prévention « pas d'excision pour ma fille ». La carte du monde de prévalence des MGF est l'outil principal qui permettra d'entamer la discussion sur le risque d'excision.

Vu la demande importante de brochures par d'excision pour ma fille et de cartes du monde, une réimpression a été faite pour 5.000 exemplaires de brochures de prévention et 4000 exemplaires de cartes du monde (FR et NL).

Recommandations

Pour le futur, il faudra reprogrammer une session de formation à Liège au CHR de la Citadelle, car l'équipe du CHR n'a pas participé à la séance de formation du CHU de Liège bien qu'étant invitée.

Les médecins de la Travel Clinic du CHU St-Pierre ont demandé une directive officielle du Ministère de la santé pour donner le droit au médecin de Travel Clinic de poser certaines questions (statut des parents, lieux de naissances des enfants, etc...) qui ne sont pas forcément utiles pour les vaccinations avant un départ mais qui permettent d'évaluer le risque

d'excision. Il a été convenu en réunion de comité de Pilotage VIF du 14 octobre 2016, que Dr Desantoine allait suivre cette recommandation.

Un médecin de la Travel Clinic du CHU St-Pierre a également émis l'idée d'avoir une personne supplémentaire juste avant les grandes vacances quand il y a une affluence record dans les Travel. Cette personne pourrait être spécialement désignée à la prévention de l'excision et pourrait ainsi prendre un temps de dialogue avec les familles, temps que le médecin de Travel ne peut pas avoir. Cette personne pourrait être une infirmière en santé communautaire ou un relais communautaire du GAMS.

4. Phase de sensibilisation dans les hôpitaux

Méthodologie

De nouveaux hôpitaux qui n'avaient pas été formés lors de la phase 1 et 2 ont été contactés. Pour la clinique Ottignies à St-Pierre, nous avons refait une séance car lors de la phase 2 en 2014, il y avait eu un problème de communication entre la chef de services et les sages-femmes et aucune sage-femme n'avait participé. Les séances sont toujours faites à 3 personnes : un gynécologue, une sage-femme et une animatrice communautaire du GAMS. Pour les deux séances en néerlandais à l'UZ d'Anvers et à Veurne, l'asbl INTACT (aspects juridiques) a été sollicitée car il y avait une plage horaire plus importante.

Un powerpoint standard FR/NL est utilisé pour les formations. Celui de la phase 2 a été mis à jour avec les dernières données scientifiques.

Les cartes du monde avec les prévalences ont été distribuées à chaque séance mais les guides pour les professionnels édités en 2011 sont en rupture de stock en français et leur réédition demande des ressources trop importantes pour être faites sur ce budget. Les fiches plastifiées A3 pour la salle d'accouchement ont été aussi distribuées, une réimpression a été faite comme elles étaient en rupture de stock (1000 exemplaires).

Résultats

La synthèse des **séances de sensibilisation dans les maternités** est reprise dans le tableau.

Table 1: Participation de la phase de sensibilisation dans les hôpitaux francophones et néerlandophones

Nom de l'hôpital	Ville	Dates de sensibilisation	Profils	Nombre	Intervenants	Commentaires
Centre de santé des Fagnes	Chimay	6 octobre 2016	Gynécologues, pédiatres, sages-femmes, psychologues	25 personnes 14 gyn + ped 10 Sf et inf. 1 psychologue	Dr Martin Caillet Fabienne Richard Nadima	Très bon accueil. Petite maternité qui commence à recevoir des patientes des centres Fedasil et Croix Rouge environnant comme Florennes, Couvin et Oignies. L'équipe a été

						confrontée à des patientes somaliennes infibulées qui ne parlaient pas un mot de français. Beaucoup d'échanges avec la relai communautaire du GAMS Nadima.
Clinique St-Pierre Ottignies (référence de Rixensart)	Ottignies	20 octobre 2016	Gynécologues Sages-femmes	16 personnes 14 gyn 2 SF	Dr Martin Caillet Fabienne Richard	Très bien suivie par les gynécos mais peu de sages-femmes (apparemment la communication en interne avec la responsable sage-femme et son équipe ne s'est pas améliorée depuis 2014)
Maternité Ath	Ath	Programme le 15 décembre 2016				N'a pas pu se faire avant pour des questions de calendrier (une vingtaine de participants sont attendus)
Heilig-Hart Ziekenhuis	Lier	9 septembre 2016	Gynécologues, pédiatres, sages-femmes	14 personnes 6 gyn 4 ped 4 SF	Sage-femme référente Leen Diels, Katrien De Koster (GAMS)	Equipe jeune, très intéressée (demandeur d'une formation à cause d'une augmentation des femmes concernées via les centres d'accueil)
UZ Anvers	Anvers	7 octobre 2016	Gynécologues, urologues, sages-femmes, kiné	16 personnes 10 gynéco 2 urologues 2 SF 1 kiné 1 secrétaire médicale	Dr Anneke Vercoutere, Katrien De Koster (GAMS) Sophie Forez (INTACT)	L'équipe a demandé une après-midi de formation et les aspects juridiques ont été ajoutées avec l'asbl INTACT.
AZ Sint-Augustinus	Veurne	27 octobre 2016	Gynécologues, sages-femmes	30 personnes 2 Gyn 28 SF	Dr Anneke Vercoutere Katrien De Koster (GAMS) Sophie Forez (INTACT)	Equipe très motivée et très intéressée (demandeur d'une formation à cause d'une augmentation des femmes concernées via les centres d'accueil)
TOTAL		5 séances tenues + 1 à faire en Dec.		101 personnes touchées		

En plus de ces séances de sensibilisation, le GAMS assure des formations dans le curriculum de base des étudiantes sages-femmes à Bruxelles (ISEI, Francesco Ferrer, Erasme), Liège (Ecole provinciale Henri Vésale, Ecole Ste-Julienne) et Lier, Turnhout, Mechelen (Thomas

More), Karel de Grote Hogeschool à Anvers, Odisee Hogeschool à Sint-Niklaas et UCLL Leuven et accompagne plusieurs travaux de fin d'études sur les MGF.

Il est cependant à noter que pour beaucoup d'écoles de sages-femmes, ceci est lié à la présence d'une professeur motivée qui nous cède des heures sur son temps de cours mais pas à une intégration officielle de la thématique dans le curriculum. Ce qui fait que si la personne part, le cours s'arrête. C'est la même chose en médecine, depuis trois ans, Dr Anne Delbaere ouvre son cours chez les deuxième année en médecine à Erasme pour que l'on vienne parler une heure des MGF.

Evaluation de la phase de sensibilisation dans les hôpitaux.

Au total ce sont 5 hôpitaux qui ont été touchés par les séances de sensibilisation dans la phase 3, le sixième hôpital étant programmé en décembre 2016.

Dans tous les hôpitaux, la formation a suscité beaucoup de questions, et les séances étaient très animées. Nous avons reçu des mails après les formations remerciant et félicitant l'équipe de GAMS pour le travail et l'enthousiasme.

Recommandations pour le futur

Le guide pour les professionnels édité par le SPF santé publique en 2011 est épuisé en français (quelques exemplaires en néerlandais sont encore disponibles), il a été beaucoup apprécié par les professionnels et certains nous l'ont redemandé pendant la formation. Il serait important de prévoir une réédition pour 2017. Une estimation du budget pour la mise à jour de son contenu et sa réimpression va être soumise au SPF santé publique.

Il sera également important de refaire des modules de deux jours entiers pour de nouvelles sages-femmes relais car le turn-over est important et nous avons reçu des demandes de la formation de deux jours.

Il faudrait ajouter les services de pédiatries pour les flash info dans le prochain projet car beaucoup de formations ont visé les gynécologues et sages-femmes mais les pédiatres ont aussi leur rôle à jouer dans la prévention.

4. Intervention et formation complémentaire

Méthode

Une enquête sur les besoins de formation continue auprès des sages-femmes relais formées entre 2012 et 2014 a été menée entre le 14 décembre 2015 et le 20 janvier 2016.

Soixante emails ont été envoyés, mais nous n'avons reçu que 17 questionnaires malgré la relance. Il y a eu beaucoup de turn-over dans le personnel depuis 2012 et certaines sages-femmes ont quitté le service.

Nous résumons ici une synthèse des réponses reçues par les sages-femmes formées comme relais entre 2014 et 2014 :

Taches effectuées par la sage-femme relais (par ordre de fréquence)

1. Donner un avis, conseiller les collègues
2. Donner le cours sur les MGF dans une école de sages-femmes
3. Faire le lien avec une association ou un service spécialisée dans les MGF
4. Faire du counseling auprès de la patiente ou de la famille
5. Accompagner un étudiant pour un mémoire sur les MGF

Actions initiées dans le service après la formation (par ordre de fréquence)

1. Mise à disposition des outils du GAMS et INTACT dans le service
2. Protocole de prévention et dialogue avec les parents dans le post-partum (engagement sur l'honneur signé)
3. Protocole de prise en charge des femmes excisées dès la CPN
4. Session de sensibilisation/formation organisée pour les autres collègues du service
5. Module MGF intégré dans le curriculum de base des études de sages-femmes ou d'infirmières

Pas d'action initiées: pourquoi? (par ordre de fréquence)

1. Poste de sage-femme relais MGF pas officiellement reconnu par les responsables du service
2. Protocoles et outils GAMS et INTACT déjà disponibles
3. Autres collègues peu concernées car pas beaucoup de patientes avec MGF
4. Pas le temps
5. Problème organisation du service

Modules complémentaires que les sages-femmes relais aimeraient avoir (par ordre de fréquence)

1. Evidence-based medicine : Faire le point sur toutes les dernières recommandations en matière de MGF
2. Mise en place de protocoles de prise en charge/arbres décisionnels MGF : comment développer une protocole/arbre décisionnel pour sa maternité
3. Etudes de cas critiques : décrire plusieurs situations réelles pour voir comment réagir (demande de réinfibulation, demande d'excision,...)
4. Aspects juridiques : pour approfondir les connaissances en matière de protection nationale et internationale en matière de MGF
5. Aspects communication : comment aborder la question avec la famille (avec la participation d'animatrices communautaires du GAMS)

Sur cette base, nous avons organisé 4 séances d'intervisions (2 FR et 2 NL). Nous avons séparé la matinée d'intervention en deux temps : une mise à jour des dernières données de prévalence, de prise en charge des patientes (sortie de nouveaux guidelines OMS et NICE) puis des études de cas qui couvraient l'antepartum, le perpartum et le post-partum. Une présentation des outils disponibles a été faite aux sages-femmes et une clé USB avec les publications clés a été distribuée à chaque participante avec des publications (prévalence, socio-culturelles, juridiques, médicales)

Les nouvelles publications ont été présentées :

- Nouveau Guideline WHO 2016 - WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation

- Nouveau Guideline RCOG 2015 - Female Genital Mutilation and its Management
- Nouveau Guideline GAMS 2015 – Accompagnement psy

Résultats

Participation aux séances d'intervisions:

- Français:
 - Mardi 18 octobre au CHU St Pierre, BXL 14 participantes
 - Vendredi 28 octobre au CHR La Citadelle, Liège 12 participantes
- Néerlandais:
 - Jeudi 20 octobre à l'UZ Gent 10 participantes
 - Mardi 25 octobre au CHU St Pierre, BXL 4 participantes

Synthèse conclusion

Côté francophone, les interventions ont été suivies par un public entièrement composé de sages-femmes et cela a pu répondre aux questionnements du terrain.

Il ressort plusieurs problèmes :

- Les sages-femmes relais MGF ne sont pas toujours reconnues dans leur rôle et les chefs ne les libèrent pas pour les formations continues ou elles ont peu de marge de manœuvre pour mettre en place des choses, donc c'est difficile pour elles d'appliquer ce qu'elles ont appris en formation. Il faudrait un appui du SPF Santé Publique (lettre envoyée aux maternités pour que le rôle des sages-femmes relais MGF soient reconnues)
- Sur Liège, un centre de planning (FPS) a démarré une projet pilote au CHR de la Citadelle qui ne suit pas les recommandations du projet SPF. La politique du projet SPF mené par le GAMS est de renforcer les compétences des sages-femmes de l'hôpital. Ce sont elles qui doivent aller à la rencontre des femmes et seulement si elles rencontrent une difficulté elles font appel aux associations comme le GAMS. Cela fonctionne très bien sur Bruxelles avec Ixelles, Brugmann, St-Pierre. Au CHR de la Citadelle, une psychothérapeute du centre de planning FPS récolte des données sur les patientes à partir du registre d'accouchement, puis va dans le service de post-partum pour parler aux femmes dans leur chambre. La sage-femme du service est informée de ce qui a été discutée mais ne rentre pas avec dans la chambre. Nous trouvons que cela ne va dans le sens des recommandations et le GAMS va interpeller Dr Véronique Masson, chef de clinique.
- L'enregistrement des MGF n'est pas standardisé entre les différents hôpitaux et il y a une perte d'information entre le prénatal, le perpartum et le post-partum. La question de ce qu'on doit transmettre à l'ONE et sur quel support se pose aussi (par téléphone, par écrit, sur la carnet de l'enfant ?).

Côté néerlandophone, il a été difficile de mobiliser les sages-femmes déjà formées.

Alors qu'il y a eu une très grande participation aux séances de formation dans les hôpitaux et que les gens étaient très enthousiastes, il y a très peu de sages-femmes qui osent se profiler comme « référente MGF ». Sont-elles trop modestes pour se reconnaître comme expertes ? Est-ce qu'elles ne sont pas reconnues comme telles dans leur service ? Est-ce que la hiérarchie médicale fait qu'elles ne peuvent pas jouer un rôle clé ? Nous observons cela aussi dans d'autres domaines que la santé. Il est plus facile de mobiliser les gens pour une formation, mais moins sur une intervention.

5. Suite du projet

Plusieurs pistes à suivre ressortent suite à l'évaluation du projet :

- Des actions de sensibilisation – formation des équipes hospitalières sont toujours nécessaires vu le turnover du personnel et vu la non intégration du sujet dans les études de bases.
- Si les sages-femmes et gynécologues font toujours partie du public cible, il faut ajouter les pédiatres et infirmier-e-s pédiatriques.
- Il est important de refaire passer le message de la désinfection qui évite les césariennes aux gynécologues via les associations professionnelles (GLOFFB, VVOG) vu l'afflux de femmes originaires de Somalie, Erythrée et Djibouti.
- Il faut continuer le plaidoyer pour une insertion du sujet dans les études des professionnels de santé. De nombreuses résolutions ont été votées par des politiques mais rien n'a encore changé.
- Une nouvelle étude de prévalence est nécessaire car les chiffres datent de décembre 2012 et sont dépassés.
- Le guide à l'usage des professions concernées édité en 2011 par le SPF Santé publique est épuisé. Il avait été imprimé à 10.000 exemplaires dans chaque langue (FR/NL). Il faudrait le mettre à jour en 2017 et le réimprimer.

6. Annexes

- Programme des flash info
- Programme des intervisions
- Questionnaire pour les sages-femmes relais