



Volle Maan
expertisecentrum kraamzorg

MANUEL

La valise de grossesse interculturelle

Hanan Ben Abdeslam

Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan

Rue Royale 294-296, 1210 Bruxelles

info@expertisecentrum-vollemaan.be

2021

E.R. Ann Demeulemeester, Familiehulp asbl, Rue Royale 294, 1210 Bruxelles

Sommaire

Avant-propos	4
1. Introduction	5
1.1 Vision	6
1.2 Objectif	6
1.3 Description du groupe cible.....	8
2. Approche interculturelle.....	9
2.1 Qu'est-ce que l'interculturalité ?	9
2.2 Communication interculturelle	10
3. Utilisation de la valise de grossesse	11
3.1 Aspects pratiques des séances de groupe interculturelles :	11
3.2 Supports tangibles	12
3.3 Planches d'illustration	14
3.3.1 Émotions et sentiments.....	14
3.3.2 Prendre soin de soi pendant la grossesse	15
3.3.3 Ramadan et grossesse	22
3.3.4 Diabète et grossesse.....	27
3.3.5 Mutilation génitale féminine (MGF)	30
3.3.6 Plan de naissance.....	34
4. Références	37
5. Annexe.....	40

Avant-propos

Je tiens à remercier tous les collègues et personnes qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de cette valise de grossesse interculturelle. Un tel projet n'est jamais l'œuvre d'une seule personne.

J'adresse tout d'abord mes remerciements à mes collègues directs : Kato Nackaerts pour son soutien et notre agréable collaboration, Anggita Soeryanto pour ses magnifiques illustrations et Harlinde Exelmans pour son soutien et sa confiance dans le projet.

Merci également au Fonds Dr. Daniël De Koninck et à la Fondation Roi Baudouin qui ont rendu ce projet possible.

Je remercie tout particulièrement les maisons médicales Medikuregem et De Brug – Samira Gharbaoui en Catherine Geypen ; la Erasmushogeschool Brussel - Researchgroup Brussels Integrated Care – Florence, Katalina et Maaïke ; l'Universiteit Antwerpen ; Kind & Gezin ; Le cœur à marée basse ; le GAMS ; le Centre d'expertise Kraamvogel ; Samen voor Respectvolle geboorte ; Paola van der Staak et tous les autres partenaires qui ont contribué directement ou indirectement à la conception de cette valise de grossesse interculturelle !

1. Introduction

En Belgique, la part des personnes issues de l'immigration est passée d'une sur quatre à une sur trois en dix ans (Statbel, 2021). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2021), les femmes incarnent plus de 50 % des populations immigrées et sont surreprésentées dans les groupes vulnérables (80 %). Ces déplacements de personnes ont fait de Bruxelles une ville internationale et très diversifiée. Avec ses 182 nationalités, la capitale est la deuxième ville la plus cosmopolite du monde (Venegas, 2021).

Si la Belgique est considérée comme un pays offrant une bonne protection sociale et des soins de santé de qualité, tout le monde ne semble pas bénéficier du même accès à ces soins. L'inégalité ethnique dans les soins obstétricaux est aujourd'hui une réalité dans notre pays. Les femmes enceintes vulnérables issues de l'immigration courent plus de risques pour leur santé en raison des soins prénatals et postnatals moins adéquats, du manque d'informations, de la barrière de la langue et d'un statut socio-économique peu élevé. Elles se fraient rarement un chemin dans le système de santé par leurs propres moyens. Grâce à cette « valise de grossesse interculturelle », nous aspirons à améliorer la qualité de vie et les aptitudes en matière de santé pendant la grossesse (Ben Abdeslam, 2018 ; Schoenborn, C., De Spiegelaere, M. & Racape, J., 2021).

Le fil rouge de la valise de grossesse interculturelle se compose des points suivants :

- ✓ la littératie en santé ;
- ✓ les soins axés sur les femmes ;
- ✓ les 1001 jours critiques ;
- ✓ l'égalité et l'approche interculturelle en matière de santé ;
- ✓ une naissance respectueuse ;
- ✓ chaque vie compte : pas de discrimination à la naissance ;
- ✓ l'émancipation des femmes et des hommes lors de la naissance.

1.1 Vision

Le Centre d'expertise Kraamzorg Volle Maan souhaite fournir aux groupes cibles vulnérables des informations accessibles sur la grossesse, l'accouchement et le début de la période post-partum afin qu'ils soient en mesure de prendre des décisions éclairées pour eux et pour leur famille, peu importe leur origine, leur religion ou leur milieu.

Les 1001 premiers jours critiques sont cruciaux pour le développement d'un jeune enfant. Les expériences vécues entre la mère et l'enfant sur le plan psychique, émotionnel et physique du début de la grossesse aux deux ans de l'enfant influencent en effet le développement du cerveau du bébé, ce qui aura des conséquences sur sa santé physique, mentale et psychoémotionnelle tout au long de sa vie.

C'est pourquoi, en vertu du droit aux informations de base, le centre d'expertise souhaite contribuer à une littératie préventive en santé ainsi qu'à des informations accessibles sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du début de la période post-partum, tout en tenant compte du groupe cible et de la langue. Cette volonté se concrétise par une dynamique de groupe sûre qui vise à favoriser le dialogue et le réseau ainsi qu'à briser les tabous et les mythes.

Le centre d'expertise poursuit également l'objectif de rendre les femmes, les hommes et les jeunes (vulnérables) plus forts vis-à-vis de leur environnement et des soignants, ainsi que de leur donner les clés afin qu'ils puissent défendre leur position et bénéficier d'une grossesse et d'un accouchement respectueux.

1.2 Objectif

Ce manuel a été conçu pour les groupes cibles vulnérables de langue étrangère qui doivent être accompagnés à l'aide d'illustrations qui reflètent la réalité des soins périnataux.

***Hanan** indique : « Je suis particulièrement motivée et intéressée par la création d'une valise qui fait suite à la valise de contraception interculturelle. Je développe depuis des années une valise de grossesse accessible, visuelle et tangible qui tient compte des changements sociaux et qui est sensible à la diversité. Dans mon expérience de sage-femme, j'ai souvent été confrontée à des fragilités chez les futures mamans. La recherche que j'ai effectuée pour mon mémoire sur les besoins des mères issues de l'immigration à Bruxelles a joué un rôle décisif dans la conception de cette valise de grossesse. J'ai consulté à cet égard tant d'études qui confirmaient les besoins des femmes vulnérables à maintes reprises et qui démontraient que la mise en pratique sur le terrain était laborieuse. »*

Citations des mères interrogées à Bruxelles dans le cadre du mémoire :

Mère 5 : « J'aurais aimé avoir plus d'informations. J'avais des questions, mais je n'osais pas les poser parce que je n'arrivais pas à les formuler. Je n'ai pas très bien compris ce que la sage-femme m'a expliqué. J'ai été en consultation, mais en sortant je me suis rendu compte que je n'avais rien compris. Ce n'était qu'une consultation médicale. »

Mère 3 : « Je ne me suis pas sentie bien ni physiquement ni moralement. Je me suis sentie seule et abandonnée ! La grossesse est le pire de mes souvenirs. J'ai traversé le désert, traversé la mer, mais la grossesse, c'est vraiment l'expérience la plus dure que j'ai vécue !! La grossesse, c'était bien pire ! La peur de ne plus vivre ou de mourir pendant le voyage était également présente pendant la grossesse. J'avais peur de mourir pendant ma grossesse parce que je perdais du sang tout le temps ! »

Mère 6 : « J'ai été admise aux urgences à mon sixième mois de grossesse et il s'est avéré que j'étais sous-alimentée, raison pour laquelle je ne me sentais pas bien. Je n'avais pas à manger et ne pouvais pas me payer de nourriture. Chez les connaissances avec lesquelles je vivais, je mangeais s'il y avait quelque chose sur la table et s'il n'y avait rien, je ne mangeais rien. À l'hôpital, ils m'ont donné à manger et un sac de vêtements pour après l'accouchement. Ils m'ont prise en charge et je suis rentrée chez moi ce jour-là avec des vitamines. Je n'avais pas vraiment de problème, Dieu merci. J'avais juste faim, je n'avais rien mangé, c'est pour ça que j'étais faible. »

Les femmes enceintes vulnérables issues de l'immigration courent un risque accru de morbidité et de mortalité périnatales et sont davantage exposées à des issues de grossesse néfastes et à des risques de santé. Ceci s'explique par des soins prénatals et postnatals moins adéquats, un manque d'informations, la barrière de la langue et un statut socio-économique peu élevé. Elles se fraient rarement un chemin dans le système de santé par leurs propres moyens. Ce constat est confirmé par une myriade d'études et les expériences pratiques de nos partenaires. Ces femmes ont besoin d'informations claires adaptées à leur vie quotidienne et dont la langue ne constitue pas une barrière. La « valise de grossesse interculturelle » a pour but de répondre à ce besoin et d'améliorer ainsi la qualité de vie et les aptitudes en matière de santé pendant la grossesse, tout en responsabilisant les groupes cibles vulnérables (Ben Abdeslam, 2018 ; Venegas, 2021).

La diffusion d'informations ne suffit toutefois pas à modifier les comportements (l'éducation seule ne suscite que 20 % des changements de comportement). La manière de présenter les informations

est particulièrement décisive à cet égard. Les trois ajustements suivants permettent d'obtenir jusqu'à 60 % de changement de comportement : rendre l'information tangible, la personnaliser et favoriser l'interaction.

Il est par ailleurs important d'établir un lien avec les valeurs personnelles qui sous-tendent le comportement. Ces valeurs peuvent être différentes pour chaque public. Les normes sociales sont un grand facteur de motivation, tout comme l'amélioration des « aptitudes » (connaissances, compétences personnelles) et la motivation sociale (Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan, 2021).

Grâce à la valise, nous souhaitons contribuer à l'éducation et au changement de comportement de trois manières :

Vulgariser la littératie en santé d'une manière compréhensible et adaptée au groupe cible : à l'aide d'illustrations et d'outils de démonstration, nous informerons, sensibiliserons et responsabiliserons les femmes sur le déroulement d'une grossesse.

La valise contient des informations sur la **redirection** : à qui la femme peut-elle s'adresser en cas de question ou de préoccupation, même après la séance d'information ? Les brochures de la valise fournissent des informations sur des organisations spécifiques.

Le troisième aspect consiste à permettre aux femmes d'**échanger** sur leurs expériences, de **poser** des questions, de discuter et de **briser** les **tabous** en **dialoguant** ; bref, à renforcer la sensibilisation et les compétences sociales et communicatives.

Ces trois éléments sont tout aussi indispensables pour qu'une femme puisse prendre une décision en toute confiance pour elle-même et sa famille.

1.3 Description du groupe cible

Nous vivons dans une société « extrêmement hétérogène » : il n'est plus seulement question de diversité d'origines, mais d'une grande diversité au sein même de cette diversité. Rien que Bruxelles compte 182 nationalités ! Il n'est donc pas aisé de décrire le groupe cible de cette valise. Le caractère visuel de la valise de grossesse interculturelle lui permet d'être largement utilisée.

De manière générale, nous cherchons à atteindre deux groupes cibles :

- Groupe cible principal : les femmes enceintes vulnérables qui font face à la barrière de la langue et disposent de connaissances limitées en matière de santé. Sans oublier les jeunes, les personnes présentant une déficience mentale, les malentendants et les sourds.
- Groupe cible secondaire : les professionnels qui sont en contact avec des femmes vulnérables (enceintes). Nous leur fournissons un support visuel et tangible qui tient compte des diversités culturelles et peut être utilisé dans le monde entier sans que la langue constitue un frein à la compréhension. Pensez aux différentes séances de groupe, aux (hautes) écoles, aux maisons médicales, aux organisations de femmes, aux centres d'expertise en matière de soins postnatals, aux ONG, aux centres d'asile, à Médecins du Monde, aux sages-femmes, aux prestataires d'aide et de soins, ou à tous les autres acteurs de première ligne et intéressés.

2. Approche interculturelle

2.1 Qu'est-ce que l'interculturalité ?

Les soins qui s'inscrivent dans le cadre d'une approche interculturelle sont décrits comme « des soins qui prêtent attention non seulement aux dimensions physiques, sociales et psychologiques de la demande d'aide, mais aussi aux dimensions culturelles et philosophiques ».

Les connaissances, les compétences et les attitudes importantes pour des soins interculturels sont les suivantes :

- l'importance d'une langue commune ;
- la conscience du transfert et du contre-transfert ;
- la connaissance du contexte culturel du patient et de son propre système d'aide médicale.

Prodiguer des soins interculturels consiste à être conscient de la coloration culturelle de l'aide médicale. Il ne s'agit donc pas d'une spécialisation, mais d'une attitude de base, qui est aussi importante que le fait d'acquérir des connaissances ou des compétences. Cette ouverture d'esprit se trouve au cœur même des professions sensibles au contexte culturel (Thiers, 2019).

Outre leur origine culturelle, les individus sont également façonnés par des caractéristiques telles que l'âge, la classe sociale, le genre, l'orientation sexuelle, la situation familiale, le contexte migratoire, l'origine ethnique, les capacités physiques et mentales, la formation, la situation géographique, l'utilisation des médias, le statut de séjour, la langue, l'état de santé, la religion, la propriété, le développement social, la nationalité, la couleur de peau, etc. Il ne s'agit pas de simples « détails », mais d'axes qui forment une identité. Ils façonnent les êtres que nous sommes et la position qui nous est attribuée et que nous pouvons prendre dans la société. Tout le monde se trouve à un carrefour différent de divers axes du développement identitaire. C'est ce que l'on appelle l'intersectionnalité, un mode de pensée sur la différence et l'inégalité de pouvoir. Tous ces axes s'entremêlent et s'influencent mutuellement. Ils déterminent notre position, notre comportement et notre façon de penser. Les chances qui nous sont offertes en dépendent également. La société accorde en effet une plus grande valeur à certaines caractéristiques ou les considère comme la norme, au détriment d'autres (Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan, 2021).

Grâce à la valise de grossesse interculturelle, nous tentons de raisonner à partir de différentes cultures et religions, uniquement dans le but de clarifier du contenu et non de stigmatiser. Il ne s'agit en aucun cas d'une généralisation. L'objectif est de discuter des sensibilités des différents groupes en partageant des connaissances, en dialoguant et en favorisant le respect mutuel.

2.2 Communication interculturelle

Une bonne prestation de soins dépend d'une communication efficace et adéquate. La communication est un facteur clé lorsque l'on travaille avec des personnes illettrées ou des femmes dont la langue maternelle n'est pas la langue officielle ou parlée du pays dans lequel elles vivent. Toutefois, lorsque les langues diffèrent, le soignant et le patient ne se comprennent pas ou peu, si bien que les informations ne sont que partiellement comprises ou transmises. Les femmes immigrées ne sont dès lors pas en mesure d'exprimer leurs besoins et les soignants ne sont pas capables de vérifier correctement les antécédents médicaux de leurs patientes. Le recours à un membre de la famille comme interprète est une solution facile, mais pas idéale. Les interprètes professionnels, les médiateurs interculturels, les assistants familiaux et les outils électroniques de soutien constituent des conditions nécessaires à une bonne communication et une prise en charge adéquate. Les modèles de soins adaptés sont ici appropriés (El Bouazzaoui & Peters, 2017 ; Venegas, 2021 ; Ben Abdeslam, 2018).

Communiquer en tenant compte des diversités culturelles ne consiste pas seulement à essayer de communiquer verbalement, mais aussi à prendre en considération la communication non verbale, le comportement et l'attitude des interlocuteurs.

Dans plusieurs cultures, la sagesse et les connaissances sont transmises oralement ou par des dessins des grands-parents aux petits-enfants. Les histoires et les rituels occupent une place importante dans de nombreuses cultures orientales et africaines.

Le comportement non verbal et la communication par les gestes ne doivent pas être sous-estimés. Ils doivent être gardés à l'esprit, surtout en cas d'analphabétisme. L'information que vous transmettez est-elle claire pour votre interlocuteur ? Y a-t-il une interaction ou seulement un hochement de tête, voire pas de réaction du tout ? Il s'agit là de points d'attention importants. Un langage accessible est-il utilisé et soutenu par des supports visuels ? La prise en charge d'un groupe confronté à une barrière linguistique doit être préparée en recherchant des orateurs invités qui connaissent la langue, en faisant appel à des collègues pour interpréter ou en utilisant des outils électroniques. Matchen a rédigé une brochure détaillée (en néerlandais) reprenant les outils électroniques disponibles dans le secteur des soins pour soutenir la communication avec des allophones. Pour en savoir plus, consultez ce lien :

<https://drive.google.com/file/d/1pZpRCjrosg4ILo6cfirJQDPTDc6YF2nP/view>

En tant que prestataires d'aide et de soins, nous apparaissions souvent comme des personnes protocolaires et peu chaleureuses. Notre formation nous a appris à être aussi professionnels que possible, au détriment parfois de notre relation de confiance avec le patient. Il ne faut pas sous-estimer l'attention à accorder à l'aspect émotionnel, comme nous le faisons souvent lors de conversations informelles dans les couloirs ou pendant les pauses. Il s'agit d'un fait important à prendre en compte lors de la prise en charge. Si tel n'est pas le cas, les professionnels donnent l'impression d'être indifférents, ce qui suscite un sentiment d'insécurité chez le patient et rend impossible la création d'un lien de confiance.

Les émotions et les récits, la partie narrative exprimée par le non-verbal, ne doivent pas être sous-estimés. Pensez par exemple au port du masque pendant la pandémie de Covid-19. Nos expressions faciales et notre communication non verbale se sont vues réduites, ce qui a produit une interaction très différente entre le patient et le soignant.

3. Utilisation de la valise de grossesse

La valise de grossesse interculturelle a pour but d'être utilisée sans manuel. Elle est conçue de manière modulaire et peut être utilisée en fonction du temps que vous prévoyez pour une séance de groupe. Les planches sont réparties entre les premier, deuxième et troisième trimestres de grossesse et sont assorties de supports tangibles correspondants.

La partie suivante se concentre sur les sujets/illustrations interculturels, car ils suscitent souvent de nombreuses questions en raison d'un manque d'informations. Il est attendu que le soignant qui utilise la valise dispose des connaissances préalables nécessaires sur la grossesse et l'accouchement pour mener une séance de groupe.

Il existe d'innombrables méthodes ou modèles pour guider une séance de groupe. Peu importe la méthode ou le modèle de votre choix, le plus important est de créer un cadre respectueux et une dynamique de groupe riche en échanges et en dialogue. L'animateur/accompagnateur joue un rôle important à cet égard. En collaboration avec les centres d'expertise en soins postnatals, Expoo a rédigé un guide d'offre de groupe périnatale reprenant différents cadres théoriques et méthodologies pour soutenir l'animateur/accompagnateur pendant ses séances de groupe périnatales. Vous trouverez de plus amples informations (en néerlandais) sur la page suivante <https://www.expoo.be/train-the-trainer-draaiboek-perinataal-groepsaanbod>.

3.1 Aspects pratiques des séances de groupe interculturelles :

Dans un groupe, **la sécurité et la confiance** sont des conditions sine qua non pour se sentir capable de parler de sujets très personnels.

Puisque la convivialité est également importante pour beaucoup, il est toujours utile de prévoir une **petite restauration** avec des biscuits ou des sandwiches (à adapter éventuellement au groupe). Il s'agit là d'un excellent moyen d'attirer des participantes.

Il est en outre recommandé de prévoir une **garde d'enfants** dans la mesure du possible.

Les soignants indiquent souvent que les groupes cibles vulnérables se présentent rarement aux formations. Gardez à l'esprit que la plupart des femmes n'ont pas été éduquées à la **culture de l'agenda**. Appelez-les ou envoyez-leur un message la veille pour leur rappeler la réunion.

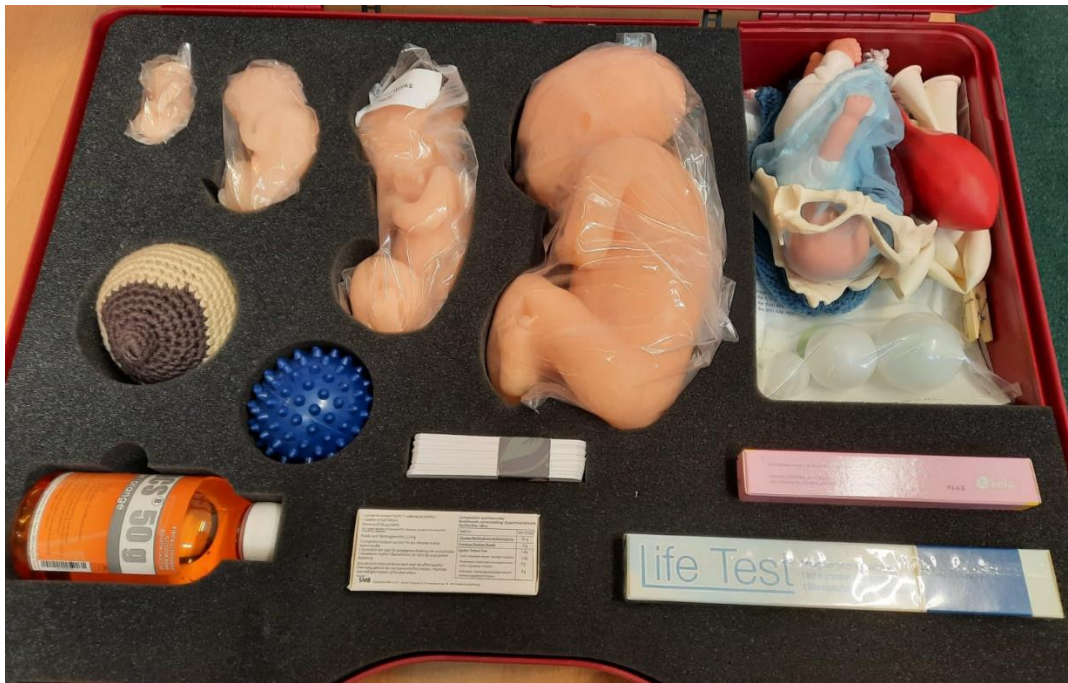
Faire preuve d'empathie envers les autres et les accepter en adoptant une attitude authentique et sincère crée une atmosphère qui permet une communication ouverte et honnête.

Dans le cas des **sujets tabous**, il est particulièrement important de garder un œil sur la **communication non verbale** du groupe afin de respecter les limites des participantes. En tant qu'animateur, vous pouvez poser une question au groupe si vous ne comprenez pas un élément abordé par une personne (p. ex. je vois que certains ne sont pas d'accord avec cette affirmation ou explication, est-ce vrai, quelqu'un peut-il m'expliquer, etc.) et laisser le groupe s'exprimer.

Il est essentiel d'être **ouvert** au dialogue et d'écouter attentivement les participantes. En tant qu'animateur, vous ne devez pas tout connaître de la culture ou de la religion de l'autre, mais vous devez être **curieux** et **poser des questions**.

3.2 Supports tangibles

Vous trouverez ci-dessous un aperçu des supports contenus dans la valise, avec des références aux planches d'illustration correspondantes. Pour obtenir un récapitulatif du contenu de la valise, y compris les brochures et les illustrations, consultez l'annexe à la fin de ce document.



- Test de grossesse (planche 1)
- Acide folique Folavit (planche 2)
- Vitamine D (planche 3)
- Modèles de fœtus (planches 4 et 16)

La taille d'un fœtus est indiquée à 4 stades différents de la grossesse :

1. 12 semaines (1^{er} trimestre)
2. 16 semaines (2^e trimestre)
3. 22 semaines (2^e trimestre)
4. 30 semaines (3^e trimestre)

- Pinces à linge et ballons (planche 11 et échelle des émotions)

Les femmes peuvent indiquer comment elles se sentent sur l'échelle des émotions à l'aide des pinces à linge. Au début de la séance de groupe, chacune reçoit une pince à linge sur laquelle elle peut écrire son nom. Chaque femme peut accrocher sa pince à linge sur l'échelle des émotions, au chiffre qui représente ce qu'elle ressent à ce moment-là. Une fois toutes les pinces à linge accrochées, la discussion et l'échange peuvent commencer.

Les ballons constituent une autre méthode permettant de parler des émotions. Les ballons blancs représentent les émotions perçues comme positives ou neutres. Les ballons rouges représentent les émotions vécues comme négatives. Chaque femme choisit un ballon et le gonfle pour montrer l'intensité de l'émotion vécue. Elle peut éventuellement écrire l'émotion concernée sur le ballon. S'ensuit la discussion. Voici un exemple : Samira choisit un ballon rouge et le gonfle jusqu'à la quasi-explosion. Elle écrit « frustration » dessus. Vous lui posez des questions telles que : « Qu'est-ce qui te frustre ? », « Qu'est-ce qui pourrait éviter que tu explodes (ou que ton ballon le fasse) ? », « Qu'est-ce qui peut t'aider à décompresser ? ». Laissez Samira montrer à quel point ces solutions l'aideraient en faisant sortir un peu d'air du ballon (assurez-vous qu'il n'ait pas été attaché au préalable). À la fin de la discussion, vous pouvez lui demander si elle (et son ballon) se sent(ent) moins tendu(e)(s) après s'être confiée sur ses sentiments.

- Balle de relaxation (planche 12)

Cette balle de relaxation est idéale pour réduire le stress pendant la grossesse. Elle possède des picots qui favorisent la quiétude en appuyant sur les points de pression de la main. Elle peut être utilisée aussi bien pendant la grossesse que le travail pour aider à réduire le stress et à gérer la douleur.

- Boisson sucrée Glucomedics (planche 17)
- Modèle de poitrine (planches 25 à 27)
- *Belly balls* (planche 26)

Ces petites balles représentent la taille de l'estomac d'un nouveau-né :

1. Jour 1
2. Jour 3
3. Jour 5

- Mini-modèle de bébé, utérus et pelvis (planches 37 et 38)
- Jeu de cartes sur le plan de naissance (planches plan de naissance et dialogue)

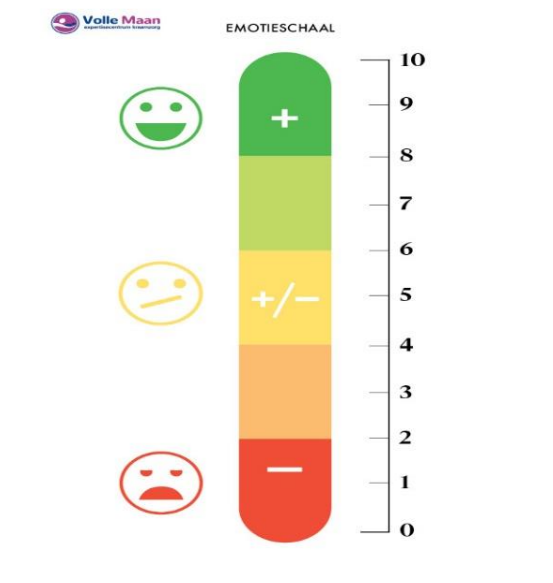
Vous pouvez utiliser ces cartes pour discuter des choix et des options durant le travail et l'accouchement.

3.3 Planches d'illustration

La partie suivante détaille quelques planches et donne des informations supplémentaires en se concentrant sur les illustrations qui abordent des sujets spécifiquement culturels.

3.3.1 Émotions et sentiments

Échelle des émotions



La première planche de la valise est l'échelle des émotions, une planche très pratique pour briser la glace et créer une dynamique de groupe après un tour de présentation. L'échelle des émotions permet de prêter attention à la manière dont la femme enceinte ou la participante se sent émotionnellement parlant. Il s'agit d'une bonne base pour établir une relation de confiance. Les participantes peuvent indiquer un chiffre de l'échelle des émotions à l'aide des pinces à linge ou l'exprimer verbalement.

L'échelle peut être utilisée tout au long de la présentation de la valise pour connaître les sentiments des participantes sur certains sujets sensibles tels que la peur de l'accouchement ou les expériences traumatisantes des mutilations génitales ou autres. Il est indispensable de créer une atmosphère de sécurité. L'animateur/accompagnateur joue un rôle important à cet égard.

Planche 11 : sentiments



Il est essentiel d'accorder suffisamment d'attention aux sentiments de la femme pendant la grossesse, surtout en cas de fragilités psychologiques et socio-économiques. Les hormones de grossesse ne facilitent pas les choses ; la femme devient plus sensible et vulnérable. Tout stress physique et mental supplémentaire a des répercussions sur la santé de la mère et de l'enfant à court ou à long terme (Rooseboom, 2018). C'est précisément la raison pour laquelle il est si important d'y prêter suffisamment d'attention, éventuellement à l'aide de l'échelle des émotions.

Le concept de personne de confiance peut varier d'une personne à l'autre. Dans la société occidentale, il est plus facile de se confier à son conjoint ou à un aidant à propos de ses préoccupations. Dans une culture de groupe, comme c'est souvent le cas dans les cultures orientales et africaines, les émotions et les sentiments sont souvent partagés entre femmes ou avec des membres de la famille ou des connaissances plutôt que directement avec le conjoint ou le soignant. La communication en groupe crée une dynamique qui imite celle de la famille, en particulier si des personnes de mêmes opinions sont présentes et qu'un cadre de confiance est mis en place. La planche 11 présente plusieurs options pour discuter des sentiments et souligne l'importance de tenir compte de la culture du je ou du nous selon le groupe encadré.

3.3.2 Prendre soin de soi pendant la grossesse

Nous avons délibérément conçu plusieurs planches sur les soins personnels pour y accorder suffisamment d'attention. Une femme vulnérable est parfois plus préoccupée par la résolution des problèmes liés aux besoins essentiels que par sa propre santé et sa grossesse. En sachant que les 1001 jours critiques sont déterminants pour la santé à long terme de l'enfant sur les plans physique, mental et cognitif, il ne fait aucun doute que prendre soin de soi n'est pas un acte à sous-estimer. Certaines femmes immigrées présentent des pathologies que l'on ne retrouve pas tellement dans la population autochtone, comme le montrent les illustrations suivantes.

Planche 2 : acide folique

FOLIUMZUUR / ACIDE FOLIQUE / FOLIC ACID



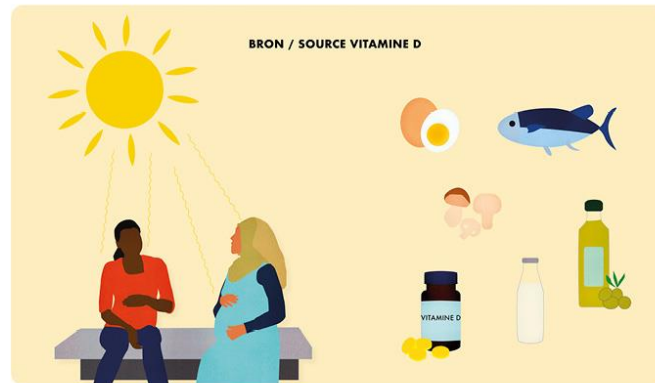
L'**acide folique** est une vitamine importante à prendre en cas de projet de grossesse ou au début de celle-ci pour prévenir les anomalies du tube neural. Pour obtenir une concentration suffisamment élevée, il est conseillé de commencer à prendre de l'acide folique un mois avant la grossesse.

Il est préférable de prendre de l'acide folique (0,4 mg) tous les jours dès la décision du projet de grossesse et l'arrêt de la contraception, et de continuer jusqu'au troisième mois de grossesse. Pour en savoir plus à cet égard, consultez la brochure de la valise de grossesse ainsi que la page (en néerlandais) www.gezondzwangerworden.be/foliumzuur (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021).

Les groupes à haut risque, notamment les femmes atteintes d'hémoglobinopathies telles que la **thalassémie** et la **drépanocytose**, doivent prendre une dose supplémentaire d'acide folique. C'est pourquoi il est important d'éduquer à ce sujet. En cas de suspicion de thalassémie et de drépanocytose, renvoyez la femme vers un médecin généraliste ou un gynécologue.

Planche 3 : vitamine D

VITAMINE D



3



Les femmes originaires du Moyen-Orient, d'Asie du Sud, d'Afrique ou des Caraïbes font partie des groupes à haut risque de carence en vitamine D, à l'instar des végétariens, des personnes souffrant d'obésité ou des individus très peu exposés au soleil.

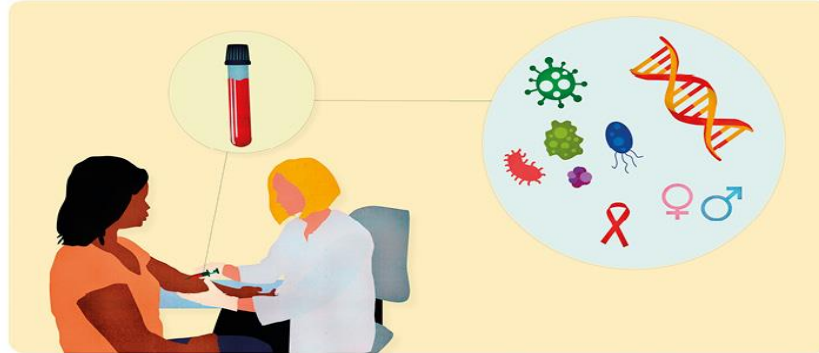
La vitamine D favorise l'absorption du calcium dans l'intestin et contribue ainsi au maintien de la masse osseuse. Une carence chronique en vitamine D entraîne une fragilité osseuse ainsi que des douleurs musculaires et articulaires.

L'apport journalier recommandé (AJR) en vitamine D est de 20 µg (800 UI) pour les femmes enceintes. La supplémentation en vitamine D pendant la grossesse réduirait le risque d'hypocalcémie néonatale symptomatique. Les femmes à faible risque peuvent également avoir une meilleure issue de grossesse grâce à une supplémentation en vitamine D (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021).

Au cours de la séance d'information, essayez de souligner l'importance de la prévention en s'exposant suffisamment au soleil et en consommant des aliments en quantité suffisante tels que le poisson, la viande, les œufs, les champignons, l'huile d'olive, l'huile de poisson et le lait, tout en prenant un complément de vitamine D si nécessaire.

Planche 5 : prise de sang

BLOEDAFNAME / PRISE DE SANG / BLOOD SAMPLE



La prise de sang est un soin de base pour toute femme enceinte. Pendant la grossesse, bon nombre de paramètres sont contrôlés grâce à une prise de sang, notamment le groupe sanguin, le facteur rhésus, l'hépatite B, la rubéole, la syphilis, le VIH, l'anémie, l'hémoglobine, la teneur en fer, la ferritine, la formule sanguine complète, le glucose, etc.

Les anémies ou hémoglobinopathies telles que la **thalassémie** et la **drépanocytose** sont fréquentes chez les femmes issues de l'immigration. Il convient également d'en tenir compte lors de l'explication des résultats de l'analyse.

Quelle est la différence entre la drépanocytose et la thalassémie ?

La **thalassémie** est une pathologie qui se caractérise par une anémie et ses effets sur la croissance et le développement. Elle peut être atténuée par des transfusions sanguines, sans lesquelles les enfants se développeraient et grandiraient mal. La **drépanocytose** entraîne de nombreuses autres complications plus aiguës (au niveau de la douleur ou des organes) qui ne peuvent pas toujours être résolues par des transfusions. La thalassémie est donc une maladie dépendante de transfusions, tandis que la drépanocytose est une pathologie chronique qui ne peut pas toujours être soignée par des transfusions.

Elles touchent principalement les personnes originaires d'Afrique, d'Asie ou de Méditerranée (Artsen voor Kinderen, 2021 ; Simpto, 2021).

En cas de **thalassémie**, il est recommandé de prendre une dose plus élevée d'acide folique **tout au long de la grossesse**. En cas de **drépanocytose**, une consommation accrue **à vie** est recommandée. Il est conseillé de renvoyer la femme vers un spécialiste hématologue dans ces cas, éventuellement en consultation avec un gynécologue (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021).

Il est important de prendre le temps de donner des **informations** aux (futures) femmes enceintes sur les facteurs contrôlés à la prise de sang pour prodiguer les bons **conseils en matière de mode de vie**, par exemple en cas de toxoplasmose ou d'anémie, et de les rediriger vers des spécialistes si nécessaire.

Planche 12 : prendre soin de soi

ZELFZORG / PRENDRE SOINS DE SOI / SELF CARE



1TRIM



2TRIM



3TRIM



Comme indiqué précédemment, les femmes enceintes vulnérables sont parfois plus préoccupées par la résolution des problèmes liés à leur situation socio-économique et à leurs besoins essentiels que par leur propre santé, avec toutes les conséquences du stress chronique qui en découlent, tant sur la santé de la mère que de l'enfant. Si les préoccupations rencontrées sont dues à la situation socio-économique, telle que l'absence de logement, de nourriture, de revenu, etc., il est essentiel de connaître les infrastructures locales afin de pouvoir rediriger les futures mères de manière ciblée.

Pendant la séance d'information, prenez le temps de parler des soins personnels, du respect de soi, de l'émancipation, du réseau, etc. Aidez les femmes à apprendre à connaître leurs limites et à les fixer, car ce point forme également le socle des soins personnels. Réfléchissez ensemble à ce qu'elles aiment faire pour se détendre afin qu'elles prennent conscience de leurs outils de bien-être.

La planche 12 soutient cette discussion avec des images sur l'hygiène, les promenades et la nature, la natation ou d'autres formes de sport léger, la méditation, la relaxation, la pleine conscience, l'intimité, l'alimentation équilibrée, etc.

Planche 14 : prendre soin de soi



Cette planche montre à quel point les **facteurs environnementaux** peuvent avoir une incidence sur la santé de la mère et de l'enfant. C'est le cas du **tabagisme**, y compris le tabagisme passif par l'intermédiaire du conjoint, de la chicha (consommation de tabac par pipe à eau), de l'**alcool**, des **drogues**, des **rayons X**, des **médicaments** et de la **violence**.

Violence conjugale durant la période périnatale

L'illustration en bas à droite de la planche 14 représente la violence conjugale. Pour parler de violence conjugale, il est extrêmement important de créer un climat de sécurité au sein du groupe. Commencez par introduire correctement le thème en indiquant qu'il va s'agir d'un sujet lourd. Dites aux participantes qu'elles sont libres de partager ce qu'elles souhaitent, mais qu'elles ne sont pas tenues de le faire. « Nous respectons nos propres limites et celles des autres. » Convenez également que tout ce qui est dit est confidentiel et ne sortira pas du groupe. Utilisez également comme aide numérique les vidéos du site <https://www.we-access.eu/fr> sur les formes de violence et la redirection vers des services d'aide (voir également l'**affiche** dans la valise de grossesse).

Qu'est-ce que la violence conjugale ? Définition.

Violence conjugale : ensemble de comportements, d'actes, d'attitudes ou de menaces de l'un des conjoints ou des ex-conjoints qui portent potentiellement ou effectivement atteinte à l'autre conjoint (physiquement, psychologiquement, économiquement et/ou sexuellement).

Quelles formes de violence existe-t-il ?

1. Violence physique : utilisation intentionnelle de la force physique par des actes qui peuvent entraîner des blessures, des lésions, un handicap ou la mort. P. ex. griffer, pousser, mordre, brûler, ligoter, etc.

2. Violence sexuelle : utilisation de la force physique pour forcer l'autre à avoir un rapport sexuel ; tentative de rapport sexuel avec une personne dans l'incapacité de le comprendre (personne sous l'influence de drogues, personne handicapée, etc.) ; rapport sexuel abusif.
3. Violence basée sur le genre : comme les mutilations génitales féminines.
4. Violence psychologique/émotionnelle/verbale : utilisation d'un langage grossier, de menaces ou de la contrainte pour causer des préjudices psychologiques. P. ex. humilier, contrôler, rabaisser, isoler, priver d'accès à l'argent.
- 5.

Quelques faits

- Les femmes ne sont pas que des victimes. 1 homme sur 10 est victime de violence conjugale. Les deux parties ont généralement recours à la violence, en réponse aux actes de l'autre.
- La violence survient dans toutes les catégories sociales, mais les bas revenus constituent un facteur de risque : le risque d'être victime de violence y est supérieur de 3,5 %.
- Pendant la grossesse, il n'est pas rare que la violence physique diminue fortement pour laisser place à la violence psychologique.

Conséquences de la violence sur la grossesse

Si la violence conjugale entraîne des conséquences directes bien connues telles que des blessures, des hémorragies, des fractures, etc., elle engendre également des conséquences indirectes importantes comme une augmentation considérable du stress et des stratégies de *coping* malsaines telles que les mauvaises habitudes alimentaires, les drogues, etc.

Le tout entraînant de nombreuses conséquences négatives pour le fœtus/l'enfant ! Il suffit de penser à la faible prise de poids, aux fausses couches, à la prématurité, aux infections, aux grossesses non désirées, au décollement placentaire, aux décès maternels, etc. Les hormones de stress de la femme passent dans le placenta et affectent le cerveau du fœtus, ce qui peut entraîner des problèmes d'attention, d'anxiété, de psychopathologie, etc. chez l'enfant.

Où trouver de l'aide ?

- La police ou le médecin traitant
- <https://www.we-access.eu/fr> - Vidéos sur les formes de violence et la redirection vers des services d'aide (voir également l'**affiche** dans la valise de grossesse).
- [1712 > Home](#) - Ligne d'assistance professionnelle flamande pour les questions concernant la violence, les abus et la maltraitance d'enfants.
- <https://www.caw.be/> - Service flamand d'aide aux victimes
- <https://www.tele-onthaal.be/> - Ligne d'assistance flamande pour une oreille attentive à l'occasion d'une conversation anonyme
- <https://www.violencessexuelles.be/> - Plainte et aide après des violences sexuelles

(Van Parys, 2020 ; Van Cauwelaert, 2019)

3.3.3 Ramadan et grossesse

Contexte

Le ramadan, ou jeûne, consiste à s'abstenir de manger et de boire pendant un mois, du lever (Suhur) au coucher (Iftar) du soleil. Le ramadan est l'un des cinq piliers/commandements de l'islam, avec le pèlerinage, la prière, l'aumône et la profession de foi. Pendant ce mois, le jeûne est obligatoire pour tous les musulmans en bonne santé.

Certains en sont toutefois exemptés, notamment les personnes âgées, les personnes malades (aussi bien physiquement que mentalement), les voyageurs, les femmes enceintes, les mères allaitantes, les enfants et les femmes en période de menstruations (y compris les saignements post-partum). Les jours manqués sont rattrapés ultérieurement dès que l'on est en mesure de le faire. Si la personne n'en est pas capable, elle peut faire un don de charité aux pauvres pour compenser le jeûne non effectué.

Pour les musulmans, le but du jeûne est d'effectuer un exercice spirituel, de purifier le corps, de se contrôler, de se mettre à la place des personnes pauvres et d'agir en conséquence.

Soignants et pratique

Les prestataires d'aide et de soins rencontrent de plus en plus de femmes enceintes qui souhaitent participer au ramadan, mais ne savent pas toujours comment répondre à leurs questions par manque de connaissances sur le sujet. Des études révèlent également que les femmes enceintes n'osent pas toujours demander des conseils par crainte de rejet ou de désaccord avec le soignant.

Le ramadan est-il bon pour la santé ?

La communauté scientifique s'est déjà penchée sur les risques éventuels du jeûne pendant la grossesse. Certaines études indiquent un risque d'hypoglycémie, d'hypotension artérielle, de nausées, d'acidose, de faible poids de naissance et de diminution de production du lait maternel. D'autres, en revanche, révèlent qu'il n'existe manifestement pas d'effet négatif sur le poids de naissance et que des études approfondies sont nécessaires pour déterminer les conséquences périnatales (Glazier et al., 2018).

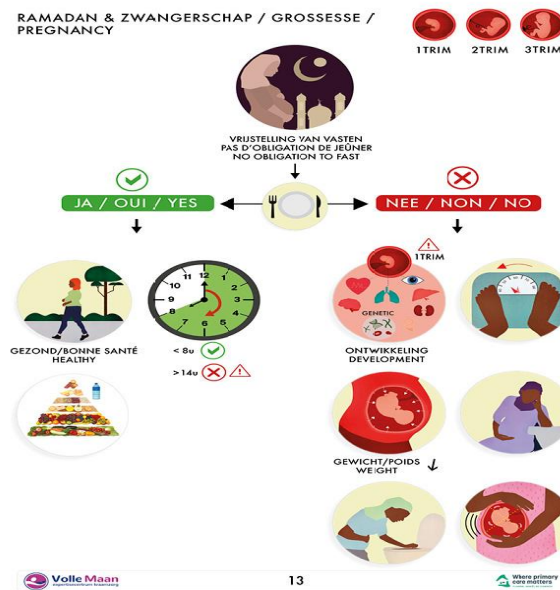
Les femmes enceintes et allaitantes sont dispensées de ramadan, mais dans la pratique, il n'est pas rare que les femmes enceintes y participent tout en le sachant, et ce n'est pas toujours sans risque.

Mais alors, est-il ou non conseillé à une femme enceinte de faire le ramadan ? Tout dépend du trimestre de la grossesse et de l'état de santé de la future maman (tant sur le plan physique que mental). Il convient en outre de vérifier s'il s'agit d'un jeûne court ou d'un jeûne long, quelle est la situation socio-économique de la femme et s'il existe des facteurs de stress. Autrement dit, chaque cas est unique et il est indispensable de fournir une prise en charge sur mesure assortie de conseils (d'hygiène de vie) adéquats.

Pour une femme qui a jeûné pendant une grande partie de sa vie, il n'est pas simple de s'arrêter

pendant sa grossesse, malgré sa dispense. Il s'agit toujours d'un événement social pour elle. Certaines communautés exercent même une pression sociale qui peut influencer sa décision, mais il s'agit davantage d'un phénomène culturel que d'un devoir religieux. En tant que prestataire d'aide ou de soins, essayez de connaître les raisons exactes qui poussent la femme enceinte à vouloir jeûner ainsi que les sentiments ou les besoins qui se cachent derrière sa motivation, et accompagnez-la dans cette démarche. Les planches 13 et 28 vous soutiendront à cet égard au cours de la séance d'information.

Planche 13 : ramadan et grossesse



Le cercle contenant le dessin d'une femme en haut de la planche indique qu'une femme enceinte n'a pas l'obligation de jeûner dans la religion islamique, mais qu'elle peut le faire si elle le souhaite. Discutez des conditions « **oui en vert** » à gauche et des conditions « **non en rouge** » à droite.

Oui

Si la femme souhaite jeûner, il est essentiel que les conditions suivantes soient remplies :

- Être en bon état de santé et ne pas avoir de complication de grossesse.
- Effectuer de courts jours de jeûne de moins de 8 heures. En période hivernale, les jours se font plus courts entre le lever et le coucher du soleil. Toutefois ces dernières années, le ramadan survient en période estivale, ce qui rend les journées plus longues. C'est pourquoi il reste tout de même déconseillé aux femmes enceintes ou allaitantes. Un jeûne de plus de 8 heures demande une énorme quantité d'énergie de la part de la femme enceinte. Le métabolisme passe à la combustion des graisses dès 12 à 14 heures de jeûne et les longues périodes sans hydratation ne sont pas recommandées pendant la grossesse.
- Avoir un mode de vie sain et manger équilibré. Il est important d'accorder suffisamment

d'attention à l'éducation sur le mode de vie de la femme enceinte et de lui demander de décrire ses repas pendant un jour de jeûne, en particulier pour vérifier s'ils sont équilibrés et suffisamment sains. Insistez sur l'importance de l'hydratation, de la consommation de soupes nourrissantes, de (quelques) dattes et de repas sains et légers entre le coucher (Iftar) et le lever (Suhur) du soleil. La valise contient une affiche de la pyramide alimentaire que vous pourrez utiliser comme support pendant la séance (de groupe). S'il apparaît à l'issue de la discussion que la mère n'adopte pas un mode de vie sain, il existe plusieurs possibilités d'action en fonction de sa situation socio-économique. La pauvreté peut également être une cause de malnutrition, auquel cas vous pouvez rediriger la femme enceinte vers des acteurs qui distribuent des colis alimentaires. Si la pauvreté est écartée, il peut être envisagé de consulter un diététicien qui pourra l'aider davantage, pour autant que ce dernier ait des affinités avec plusieurs groupes.

- Faire prendre conscience à la mère qu'elle doit être à l'écoute de son corps et mettre fin au jeûne si elle ne se sent pas bien.

Non

- Il est déconseillé de jeûner au premier trimestre de grossesse, car il s'agit d'une période essentielle au développement du fœtus (organes vitaux, neurodéveloppement) avec d'éventuelles conséquences sur le long terme, comme le risque de diabète, de surpoids et de maladies cardiovasculaires.

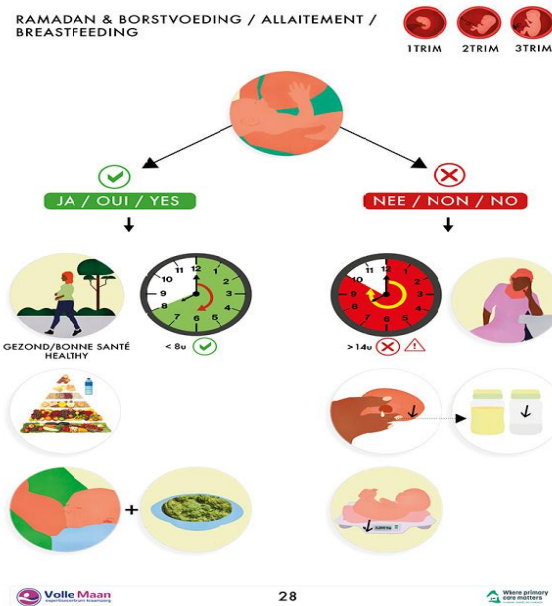
Il suffit de penser à l'Hiver de la faim de 1944-1945, une période de famine extrême aux Pays-Bas. Les études menées sur l'Hiver de la faim montrent que la malnutrition pendant la grossesse entraîne des effets durables sur la santé de l'enfant et même sur celle du petit-enfant, ce que l'on appelle l'épigénétique. Les conséquences de la faim étaient particulièrement prononcées lorsque la sous-alimentation avait lieu au tout début de la grossesse, au moment de la formation du cœur, du cerveau et du foie (les organes vitaux). Des dizaines d'années plus tard, cet épisode de faim a entraîné des troubles de la coagulation sanguine, un taux de cholestérol et une glycémie plus élevés, de moins bons résultats aux tests de mémoire, davantage de maladies cardiovasculaires, plus de mortalité et même une plus grande sensibilité au stress lors des événements de la vie, ce qui a par exemple réduit les chances de ces personnes sur le marché de l'emploi.

Des études récentes révèlent en outre que les bébés plus petits lors de la première échographie à 12 semaines après la fécondation, sans que leur poids de naissance en soit affecté, présenteront plus tard une pression artérielle plus élevée et seront plus susceptibles de devenir obèses. La santé de l'enfant n'est pas seulement affectée par des conditions particulièrement mauvaises, mais aussi par les variations normales du développement antérieur (Rooseboom, 2018 ; de Koning, 2021).

- En cas de longs jours de jeûne de plus de 12 heures.

- En cas de symptômes physiques ou mentaux :
 - perte de poids de la mère et du bébé en raison de la malnutrition ;
 - fatigue et sensation de malaise ;
 - nausées, hyperemesis gravidarum, diabète gestationnel, hypertension, hypotension, retard de croissance intra-utérin, autres complications de grossesse ;
 - diminution des mouvements fœtaux.

Planche 28 : ramadan et allaitement



Tout comme les femmes enceintes, les mères allaitantes n'ont pas l'obligation de jeûner, mais si elles souhaitent tout de même le faire, vous pouvez discuter des conditions y afférentes à l'aide de la planche 28.

Oui

Si la femme souhaite jeûner, il est essentiel de discuter de certaines conditions :

- Être en bon état de santé et ne pas avoir des complications.
- Effectuer de courts jours de jeûne de moins de 8 heures.
- Avoir un mode de vie sain et manger équilibré. Il est important d'accorder suffisamment d'attention à l'éducation sur le mode de vie de la mère et de l'enfant (voir également les conseils ci-dessus sur un mode de vie sain pendant la grossesse).
- Combinaison d'allaitement et d'alimentation solide à partir de 6 mois.
- Faire prendre conscience à la mère qu'elle doit être à l'écoute de son corps et mettre fin au jeûne si la production de lait diminue ou si son état physique ou mental se dégrade.

Non

- En cas de longs jours de jeûne de plus de 12 heures.
- En cas de symptômes physiques et/ou mentaux et de signe de déshydratation chez la mère et l'enfant. Une coloration foncée ou une forte odeur de l'urine de la mère ou de l'enfant sont le signe d'un manque (trop important) d'hydratation. L'arrêt du jeûne est alors recommandé.
- Diminution de la production de lait ou difficulté à en produire.
- Perte de poids chez l'enfant.

(Kridli, 2011 ; Glazier et al., 2018 ; Oosterwijk, Molenaar, van Bilsen, Kieft-de Jong, 2021 ; Zoukal & Hassoune, 2019).

3.3.4 Diabète et grossesse

Qu'est-ce que le diabète gestationnel ?

L'organisme subit énormément de changements pendant la grossesse. Il libère notamment de nombreuses hormones qui inhibent l'effet de l'insuline dans le corps. En règle générale, le pancréas devrait produire de l'insuline supplémentaire, mais cette réaction ne se produit pas dans le cas du diabète gestationnel, ce qui entraîne une hausse de la glycémie.

Le diabète gestationnel disparaît après la grossesse avec la perte des hormones placentaires. Il est généralement temporaire et se dissipe au retour à la normale de la situation hormonale après la naissance du bébé. L'organisme produit en effet moins d'hormones après la grossesse.

Bien que dans la littérature, les chiffres de prévalence varient fortement de 1 à 14 %, il est question d'une prévalence d'environ 9,5 % en Flandre (Vandenhoute, 2018 ; Diabetes Liga, 2021).

Quand est-il diagnostiqué ?

Un test de dépistage est d'abord réalisé entre la 24^e et la 28^e semaine de grossesse avec 50 g de glucose (pas à jeun). En cas de risque élevé, une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) est immédiatement effectuée avec 75 g de glucose (à jeun). Consultez les planches 17 et 18 pour obtenir les valeurs et préparer la femme enceinte au test.

Traitement en cas de valeur élevée

- Demander un avis médical
- Suivre un régime et faire de l'exercice physique
- Mesurer la glycémie
- Prendre parfois de l'insuline ou des médicaments
- Être suivie par un médecin, un infirmier spécialisé en diabète et un diététicien

Complications pour la mère et l'enfant

- Bébé grand ou trop petit
- Naissance prématurée ou fausse couche
- Trop de liquide amniotique
- Pré-éclampsie
- Obésité
- Risque accru de déclenchement ou de césarienne
- Faible glycémie chez le bébé
- Risque accru de diabète de type 2
- Dystocie des épaules

Quelles sont les femmes les plus sujettes au diabète gestationnel ?

- Les femmes qui ont déjà développé un diabète gestationnel auparavant
- Les femmes qui ont déjà donné naissance à un enfant de plus de 4 kg
- Les femmes qui souffrent d'obésité ou n'adoptent pas un mode de vie sain
- Les femmes de plus de 35 ans
- Les femmes dont le père, la mère, le frère ou la sœur est atteint(e) de diabète de type 2
- Les femmes originaires du Moyen-Orient, d'Afrique du Nord, de Turquie et d'Hindoustan
- Les femmes qui présentent un taux de cholestérol ou une glycémie élevés

Origine et diabète

Des études ont révélé que les **femmes immigrées** présentent un risque **plus élevé** de développer un **diabète gestationnel** que les femmes autochtones, avec des conséquences préjudiciables sur la grossesse. Ce constat souligne une fois de plus l'importance de la littératie en santé et des campagnes de sensibilisation interculturelles tant pour les professionnels de la santé que pour le groupe cible lui-même (Al-Rifai et al., 2019 ; Kragelund Nielsen, Andersen, Damm, Andersen, 2021).

Planche 17 : diagnostic du diabète

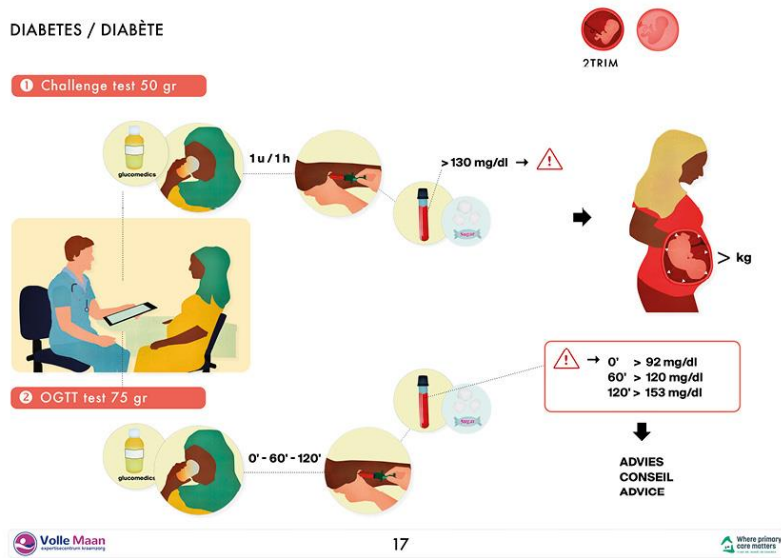
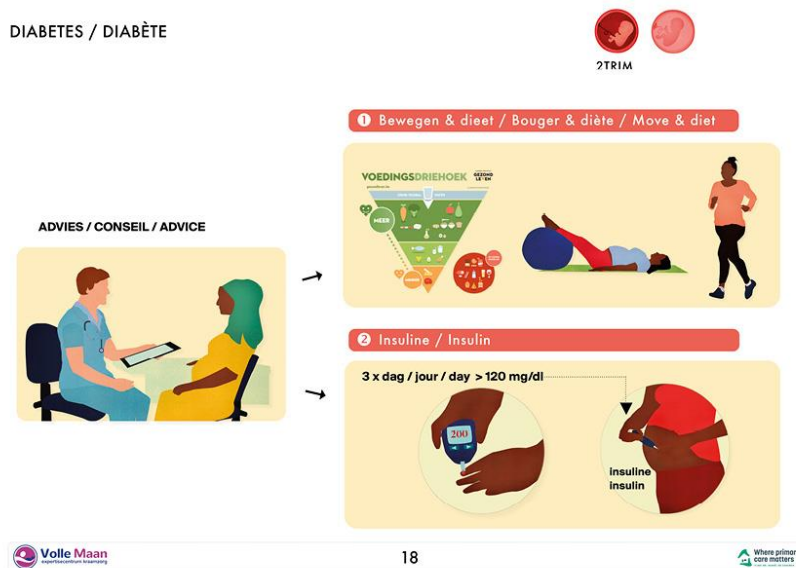


Planche 18 : traitement du diabète gestationnel



Les planches 17 et 18 vous aident à fournir des informations sur le diagnostic et le traitement du diabète. Il est essentiel de détecter les éventuels facteurs de risque de diabète gestationnel dès le premier trimestre. Les femmes pourront ainsi être redirigées vers un spécialiste à temps et surtout bénéficier de conseils préventifs sur leur mode de vie à l'aide de la pyramide alimentaire, de la pyramide de l'exercice et de l'affiche *Zoet Zwanger*, toutes trois disponibles dans la valise de grossesse interculturelle.

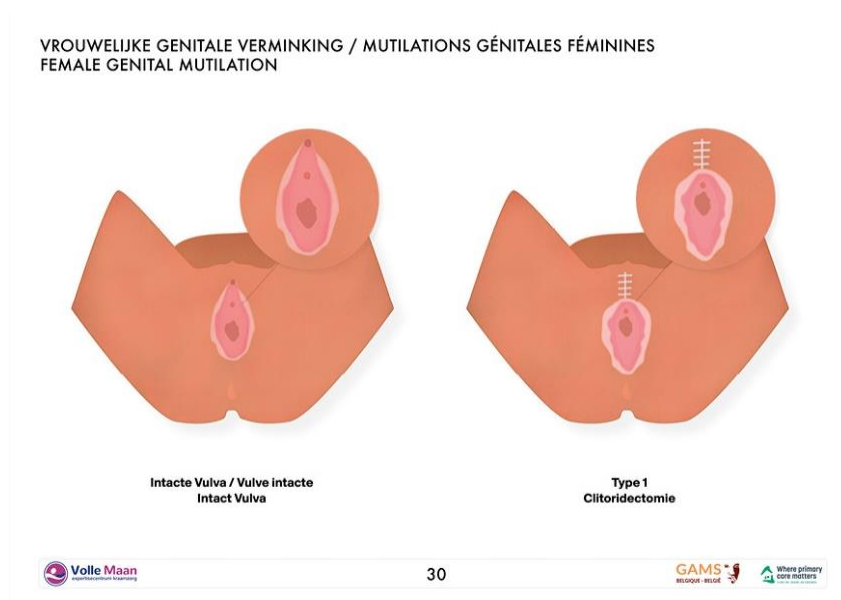
3.3.5 Mutilation génitale féminine (MGF)

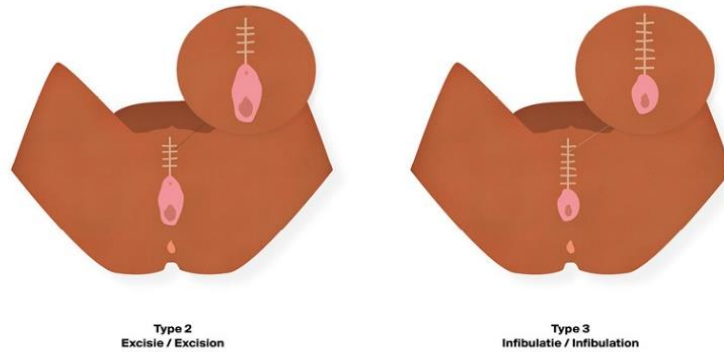
Contexte

L'Organisation mondiale de la santé définit les mutilations génitales féminines (MGF) comme étant toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques (OMS, 2008).

À la fin de l'année 2016, la Belgique comptait plus de 17 000 femmes excisées et 8 000 fillettes en danger. Chaque année, plus de 1 400 femmes excisées accouchent dans une maternité belge (Dubourg & Richard, 2018 ; GAMS, 2019).

Planches 30 et 31 : types de MGF



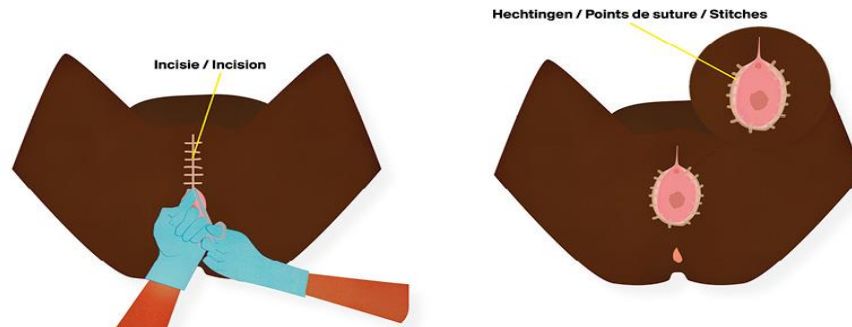


Les différentes formes de MGF ont été regroupées en 4 types présentés aux planches 30 et 31. Cette classification a été mise à jour en 2007 (GAMS, 2019).

- Le **type 1**, ou clitoridectomie, est l'ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du capuchon du clitoris.
- Le **type 2**, ou excision, concerne l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.
- Le **type 3**, ou infibulation, est le 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.
- Le **type 4** comprend toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, comme la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

Planche 32 : MGF et grossesse

DESINFIBULATIE / DÉSINFIBULATION / DEINFIBULATION



Tijdens zwangerschap 2^o trim of arbeid - bevalling
Pendant la grossesse 2^e trim ou travail - l'accouchement
During pregnancy 2^o trim or labour - delivery

La planche 32 montre quand et comment une désinfibulation peut avoir lieu. Il est recommandé d'entamer une discussion sur les MGF en cas de désir de grossesse ou au cours du premier trimestre. Lors du premier trimestre, un examen vaginal doit être effectué pour diagnostiquer le type de mutilation pour une éventuelle redirection vers un spécialiste ou la préparation d'une désinfibulation au deuxième trimestre ou pendant l'accouchement. Il est important que la femme puisse être suivie à temps, étant donné les conséquences physiques et les traumatismes psychologiques qui peuvent surgir.

Pour obtenir de plus amples informations sur les MGF et la grossesse, consultez le protocole du Gams ci-joint sur la prise en charge des femmes enceintes victimes de mutilations génitales.

Discussion de cas autour de la grossesse et des mutilations

Une jeune fille de 16 ans se présente au cabinet pour préparer son accouchement/post-partum. L'hôpital a indiqué qu'elle savait peu de choses sur ce qui l'attendait. Sa langue principale est le somali, c'est pourquoi je fais appel à un interprète du somali pour m'assurer qu'elle comprenne bien toutes les informations.

En plus de ses questions et des informations de base, nous discutons également des MGF. Nous utilisons les planches de la valise de contraception interculturelle pour discuter des différents types de MGF et je lui demande si elle sait quelle forme lui a été infligée.

Elle ne peut pas me le dire, mais il s'agit bien entendu d'un élément très important pour son accouchement. Puisqu'une prochaine consultation est prévue, je la prépare en lui indiquant que j'aimerais examiner son vagin. Elle marque son accord.

Lors de cette nouvelle consultation, je constate qu'elle présente une mutilation classée entre le type 2 et le type 3, avec une pseudo-infibulation partielle vers le vagin. Je contacte ensuite l'hôpital qui la suit. Le gynécologue de référence n'a pas de place pour son accouchement et ne répond pas aux e-mails. L'assistant social m'indique ceci : « Elle est tombée enceinte spontanément, malgré l'utilisation de préservatifs. Il y a donc eu pénétration. Il n'est par conséquent pas nécessaire de faire quoi que ce soit avant l'accouchement. »

Le gynécologue vers lequel je redirige mes patientes habituellement, le Dr X, ne peut pas accepter de personnes qui n'ont pas besoin d'aide médicale urgente en raison du coronavirus (début de l'épidémie de coronavirus en 2020). Cette femme n'a donc malheureusement pas bénéficié d'une consultation adéquate sur les MGF avant son accouchement.

Elle a par la suite accouché avec une ventouse (en raison de son épuisement) sans que la pseudo-infibulation ou l'infibulation partielle ait été sectionnée. Elle n'a pas non plus subi d'épisiotomie, ce qui est pourtant courant lors d'un accouchement avec ventouse. Le père a déclaré que l'enfant n'allait pas passer et a demandé s'il ne fallait pas inciser. Sa question est restée sans réponse. S'est ensuivie une déchirure. Les points de suture ont également causé beaucoup d'infection par la suite.

Des discussions ont eu lieu par après, mais concernaient principalement la prévention et la femme chez qui la MGF avait déjà été pratiquée n'a pas bénéficié des échanges et des conseils adéquats. Elle s'est rendue chez le Dr X après un certain temps de récupération et a bénéficié des explications nécessaires avec une autre collaboratrice du Gams. L'hôpital a également accordé plus d'attention à la minorité de la patiente (présomption de mariage forcé) qu'aux éventuelles erreurs survenues pendant son suivi.

Il aurait plutôt fallu se demander si une désinfubation avant ou pendant l'accouchement aurait été utile. (Van der Staak P., P.C., septembre 2021)

Questions à discuter en groupes :

- Quel sentiment la lecture de ce cas suscite-t-elle en vous en tant que prestataire d'aide ou de soins ?
- Avez-vous déjà eu affaire à un cas de MGF ?
- Comment l'avez-vous abordé ou comme l'aborderiez-vous en tant que prestataire d'aide ou de soins ?
- Le service dans lequel vous travaillez est-il suffisamment préparé pour les femmes victimes de MGF ?

Pour obtenir des réponses, n'hésitez pas à lire le protocole du Gams ci-joint destiné aux professionnels sur la prise en charge des femmes enceintes victimes de mutilations génitales. Voici d'autres liens intéressants à consulter :

<https://gams.be/>

<https://gams.be/instaurer-le-dialogue-sur-la-desinfubulation/>

<https://www.we-access.eu/fr/videos>

3.3.6 Plan de naissance

Plan de naissance et dialogue



Les planches « plan de naissance » et « dialogue » ont été conçues en collaboration avec *Samen voor respectvolle geboorte* et *Le cœur à marée basse*. L'objectif est de préparer la femme à son travail et à son accouchement de manière aussi respectueuse et digne que possible pour que ces derniers se déroulent dans les mêmes conditions. Nous souhaitons principalement aider la patiente à prendre des décisions éclairées et à éprouver le moins d'anxiété et de stress possible, en fonction du contexte et de l'environnement dans lesquels elle accouchera.

Des études ont révélé que les femmes au statut socio-économique moins élevé et les femmes immigrées ou illettrées issues d'une minorité ethnique font couramment l'objet de soins moins

adéquats et de remarques discriminatoires et désobligeantes (Ben Abdeslam, 2018 ; Van Cauwelaert, 2019 ; Schoenborn, De Spiegelaere & Racape, 2021).

Aborder le plan de naissance en séance de groupe renforce la discussion en créant une conscience collective et en favorisant l'échange entre femmes. Elles pourront ainsi discuter de ce qu'elles ont retenu avec leur soignant au cours d'un prochain examen médical. Les planches et les cartes de naissance de la valise de grossesse peuvent être utilisées pour sensibiliser les femmes sur leurs droits et leurs choix pendant le travail et l'accouchement.

Qu'est-ce que la violence obstétricale ?

Nous aimerions à présent aborder les violences obstétricales. C'est en reconnaissant que de telles pratiques existent que les femmes peuvent s'affranchir et faire valoir leurs droits.

La violence obstétricale est un terme générique désignant diverses formes de violence et d'abus commis par les soignants à l'égard des femmes pendant la période périnatale. Elle inclut les comportements irrespectueux et abusifs, les soins inhumains et les mauvais traitements infligés aux femmes. Ces formes de violence peuvent se manifester au niveau interpersonnel par des attitudes inappropriées envers les femmes ou par la politique et la culture d'un établissement de santé. Les femmes qui subissent des violences obstétricales vivent souvent leur accouchement de manière traumatique, ce qui peut avoir une incidence sur leur estime d'elles-mêmes, leur santé mentale et leur attitude lors de grossesses ultérieures.

Violence physique

Il existe plusieurs cas connus de femmes ayant reçu des coups pendant qu'elles poussaient. La pression fundique constitue une autre pratique fréquente, qui relève également de la violence physique. La différence majeure entre les coups et la pression fundique réside dans le fait que cette dernière est acceptable dans certaines circonstances.

Violence verbale

Outre les violences physiques, les femmes peuvent également être confrontées à de la violence verbale pendant le travail et l'accouchement. On parle de « traitement indigne » lorsqu'il est question d'humiliation délibérée, de reproches, de brutalité, d'énervement, de divulgation d'informations personnelles et de perception négative du soin. Il en va de même pour le langage dur ou grossier, les reproches, les accusations, les menaces de ne pas prodiguer de soins ou encore la culpabilité d'une issue négative. La tenue de propos grossiers survient tant dans les pays à revenu élevé et intermédiaire que dans les régions à faible revenu. Il s'agit d'un facteur qui rend fréquemment l'expérience de l'accouchement négative. Ainsi, il existe un lien entre les « violences verbales », la « stigmatisation et la discrimination » et les « mauvaises relations entre les femmes et les soignants ». Ce sont souvent les femmes au statut socio-économique inférieur, les femmes immigrées ou les femmes issues d'une minorité ethnique qui font l'objet de remarques désobligeantes. En outre, les femmes qui s'affranchissent des stéréotypes traditionnels de leur sexe/genre reçoivent parfois des soins de mauvaise qualité en guise de sanction. Les soignants subissent souvent une certaine pression (du temps), ce qui peut donner lieu à des accrochages. Cette situation peut s'expliquer par le fait que les soignants doivent diviser leur attention en cas de situation stressante (Van Cauwelaert, 2019).

Samen voor respectvolle geboorte

Samen voor respectvolle geboorte veille à des soins de naissance centrés sur la femme enceinte avec une communication ouverte et respectueuse et une prise en charge axée sur la famille. Les valeurs sur lesquelles repose une naissance respectueuse sont les suivantes : Coopération - Soins de qualité - Respect - Autonomie - Dignité. Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet (en néerlandais) sur <https://www.respectvollegeboorte.be>

4. Références

Agentschap Zorg en Gezondheid. (2021). *Foliumzuur*. Gezond zwanger worden. Geraadpleegd in september 2021, van <https://www.gezondzwangerworden.be/>

Al-Rifai, R. H., Majeed, M., Qambar, M. A., Ibrahim, A., AlYammahi, K. M., & Aziz, F. (2019). Type 2 diabetes and pre-diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies in women of childbearing age in the Middle East and North Africa, 2000-2018. *Systematic reviews*, 8(1), 268.

Artsen voor Kinderen. (2021). Ik ben voor screening van zwangere vrouwen op hemoglobinopathieën. *Cyberpoli*. Geraadpleegd in november 2021, van <https://www.cyberpoli.nl/sikkelcel/interviews/jeanlouiskerkhoffs>

Ben Abdeslam, H. (2018). *Wat zijn de postnatale noden en behoeften van moeders zonder wettig verblijf of in procedure na kortverblijf in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest: Kwalitatief onderzoek* [ongepubliceerde masterproef]. Universiteit Antwerpen.

De Koning, D. (2021). *Baby's onder stress, stressbegeleiding van (aanstaande) ouders in de geboortezorg*. EPO.

Demey, H. (2016). *Zorg over de grenzen heen, perinatale sterfte bij vrouwen met een migratieachtergrond*. [ongepubliceerde bachelorproef]. Arteveldehogeschool.

Diabetes Liga. (2021). *Diabetes Liga – Zoet zwanger voor professionelen*. Website geraadpleegd in oktober 2021, van <https://www.diabetes.be/nl/preventie-en-sensibilisering/zoet-zwanger-voor-professionelen>

Dubourg, D., Richard, F. (2018). *Estimation de la prévalence des filles et femmes excisées ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique, 2018*. Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes et SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Geraadpleegd in november 2021, van http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/20180302_FGM_PrevalenceStudy_12-pages_FR.pdf

el Bouazzaoui, F., Peters, A. I. (2017). *Handboek geboortezorg bij verschillende culturen*. LannooCampus.

Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan. (2021). *Cultuursensitieve seksuele en reproductieve gezondheidsvoorlichting* [handleiding].

GAMS. (2019). *Begeleiding van zwangere vrouwen met genitale verminking* [protocol].

Glazier, J. D., Hayes, D., Hussain, S., D'Souza, S. W., Whitcombe, J., Heazell, A., & Ashton, N. (2018). The effect of Ramadan fasting during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 421.

Kragelund Nielsen, K., Andersen, G. S., Damm, P., & Andersen, A. N. (2021). Migration, gestational diabetes and adverse pregnancy outcomes: a nationwide study of singleton deliveries in Denmark. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, dgab528.

Kridli S. A. (2011). Health beliefs and practices of Muslim women during Ramadan. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 36(4), 216–223.

Oosterwijk, V.N.L., Molenaar, J.M., van Bilsen, L.A., Kieft-de Jong, J.C. (2021). Ramadan Fasting during Pregnancy and Health Outcomes in Offspring: A Systematic Review. *Nutrients*; 13(10), 3450.

Rooseboom, T. (2018). *De eerste 1000 dagen, het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief*. De Tijdstroom.

Statbel. (2021). *Structuur van de bevolking*. Statbel – België in cijfers. Geraadpleegd op 13 oktober 2021, van <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/structuur-van-de-bevolking>

Schoenborn, C., De Spiegelaere, M. & Racape, J. (2021). Measuring the invisible: perinatal health outcomes of unregistered women giving birth in Belgium, a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 733.

Thiers, E. (2019). Cultuursensitiviteit en diversiteit in de opleidingen: wie is er vandaag klaar voor? *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 49(3), 191-201.

Simpto. (2021). *Sikkelcelziekte*. Simpto. Geraadpleegd in november 2021, van <https://www.simpto.nl/diagnose/sikkelcelziekte/>

Van Cauwelaert, S. (2019). *Obstetrisch geweld, De verschillende verschijningsvormen van een wereldwijd fenomeen*. [ongepubliceerde bachelorproef]. Arteveldehogeschool.

Van Parys, A-S. (23-11-2020). *Themadag partnergeweld in het peripartum* [powerpoint-slides], Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent.

Vandenhoute, C. (2018). *Zwangerschapdiabetes : educatie bij de allochtone patiënt*. [ongepubliceerde bachelorproef]. Hogeschool VIVES.

Venegas Riquelme, K. (2021). *De noden en behoeften van vrouwen met een culturele of religieuze migratieachtergrond tijdens de zwangerschap en de bevalling* [ongepubliceerde bachelorproef]. Erasmushogeschool Brussel.

World Health Organization. (2008). Eliminating female genital mutilation. An interagency statement. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. Geraadpleegd in oktober 2021, van http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43839/9789241596442_eng.pdf;jsessionid=C28FB99A3EAB32336B2303BF827B890E?sequence=1

World Health Organization. (2021). World Health Organization. Geraadpleegd in oktober 2021, van <https://www.who.int/>

Zoukal, S., Hassoune, S. (2019). The effects of Ramadan fasting during pregnancy on fetal development: a general review. *La Tunisie médicale*, 97(10), 1132–1138.

5. Annexe

Contenu de la valise de grossesse interculturelle

Les ressources contenues dans la valise ne peuvent **pas** faire l'objet d'un usage personnel. Il s'agit de matériel placebo ou de supports qui ne peuvent être utilisés que dans le cadre d'une formation ou d'une démonstration.

Matériel

• Modèle de fœtus (4 pièces)	<input type="checkbox"/>
• Mini-modèle de bébé, utérus et pelvis	<input type="checkbox"/>
• Ballons et pinces à linge	<input type="checkbox"/>
• <i>Belly Balls</i>	<input type="checkbox"/>
• Balle de relaxation	<input type="checkbox"/>
• Modèle de poitrine	<input type="checkbox"/>
• Talc pour bébé	<input type="checkbox"/>
• Solution de glucose	<input type="checkbox"/>
• Vitamine D (comprimé D-Cure)	<input type="checkbox"/>
• Jeu de cartes sur le plan de naissance	<input type="checkbox"/>
• Acide folique (Folavit Start)	<input type="checkbox"/>
• Test de grossesse	<input type="checkbox"/>

Illustrations

- Planches d'illustration 1 à 41
- Illustrations sur la naissance respectueuse : plan de naissance et dialogue
- Progression du travail : ouverture du col de l'utérus
- Feuille de route du travail
- Positions pour un travail hors du lit : positions d'accouchement

Publications

- Mutilations génitales féminines/Excisions féminines (GAMS Belgique)
- Pas d'excision pour ma fille (GAMS Belgique)
- Zwanger? Beperk hormoonverstoorders (Gezinsbond)
- Pour sa santé ! Donnez toutes ses chances à votre bébé ! Prenez de l'acide folique avant d'être enceinte ! (Kela)
- Geluksdriehoek (VIGL)
- Wat met alcohol voor, tijdens en na de zwangerschap? (De druglijn)
- Alcohol, tabak en drugs tijdens de zwangerschap (De druglijn)
- Wat na... zwangerschapsdiabetes (Diabetes Liga)
- Postpartum depressie (VVGG)
- Fiche voedingsdriehoek, bewegingsdriehoek en geluksdriehoek (Gezond Leven)
- Posters voedings-, bewegings- en geluksdriehoek: 2 stuks (Gezond Leven)
- Brisons le silence autour des violences de genre (Access)
- Kind in Beeld: Zwangerschap (Kind & Gezin)
- Feuille de route du travail : 3 pièces
- Positions d'accouchement : 3 pièces
- Borstvoedingswijzer (Kind & Gezin)