



## **DIAGNOSTIC ET SUIVI COMMUNAUTAIRE DE LA GROSSESSE**

## Guide pour le formateur :

1. Les phrases en *italique* sont des consignes pour le formateur. Les phrases en *italique* entre guillemets peuvent être dites telles quelles par le formateur.
2. Les mots entre crochets [ ] doivent être remplacés avant la formation par les mots qui correspondent au contexte ; par exemple, remplacer [PAYS] par « Mali » si la formation est pour une mise en œuvre au Mali.
3. La formation est organisée autour de différents types d'activités : brainstorming, simulations ou jeux de rôles, exercice de mise en pratique (en individuel ou en groupe) et études de cas.
4. Conseils généraux de formation :
  - Encourager la participation de tous les participants, à tout moment, et les inviter à se prononcer sur différents thèmes.
  - Écouter toutes les réponses sans jugement et s'assurer que tous les participants ont eu le temps de parler s'ils le souhaitent.
  - Inviter les participants à partager leurs expériences et leurs vécus en tant que parent ou accompagnant quand cela est nécessaire.
  - Faire une synthèse à la fin d'une activité pour résumer les points importants ou l'idée principale qu'une activité voulait faire ressortir.
  - Demander régulièrement aux participants s'ils ont des questions ou s'ils souhaiteraient qu'un concept soit clarifié.
  - En cas de travail de groupe :
    - Former des groupes en fonction du nombre total de participants, de taille suffisamment petite pour favoriser la participation, mais suffisamment grande pour répondre aux exigences de l'activité.
    - Demander à chaque groupe de partager son travail devant les autres groupes.
    - Lors du partage, demander aux participants ce qu'ils pensent du travail des autres groupes.
    - Lors du partage, souligner les points forts et les points à améliorer du travail de chaque groupe.
    - En fin de partage, s'assurer que la solution/réponse correcte est claire en faisant une synthèse.
5. Conseils pour le brainstorming : le brainstorming est une technique qui consiste à poser des questions avant de présenter des concepts pour initier la réflexion et la discussion sur le thème de la formation. Il permet de faire l'état des lieux, ainsi que de faire ressortir, au préalable, les connaissances et les lacunes afin de cadrer la formation et de cibler certains concepts.
  - Souligner que les réponses proposées ne doivent pas forcément être justes, mais doivent tout de même permettre d'encourager la réflexion parmi les participants.
  - Marquer si possible les réponses des participants sur un papier géant afin de faciliter les discussions et de valoriser l'intervention de tous.

- Poser les questions une à une, en laissant un temps d'attente pour encourager la participation.
  - S'assurer que les réponses correctes sont clairement identifiées après chaque discussion.
6. Conseils pour les simulations/jeux de rôles : les simulations et les jeux de rôles mettent les participants dans des situations comparables à la vie réelle pour pratiquer un geste, une méthodologie ou une technique de communication. Ils permettent de créer un environnement réaliste pour anticiper et prévenir des erreurs possibles dans un contexte sans conséquences néfastes pour le patient.
- Définir clairement la situation simulée ou les rôles à jouer.
  - Donner un temps pour que les participants s'imprègnent de la situation ou de leur rôle.
  - Encourager les participants à participer de la manière la plus réaliste possible.
  - Ne pas intervenir avant que la fin de la simulation ou du jeu de rôles.
  - À la fin de chaque jeu de rôles, féliciter les acteurs.
  - Faire refaire le jeu de rôles par d'autres acteurs autant de fois que cela est utile.
7. Conseils pour les exercices de mise en pratique : les exercices de mise en pratique demandent aux participants d'utiliser les concepts théoriques de manière pratique. Ils permettent de vérifier le niveau de compréhension d'une notion abstraite telle qu'elle sera utilisée sur le terrain.
- Préparer à l'avance le matériel et les supports nécessaires pour l'exercice.
  - Définir clairement les consignes de l'exercice.
  - S'assurer que la réponse correcte est clairement identifiée à la fin de l'exercice.
8. Conseils pour les études de cas : les études de cas décrivent une histoire/situation pour introduire ou approfondir un concept théorique. Elles permettent d'illustrer des notions abstraites à travers des situations familières pour les rendre plus compréhensibles et plus facilement mémorisables.
- Partager l'étude de cas clairement.
  - Poser les questions une à une, en laissant un temps d'attente pour encourager la participation.
  - S'assurer que les réponses correctes sont clairement identifiées après chaque discussion.
  - Synthétiser le concept illustré par l'étude de cas.
9. Relire les conseils propres à chaque type d'activité ci-dessous avant d'initier une activité de ce type.

### **Abréviations et acronymes :**

<b>ASC</b>	Agent de santé communautaire
<b>CPN</b>	Consultation prénatale
<b>CPON</b>	Consultation postnatale
<b>HCG</b>	Hormone chorionique gonadotrophine
<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse

<b>MIILD</b>	Moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée d'action
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>PF</b>	Planification familiale
<b>PTME</b>	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
<b>VAD</b>	Visite à domicile
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine

### **Introduction à la formation :**

- *Dire aux participants que :*
  - *Ce module aborde la santé de la reproduction et spécifiquement le diagnostic et le suivi communautaire de la grossesse.*
  - *Au cours de ce module, certains mots, situations, images et/ou vidéos pourraient mettre certaines personnes mal à l'aise, être gênants ou provoquer des émotions telles que la tristesse ou la colère. Toutes ces émotions sont normales et sont les bienvenues dans la salle.*
  - *Si un participant se sent mal à l'aise et souhaite sortir un moment pour faire une pause, qu'il n'hésite pas à le faire.*
- *Demander aux participants de :*
  - *S'engager à respecter la confidentialité, car certains d'entre eux pourraient partager des informations sensibles ou personnelles avec le groupe et nous voulons créer un espace où tous les participants se sentiront en sécurité et à l'aise. Toute information personnelle qui est partagée lors de cette formation doit rester entre nous.*
  - *Partager leurs sentiments sur cette question de confidentialité.*

*Présenter les objectifs, le plan et les activités de la formation. S'assurer d'avoir tout le matériel nécessaire.*

### **Objectifs :**

*À la fin de cette session, les participants doivent être en mesure de :*

- Définir la grossesse, la mortalité maternelle et infantile.
- Réaliser et interpréter un test urinaire de grossesse à travers un processus de recherche active de porte-à-porte.
- Expliquer les avantages et les éléments des Consultations prénatales (CPN) et savoir mobiliser les femmes à suivre régulièrement les CPN.
- Discuter de l'importance de l'espacement des naissances avec les femmes enceintes et les aider à choisir une méthode de planification familiale avant l'accouchement.

- Faire un suivi communautaire des femmes enceintes et des femmes après accouchement.
- Expliquer l'intérêt des Consultations postnatales (CPON) et convaincre les femmes enceintes à suivre les CPON.

### **Plan :**

1. Définitions de la grossesse, de la mortalité maternelle et de la mortalité infantile
2. Diagnostic de la grossesse
3. Réalisation du test urinaire de grossesse
4. Conduite à tenir face aux résultats du test urinaire de grossesse
5. Discussion du résultat d'un test urinaire de grossesse
6. Consultation prénatale
7. Suivi à domicile des femmes enceintes
8. Suivi à domicile après l'accouchement
9. Pratique sur le suivi communautaire de la grossesse et du postpartum
10. Synthèse du protocole du suivi communautaire de la grossesse et du postpartum
11. Évaluation

**Activités :** brainstorming ; exercice de mise en pratique ; simulations/jeux de rôles ; études de cas

### **Matériel :**

- Commun à toutes les activités : vidéoprojecteur ; ordinateur portable ; papier géant ; marqueurs multicolores ; supports multimédias (images, fiches, vidéos, etc.), boîte pour les questions anonymes.
- Supplémentaire : test de grossesse ; carnet de CPN et CPON ; fiches de suivi communautaire de la grossesse et après l'accouchement.

### **Pré-test :**

« Nous allons procéder au pré-test avant de rentrer dans le vif du sujet afin d'évaluer le niveau des participants avant et après la réalisation de la session. »

Donner une copie du pré-test à tous les participants, rappeler aux participants que le pré-test n'est pas un jugement et que c'est un exercice individuel qui nous permet d'avoir une idée sur leur niveau de base sur le thème qui sera abordé ; lire et expliquer les questions une à une et laisser du temps (30 secondes/question) aux participants pour donner la réponse ; à la fin du pré-test, remercier les participants, collecter les fiches et poursuivre la formation.

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Parmi les affirmations suivantes, certaines sont fausses et d'autres vraies.

Entourer (V) pour celles qui sont « vraies » et (F) pour celles qui sont « fausses ».

1	Grâce à leur intervention, les ASC peuvent considérablement réduire la mortalité maternelle	V	V
		F	

2	L'échographie pelvienne est le seul moyen de diagnostic de la grossesse.	V F	F
3	Si un ASC fait faire un test urinaire de grossesse à une femme et s'il se révèle positif, il annonce la bonne nouvelle aux membres de famille.	V F	F
4	Le résultat du test urinaire de grossesse d'une jeune fille doit être annoncé à sa mère sans son consentement.	V F	F
5	La consultation prénatale (CPN) est une pratique simple pour protéger la mère et son futur bébé.	V F	V
6	Au Mali ou en Côte d'Ivoire, il est recommandé à une femme enceinte de faire une seule consultation prénatale.	V F	F
7	Un suivi régulier de la femme enceinte par l'ASC suffit à lui seul et évite à la femme de faire des CPN au centre de santé.	V F	F
8	Un ASC bien formé peut faire une consultation prénatale à domicile.	V F	F
9	Les femmes enceintes ne doivent pas apprendre à reconnaître les signes de danger qui peuvent survenir au cours de la grossesse, car c'est une chose qui est réservée aux ASC et au personnel de santé.	V F	F
10	Il est inutile de discuter des signes de danger au cours de la grossesse avec les autres membres de la famille car c'est quelque chose qui ne concerne que la femme enceinte.	V F	F
11	La consultation postnatale (CPON) n'est pas nécessaire au centre de santé si la femme ne se plaint pas après l'accouchement.	V F	F
12	Une femme qui accouche au centre de santé et qui ne présente pas de problème à l'accouchement ne peut pas avoir de problèmes liés à l'accouchement quelques jours après.	V F	F
13	La recherche de grossesse chez les femmes n'a aucun lien avec la planification familiale.	V F	F
14	Le suivi de la femme après l'accouchement se fait parallèlement avec celui du nouveau-né.	V F	V

*La fiche ci-dessus contient les réponses. Avant d'imprimer les fiches pour les participants, supprimer la dernière colonne qui contient les réponses.*

## **Section 1 : Définitions de la grossesse, de la mortalité maternelle et de la mortalité infantile**

« Nous allons à présent discuter ensemble de la définition d'un ensemble de concepts dont la connaissance sera nécessaire pour une très bonne compréhension utile à la suite de formation. »

**BRAINSTORMING** – Poser chaque question aux participants. Écrire leurs réponses sur le papier géant. Présenter ensuite la réponse correspondante.

### Questions :

1. Qu'est-ce que la grossesse ?
2. Quels sont les signes de la grossesse ?
3. Qu'est-ce que la mortalité maternelle ?
4. Que pensez-vous de l'ampleur de la mortalité maternelle ?
5. Quelles sont les causes principales de la mortalité maternelle ?
6. Qu'est-ce que la mortalité néonatale ?
7. Que pensez-vous de l'ampleur de la mortalité néonatale ?
8. Quels sont les facteurs qui favorisent la mortalité maternelle et néonatale ? Pourquoi pensez-vous que la mortalité est plus élevée au Mali que dans certains pays occidentaux ?

### Réponses :

1. La grossesse est l'état d'une femme enceinte, c'est-à-dire portant un fœtus. La grossesse fait suite à un rapport sexuel et débute avec la fécondation (fusion d'un ovule et d'un spermatozoïde) jusqu'à l'expulsion du fœtus. La grossesse normale dure en moyenne neuf (9) mois.
2. La liste des signes de la grossesse est longue et diffère pour chaque femme. Les signes généraux qui sont observés chez la quasi-totalité des femmes enceintes sont :
  - Retard/absence de règles (aménorrhée).
  - Nausées et/ou vomissements.
  - Sensibilité des seins, accompagnée ou non de douleur.
3. Le taux de mortalité maternelle correspond au nombre de décès au cours de la grossesse, de l'accouchement ou quarante-deux (42) jours après l'accouchement pour 1 000 naissances vivantes. Remarque : la cause du décès doit être liée à la grossesse ou aggravée par elle.
  - *Demander aux participants s'ils ont connu des femmes ayant perdu la vie au cours de la grossesse, de l'accouchement ou quarante-deux (42) jours après l'accouchement et s'ils peuvent partager l'histoire avec la salle.*
  - *Inviter ensuite ceux qui ont failli perdre la vie ou qui ont failli perdre leur femme au cours de la grossesse, de l'accouchement ou quarante-deux (42) jours après l'accouchement à raconter leur histoire avec l'ensemble du groupe.*
4. *Se servir des informations ci-dessous pour parler de l'ampleur de la mortalité maternelle dans le monde et dans votre pays :*  
Dans le monde [1] :
  - Chaque jour, 830 femmes meurent de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement et presque tous ces décès sont dus à des causes évitables.

- Environ 99 % de tous les décès maternels surviennent dans des pays en développement.
- Le risque de complications et de décès dus à la grossesse est plus élevé chez les jeunes adolescentes que chez les femmes plus âgées.
- L'assistance d'un personnel qualifié avant, pendant et après l'accouchement peut sauver la vie des femmes et des nouveau-nés.

Par exemple, au Mali [2] : 325 femmes sont décédées au cours de la grossesse ou pendant l'accouchement pour 100 000 naissances vivantes au cours des sept (7) années précédant 2018.

Par exemple, en Côte d'Ivoire [3] : 614 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes au cours des sept (7) années précédant 2012.

5. *Se servir des informations ci-dessous pour parler des causes de la mortalité maternelle. Conclure que la majeure partie des décès maternels sont évitables car on connaît les solutions médicales permettant de prévenir ou de prendre en charge ces causes. En permettant l'accès aux soins avant, pendant et après la grossesse, l'ASC peut jouer un rôle pour réduire ces décès.*

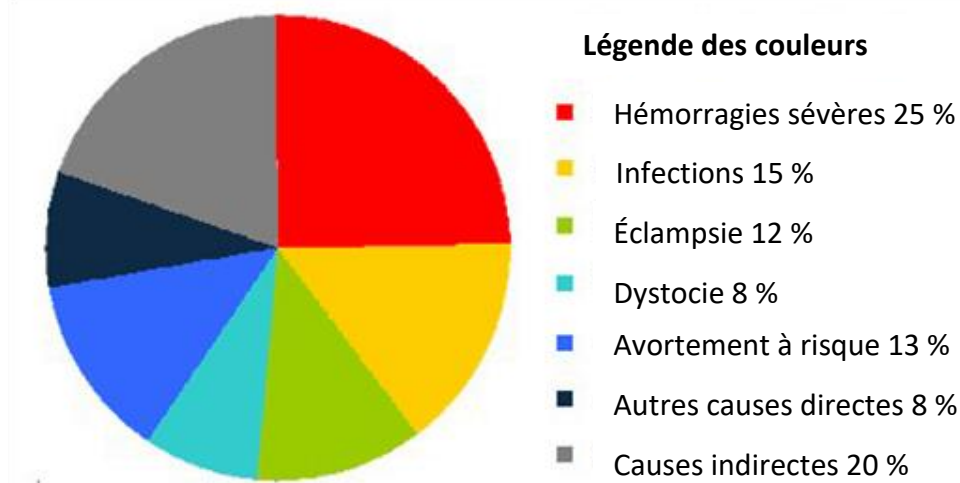


Figure 1 : Causes de mortalité maternelle dans le monde (OMS 2005)

*Trouver ci-dessous ces définitions pour bien expliquer les causes de la mortalité maternelle.*

- Hémorragie sévère : écoulement de sang pouvant survenir au cours de la grossesse, pendant et après l'accouchement.
- Infection : multiplication d'un microbe (bactéries, parasites, mycoses, etc.) dans le corps humain susceptible de provoquer un mauvais fonctionnement des différents organes.
- Remarque : il est important de signaler qu'une grande partie des infections est liée aux avortements réalisés dans de mauvaises conditions.
- Éclampsie et complications de la prééclampsie : convulsion ou accident vasculaire cérébral (AVC) ou complications au niveau du foie, des reins ou de la capacité de coagulation pendant la grossesse ou juste après l'accouchement. Ceci survient dans le cadre d'une hypertension artérielle et d'un excès de protéines dans l'urine (prééclampsie).
- Dystocie : accouchement difficile.



6. Selon l'OMS, la mortalité néonatale se définit comme tout décès d'un nouveau-né survenu de la naissance jusqu'à 28 jours de vie.

7. *Se servir des informations ci-dessous pour parler de l'ampleur de la mortalité néonatale dans le monde et au/en [VOTRE PAYS] :*

Dans le monde [4] :

- Il y a trois (3) millions de mort-nés et environ trois (3) millions de décès néonataux pendant la première semaine de vie chaque année.

- En 2016, 15 000 enfants de moins de cinq (5) ans sont morts quotidiennement, dont 46 % pendant les vingt-huit (28) premiers jours de leur vie.

Par exemple, au Mali [2] : 109,08 décès infantiles pour 1 000 naissances vivantes dans les cinq (5) années précédant 2018.

Par exemple, en Côte d'Ivoire [3] : 68 décès infantiles pour 1 000 naissances vivantes dans les cinq (5) années précédant 2012.

8. Les facteurs favorisant les mortalités maternelle et néonatale sont classés en différentes catégories :

Les facteurs socioculturels :

- Âge de la femme (moins de 18 ans et plus de 35 ans).
- Nombre élevé de grossesses (plus de 5).
- Grossesses rapprochées (moins de 2 ans entre 2 naissances).
- Insuffisance de moyens.
- Recours à la médecine traditionnelle ou accoucheuses traditionnelles.
- Certaines croyances socioculturelles telles que : l'excision, les tabous alimentaires, la surcharge de travail, etc.
- Analphabétisme.
- Manque de connaissance du plan de préparation à l'accouchement.
- Avortements à risque (soit avec les médicaments, soit avec les instruments).

Retard dans l'accès aux soins :

- Insuffisance de moyens financiers empêchant les communautés à honorer les coûts de leur prise en charge sanitaire.
- Distance géographique pour accéder aux soins.
- Insuffisance en personnel, en équipement adéquat et en médicaments dans les structures sanitaires.

Retard dans la reconnaissance des signes de danger et la prise de décision :

- Méconnaissance des signes de danger.
- Lenteur dans la prise de décision de recourir à des soins.
- Faible pouvoir de décision de la femme.

Certaines maladies :

- Paludisme
- Tuberculose
- Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

« Nous allons approfondir nos connaissances en matière de santé maternelle en parlant de la consultation prénatale, de l'accouchement et de la consultation postnatale. »

**BRAINSTORMING** – Poser chaque question aux participants. Écrire leurs réponses sur le papier géant. Présenter ensuite la réponse correspondante.

Questions :

1. Quelles sont les définitions de la consultation prénatale, de l'accouchement et de la consultation postnatale ?
2. Quelles sont vos expériences avec chacun de ces types de visites avec le système sanitaire ?

Réponses :

1. Consultation prénatale (CPN) : prise en charge globale de la femme enceinte et de l'enfant qu'elle porte, par un personnel qualifié et dans un établissement sanitaire.  
Accouchement : action de mettre un enfant au monde avec l'expulsion du fœtus de l'utérus.  
Consultation postnatale (CPON) : temps important qui a pour objectif d'évaluer l'état de santé physique et mentale de la mère après l'accouchement, l'état de santé de l'enfant, de proposer une contraception adaptée aux besoins de la mère et/ou du couple, de s'assurer de l'allaitement maternel exclusif pour le bébé jusqu'à six (6) mois. Cette visite est souvent réalisée entre la 4<sup>e</sup> et la 6<sup>e</sup> semaine après l'accouchement, mais le nombre de visites, le lieu des visites et le calendrier sont souvent propres au pays.
2. Voir les réponses des participants.

## **Section 2 : Diagnostic de la grossesse**

**BRAINSTORMING** – Poser chaque question aux participants. Écrire leurs réponses sur le papier géant. Présenter ensuite la réponse correspondante.

Questions :

1. Quelles sont les différentes méthodes de diagnostic d'une grossesse ?

Réponses :

1. Il existe plusieurs méthodes de diagnostic de la grossesse dont :
2. L'échographie pelvienne ;
3. Les tests urinaires ;
4. Les tests sanguins, etc.

*Préciser qu'au cours de nos activités, nous allons utiliser les tests urinaires pour faire le diagnostic de la grossesse à domicile.*

### **1. Présentation des tests urinaires de grossesse :**

*« Nous allons présenter et décrire un test urinaire de grossesse. »*

**EXERCICE DE MISE EN PRATIQUE** - Expliquer les consignes de l'exercice. Préciser si l'exercice est individuel ou en équipe. Indiquer aux participants si certains devront partager leurs réponses. Donner la réponse au cours ou à la fin de l'exercice.

Préparation : donner un test urinaire à certains participants.

Consignes :

1. Demander à tous les participants ayant un test différent de présenter leur test aux autres participants.
2. Demander aux participants qui ont fait ou assisté à la réalisation d'un test urinaire de grossesse de partager leurs expériences.

Les tests urinaires de grossesse sont des tests de diagnostic rapide de la grossesse. La plupart des tests urinaires comportent deux (2) zones :

- La première zone est appelée zone de contrôle au niveau de laquelle apparaît une ligne colorée après utilisation, pour prouver que le test est bien fonctionnel.
- La seconde zone donne le résultat du test. Un motif doit apparaître dans cette fenêtre si vous êtes enceinte : il s'agit souvent d'une ligne colorée, mais cela peut dépendre du test.

Il existe différents types de tests urinaires de grossesse sur le marché qui ont leur propre mode d'utilisation et leur mode d'affichage des résultats.

Remarque : au cours de nos activités, nous allons utiliser les tests qui seront trempés dix (10) secondes dans l'urine recueillie dans un récipient et qui affichent une ligne colorée pour indiquer une grossesse ou non.

## **2. Comment fonctionne un test urinaire de grossesse ?**

Un test urinaire de grossesse permet de détecter la présence d'une hormone qui est sécrétée spécifiquement chez la femme enceinte quand l'œuf est implanté dans l'utérus et qui est éliminée par les urines.

Cette hormone est appelée l'hormone  $\beta$ -HCG (hormone chorionique gonadotrophine).

## **3. Quand faut-il faire un test urinaire de grossesse ?**

*Demander aux participants quand ils pensent qu'une femme doit faire un test urinaire de grossesse. Puis donner les informations ci-dessous.*

L'ASC doit réaliser à la demande un test pour toute femme en âge de procréer, qui présente une aménorrhée (absence de règles) entre six (6) et huit (8) semaines, quelle que soit sa situation matrimoniale (mariée, célibataire ou autre), sans discriminations et sans préjugé.

*Insister sur les points « sans discrimination » et « sans préjugé ».*

## **4. Quelle est la fiabilité du test urinaire de grossesse ?**

*Demander aux participants s'ils ont confiance dans les tests urinaires de grossesse, puis inviter les participants à partager leurs expériences ou les histoires qu'ils ont entendues sur la question de fiabilité des tests unitaires.*

**BRAINSTORMING** – Poser chaque question aux participants. Écrire leurs réponses sur le papier géant. Présenter ensuite la réponse correspondante.

### Questions :

1. Avez-vous confiance dans les tests ? Que pensez-vous de leur fiabilité ?
2. Que sont les résultats « faux positifs » ou « faux négatifs » ?

### Réponses :

1. La fiabilité des tests urinaires de grossesse dépend plus des conditions de réalisation du test (mode d'emploi et quand faire le test).
2. Un « faux positif » (résultat de test positif alors que la femme n'est pas enceinte) est extrêmement rare. En revanche, le « faux négatif » (résultat de test négatif alors que la femme est enceinte) peut parfois arriver. En général, cela résulte d'une mauvaise utilisation du test (fait trop tôt ou non-respect du mode d'emploi).

## **5. Comment réaliser un test urinaire de grossesse ?**

*« Nous allons voir à présent comment réaliser un test urinaire de grossesse. Avant de commencer avec les procédures, partager avec les participants les points ci-dessous. »*

La réalisation d'un test urinaire est un acte médical, donc garder la confidentialité est OBLIGATOIRE pour l'ASC tant pour la réalisation que pour le résultat du test.

L'ASC doit informer la femme que le résultat de son test sera STRICTEMENT CONFIDENTIEL.

L'ASC doit expliquer à la femme comment se réalise le test et la laisser réunir les conditions qui lui semblent adaptées pour la réalisation du test étant donné que dans la majorité des cas, l'ASC sera chez elle.

Pour rappel, avant la manipulation des urines l'ASC doit OBLIGATOIREMENT porter des gants de protection. Comme le sang, les urines contiennent aussi des agents infectieux transmissibles en l'absence de protection.

## 6. Procédure à suivre pour réaliser un test urinaire de grossesse :

Donner une fiche comprenant le tableau ci-dessous à chaque participant. Inviter un participant à lire et expliquer chaque point inscrit dans le tableau. Expliquer ensuite chaque point, solliciter les questions et répondre aux différentes questions.

- Enfiler une paire de gants de protection.
- Recueillir un échantillon d'urine dans un récipient propre et sec (un gobelet en plastique par exemple).
- Vérifier la date de péremption du test avant de l'utiliser.
- Ouvrir le sachet.
- Retirer le test du sachet lorsque vous êtes prêt.
- Tremper la bande dans l'urine avec l'extrémité comportant la flèche dirigée vers le bas.

Remarque : ne pas laisser le niveau d'urine dépasser la ligne MAX.

- Retirer le test après dix (10) secondes et poser le test à plat, sur une surface propre (le poser en travers du récipient d'urine par exemple).
- Attendre l'apparition des bandes colorées. En fonction de la concentration d'hormones dans l'urine, on peut parfois observer un résultat positif en quarante (40) secondes. Toutefois, pour confirmer un résultat négatif, il faut attendre au moins cinq (5) minutes.

Remarque : ne pas lire le résultat après dix (10) minutes, car ce test est conçu uniquement pour une réaction rapide. Une fois le temps de réaction écoulé, le résultat peut être invalide.

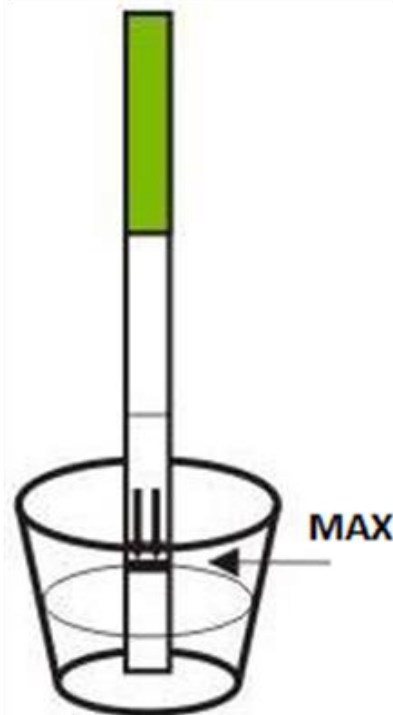


Figure : La ligne « MAX »

**SIMULATION/JEU DE RÔLES** - Expliquer aux participants ce qu'ils doivent simuler ou le(s) rôle(s) qu'ils doivent jouer. Donner un délai après lequel les participants devront partager leur simulation ou mettre en scène la situation.

Préparation : mettre à disposition le kit nécessaire pour la réalisation d'un test urinaire de grossesse (gants, test de grossesse, un bocal avec de l'eau pour remplacer l'urine, etc.).

Simulation : simuler la réalisation d'un test urinaire de grossesse.

## 7. Interprétation des résultats d'un test urinaire de grossesse :

« Après la bonne réalisation du test de grossesse, il reste à faire une bonne interprétation du résultat. »

Donner une fiche comprenant le tableau ci-dessous à chaque participant. Inviter un participant à expliquer les trois (3) options de résultat d'un test urinaire de grossesse. Expliquer ensuite chaque option de résultat, solliciter et répondre à toutes les questions.

Test positif :

Deux lignes colorées sont visibles : la « ligne de contrôle » et la « ligne de test ».

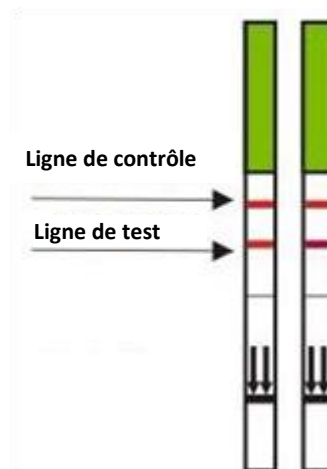


Figure : Test positif

Test négatif :

Une seule ligne de couleur apparaît dans la zone de contrôle (ligne de contrôle).

Remarque : si la « ligne de test » apparaît très clairement comparée à la ligne de contrôle, il faut refaire le test une (1) semaine plus tard.

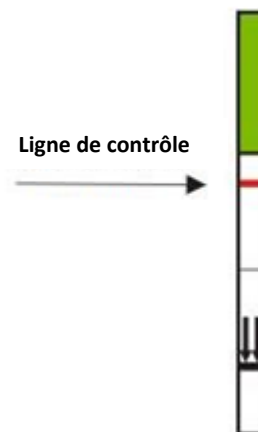


Figure : Test négatif

Test invalide :

- Aucune ligne colorée visible dans les zones de test et de contrôle.
- Aucune ligne colorée visible dans la zone de contrôle, mais ligne visible dans la zone de test.

Remarque : s'assurer d'avoir suivi correctement les instructions. Refaire un test.

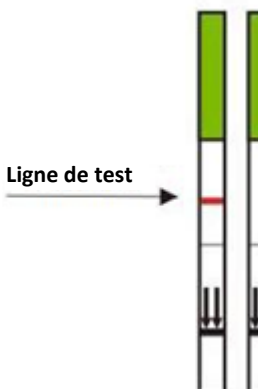


Figure : Tests invalides

## 8. Précautions d'emploi :

« Pour avoir un résultat fiable, il est impératif de prendre les précautions d'emploi ci-dessous : »

Les précautions d'emploi à observer avant et au cours de la réalisation d'un test urinaire sont :

- Ne pas utiliser les tests après la date d'expiration.
- Ne pas utiliser le test si l'emballage de protection est abîmé.
- Protéger les tests de l'humidité et du soleil, et les tenir hors de portée des enfants (l'urine est infectieuse).

## 9. Quelques questions couramment posées par les prestataires et leurs réponses :

**EXERCICE DE MISE EN PRATIQUE** - Expliquer les consignes de l'exercice. Préciser si l'exercice est individuel ou en équipe. Indiquer aux participants si certains devront partager leurs réponses. Donner la réponse au cours ou à la fin de l'exercice.

Préparation : répartir les participants en groupes de cinq (5) personnes et donner les questions ci-dessous.

Consignes : chaque groupe doit proposer des réponses aux exemples de questions couramment posées.

Questions	Réponses
La couleur de la bande de contrôle est différente entre deux (2) tests. Cela est-il important ?	Non. La couleur de la bande de contrôle n'a aucune importance.
Est-ce que les résultats d'un test sont valides après plus de dix (10) minutes ?	Non. Les résultats doivent être lus en dix (10) minutes au maximum. Un résultat négatif peut changer en un faux résultat positif après la période de test de dix (10) minutes.
Un fond de couleur rose ou une ligne verticale apparaît dans la zone de résultat. Cela est-il important ?	Non. Les différences d'urine et d'humidité peuvent être à l'origine de ceci. Si la bande de contrôle apparaît dans les dix (10) minutes, le test est valide.

### **Section 3 : Réalisation du test urinaire de grossesse**

*Dire aux participants que l'objectif de ces exercices est de vous permettre de mettre en pratique leurs connaissances en matière de réalisation et d'interprétation du test urinaire de grossesse.*

**EXERCICE DE MISE EN PRATIQUE** - Expliquer les consignes de l'exercice. Préciser si l'exercice est individuel ou en équipe. Indiquer aux participants si certains devront partager leurs réponses. Donner la réponse au cours ou à la fin de l'exercice.

Préparation :

1. Donner une copie de support comportant des images des résultats de tests urinaires.
2. Projeter à l'écran les dix (10) images des résultats des tests urinaires numérotées de un (1) à dix (10) et faire passer les images une à une pendant environ une (1) minute.

Consignes :

1. Demander aux participants d'interpréter individuellement chaque image projetée en marquant le numéro de l'image suivi de (+) pour un test positif, (-) pour un test négatif ou (0) pour un test invalide.
2. Demander à trois (3) participants de partager leurs résultats avec les autres participants.

**EXERCICE DE MISE EN PRATIQUE** - Expliquer les consignes de l'exercice. Préciser si l'exercice est individuel ou en équipe. Indiquer aux participants si certains devront partager leurs réponses. Donner la réponse au cours ou à la fin de l'exercice.

Préparation :

1. Chercher quatre volontaires anonymes (2 femmes enceintes et 2 femmes non enceintes) qui acceptent de donner des échantillons d'urine que vous allez recueillir dans des tubes numérotés (A, B, C et D).
2. Diviser les participants en quatre (4) groupes et donner leur chacun un padex.
3. Faire passer les tubes numérotés un à un dans chaque groupe.

Consignes :

1. Demander aux groupes de réaliser un test urinaire de grossesse pour chaque échantillon d'urine et de marquer le résultat sur le padex.
2. Demander au représentant de chaque groupe de partager ses résultats pour chaque échantillon.



## **Section 4 : Conduite à tenir après la réalisation du test urinaire de grossesse**

« Nous allons parler de la conduite à tenir après avoir obtenu le résultat du test urinaire. »

**BRAINSTORMING** – Poser chaque question aux participants. Écrire leurs réponses sur le papier géant. Présenter ensuite la réponse correspondante.

Questions :

1. Quelles sont les différents résultats et situations possibles après avoir réalisé un test urinaire de grossesse ?

Réponses :

1. À la fin de la réalisation du test urinaire de grossesse, quatre (4) situations peuvent arriver :
  - Test positif
  - Test négatif
  - Test non valide
  - Test incertain

**EXERCICE DE MISE EN PRATIQUE** - Expliquer les consignes de l'exercice. Préciser si l'exercice est individuel ou en équipe. Indiquer aux participants si certains devront partager leurs réponses. Donner la réponse au cours ou à la fin de l'exercice.

Préparation :

1. Diviser les participants en quatre (4) groupes et donner un papier géant à chaque groupe.
2. Demander à chaque groupe de diviser leur padex en quatre (4) colonnes : « Test positif », « Test négatif », « Test non valide », « Test incertain ».

Consignes :

1. Demander à chaque groupe d'inscrire la conduite à tenir dans chacune des quatre (4) situations.
2. Demander au représentant de chaque groupe de partager ses résultats pour chaque situation.

À la fin de la réalisation du test urinaire de grossesse, quatre (4) situations peuvent arriver devant lesquelles l'ASC doit adopter la bonne conduite à tenir :

1. Le test est positif :

L'ASC doit demander à la femme ses impressions face cette nouvelle.

- a. Si la femme est CONTENTE, l'ASC doit :

- Féliciter la femme.
- Discuter avec elle de la CPN et de son importance en particulier.
- Recueillir ses inquiétudes.
- L'aider à choisir la date de sa première CPN dans un délai d'une semaine (7 jours) au plus.
- Informer la femme qu'il va passer régulièrement (toutes les deux semaines au cours des premiers mois jusqu'à sept (7) mois de grossesse et chaque semaine à partir du 8<sup>e</sup> mois de grossesse) pour lui rendre visite jusqu'à la fin de sa grossesse et quelques temps après l'accouchement.
- Enregistrer la femme dans le cahier de suivi de grossesse et planifier son suivi à domicile en tenant compte de sa disponibilité.

b. Si la femme N'EST PAS CONTENTE ou si elle est INQUIÈTE, l'ASC doit :

- Mettre en œuvre ses capacités d'écoute et recueillir toutes les inquiétudes de la femme.
- Confirmer sa disponibilité pour la soutenir et l'accompagner quelle que soit la décision qu'elle prendra. Lui expliquer que Muso assure sa prise en charge quelle que soit sa décision et que le soutien de son ASC ne fera pas défaut.
- Demander à la femme si elle envisage d'avorter. Si oui :
  - Si l'avortement n'est pas possible en raison de restrictions juridiques ou liées au système de santé :
    - Informer la femme de ses droits. Par exemple, l'ASC doit informer la femme au Mali que l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un acte non autorisé dans ce pays sauf en cas d'atteinte de la vie de la mère ou en cas de viol ou d'inceste (Loi n° 02 – 044 du 24 juin 2002 relative à la santé de la reproduction). [REEMPLACER CETTE INFORMATION AVEC CELLE PROPRE AU PAYS]
    - Essayer de valider et de répondre aux différentes préoccupations que la femme expose. La soutenir pour qu'elle garde l'enfant, lui expliquer que l'ASC sera là pour l'accompagner à travers des visites à domicile régulières et sa prise en charge médicale.
    - Inviter la femme à se rendre au centre de santé pour plus d'informations et d'orientation au besoin.
  - Si l'avortement est autorisé et possible dans votre pays : orienter la femme vers le centre de santé indiqué pour une consultation.
  - Un avortement correctement pratiqué est généralement sûr et peu risqué - moins risqué qu'une grossesse à terme.
  - S'il est mal fait, un avortement peut avoir les conséquences suivantes, susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital de la femme, parmi lesquelles :
    - Lésions de l'utérus (par exemple, l'utérus peut être déchiré accidentellement par un instrument chirurgical).
    - Infections.
    - Hémorragies.
  - Discuter avec la femme des risques mortels et des conséquences d'un avortement peu sûr (si le personnel n'est pas qualifié ou si les équipements sont insuffisamment hygiéniques et les méthodes moins efficaces).

1. Le test est négatif :

L'ASC doit demander à la femme si elle veut tomber enceinte.

- Si Oui, encourager la femme et l'informer qu'elle peut solliciter l'ASC pour un autre test urinaire au moment opportun.
- Si Non, lui demander si elle a besoin d'informations sur les méthodes de planification familiale :
- Si Oui, poursuivre et suivre les instructions décrites dans le manuel de planning familial.

- Si Non, donner le temps nécessaire à la femme pour qu'elle s'explique, recueillir ses inquiétudes.

2. Le test est invalide :

L'ASC doit rassurer la femme et lui expliquer que ce sont des choses qui peuvent arriver et que cela n'aura pas d'incidence sur le résultat final.

Refaire le test et s'assurer de suivre à la lettre les instructions de réalisation.

3. Le test est incertain :

L'ASC doit donner rendez-vous à la femme dans un délai d'une (1) semaine ou deux (2) semaines et refaire le test urinaire de grossesse.

« Nous venons de partager beaucoup d'informations. Il est clair que ce n'est pas facile de retenir toutes ces informations et pour cette raison, vous aurez des outils à disposition comme l'application avec des images, des sauts logiques, des fiches d'arbre décisionnel, etc. »

« Nous allons à présent voir ensemble l'arbre décisionnel pour le diagnostic de la grossesse. »

Donner une copie de l'arbre décisionnel à chaque participant. Expliquer comment utiliser l'arbre jusqu'à la prise de décision. Inviter quelques participants à passer devant et à expliquer l'arbre décisionnel.

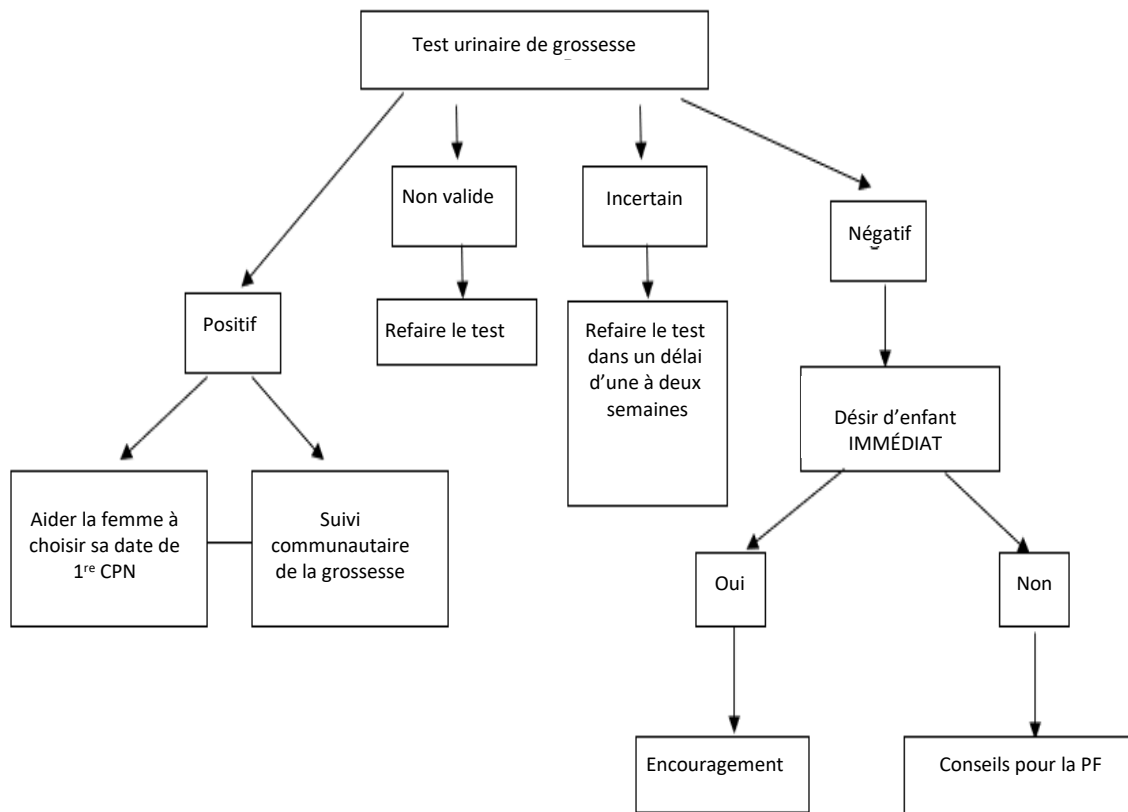


Figure 2 : Arbre décisionnel après la réalisation d'un test urinaire de grossesse

## **Section 5 : Discussion du résultat du test urinaire de grossesse**

*« Nous allons à présent commencer à mettre en pratique nos connaissances sur les différentes possibilités de résultats après la réalisation d'un test urinaire de grossesse. »*

**SIMULATION/JEU DE RÔLES** - Expliquer aux participants ce qu'ils doivent simuler ou le(s) rôle(s) qu'ils doivent jouer. Donner un délai après lequel les participants devront partager leur simulation ou mettre en scène la situation.

Préparation : choisir huit (8) volontaires et les mettre en binômes. Attribuer une des quatre (4) situations suivantes à chaque binôme : résultat positif avec désir d'enfant, résultat positif sans désir d'enfant, résultat négatif et résultat non valide.

Rôles :

1. Mariam TOURÉ : vous habitez à Yirimadio, vous n'avez pas eu vos règles depuis deux (2) mois. Vous avez sollicité l'ASC de votre zone d'intervention au cours de sa visite à domicile (VAD) pour un diagnostic à domicile d'une éventuelle grossesse.
  2. Fatoumata TRAORÉ : vous êtes ASC. Vous avez réalisé le test urinaire pour Mariam TOURÉ en respectant les procédures (test effectué à la demande et respect de la confidentialité).
- Donnez le résultat du test à Mariam.

**SIMULATION/JEU DE RÔLES** - Expliquer aux participants ce qu'ils doivent simuler ou le(s) rôle(s) qu'ils doivent jouer. Donner un délai après lequel les participants devront partager leur simulation ou mettre en scène la situation.

Préparation : choisir deux (2) volontaires pour commencer et refaire ce jeu de rôle avec d'autres participants autant de fois que cela vous paraît utile pour la compréhension de tous.

Rôles :

1. Fanta TRAORÉ : vous êtes mère de sept (7) enfants et mariée depuis plus de quinze (15) ans à Ousmane DIALLO. Vous n'avez pas eu vos règles depuis deux (2) mois. Vous avez sollicité l'ASC de votre zone au cours de sa VAD pour un diagnostic à domicile d'une éventuelle grossesse. Quand l'ASC vous annonce que le test est positif et vous demande ce que vous en pensez, dites « J'ai sept (7) enfants et nous n'arrivons pas à les nourrir convenablement. Mon dernier enfant à moins d'un an. Qu'est-ce que j'ai fait à Dieu ? Comment je vais dire ça à mon mari ? Qu'est-ce que les voisins vont penser de moi ? Je pense sincèrement que je ne vais pas garder cette grossesse, je pars voir immédiatement la vieille Nana au marché pour qu'elle me donne des feuilles de plantes pour que je puisse avorter ».
  2. Fatoumata TRAORÉ : vous êtes ASC. Vous avez réalisé le test urinaire pour Fanta TRAORÉ en respectant les procédures (test effectué à la demande et respect de la confidentialité). Le test est positif.
- Demandez à Fanta quelles sont ses impressions face à ce résultat.
  - Une fois que Fanta a répondu qu'elle souhaite un avortement, qu'allez-vous lui dire ?

## **Section 6 : Consultation prénatale (CPN)**

« Nous allons maintenant parler plus en détails de la consultation prénatale. »

**BRAINSTORMING** – Poser chaque question aux participants. Écrire leurs réponses sur le papier géant. Présenter ensuite la réponse correspondante.

### Questions :

1. Quelle est la définition de la consultation prénatale ?
2. Quels sont les objectifs de la CPN ?
3. Quel est le calendrier recommandé pour les CPN et quels sont les intérêts/objectifs de chaque visite ?

### Réponses :

1. La consultation prénatale (CPN) implique la prise en charge de la femme enceinte et du fœtus par un personnel qualifié dans un établissement sanitaire. Cette prise en charge nécessite des gestes bien précis qu'un prestataire (médecin ou sage-femme, etc.) doit effectuer pour le bien-être de la femme enceinte et de l'enfant qu'elle porte.
2. La CPN est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques pour assurer le bien-être de la femme et de l'enfant. Il s'agit de :  
Surveiller et rechercher :
  - Évolution de la grossesse.
  - Maladies qui ont une influence sur la grossesse (paludisme, etc.).
  - Grossesses à risque en vue de les prendre en charge ou d'orienter les femmes vers un centre de référence.
  - Mauvaise insertion du placenta.Prévenir :
  - Tétanos par la vaccination antitétanique.
  - Paludisme par le traitement préventif intermittent pendant la grossesse à base de la sulfadoxine-pyriméthamine et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action (MIILD).
  - VIH par le dépistage et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME).
  - Carences en fer.
  - Les dépassements de terme de grossesse. Ces dépassements de termes font partie des causes de mort-né.Traiter :
  - Maladies qui ont une influence sur la grossesse (paludisme, infections urinaires, etc.).
  - Complications qui peuvent arriver au cours de la grossesse (hypertension artérielle gestationnelle, diabète gestationnel, problèmes liés au placenta, hémorragies, etc.).
  - Cas de parasitoses.Informé :
  - La femme, la famille et la communauté sur les signes de danger, mais aussi sur la reconnaissance du travail d'accouchement.
  - La communauté, la famille, le mari et la femme sur le plan d'accouchement.
  - La femme sur la planification familiale.

La prise en charge de tous ces aspects permet de réduire considérablement le risque de maladies et de décès chez les femmes enceintes et leurs fœtus.

**3. S'assurer de présenter uniquement le calendrier de CPN propre à votre pays.**

- Dès que le diagnostic de grossesse est établi chez une femme, elle doit impérativement suivre les consultations prénatales (CPN).

Par exemple, au Mali : il est conseillé à une femme enceinte de faire au moins quatre (4) CPN selon le calendrier suivant [PNP] :

- Première CPN : après le diagnostic précoce à domicile de la grossesse par l'ASC, ce dernier doit aider la femme à choisir une date de première CPN dans un délai de sept (7) jours au plus, idéalement entre la 8<sup>e</sup> et la 12<sup>e</sup> semaine de la grossesse.
- Les intérêts de cette première consultation sont de confirmer la grossesse, de déterminer l'âge probable de la grossesse et de prescrire le bilan nécessaire pour une meilleure prise en charge de la grossesse et des potentiels cas de complications.
- Deuxième CPN : elle est effectuée entre le 4<sup>e</sup> et le 6<sup>e</sup> mois (de la 24<sup>e</sup> semaine à la 26<sup>e</sup> semaine) de la grossesse (pendant le deuxième trimestre).
- L'intérêt majeur de la CPN à cette période est la recherche des facteurs de risque et la mise en œuvre sans délai de leur traitement préventif ou curatif.
- Troisième CPN : au 8<sup>e</sup> mois (32<sup>e</sup> semaine) de la grossesse.
- Les intérêts majeurs de la CPN à cette période sont de s'assurer de l'évolution normale de la grossesse et de tenter d'établir le pronostic de l'accouchement.
- Quatrième CPN : au 9<sup>e</sup> mois de la grossesse (de la 36<sup>e</sup> semaine à la 38<sup>e</sup> semaine).
- Les intérêts majeurs de la CPN à cette période sont de s'assurer de l'évolution normale de la grossesse et de tenter d'établir le pronostic de l'accouchement.

Remarque : si une femme présente un (1) ou des problèmes entre les rendez-vous pour la CPN, elle doit se rendre IMMÉDIATEMENT au centre de santé.

L'ASC doit aider la femme à choisir une date pour la première CPN et s'assurer que la femme a fait la consultation. Ce choix ne doit pas être imposé à la femme, l'ASC doit tenir compte de tous les facteurs et laisser la femme choisir la date qui lui convient en tenant compte du délai de réalisation de cette consultation.

Les ASC doivent informer la famille que les frais liés à l'accès aux soins y compris les CPN sont à la charge de l'organisation MUSO pour toutes les personnes résidant au niveau de nos sites d'intervention.

*« Nous allons mettre en pratique certains de nos acquis, notamment sur les différentes possibilités de résultats après la réalisation d'un test urinaire de grossesse. »*

**SIMULATION/JEU DE RÔLES** - Expliquer aux participants ce qu'ils doivent simuler ou le(s) rôle(s) qu'ils doivent jouer. Donner un délai après lequel les participants devront partager leur simulation ou mettre en scène la situation.

Préparation : choisir deux (2) volontaires pour commencer et refaire ce jeu de rôles avec d'autres participants autant de fois que cela semble utile pour la compréhension de tous.

Rôles :

1. Oumou COULIBALY : vous êtes mère d'un petit garçon de dix-sept (17) mois et vous n'avez pas eu vos règles depuis deux (2) mois ; vous souhaitez donc faire un test de grossesse. Le reste des informations sur la CPN et autre ne vous intéresse pas. Pour votre premier enfant, vous étiez à « Dialadjambougou » et vous avez accouché à domicile sans problème. Par ailleurs, vous n'avez pas fait de CPN compte tenu de la distance qui sépare le village d'un centre de santé.
2. Muso DIARRA : vous êtes ASC. Au cours d'une de vos VAD, Oumou COULIBALY vous sollicite pour un diagnostic à domicile pour une éventuelle grossesse face à une aménorrhée depuis deux (2) mois. Elle vous dit qu'elle veut juste une confirmation et que les autres questions liées à la grossesse sur la CPN et autre ne l'intéressent pas. Elle avance également les arguments cités ci-dessus. Vous réalisez le test et le résultat est positif.
  - Quelle doit être la conduite à tenir face à cette situation ?
  - Quels sont les arguments clés pour convaincre cette femme à suivre les CPN ?
  - Discuter avec elle du calendrier global des CPN et préciser que les frais liés seront à la charge de Muso.
  - Aider Oumou à choisir la date de sa première CPN si elle accepte.
  - Planifier avec elle vos prochaines visites à domicile.

## **Section 7 : Suivi à domicile des femmes enceintes**

« Nous allons parler du suivi des femmes enceintes à domicile par l'ASC, ce qui représente une grande partie du travail. »

Après la confirmation d'une grossesse chez une femme, l'ASC doit rencontrer plusieurs fois cette dernière au cours de sa grossesse. L'ASC doit informer la femme enceinte que ces visites ne doivent pas empêcher les CPN et qu'elles sont complémentaires à la CPN et vice versa.

Les visites doivent être bimensuelles (toutes les deux semaines) pendant les sept (7) premiers mois de la grossesse et hebdomadaires (toutes les semaines) à partir de la 35<sup>e</sup> semaine (environ le 8<sup>e</sup> mois) de la grossesse. Au cours de ces visites, l'ASC doit :

- Répondre autant que possible aux questions posées par la femme enceinte et les membres de sa famille.
- Rechercher les signes de danger chez la femme enceinte au cours de la grossesse et après l'accouchement.
- Mener des discussions avec la femme et son entourage sur des thèmes comme la reconnaissance des signes de danger au cours de la grossesse, les avantages de l'accouchement dans un centre de santé, le plan d'accouchement, la reconnaissance du travail d'accouchement, les avantages et le respect du calendrier des CPN et des CPON et la planification familiale.

### **1. Recherche et reconnaissance des signes de danger au cours de la grossesse et après l'accouchement :**

« Nous allons à présent parler des signes de danger au cours de la grossesse. »

**BRAINSTORMING** – Poser chaque question aux participants. Écrire leurs réponses sur le papier géant. Présenter ensuite la réponse correspondante.

#### Questions :

1. Quels sont les signes de danger susceptibles de survenir chez une femme enceinte ?

#### Réponses :

1. Donner une copie du tableau ci-dessous à chaque participant :

**Tableau des signes de danger pendant la grossesse et après l'accouchement**

Signes de danger	Description	Périodes de survenue
LES SIGNES NÉCESSITANT UN ACCOMPAGNEMENT IMMÉDIAT		
Saignements vaginaux abondants	Des saignements abondants similaires à ceux des cycles menstruels, surtout au cours du 3 <sup>e</sup> et du 4 <sup>e</sup> mois de la grossesse peuvent indiquer « une fausse-couche ».	Pendant la grossesse, à n'importe quelle période de la grossesse mais surtout au cours du premier trimestre.
	Les saignements survenant au-delà du premier trimestre, même s'ils sont minimes, peuvent indiquer un « décollement ou une mauvaise insertion du placenta ».	À partir du 4 <sup>e</sup> mois de la grossesse



	Des saignements peuvent aussi survenir après l'accouchement : perte de sang dont la quantité est supérieure ou égale à 500 ml ou qui retentit sur l'état de la patiente. (Besoin de changer le pagne 2 fois ou plus en 30 minutes ou le saignement augmente au lieu de diminuer après l'accouchement.)	Après l'accouchement
Douleurs abdominales	Les douleurs abdominales au cours des trois (3) premiers mois de la grossesse peuvent être le signe d'une grossesse extra-utérine ou d'une infection grave.	À n'importe quelle période de la grossesse, mais surtout au cours du premier trimestre.
	De fortes douleurs ressenties plus tard pendant la grossesse ou pendant le travail peuvent aussi signaler un « décollement de placenta », une « infection intra-utérine » ou un « travail d'accouchement précoce ».	A n'importe quelle période de la grossesse mais surtout au-delà du premier trimestre.
	Il s'agit d'une sensation douloureuse au niveau du ventre de la femme qui persiste et s'intensifie. Généralement, elle fait penser à un problème grave de l'utérus, du foie de la femme ou d'un autre organe intra-abdominal.	Après l'accouchement
Fièvre ( $T^{\circ} \geq 37,5^{\circ}C$ ) ou notion de fièvre dans les 24 à 48 h.	La fièvre est un signe d'infection d'origine multiple : le paludisme, une infection hépatique, une infection utérine ou toute autre maladie occasionnant des poussées de fièvre.	À n'importe quelle période de la grossesse.
	Une fièvre élevée après l'accouchement fait penser à une infection dont l'origine se trouve le plus souvent dans l'utérus, dans le vagin ou dans la vessie.	Après l'accouchement
Maux de tête qui ne s'améliorent pas avec la prise de paracétamol et/ou troubles visuels et/ou douleur épigastrique irradiant vers le côté droit avec ou sans notion d'hypertension	Ce sont des signes de prééclampsie sévère qui peuvent évoluer rapidement vers une éclampsie. Ils constituent des urgences médicales.	À n'importe quelle période de la grossesse après le 5 <sup>e</sup> mois de la grossesse. Surtout au cours du 7 <sup>e</sup> mois, pendant le travail ou les 2 premières semaines après l'accouchement.

artérielle		
Convulsions	Les convulsions peuvent être causées par une éclampsie qui est aussi secondaire à une hypertension sévère.	À n'importe quelle période de la grossesse, mais plus fréquentes à partir du 5 <sup>e</sup> mois et au cours des deux (2) premières semaines après l'accouchement.
Arrêt ou diminution des mouvements fœtaux	Signe de détresse fœtale.	À partir du 7 <sup>ème</sup> mois de grossesse.
Vomissements importants avec incapacité de boire ou de manger. Vertiges. Perte de poids. Remarque : les nausées et vomissements au cours du 1 <sup>er</sup> trimestre de la grossesse sans vertiges ni perte de poids sont courants. L'ASC doit rassurer les femmes face à ces cas.	Ces symptômes peuvent entraîner une altération de l'état général ou des faiblesses notoires.	À n'importe quelle période de la grossesse, particulièrement au cours des premiers mois.
Les contractions utérines	Signes de travail d'accouchement ou menace d'accouchement prématuré.	À n'importe quelle période de la grossesse, mais surtout à la fin.
Perte de connaissance	Une perte de connaissance, aussi appelée évanouissement, désigne une perte de contact avec le monde extérieur, avec modification de l'état mental. Elle peut survenir après l'accouchement, surtout quand la femme a perdu beaucoup de sang ou si sa tension est très élevée, mais il peut aussi s'agir d'une autre maladie grave.	À n'importe quelle période de la grossesse et après l'accouchement.

Douleur, rougeur ou gonflement du mollet	Il s'agit d'une douleur localisée au niveau du mollet. La douleur s'aggrave lors de mouvements ou à la palpation de la partie qui devient rouge et enflée. Généralement, cela fait penser à la localisation d'un caillot dans les vaisseaux de la jambe. Une consultation d'urgence est nécessaire.	Cela survient le plus fréquemment dans les premières semaines après l'accouchement.
Douleur à la poitrine ou respiration rapide ou difficile	C'est un symptôme qui peut aussi survenir après un accouchement. Généralement, il témoigne de la présence d'un caillot de sang dans les vaisseaux au niveau des poumons ou du cœur.	Elle survient généralement après l'accouchement, mais peut aussi survenir pendant la grossesse.
Tristesse, Indifférence, Insomnie, Penser à se faire du mal ou à faire du mal à son nouveau-né	Ce sont des signes de dépression.	À n'importe quelle période de la grossesse, surtout au cours des premiers mois après l'accouchement.

#### LES SIGNES NÉCESSITANT UNE ORIENTATION

Difficulté à vider la vessie ou incontinence urinaire	Il s'agit soit d'une rétention d'urine, soit d'un écoulement urinaire involontaire. Les deux peuvent survenir après un accouchement, surtout avec complication.	Elle survient généralement après un accouchement dystocique.
Sein douloureux et rouge	Souvent, le sein peut prendre du volume, il devient douloureux au toucher et il est souvent rouge. Généralement, cela témoigne de la présence d'un germe dans le sein.	
Pâleur importante	Il s'agit de la coloration blanche des yeux, de la paume des mains ou de la plante des pieds. Elle apparaît quand il y a un manque de sang dans l'organisme.	Elle peut survenir pendant la grossesse ou après l'accouchement.
Déchirures infectées	Il s'agit d'une infection au niveau des déchirures (plaies) qu'elles soient suturées ou non.	Après l'accouchement (épisiotomie ou déchirure suturée).
		Pendant la grossesse il peut s'agir d'une anémie sévère, la dépression sévère ; le vomissement gravidique grave ou d'autres maladies

Incapacité de se déplacer	Elle est le plus souvent due à une douleur (épisiotomie) ou un traumatisme grave (dystocie) qui limite le déplacement de la femme après l'accouchement. Par ailleurs, une anémie, une dépression sévère ou d'autres maladies graves après l'accouchement peuvent rendre la femme très faible au point qu'elle n'ait plus envie (dépression) ou plus la possibilité (anémie) de quitter le lit.	graves.
		Après l'accouchement ; généralement, il s'agit d'une douleur due à une épisiotomie ou d'un traumatisme grave survenu pendant l'accouchement (dystocie). Par ailleurs, une anémie, une dépression sévère ou d'autres maladies graves peuvent entraîner ces symptômes.
Symptômes de violences conjugales	Ce sont des signes de violence physique qui peuvent entraîner des complications médicales et un stress émotionnel et psychologique pendant la grossesse ou après l'accouchement.	À n'importe quelle période de la grossesse ou après l'accouchement.
Brûlures mictionnelles	Signes d'infections vésicales, risque d'accouchement précoce.	À n'importe quelle période de la grossesse.
Écoulements vaginaux purulents avec dégagement de mauvaises odeurs	Signes d'infections vaginales ou intra-utérines avec un grand risque d'accouchement précoce.	À n'importe quelle période de la grossesse ou après l'accouchement.
Perte des eaux	Risque d'infection ou d'accouchement précoce.	À n'importe quelle période de la grossesse.

Lors de chaque VAD, l'ASC doit remplir le formulaire de « suivi des femmes enceintes ». À partir de ce formulaire, l'ASC posera des questions à la femme ou à son entourage pour rechercher d'éventuels signes de danger chez cette dernière.

Si la femme ne présente pas de signes de danger, l'ASC doit poursuivre la visite en discutant des signes de danger pour permettre à la femme ou à son entourage de reconnaître les signes de danger.

Cette discussion sur les signes de danger doit être abordée dès les premières visites, car certains signes de danger peuvent apparaître à cette période. Ces discussions doivent continuer jusqu'à l'accouchement et après l'accouchement.

L'ASC doit demander à la femme si elle accepte d'associer les autres membres de la famille à cette discussion, car la reconnaissance des signes de danger est l'affaire de tous (la femme enceinte elle-même, le mari, la belle-mère, les belles-sœurs, les voisins et autres).

Remarque : l'ASC doit être capable d'expliquer clairement les signes de danger en précisant les périodes de la grossesse auxquelles ces signes peuvent survenir.

Remarque : les signes de danger doivent être abordés pendant toute la grossesse, lors de toutes les visites, en mettant l'accent sur les signes de danger pouvant survenir durant la période de la grossesse à laquelle se trouve la femme enceinte.

L'ASC doit si possible partager avec la femme enceinte et son entourage, une planche comportant les signes de danger avec des images. Il doit rappeler à la femme enceinte et son entourage que la présence d'au moins un de ces signes peut être fatale pour la femme ainsi que pour le bébé qu'elle porte.

## **2. Conduite à tenir face aux signes de danger au cours de la grossesse et après l'accouchement :**

Les signes de danger sont répartis en deux groupes : les signes nécessitant un ACCOMPAGNEMENT IMMÉDIAT et les signes nécessitant une ORIENTATION.

- En présence d'au moins un signe nécessitant un ACCOMPAGNEMENT IMMÉDIAT, l'ASC doit obligatoirement accompagner la femme enceinte au centre de santé ou appeler la moto ambulance si un moyen immédiat de transport n'est pas disponible auprès de la femme ou de son entourage.
- En présence d'au moins un signe de nécessitant une ORIENTATION, l'ASC peut accompagner la femme au centre de santé ou donner une fiche de référence à la femme ou à son entourage en précisant le(s) motif(s) de l'orientation.

Si la femme enceinte découvre elle-même un signe nécessitant un ACCOMPAGNEMENT IMMÉDIAT, elle doit se rendre IMMÉDIATEMENT dans un centre de santé si elle n'arrive pas à entrer en contact avec son ASC.

Remarque : en cas de violence conjugale, l'ASC doit soutenir la femme et, avec son accord, discuter avec les parties prenantes (le mari et les autres personnes influentes de la famille [belle-mère, sœurs/frères du mari, autres]). Cette discussion doit porter essentiellement sur les complications physiques et psychologiques que peuvent entraîner des violences conjugales au cours de la grossesse. L'ASC doit, au maximum, éviter d'être juge ou de prendre parti. Si besoin est, si la situation le dépasse, il doit IMMÉDIATEMENT informer son superviseur.

## **3. Accouchement dans un centre de santé**

*« Nous allons à présent parler des avantages d'accoucher dans un centre de santé. Ces connaissances sont nécessaires pour convaincre les femmes enceintes d'aller accoucher dans un centre de santé. »*

**BRAINSTORMING** – Poser chaque question aux participants. Écrire leurs réponses sur le papier géant. Présenter ensuite la réponse correspondante.

Questions :

1. Quels sont les avantages d'accoucher dans un centre de santé ?
2. Quelles sont les techniques pour convaincre une femme enceinte d'accoucher dans un centre de santé ?
3. Qu'est-ce qu'un plan d'accouchement ?

Réponses :

1. Accoucher dans un centre de santé a des avantages à différents niveaux qui sont :  
Avantages liés au centre de santé :
  - Des médicaments et un équipement pour faire face aux complications.
  - Du matériel technique nécessaire pour les accouchements.
  - Les premiers vaccins pour le nouveau-né.
  - La naissance sera déclarée à la mairie pour l'octroi de l'acte de naissance.Avantages liés à l'assistance par un prestataire qualifié :
  - Prestataire formé pour faire accoucher la femme dans les meilleures conditions possibles.
  - Surveillance du travail pour aider le travail qui prend trop de temps à cause d'un fœtus coincé ou bloqué dans le pelvis de la mère.
  - Dépistage et prise en charge des complications dépistées.
  - Contribue à la réduction des complications au cours de l'accouchement comme les infections, les hémorragies, l'hypertension artérielle et ses complications (convulsions et accidents vasculaires cérébraux).
  - Prévient la survenue des fistules vésico-vaginales et recto-vaginales (une connexion entre la vessie ou le rectum et le vagin ayant pour conséquence une fuite constante d'urines ou de selles).
  - Connaît ses limites et oriente en cas de complications.
  - Connaît les signes de danger pendant le travail, au cours de l'accouchement et après celui-ci.
  - Donne des conseils pour la femme et le nouveau-né.
2. L'ASC doit mener cette discussion à partir du deuxième trimestre (idéalement lors des visites de la fin du 2<sup>e</sup> trimestre) et poursuivre jusqu'à l'accouchement.
  - Cette discussion doit commencer par un grand sens de l'écoute de l'ASC.
  - L'ASC peut poser un certain nombre de questions pour faciliter la discussion et aider la femme à partager ses inquiétudes, les difficultés et barrières qu'elle rencontre. Ces questions sont, entre autres :
    - Avez-vous pensé à l'endroit où vous allez accoucher ?
    - Que pensez-vous de l'accouchement dans un centre de santé ?
    - Que pensez-vous de l'accouchement à domicile ?
    - Quelles peuvent être, selon vous, les raisons qui peuvent pousser une femme à ne pas accoucher dans un centre de santé ?
  - L'ASC doit orienter la discussion en fonction des réponses données par la femme. Au cours de ces discussions, il doit pouvoir convaincre/accompagner la femme enceinte qui ne compte pas accoucher dans un centre de santé et sa famille, et renforcer les connaissances de la femme qui compte accoucher dans un centre de santé sur les avantages liés à l'accouchement dans un centre de santé.
3. Le plan d'accouchement est l'ensemble des dispositions prises par la femme enceinte, la famille et la communauté avant et après l'accouchement. L'ASC doit discuter de ce plan au cours de ces visites du troisième trimestre. Les éléments de discussion de ce plan d'accouchement sont :

- Qui va accompagner la femme ?
- Qui va garder les enfants et la maison ?
- Avec quel moyen de locomotion va-t-elle se rendre au centre de santé ?
- Quelles sont les inquiétudes de la femme et de son entourage ?

Remarque : l'ensemble de ces éléments doit être discuté en famille.

« Nous allons à présent parler du travail d'accouchement et de la planification familiale. »

Le travail d'accouchement est un ensemble de processus qui aboutit à l'expulsion d'un ou de plusieurs fœtus et du placenta hors de la voie génitale féminine.

L'ASC doit expliquer clairement à la femme et à son entourage les signes évocateurs d'un travail d'accouchement et doit préciser que reconnaître ces signes réduit considérablement le risque d'accoucher à la maison ou en cours de route pour un centre de santé.

Cette discussion doit être abordée dès le deuxième trimestre de la grossesse et jusqu'à l'accouchement (entre le 5<sup>e</sup> et le 9<sup>e</sup> mois de la grossesse), car le travail peut dans certains cas commencer très précocement.

**BRAINSTORMING** – Poser chaque question aux participants. Écrire leurs réponses sur le papier géant. Présenter ensuite la réponse correspondante.

Questions :

1. Quels sont les signes du travail d'accouchement ?
2. Que savez-vous de la planification familiale ?
3. Quels sont les avantages de la planification familiale ?

Réponses :

1. Les signes évocateurs d'un travail d'accouchement sont :
  - La perte du bouchon muqueux :
    - C'est un signe que le col commence à s'ouvrir. Le bouchon muqueux est constitué de sécrétions qui bouchent le col de l'utérus pendant la grossesse.
    - Par ailleurs, l'expulsion du bouchon muqueux ne nécessite pas forcément un départ immédiat pour le centre de santé.
  - Contractions douloureuses d'intensité croissante et de plus en plus fréquentes.
  - La perte des eaux survient généralement en salle d'accouchement, mais peut se produire avant.
  - Une forte envie d'aller à la selle avec ou sans selles liquides.
2. La planification familiale est l'ensemble des méthodes de contraception qui permettent le contrôle des naissances pour permettre aux femmes de choisir d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants et à quel moment.
3. Les avantages de la planification familiale et de l'espacement des naissances sont :
 

Pour la mère :

  - Se remettre après la naissance et permettre à l'utérus de retrouver son élasticité.
  - Réduire le risque de grossesses non désirées.
  - Réduire le recours aux avortements provoqués pratiqués dans de mauvaises conditions.
  - Favoriser l'épanouissement sur le plan économique et social.
  - Réduire la mortalité maternelle pendant la grossesse et l'accouchement.

- Réduire l'hémorragie et la déchirure de l'utérus pendant l'accouchement.  
Pour l'enfant :
- Réduire la mortalité infantile.
- Permettre une bonne croissance.
- Plus d'affection parentale.  
Pour le père et toute la famille :
- Plus d'économies et la réalisation de certains projets.
- Une bonne santé mentale.

La discussion sur la planification familiale doit être abordée avec la femme et/ou son mari au début du troisième trimestre de la grossesse et se poursuivre après l'accouchement.

Cette discussion peut avoir lieu en présence du mari ou en son absence selon la préférence de la femme.

L'ASC doit poser ces questions à la femme enceinte concernant la planification familiale :

- Voulez-vous avoir d'autres enfants ? Si oui combien et quand ?
- Avez-vous déjà utilisé une méthode de planification ? Si oui, étiez-vous satisfaite ?
- Avez-vous déjà une méthode de planification en tête ?
- Avez-vous des préoccupations concernant la planification familiale ?
- Voulez-vous avoir des informations sur la planification familiale ? Si oui, vous servir de vos connaissances en matière de planification familiale pour prodiguer de bons conseils.

En fonction des réponses données par la femme aux différentes questions, l'ASC doit orienter la discussion et donner les avantages de la planification familiale et de l'espacement des naissances.

Remarque : un module de formation distinct sur la planification familiale permettra d'approfondir toutes ces notions.

*« Nous allons maintenant revoir ensemble les activités à mener par un ASC au cours des visites de suivi communautaire de la grossesse. »*

**EXERCICE DE MISE EN PRATIQUE** - Expliquer les consignes de l'exercice. Préciser si l'exercice est individuel ou en équipe. Indiquer aux participants si certains devront partager leurs réponses. Donner la réponse au cours ou à la fin de l'exercice.

Préparation : distribuer une copie du tableau ci-dessous à tous les participants.

Consignes : pour chaque ligne du tableau, désigner un participant qui sera chargé d'expliquer le contenu de cette ligne aux autres participants.

Ce tableau résume les activités à mener par un ASC au cours du suivi de grossesse d'une femme en fonction de l'âge de la grossesse.

Ce tableau doit servir d'aide-mémoire pour l'ASC. Il doit revoir le tableau afin de préparer son exposé avant de se rendre chez la femme.



Période de la grossesse	Activités à mener par l'ASC	Acteurs
Premier trimestre	Recherche des signes de danger et remplissage de la fiche de suivi à domicile des femmes enceintes.	Femme enceinte
	Discussion sur la reconnaissance des signes de danger chez la femme enceinte.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Femme enceinte</li> <li>● Entourage</li> </ul>
	Discussion sur l'importance et le calendrier des CPN, choix de la date de la première CPN si elle n'a pas été effectuée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Femme enceinte</li> <li>● Mari</li> <li>● Entourage</li> </ul>
	Rappel de la prochaine date de CPN et confirmation de la tenue de la précédente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Femme enceinte</li> <li>● Entourage</li> </ul>
	Confirmation de la réalisation du bilan prénatal. S'il n'a pas été fait, demander pourquoi. Recueillir les difficultés qui y sont liées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Femme enceinte</li> <li>● Mari</li> </ul>
Deuxième trimestre	Recherche des signes de danger et remplissage de la fiche de suivi à domicile des femmes enceintes.	Femme enceinte
	Discussion sur la reconnaissance des signes de danger chez la femme enceinte.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Femme enceinte</li> <li>● Entourage</li> </ul>
	Rappel de la date de la prochaine CPN et confirmation de la tenue de la précédente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Femme enceinte</li> <li>● Entourage</li> </ul>
	Discussion sur l'avantage d'accoucher dans un centre de santé.	Femme enceinte
	Confirmation de la réalisation du bilan prénatal. S'il n'a pas été fait, demander pourquoi. Recueillir les difficultés qui y sont liées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Femme enceinte</li> <li>● Mari</li> </ul>
	Reconnaissance du travail de l'accouchement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Femme enceinte</li> <li>● Entourage</li> </ul>
	Recherche des signes de danger et remplissage de la fiche de suivi à domicile des femmes enceintes.	Femme enceinte
	Discussion sur la reconnaissance des signes de danger chez la femme enceinte.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Femme enceinte</li> <li>● Entourage</li> </ul>

Troisième trimestre	Rappel de la date de la dernière CPN et confirmation de la tenue de la précédente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Femme enceinte</li> <li>● Entourage</li> </ul>
	Discussion sur la planification familiale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Femme enceinte</li> <li>● Mari</li> </ul>
	Discussion sur le plan d'accouchement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Femme enceinte</li> <li>● Mari</li> <li>● Entourage</li> </ul>
	Reconnaissance du travail de l'accouchement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Femme enceinte</li> <li>● Entourage</li> </ul>

Remarque : la recherche des signes de danger, le remplissage du formulaire de suivi à domicile des femmes enceintes et les discussions sur la reconnaissance des signes de danger chez la femme enceinte sont des activités permanentes à réaliser tout au long du processus de suivi.

## **Section 8 : Suivi à domicile des femmes après l'accouchement**

*« Nous allons aujourd'hui parler du suivi des femmes par l'ASC après l'accouchement à domicile. »*

L'ASC doit poursuivre les visites à domicile même après l'accouchement.

L'ASC doit informer la femme qui vient d'accoucher que ces visites non plus ne doivent pas empêcher la tenue des CPON et quelles sont complémentaires aux CPON et vice versa.

Des visites doivent être effectuées par l'ASC :

- 24 heures après l'accouchement.
- 48 heures après l'accouchement.
- Le 5<sup>e</sup> jour après l'accouchement.
- Ensuite, chaque semaine jusqu'à 48 jours après l'accouchement.

Au cours de ces visites, l'ASC doit :

- Répondre autant que possible à toutes les questions posées par la femme enceinte et les membres de sa famille.
- Rechercher les signes d'alarme après l'accouchement chez la femme.
- Rechercher les signes de danger chez le nouveau-né.
- Mener des discussions avec la femme et son entourage sur des thèmes comme la reconnaissance des signes de danger chez la femme après l'accouchement, les intérêts de l'allaitement maternel exclusif, la planification familiale, les avantages et le respect du calendrier des CPON, etc.

Les signes de danger après l'accouchement sont inclus dans le tableau des signes de danger de la grossesse présentés ci-dessus. La conduite à tenir face à une femme qui présente au moins un signe de danger après l'accouchement est la même que la conduite à tenir pour une femme enceinte.

L'ASC doit remplir le formulaire de suivi des femmes après l'accouchement. À partir de ce formulaire, l'ASC doit poser des questions à la femme ou à sa famille pour rechercher d'éventuels signes de danger chez cette dernière.

Lors du suivi de la femme après l'accouchement, l'ASC doit aussi faire le suivi du nouveau-né selon le calendrier recommandé. Toutes les informations sur le suivi du nouveau-né sont traitées dans un module de formation distinct.

## **Section 9 : Pratique sur le suivi communautaire de la grossesse et après l'accouchement**

**SIMULATION/JEU DE RÔLES** - Expliquer aux participants ce qu'ils doivent simuler ou le(s) rôle(s) qu'ils doivent jouer. Donner un délai après lequel les participants devront partager leur simulation ou mettre en scène la situation.

**Préparation :** choisir deux (2) volontaires pour commencer et refaire ce jeu de rôles avec d'autres participants autant de fois que cela semble utile pour la compréhension de tous en changeant le trimestre de la grossesse (premier, deuxième et troisième trimestre).

**Rôles :**

1. Oumou TESSOUGUÉ : vous êtes mariée et habitez à [LIEU]. Vous êtes enceinte depuis deux (2) mois. Vous êtes suivie par Salimata TOURE, ASC en charge de votre zone. Parallèlement, vous êtes passée au centre de santé pour votre première CPN le vendredi précédent, avec l'aide de Salimata. Votre prochaine CPN aura lieu dans un (1) mois. Par ailleurs, la sage-femme vous a remis un bulletin d'examen pour le bilan prénatal. Vous en avez discuté avec votre mari qui dit d'attendre pour honorer les frais. Vous attendez Salimata pour sa 2<sup>e</sup> visite de suivi programmée il y a deux (2) semaines.
2. Salimata ARAMA : vous êtes ASC et suivez Oumou au cours de sa grossesse. Vous êtes à votre 2<sup>e</sup> visite aujourd'hui. Commencez par rassurer Oumou.
  - À partir de votre aide-mémoire, menez les activités qu'il faut (recherche/remplissage de la fiche de suivi, discussions, etc.) au cours de cette visite de suivi.
  - Partagez une planche sur les signes de danger avec Oumou et sa famille et expliquez-leur comment exploiter la planche.
  - Mettez l'accent sur les signes de danger courants au cours du premier trimestre de la grossesse.

**SIMULATION/JEU DE RÔLES** - Expliquer aux participants ce qu'ils doivent simuler ou le(s) rôle(s) qu'ils doivent jouer. Donner un délai après lequel les participants devront partager leur simulation ou mettre en scène la situation.

**Préparation :** choisir deux (2) volontaires pour commencer et refaire ce jeu de rôles avec d'autres participants autant de fois que cela semble utile pour la compréhension de tous en changeant le signe de danger.

**Rôles :**

1. Alimata TOURE : vous venez de donner naissance à un beau garçon. Vous êtes suivie par Djeneba KEÏTA, ASC en charge de votre zone. Vous attendez Djeneba KEÏTA qui doit passer pour une visite. Depuis quelques heures, vous avez terriblement mal à la tête malgré la prise de paracétamol et une fatigue exagérée. À l'arrivée de Djeneba KEÏTA, vous expliquez vos malaises.
2. Djeneba KEÏTA : vous êtes ASC et suivez Alimata depuis quelques jours après son accouchement. Vous arrivez chez elle et elle vous parle de ses malaises.
  - Expliquez clairement et efficacement à Alima ce qui lui arrive
  - Appliquez la conduite à tenir comme il se doit.

## **Section 10 : Synthèse du protocole du suivi communautaire de la grossesse et du postpartum**

*« Nous allons à présent voir ensemble un résumé de l'ensemble des informations de ce module qui va aussi nous guider à prendre des décisions. »*

*Donner une copie du schéma ci-dessous à chaque participant.*

*Expliquer comment exploiter le schéma.*

*Inviter quelques participants à passer devant et à expliquer le schéma.*

*Donner la parole aux autres participants pour les remarques, commentaires et critiques positives.*

*Demander ensuite leurs impressions par rapport à cet exercice.*

*Remercier et féliciter les participants pour leurs progrès.*

**EXERCICE DE MISE EN PRATIQUE** - Expliquer les consignes de l'exercice. Préciser si l'exercice est individuel ou en équipe. Indiquer aux participants si certains devront partager leurs réponses. Donner la réponse au cours ou à la fin de l'exercice.

Préparation : distribuer une copie du diagramme ci-dessous à tous les participants.

Consignes : désigner un participant pour expliquer le diagramme aux autres. Refaire cet exercice plusieurs fois avec d'autres participants, autant de fois que cela semble utile pour la compréhension de tous.

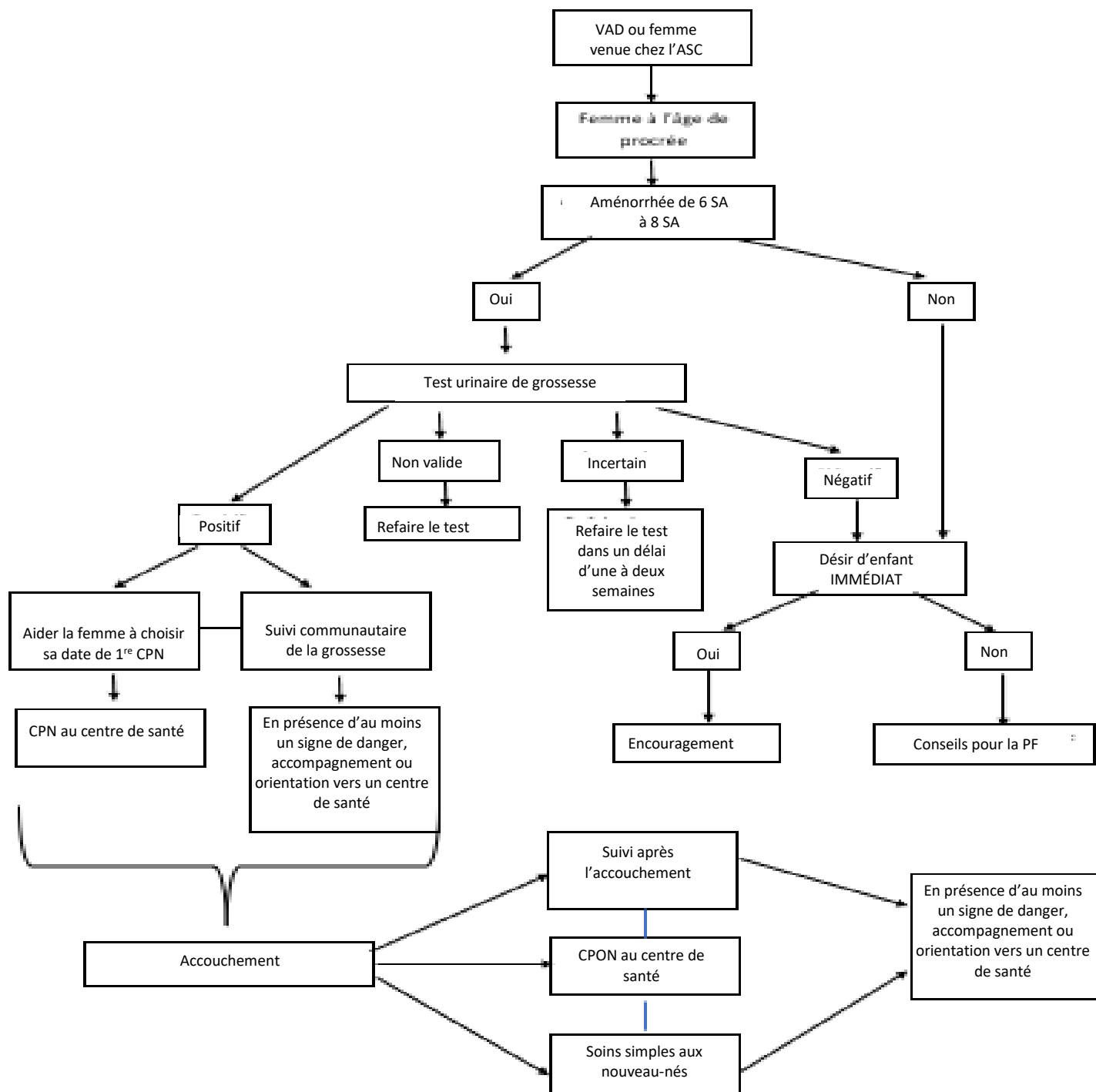


Figure 3 : Résumé du protocole de la grossesse, du suivi communautaire de la grossesse et du suivi après l'accouchement

*« Nous allons à présent prendre un peu de temps pour discuter d'une histoire inspirée par une vraie situation qui s'est produite dans un de nos sites d'intervention. »*

- *À travers cette histoire, vous allez comprendre que vous serez en mesure de sauver beaucoup de vies, de réduire l'impact des maladies sur les populations et que vos actions de diagnostic de grossesse, de suivi communautaire de la grossesse, de suivi après l'accouchement et de soins simples aux nouveau-nés seront très importantes, autant que le reste des éléments du paquet.*
- *Vous n'êtes ni médecin ni sage-femme, mais vous faites aussi partie du personnel de santé maintenant et vous allez donc apporter une contribution significative à travers une synergie d'actions avec les équipes des centres de santé pour réduire la mortalité et la morbidité dans vos zones d'intervention.*
- *Dire aux participants de déclamer haut et fort « nous sommes capable de le faire et nous allons le faire ».*

**ÉTUDE DE CAS** - Partager l'histoire avec les participants. Veiller à répondre à toutes les questions de compréhension. Poser ensuite les questions une à une aux participants. Préciser si le travail est à faire tous ensemble, en équipe ou individuellement. Indiquer aux participants si certains devront partager leurs réponses. Donner un délai pour faire ce travail. Faire une synthèse sur le concept illustré par cette histoire à la fin de l'étude.

Histoire :

Il s'agit de l'histoire d'une femme âgée de trente (30) ans qui était à son deuxième accouchement.

Elle a accouché de deux (2) jolis bébés (un garçon et une fille) dont le diagnostic initial a été posé par un ASC (ASC de sa zone). Le même ASC a suivi la femme tout au long de la grossesse pour l'aider à suivre régulièrement les CPN au centre, mais a aussi effectué des visites régulières jusqu'à l'accouchement.

Après l'accouchement, l'ASC a continué à assurer le suivi de la femme ainsi que le suivi et les soins simples aux nouveau-nés.

Lors de la 3<sup>e</sup> visite de suivi après l'accouchement (suivi du 5<sup>e</sup> jour), l'ASC a retrouvé chez la femme un signe de danger (maux de tête ne disparaissant pas malgré la prise de paracétamol).

Aussitôt, l'ASC a expliqué à la nouvelle maman qu'elle doit se rendre à une consultation au centre de santé pour une investigation approfondie.

La maman ayant confiance en l'ASC a suivi ce dernier au centre de santé pour une consultation.

Malgré une consultation rigoureuse par les prestataires du centre de santé, aucune hypertension artérielle ni d'autres raisons pouvant expliquer les maux de tête de la maman n'ont été identifiées. Cela peut s'expliquer par le fait que l'augmentation de la tension dans cette situation peut être oscillante (qui monte et descend). Après la consultation, le prestataire rassure les deux (2) personnes et les invite à revenir si les maux de tête persistent et/ou s'il y a un autre signe qui s'ajoute ; il demande à la femme de continuer à prendre du paracétamol au besoin.

La maman et l'ASC retournent à la maison et l'ASC invite la maman à lui faire signe pour tout besoin.

Des heures plus tard (dans la nuit), l'ASC reçoit un appel de la part du papa disant que sa femme (la mère des jumeaux) ne se sent pas bien.

L'ASC s'est aussitôt rendu au domicile de la maman et l'a trouvée en train de convulser. Elle a aussitôt été transportée au centre de santé, puis dans un hôpital pour plus de soins et a été hospitalisée environ deux (2) semaines. Le mari a dû abandonner son commerce durant cette période pour être aux chevet de sa femme.

Du fait que la maman était très malade et ne pouvait pas faire téter les bébés, ces derniers ont malheureusement interrompu leur allaitement maternel exclusif et on leur a donné du lait artificiel, car le papa n'avait pas les moyens d'en acheter.

Des retours d'informations et des dispositions ont été prises pour renforcer la capacité du personnel du centre.

Au bout de deux (2) semaines, la maman est rentrée chez elle.

Les bébés qui sont devenus grands maintenant vivent heureux avec leur maman.

Questions :

- Qu'est-ce que cette histoire vous inspire ?
- Que pensez-vous de la conduite de l'ASC ? Pensez-vous pouvoir jouer pleinement votre rôle d'ASC comme l'ASC de l'histoire ?
- Quel a été l'impact de cette hospitalisation ?
- Est-ce que cette hospitalisation pouvait être évitée ? Si oui, comment ?
- Si par malheur la femme était décédée, quelles auraient pu être les conséquences ?



## **Section 11 : Evaluation et post-test**

### **1. Évaluation :**

*« Nous allons faire une évaluation de ce module de formation. »*

1. DEMANDER aux participants ce qu'ils pensent de ce module de formation.
2. POSER ensuite les questions suivantes :
  - a. *Quels sont les aspects que vous avez trouvés plus utiles et qu'il faut maintenir ou même renforcer pour la suite de cette formation ou pour des formations à venir ?*
  - b. *Quels sont les aspects qui ne vous ont pas aidé(e) et qui n'ont pas facilité votre compréhension ?*
  - c. *Quels sont les aspects que nous pouvons améliorer ?*
3. RAPPELER aux participants qu'il existe une boîte à questions anonyme et qu'ils ne doivent pas hésiter à l'utiliser.
4. RELIRE les objectifs du module et demander aux participants s'ils ont atteint ces objectifs. Si ce n'est pas le cas, essayer de savoir pourquoi et résumer ces objectifs pour atteindre une meilleure compréhension.

### **2. Post-test :**

- *Dire aux participants que pour finir, nous allons procéder au post-test.*
- *Donner une copie du post-test à tous les participants.*
- *Lire et expliquer les questions une à une et donner un temps (30 secondes/question) aux participants pour donner la réponse.*
- *À la fin, remercier les participants et collecter les fiches.*

## Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la Santé. « Mortalité maternelle. » 22 février 2023. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé - Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête démographique et de santé au Mali, 2018 : Rapport de synthèse. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, États-Unis : INSTAT, CPS/SS- DS-PF et ICF.
3. Institut National de la Statistique (INS) et ICF International. 2012. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012. Calverton, Maryland, États-Unis : INS et ICF International.
4. Organisation mondiale de la Santé. « 7 000 nouveau-nés meurent encore chaque jour. » 19 octobre 2017. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news/item/19-10-2017-7-000-newborns-die-every-day-despite-steady-decrease-in-under-five-mortality-new-report-says>