



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

ANNEE 2016

THESE N° 167

Apport d'un projet à base communautaire dans l'amélioration du suivi de la grossesse chez une population vulnérable.

THESE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14/ 07/ 2016

PAR

Mr. Isam AZZAHIRI

Né le 01 Janvier 1990 à Bineloudane

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

Mots clé

Projet communautaire – suivi de la grossesse – vulnérabilité

JURY

Mr. M. SBIHI

Professeur d'enseignement supérieur de pédiatrie

PRESIDENT

Mr. M.AMINE

Professeur agrégé d'épidémiologie clinique

RAPPORTEUR

Mr. L. BOUKHANNI

Professeur agrégé de gynécologie obstétrique

Mr. Y. AIT BENKADDOUR

Professeur agrégé de gynécologie obstétrique

} **JUGES**



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ
وأن أعمل صالحاً ترضاه
وأصلح لي في ذريّتي
إنّي تبنت إليك و إنّي من المسلمين"
صدق الله العظيم





Serment d'hypocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





*LISTE DES
PROFESSEURS*

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr BadieAzzaman MEHADJI
: Pr Abdalheq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr.Ag. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogique

: Pr. EL FEZZAZI Redouane

Secrétaire Générale

: Mr Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignementsupérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMAL Said	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique

BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
CHELLAK Saliha	Biochimie-chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
FIKRY Tarik	Traumato- orthopédie A		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique

AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A 3333	JALAL Hicham	Radiologie
AIT ESSI Fouad	Traumato-orthopédie B	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAKMACHI Mohamed Amine	Urologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie A
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MAOULAININE Fadlmrabihrabou	Pédiatrie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENJILALI Laila	Médecine interne	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie	MOUFID Kamal	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOuat Aicha	Pédiatrie B	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation

BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie A	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAFIK Aziz	Chirurgiethoracique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie-réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RADA Noureddine	Pédiatrie A
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie A	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	SORAA Nabila	Microbiologie-virologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie-virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie-cytogénétique

ADALI Nawal	Neurologie	FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENHADDOU Rajaa	Ophthalmologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro-entérologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo-phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	SERHANE Hind	Pneumo-phtisiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique



DÉDICACES

1.

*Parce que « Même si l'eau bout elle n'oublie jamais qu'elle a été froide » Proverbe burundais et aussi que
Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut.....
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,
L'amour, le respect, la reconnaissance.
C'est tout simplement que :*



Je dédie cette thèse à ...

À mes très chers Parents

Mon père Brahim et ma mère Hafida

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'estime, le dévouement, le respect et l'amour que je vous porte. Vous êtes les êtres les plus précieux à mes yeux et les plus chers à mon cœur. Vous m'avez toujours enseigné les vertus du courage, du respect, de l'intégrité et de la persévérance. C'est grâce à vos prières que j'ai pu tracer mon chemin. Vous m'avez inculqué l'amour de la science et le respect de mes maîtres, votre bonté et votre modestie me guident sans cesse.

Ce travail est le fruit de vos encouragements, de vos sacrifices, de votre affection et de votre altruisme. Il est un peu le vôtre, aussi.

Veillez trouver dans ces quelques lignes un témoignage d'amour, d'admiration et de gratitude.

Que Dieu vous donne longue vie, santé et bonheur éternel.

Que vos agréments couronnent toutes mes actions.

A mon adorable femme WafaeQuiddi

Aucune parole ne peut être dite à sa juste valeur pour exprimer mon amour et mon attachement à toi. Tu m'as toujours donné de ton temps, de ton énergie, de ton cœur et de ton amour. En ce jour j'espère réaliser chère femme un de tes rêves, sachant que tout ce que je pourrais faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu m'as donné et fait pour moi. Puisse Dieu, tout puissant, te préserver du mal, te combler de santé, de bonheur et te procurer longue vie afin que je puisse te combler à mon tour

A mon très cher frère : Khalil

L'adorable, le tendre et le serviable. Je te dédie ce travail en témoignage de ma plus profonde reconnaissance de tous ce que tu as fait pour moi durant ces moments qu'on a vécu et qu'on va vivre ensemble inchaLAH.

C'est certainement grâce à toi que je suis là maintenant. Je te souhaite tous le bonheur du monde, une vie pleine de sérénité et d'amour.

A

ma très chère sœur : Afaf

Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers toi. Je te remercie énormément et j'espère que tu trouveras dans cette thèse l'expression de mon affection pour toi. Je te souhaite un avenir florissant et une vie pleine de bonheur, de santé et de prospérité. Que Dieu tu protège et consolide les liens sacrés qui nous unissent.

A

La mémoire de mes grands-parents maternels

A la mémoire de mon grand-père paternel

A ma grand-mère paternelle

A mes oncles et tantes

A mes cousins et cousines

A tous les membres de ma famille

AZZAHIRI & ELAMLI

petits et grands

Veillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre soutien, encouragements, et affection.

J'espère que vous trouverez à travers ce travail, le témoignage de mes sentiments sincères et de mes vœux de santé et de bonheur.

Que Dieu le tout puissant, vous protège et vous garde.

*A mon beau père El Hassan QUIDDI et ma belle-mère Rabiaa ENNAJI
A Younes, El Mehdi, L'adorable Mimi et les petits poussins Soufiane et
Ilyass*

*Je remercie Dieu de m'avoir procurée une belle famille autant affectueuse
et chaleureuse.*

*Merci pour vos encouragements, vos prières et votre amour.
Je vous dédie ce travail en guise de reconnaissance, de respect et de
gratitude.*

*A l'association des Amis de CHU Mohamed VI de Marrakech
Cela fut un honneur pour moi de faire partie d'une grande famille aussi
agréable, généreuse et exceptionnelle sur tous les plans. J'ai appris avec
vous le vrai sens du partage, du travail du groupe et du volontariat.
A tous les membres de l'association, et particulièrement Pr Cherkaoui
Mohamed, Pr Aitoumeryem Miloud, Pr Hakim, Mr SaidElmarchet et Pr
ElmessoussiSaid. Chacun de vous a marqué mon parcours, merci d'être ce
que vous êtes.*

A ma petite famille à Marrakech

*A ChihabBouyaali, Fatin Nabil, Sana Lhanaoui, AbdelhadiElyacoubi,
Sara Ouassil, Fadwa Jaafari, Meryem Bougadoum, NezhaElbouhi, Leila
Oussaih, Mohamed Anas Anouti, SaidArza, Mohamed Madani,
Mustapha Belaabid*

*Chaque instant en votre présence à mes côtés se transformait spontanément
en un agréable souvenir.*

*On a partagé les moments les plus difficiles, les plus stressants, les plus fous et les plus gourmands pour certains
Que notre amitié et notre fraternité durera pour toujours. Je vous aime.*

A MES CHERS AMIS

A mes adorables amis: Badr Nacer, Mohamed Boussif, Abderrahim, Abdelhakim Moutayamine, Abdelkarim Ait Yahya, Oussama Nacir, Adil Mansouri, Ouassim Mansouri, Oussama Zeroual, Abdessamad Agnaou, Mohamed Ait Chtouk, Abdelghafour, Meriem Touraif, Hind Taoufik, Ahmedou et Zawy, Mounia Rhili, Meriem Maidine, Zahira Laylay et Fatima Kacim

vous étiez toujours là à mes côtés dans les moments les plus difficiles de toute ma vie –chacun à sa manière- vous continuez à me prouver chaque instant que j'ai des vrais frères et soeurs sur lesquelles je peux toujours compter.

A mes chers amis du Lycée Sed Bin Elouidane

Mohamed Ouarhmane , Driss Elhousaini, Mustapha Alaoui , Slimane Khachoune, Hamid Fawzi, Imad Ait Taleb Ghizlane Erraoui, Imane Dwif, Ibtissame Boukhamen

*A toute l'équipe du projet « Maternité sans risques »
A mes amis de l'association Lueur d'espoir FMPM et Lueur d'espoir Massa*

A la mémoire de notre chère voisine IttouBoukhamene

A mon petit village d'enfance Bine Elouidane

*A tous les membres du comité des jeunes de l'association Amis de CHU
Mohamed VI Marrakech*

*A toute ma promotion,
A tous mes amis et collègues de la
Faculté de Médecine de Marrakech*

*A tous mes professeurs et maîtres
qui m'ont imbibé de leur Savoir*

*A mes amis Résidents et Spécialistes
du CHU Med VI Marrakech*

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer.



REMERCIEMENTS



A ALLAH

Le tout miséricordieux, Le tout puissant,

Qui m'a inspiré,

Qui m'a guidé sur le droit chemin,

Je vous dois ce que je suis devenu,

Soumission, louanges et remerciements,

Pour votre clémence et miséricorde.

***A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOHAMED SBIHI
PROFESSEUR DE PEDIATRIE
CHU MOHAMED VI MARRAKECH***

Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger et de présider ce travail de thèse. Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir nous ont énormément marqués. Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines. Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude

***A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOHAMED AMINE
PROFESSEUR D'EPIDEMIOLOGIE
CHU MOHAMED VI- MARRAKECH***

Pour tous les efforts inlassables et toute la patience que vous avez déployés pour que ce travail soit élaboré.

Pour toutes ces longues heures dépensées à m'expliquer, pour toutes ces informations si précieuses.

Vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines, qui m'ont profondément émue, resteront pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de ma profession. Ce fut pour moi, un honneur et un grand plaisir d'avoir préparé ma thèse sous votre guidance et nul mot ne qualifie ma gratitude. Veuillez accepter, cher maître dans ce travail mes sincères remerciements et mon profond respect

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAHCEN
BOUKHANNI
PROFESSEUR DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
CHU MOHAMED VI MARRAKECH*

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Nous avons toujours admiré votre ardeur dans le travail, votre compétence, votre droiture, ainsi que votre gentillesse.

Veillez trouver ici, Cher Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance et notre grand respect.

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR YASSER AIT
BENKADDOUR
PROFESSEUR DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE*

Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. Nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines.

Veillez accepter, Professeur, nos sincères remerciements et notre profond respect.

***A PROFESSEUR ADARMOUCH LATÍFA
PROFESSEUR ASSISTANTE EN MEDECINE
COMMUNAUTAIRE
CHU MOHAMED VI MARRAKECH***

Votre compétence, votre dynamisme, votre rigueur et vos qualités humaines et Professionnelles ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect.

Nous souhaitons être digne de la confiance que vous nous avez accordée et nous espérons, que vous trouverez ici le témoignage de notre plus sincère reconnaissance et de nos respects les plus sincères.

***A DR MAJDA SEBBANI
MEDECIN AU SERVICE DE RECHERCHE CLINIQUE
CHU MOHAMED VI Marrakech***

Nous sommes très heureux de l'honneur que vous nous avez fait en témoignant un vif intérêt pour ce travail. Vous nous avez guidé en nous conseillant et en consacrant une partie de votre temps précieux. Vous nous avez à chaque fois réservé un accueil aimable et bienveillant.

Votre sympathie, votre modestie et vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter l'estime et le respect de tous.

Nous espérons avoir été à la hauteur de votre confiance et de vos attentes.

***A MONSIEUR LE PROFESSEUR
MOHAMED CHERKAOUI
PROFESSEUR D'ÉCOLOGIE HUMAINE A LA FACULTÉ DES
SCIENCES SEMLALIA MARRAKECH***

Nul mot ne saurait exprimer à sa juste valeur le profond respect que nous vous portons. Depuis notre premier contact lors d'une activité associative vous nous avez transmis l'amour de ce domaine qui est devenue un rêve puis un objectif.

Un grand merci pour votre encadrement, votre disponibilité et votre modestie. Un grand merci également pour nous avoir permis de participer à ce projet intéressant et dont nous sommes très honorée. Nous espérons avoir été à la hauteur de votre confiance et de vos attentes.

***A L'ASSOCIATION DES AMIS DE CHU MOHAMED VI
MARRAKECH***



***A TOUS MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ DE
MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARRAKECH.***

***A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE DE RECHERCHE
CLINIQUE CHU MOHAMED VI MARRAKECH.***



A L'ASSOCIATION MOMARID ÉLECTRONIQUE

***A L'ENSEMBLE DU PERSONNEL DU CENTRE DE SANTÉ
ZREKTEN ET TOUAMA***

***A TOUS CEUX QUI ONT AIDE DE LOIN OU DE PRES POUR
L'ÉLABORATION DE CE TRAVAIL.***



*LISTE DES TABLEAUX ET
FIGURES*

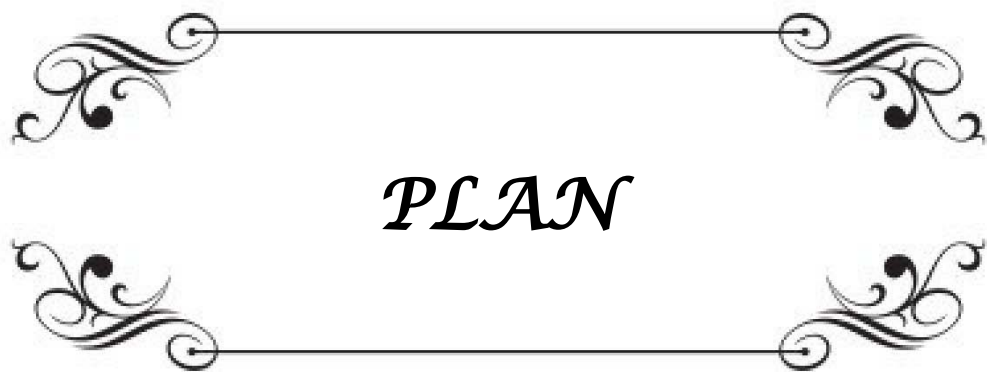


LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I : Le chronogramme détaillé de notre étude	- 20 -
Tableau II: Les antécédents familiaux des femmes participantes (N=257)	- 24 -
Tableau III: Facteurs sociodémographiques et ATCD des femmes avec le lieu d'accouchement-	35 -
Tableau IV: Les causes de la mortalité maternelle dans notre contexte (22)	- 40 -
Tableau V: Evolution du nombre d'accouchements médicalisés des femmes originaires de Zerkten	- 67 -

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Cadre conceptuel inspiré du modèle théorique de la promotion de la santé de l’OMS-	5 -
Figure 2: Découpage administratif de la province d'Al Haouz.	- 10 -
Figure 3: Carte sanitaire de la province d'Al Haouz.....	- 11 -
Figure 4 : Circuit de la consultation médicale des participantes	- 14 -
Figure 5: Répartition des femmes selon le niveau d'instruction (N=269)	- 22 -
Figure 6: Répartition des femmes selon la couverture sanitaire RAMED (N=254).....	- 23 -
Figure 7: Répartition des femmes selon l'état de consanguinité avec leurs conjoints (N=271) -	24 -
Figure 8: Répartition des participantes selon leur utilisation des soins au cours de l'accouchement antérieur (N=252)	- 25 -
Figure 9: Répartition des femmes selon la présence d'anomalie pendant la grossesse antérieure (N=236).....	- 26 -
Figure 10: Répartition des participantes selon leurs antécédents obstétricaux (N=236)	- 26 -
Figure 11: Répartition des femmes selon les complications antérieures du nouveau-né (N=257)-	27 -
Figure 12: Répartition des consultations réalisées selon le terme des participantes (N=283) ..	- 28 -
Figure 13: Répartition des femmes selon les grossesses jugées à risque (N=250).....	- 28 -
Figure 14: Répartition des participantes selon les anomalies de grossesse ressenties (N=156)-	29 -
Figure 15: Répartition des femmes selon le nombre d'accouchement à domicile (N=125).....	- 30 -
Figure 16: Répartition des femmes selon le nombre d'accouchement antérieur médicalisé (N=252).....	- 30 -
Figure 17: La répartition des participantes selon la parité (N=282)	- 31 -
Figure 19: Répartition des femmes selon le taux d'hémoglobine (N= 195).....	- 32 -
Figure 20: Répartition des participantes selon le nombre des visites prénatales effectué (N=283)-	33 -
Figure 21 : Causes de la mortalité maternelle à l'échelle mondiale selon UNICEF.....	- 39 -



PLAN

INTRODUCTION	
I. Introduction	2
II. Cadre conceptuel de l'étude	4
III. Objectifs	6
1. Objectif principal	6
2. Objectifs secondaires	6
PARTICIPANTES ET METHODES	
I. Type de l'étude	8
II. Population cible et échantillonnage	8
1. Population cible de l'étude	8
2. Echantillon de l'étude	8
3. Site de l'étude	9
III. Contexte de l'étude	11
1. Objectifs du projet	12
2. Les étapes de la réalisation du Projet	12
IV. Variables de l'étude	15
V. Collecte des données	16
1. L'outil de la collecte	16
2. Méthode de la collecte	16
VI. Analyse des données	18
VII. Considérations éthiques	18
VIII. Aspects réglementaires	19
IX. Echancier	19
RESULTAS	
I. Caractéristiquessociodémographiques	22
1. L'âge	22
2. Données sociodémographiques	22
II. Les antécédents des participantes	24
1. Antécédentsfamiliaux	24
2. Les antécédents obstétricaux	25
III. Suivi des femmes	27
1. Répartition des femmes selon le terme	27
2. Les grossesses jugéesà risque par les participantes	28
3. Les anomalies rapportées par les participantes	29
4. Nombre d'accouchements antérieurs à domicile	29
5. Nombre d'accouchements antérieurs médicalisés	30
6. La parité des participantes	31

7. Les types d'anomalies détectées.....	31
8. Le respect des 3 Consultations prénatales	33
IV. L'issue de la grossesse	33
1. Milieu de l'accouchement	
Discussion	
I. La santé maternelle	37
1. Définitions	37
2. Historique	38
3. Causes de la mortalité maternelle	39
4. Etat des lieux	40
5. Efforts du Maroc Pour améliorer la santé maternelle	41
II. La Consultation Prénatale	45
1. Définitions	45
2. Contexte Marocain et la CPN.....	45
3. L'importance de la consultation prénatale	46
4. Le rythme de consultation	47
5. Le rôle potentiel de la consultation prénatale dans l'amélioration de la santé maternelle.....	50
III. Vulnérabilité et santé maternelle.....	51
1. Définitions	52
2. Caractéristiques d'une population vulnérable	53
3. Vulnérabilité et Promotion de la santé	54
IV. Expériences à base communautaire	57
1. Types des interventions à base communautaire	58
V. Discussion des résultats	60
1. Principaux résultats	60
2. Discussion des résultats	61
3. Discussion de l'intervention	67
VI. Avantages et limites de notre étude	71
VII.Recommandations	72
CONCLUSION	73
ANNEXES	75
RÉSUMÉS	98
BIBLIOGRAPHIE	102



INTRODUCTION

I. Introduction :

La santé maternelle constitue un indicateur important du développement du pays, ainsi qu'une préoccupation majeure de santé publique. Elle prend en compte tous les aspects de la santé de la femme : de sa grossesse, à l'accouchement jusqu' au postpartum(1).

La grossesse est un évènement heureux et satisfaisantchez certaines femmes. Cependant, elle peut être une source de souffrance, de maladie et de la mort parfois chez d'autres femmes.

Dans ce sens, il faut préciser que le taux de mortalité maternelle est estimé à 450/100 000 naissances vivantes dans les pays en développement contre 9 à 15/100 000 dans les pays industrialisés (2). Au Maroc, il est estimé à 112/ 100 000 naissances vivantes en 2010(3).

La mortalité maternelle est liée à des causes directes ; qui peuvent être dues aux complications de la grossesse, etd'autres causes indirectes d'ordre médical et non médical pouvant être à l'origine de ce problème.

Concernant les causes directes, elles sont les mêmes dans le monde entier. L'OMS les regroupent comme suit : les hémorragies du postpartum, les infections puerpérales, les troubles hypertensifs et les accouchements dystociques(4).

Quant aux causes indirectes ; elles regroupent les causes médicales non obstétricales et d'autres causes d'ordre culturel, financier et social(4).

D'où l'importance de la consultation prénatale, quiconstitue l'un des quatre piliers de la maternité à moindre risque(5).Elle permet la détection de certains facteurs de risque de la grossesse ainsi que les problèmes de malformations congénitalesfœtales. La consultation prénatale peut aussi être un moyen d'initier les femmes aux avantages de l'accouchement dans des conditions médicalement contrôlées (6).

Elle constitue aussi un moment de contact particulier entre le prestataire de soins et la femme enceinte, permettant le dépistage des problèmes de santé et leur suivi chez la mère et le fœtus et la prévention des maladies de l'enfant par la vaccination de la mère. (7)

Elle doit être l'occasion de donner de nombreux conseils à propos de la santé maternelle et doit permettre de fidéliser la patiente par rapport aux structures sanitaires, notamment le lieu de l'accouchement.

Au Maroc, quatre CPN sont proposées, cependant, ces recommandations sont souvent méconnues ou négligées par les femmes enceintes ou leur entourage(8). Ces comportements sont à l'origine du retard dans le recours à des soins adéquats et dans la prise en charge.

En effet, 77% des femmes ont consulté un professionnel de santé durant leur dernière grossesse en 2011. Cette proportion varie selon le lieu de résidence (91,6% en milieu urbain contre 62,7 % en milieu rural).(9)

Le milieu rural au Maroc se caractérise par une vulnérabilité sociale et économique qui touche d'une façon particulière les femmes et les enfants. Ce qui constitue un vrai obstacle pour améliorer la santé maternelle. Par conséquent, la prise en charge des femmes en situation vulnérable doit être l'objet d'une particulière attention par les professionnels de santé en raison du risque médical majeur lié à cette condition. (10)

Pourtant, le Maroc a réalisé un progrès significatif dans le domaine de la santé maternelle grâce à plusieurs programmes et stratégies adoptés dès les années 1970. En 2008, la maternité sans risque devient une priorité politique nationale importante, et la réalisation du 4ème et 5ème OMD est devenue au cœur des préoccupations sanitaires. Dans ce cadre, le Maroc a lancé son programme et sa vision stratégique « le plan national de réduction de la mortalité maternelle pour la période 2012-2016»(11)

En parallèle aux efforts fournis sur le plan organisationnel et ressources humaines, le Maroc a toujours intégré la promotion de la santé comme une approche complémentaire qui voit la maladie dans sa globalité. Cette approche vise à promouvoir la santé de la collectivité et non seulement celle de l'individu afin de minimiser les iniquités persistantes entre le milieu urbain et le milieu rural.

Devant cette situation globale, nous avons posé la question sur l'apport d'un projet à base communautaire dans l'amélioration du suivi de la grossesse.

II. Cadre conceptuel de l'étude :

Le Cadre conceptuel de notre étude est inspiré du modèle de la promotion de la santé de l'OMS, qu'il définit comme étant une approche globale, qui vise le changement des comportements mais aussi des environnements relatifs à la santé, (12).

Elle insiste sur le rôle de la participation concrète et active de la communauté dans l'élaboration des stratégies et des programmes sanitaires, afin de prévenir des maladies, réduire des facteurs de risques et promouvoir une utilisation accrue des services de santé disponibles.

Elle appuie aussi le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie(13).

Par conséquent, cette mobilisation communautaire autour de la santé sera à l'origine d'une meilleure orientation des services de santé pour la création d'un système de soins intégré et efficace.

Au total, on vise comment une communauté peut améliorer sa santé lorsqu'elle a les connaissances, les outils, les compétences et le soutien technique nécessaire. Est-ce que cette étude va mener à un changement de comportement et aboutir à un bon suivi et une intégration

dans le système de soins. Le but ultime attendu de ce travail est que la communauté puisse agir d'une façon autonome, efficace et efficiente vis-à-vis de la santé des femmes enceintes.

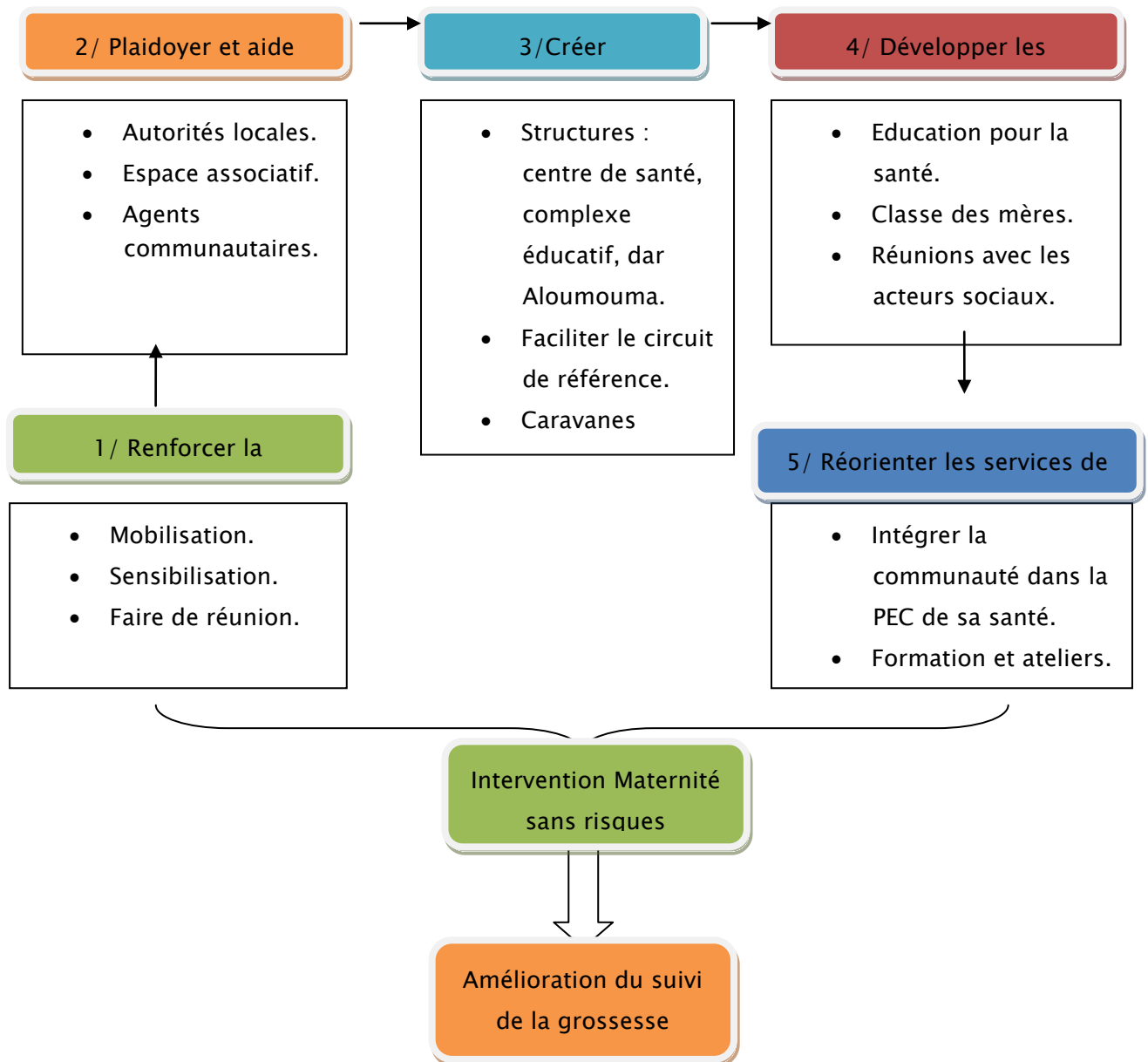


Figure 1 : Cadre conceptuel inspiré du modèle théorique de la promotion de la santé de l'OMS

III. Objectifs :

1. Objectif principal :

Décrire l'apport d'un projet à base communautaire dans l'amélioration du suivi de la grossesse chez une population vulnérable de Février au Septembre 2014.

2. Objectifs secondaires :

- Mettre en place un service de soins pour le suivi des femmes enceintes.
- Evaluer le degré d'adhésion des femmes au programme de suivi de la grossesse.



PARTICIPANTES
ET
METHODES

I. Type de l'étude

Notre travail est une étude descriptive observationnelle longitudinale. Elle consiste à suivre une cohorte de femmes enceintes dans une région vulnérable.

II. Population cible et échantillonnage :

1. Population cible de l'étude :

Toutes les femmes enceintes durant la période de l'étude (année 2014) et résidentes dans la commune rurale de Zerkten ont fait partie de la population de notre étude.

2. Echantillon de l'étude :

2.1. Technique :

Notre échantillon était de type exhaustif. Toutes les femmes enceintes qui se sont présentées pour le suivi de leur grossesse ont été incluses.

2.2. Recrutement des participantes :

Deux mois avant le début de l'étude, et après un recensement des femmes enceintes de la commune par les autorités locales, le recrutement des participantes dans notre étude a été effectué par les agents de la commune de Zerkten, l'association des amis du CHU de Marrakech et les adhérents de l'espace associatif de Zerkten.

2.3. Taille de l'échantillon :

La taille de notre échantillon était de 283 femmes.

3. Site de l'étude :

La commune de Zerkten se situe dans la province d'Al Haouz, cercle d'Ait Ourir, Caidat de Touama dans la région de Marrakech-Safi, au Maroc. Située au Flanc nord du Haut Atlas occidental à 78 Km de l'ouest de la ville de Marrakech sur la route nationale Marrakech-Ouarzazate.

En 2014, sa population générale était estimée à 19926 habitants, et les naissances attendues étaient de 546.

Sa position sur le Haut Atlas lui confère un relief très accidenté. En hiver surtout, les intempéries font que certains douars sont parfois enclavés.

Selon le haut-commissariat au plan, le taux de pauvreté estimé à 23,9%, en 2007, est nettement supérieur à la moyenne nationale qui est de 8,9% ; ce qui qualifie la commune de Zerkten comme étant parmi les pauvres communes de la région.(14)

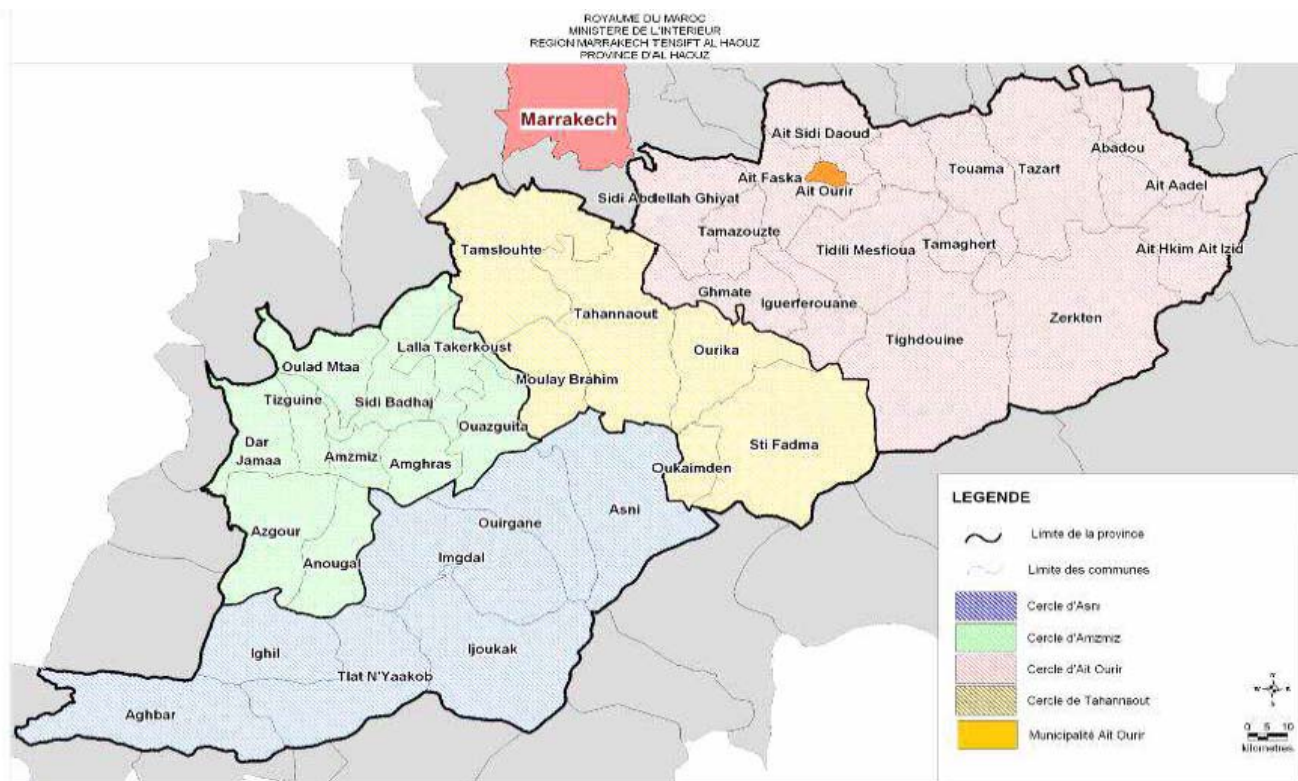


Figure 2: Découpage administratif de la province d'Al Haouz.

Les structures sanitaires de la commune de Zerkten se composent d'un centre de santé situé au centre du village, et trois dispensaires ruraux (Taddart, Ighi, Idgh). La maison d'accouchement la plus proche est celle de Touama qui est loin de 23 km du centre de la commune. Les références des cas compliqués se fait vers l'hôpital provincial de Tahanaout (87Km) ou vers le CHU Mohammed VI de Marrakech (78km).

L'utilisation des services de santé est très limitée dans cette zone, car on estime la fréquentation des soins prénatals à 8% selon les statistiques du registre local pour l'année 2014.

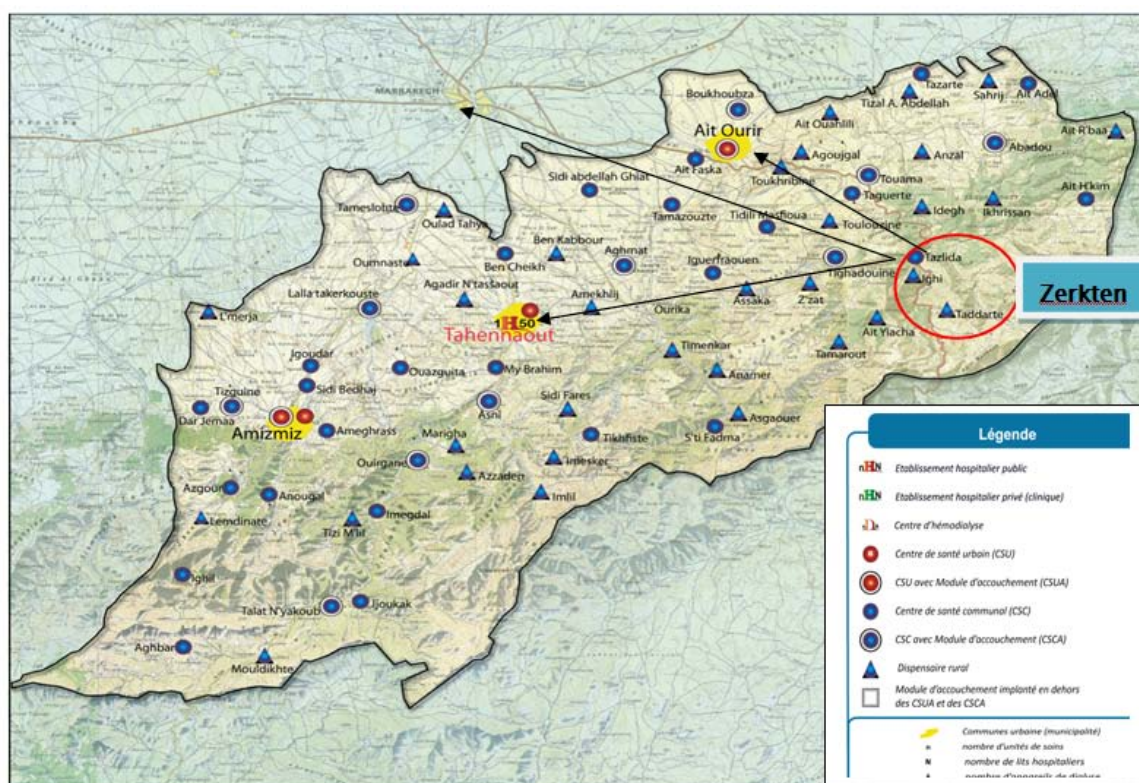


Figure 3: Carte sanitaire de la province d'Al Haouz

III. Contexte de l'étude :

Projet « Maternité sans risques »

Le projet « Maternité sans risque » est une action communautaire réalisée sous l'égide du Ministère de la santé du Maroc en collaboration avec la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech et le Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI de Marrakech.

Ce projet consiste à la mobilisation communautaire et le rapprochement des services de soins auprès de la population via des caravanes médicales. Il vise la prise en charge des femmes enceintes au niveau des zones vulnérables et enclavées sur le plan médical, éducatif et renforcement des compétences communautaires.

La province d'Al Haouz contient 3 communes urbaines et 37 communes rurales, y compris la commune de Zerkten, caractérisée par une géographie montagneuse difficile et une accessibilité limitée aux structures sanitaires locales, provinciales et régionales.

La commune de Zerkten a été choisie comme zone d'étude étant donné qu'elle souffre d'un enclavement dû aux conditions géographiques et climatiques difficiles surtout pendant la période hivernale. Les structures sanitaires de la commune connaissent un manque du personnel de santé et un éloignement de la population dû à la dispersion des douars qui caractérisent la province d'Al Haouz en général.

1. Objectifs du projet :

Le projet a visé le rapprochement des soins de santé maternelle à la population de la commune de Zerkten via :

- La promotion de la santé maternelle.
- Le suivi des grossesses normales.
- Le dépistage des complications et les grossesses à haut risques.
- Le renforcement des capacités du personnel médical et de la communauté.

2. Les étapes de la réalisation du Projet :

La réalisation de cette intervention a comporté quatre grands volets : premièrement : le montage de projet, deuxièmement : la préparation des moyens logistiques, troisièmement : la formation de l'équipe médicale et du reste des intervenants, et dernièrement la mise en place de l'intervention.

2.1. Le montage du projet :

Cette étape fondamentale a constitué le point de départ par la réalisation de la fiche technique du Projet et le plan d'action détaillé du projet. Elle a été caractérisée par une exploration du site de l'intervention, le lancement des réunions avec les différents acteurs sociaux et les responsables administratifs de la commune, la conceptualisation du déroulement des caravanes médicales et enfin les outils du suivi du bon déroulement du projet.

2.2. Partenariat et moyens logistiques :

Après la signature de la convention principale entre l'association des amis du CHU Mohamed VI de Marrakech et le Ministère de la santé, une réunion a été tenue pour préciser le rôle de chaque partenaire, le budget estimatif total et les outils d'évaluation du projet.

La délégation provinciale d'Al Haouz, le service d'épidémiologie et bio-statistiques médicales, le service de gynécologie obstétrique, l'association des infirmiers et un laboratoire privé d'analyses médicales ont constitué les principaux partenaires engagés avec l'association porteuse du projet.

Pour assurer le bon déroulement des caravanes médicales, une liste des moyens logistiques nécessaires a été établie avec un lancement d'achat sur des étapes selon le besoin de chaque période.

2.3. Formation de l'équipe médicale :

Des tables rondes et des ateliers de travail animés par des professeurs de la faculté de médecine et de la faculté des sciences ont été lancés en parallèle selon un calendrier précis pour former une équipe de travail homogène et efficace.

L'association des amis du CHU Mohamed VI de Marrakech a réalisé des réunions pour la création de sous-comités veillant sur le bon suivi et l'accompagnement du projet jusqu'à sa fin.

2.4. Les caravanes médicales :

La première caravane médicale a été réalisée le 15 Février 2014, cette visite a permis de créer un premier contact avec la population en leur informant de l'idée du projet et ses objectifs.

Les caravanes médicales de suite ont suivi le plan suivant :

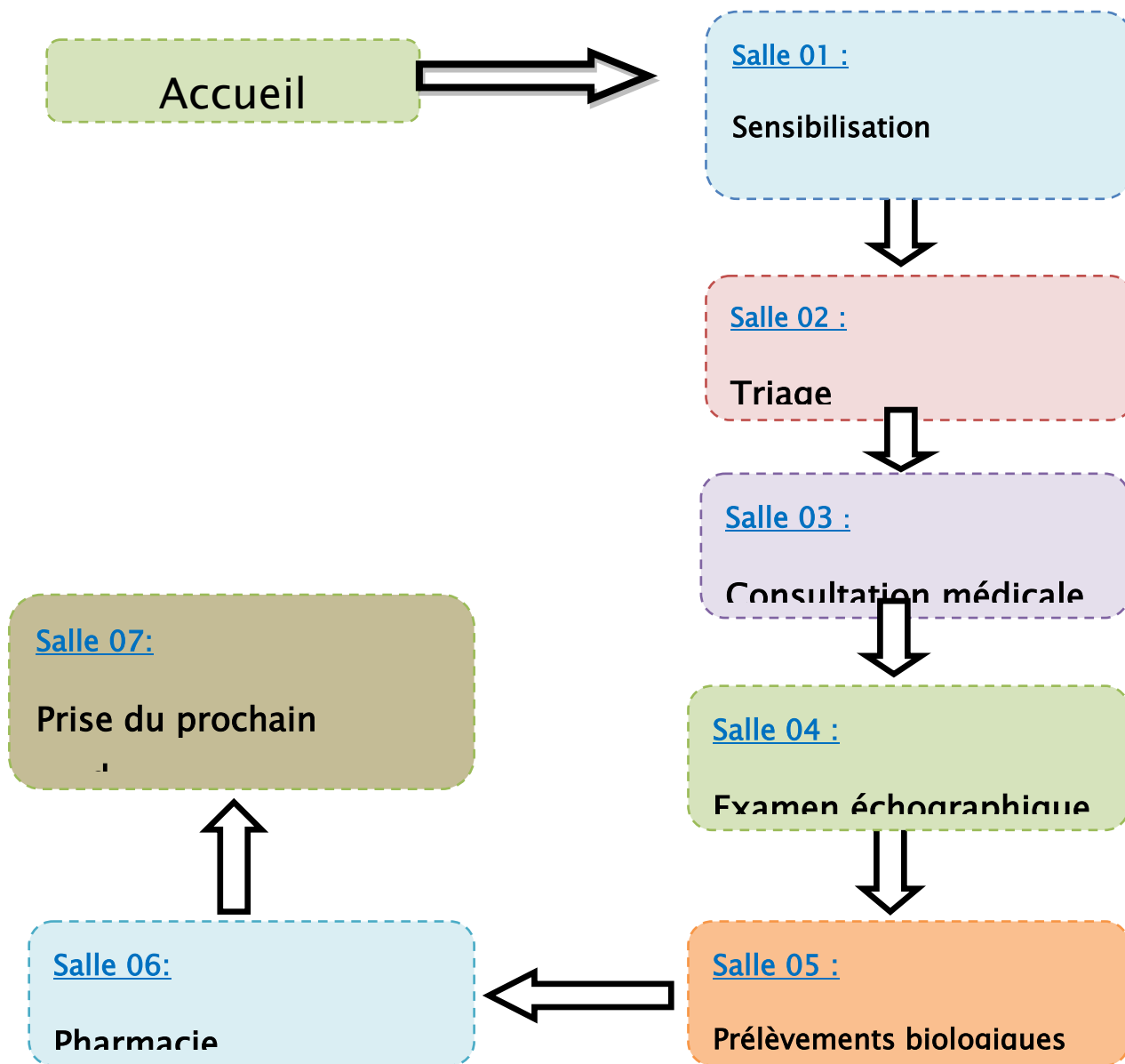


Figure 4 : Circuit de la consultation médicale des participantes

IV. Variables de l'étude :

En se basant sur le dossier médical, inspiré de la fiche rose du Ministère de la santé et adapté au contexte des sorties médicales, les variables de notre étude étaient :

1. Les caractéristiques sociodémographiques des femmes participantes :

- L'âge
- Le niveau d'instruction
- La couverture sanitaire RAMED
- La consanguinité avec les conjoints

2. Les antécédents des participantes :

- Anomalies des grossesses antérieures
- Types d'anomalies de grossesses antérieures
- Complications au cours des grossesses antérieures
- Complications antérieures du nouveau-né

3. Le suivi de la grossesse.

- Le terme de la grossesse
- Les grossesses jugées à risque et les types de risques
- La parité des femmes participantes
- Le nombre d'accouchement à domicile
- Le nombre d'accouchement médicalisé

4. L'issue de la grossesse.

V. Collecte des données :

1. L'outil de la collecte :

La collecte des données s'est basée sur des questionnaires inspirés de la fiche rose du Ministère de la santé et le dossier de l'accouchement. Ce questionnaire est conçu et validé par le service d'épidémiologie médicale de Marrakech en collaboration avec le service de gynécologie-obstétrique du CHU Mohamed VI de Marrakech. Il comporte 11 pages organisées en six parties principales : (Annexe 2)

- Identité.
- Les antécédents de la parturiente : médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux.
- Examen clinique.
- Examen échographique.
- Analyse globale de l'état de la grossesse.
- Analyses biologiques.
- Examen du postpartum.

2. Méthode de la collecte :

2.1. Les questionnaires :

Les questionnaires sont introduits d'une façon directe lors des caravanes médicales du suivi des femmes enceintes. Les questionnaires sont posés en Amazigh pour garantir une bonne compréhension des questions. Ils sont conçus d'une façon structurée garantissant le remplissage rapide et la collecte de toutes les informations possibles.

2.2. L'examen clinique :

L'examen clinique général et gynécologique est assuré par des médecins femmes et des étudiantes en médecine pour garder l'intimité de la femme enceinte, et approfondir la relation médecin malade entre les participantes et l'ensemble de l'équipe médicale. Chaque salle de consultation comportait une étudiante en médecine, une sage-femme et un médecin généraliste.

L'examen clinique s'est déroulé en trois temps successifs :

L'interrogatoire : il précisait l'identité de la femme, les antécédents personnels, familiaux, gynécologiques et obstétricaux (gestité, parité, nombre d'enfants vivants, complications au cours des grossesses antérieures, issue des grossesses antérieures)

L'examen général : il contenait la prise du poids, la taille, la température, la tension artérielle et l'état des conjonctives. Les bandelettes urinaires sont réalisées d'une façon systématique pour chaque femme.

L'examen gynécologique : après l'examen clinique de chaque appareil, l'examen gynécologique est réalisé par le médecin et la sage-femme. Cet examen précisait la hauteur utérine, l'activité cardiaque du fœtus, les mouvements actifs fœtaux. Un examen au spéculum était obligatoire au moins une fois pour chaque femme associé à un toucher vaginal pour préciser l'état du bassin, du col et de la présentation fœtale.

L'échographie obstétricale : toutes les femmes ont bénéficié d'un examen échographique fait par un gynécologue ou un résident en gynécologie obstétrique.

Les analyses biologiques : cette étape assurée par un infirmier ou un étudiant en médecine avait comme objectif la précision de l'état de l'hémoglobine grâce à un hémoglobinomètre, la glycémie capillaire, et la prise du sang pour l'analyse du groupage sanguin et la sérologie syphilitique qui s'était effectué dans un laboratoire d'analyses biologiques à Marrakech.

2.3. Période de la collecte :

La collecte des données a duré 08 mois, de Février 2014 jusqu'au Septembre 2014.

VI. Analyse des données :

La saisie et l'analyse des données recueillies a été faite sur le logiciel SPSS version 16 au laboratoire d'épidémiologie médicale de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, université CADI AYYAD.

L'analyse était descriptive et bi-variée. Les variables qualitatives ont été présentées par les effectifs et pourcentages correspondants, les variables quantitatives ont été décrites par leurs mesures de tendance centrale et leurs mesures de dispersion. Le test Khi carré a été utilisé pour la comparaison de deux pourcentages avec un seuil de signification statistique de 5%.

Le terme CPN signifie le trimestre auquel la femme a été vue et examinée.

CPN1 : les femmes qui ont été vues au 1^{er} trimestre.

CPN2 : les femmes qui ont été vues au 2^{ème} trimestre.

CPN3 : les femmes qui ont été vues au 3^{ème} trimestre.

VII. Considérations éthiques :

Le consentement oral des femmes, l'anonymat et la confidentialité des informations recueillies étaient des éléments de rigueur pour notre étude.

VIII. Aspects réglementaires :

Notre étude a été réalisée après l'obtention des autorisations de différentes structures concernées :

- Mr le gouverneur de la province d'Al Haouz.
- La délégation du ministère de la santé d'Al Haouz.
- Service des Infrastructures et les Actions Ambulatoires Préfectorales d'Al Haouz.
- Les autorités locales de la commune de Zerkten.
- Médecin chef du cercle de santé de Touama.

IX. Echéancier :

Avant la phase de mise en place de l'intervention, l'étude a été précédée par une phase préparatoire qui comportait :

- Les réunions avec le service d'épidémiologie et la conception de l'étude.
- Les réunions avec le service de gynécologie obstétrique et le laboratoire d'écologie humaine.
- Conception et validation du questionnaire « dossier médical de suivi » par les 3 services.
- Recrutement des volontaires et la formation de l'équipe médicale.
- Obtention des autorisations administratives.

Tableau I : Le chronogramme détaillé de notre étude

	2013		2014												2015													
	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Revue de littérature																												
Préparation et validation outils																												
Autorisations et préparations du																												
Formation de l'équipe médicale																												
Action sur le terrain																												
Validation et saisie des données																												
Analyses des données																												
Communication des résultats																												

A decorative rectangular frame with ornate, symmetrical scrollwork at each corner. The word "RESULTAS" is centered within the frame in a bold, italicized, serif font.

RESULTAS

I. Caractéristiquessociodémographiques :

1. L'âge :

La médiane d'âge dans notre échantillon étaitde 26 ans, avec des extrêmes allant de 14ans à 42 ans.

2. Données sociodémographiques :

2.1. Niveau d'instruction :

La proportion des femmes analphabètes était de 66,20%, contre 30% des participantes qui avaient un niveau scolaire primaire.

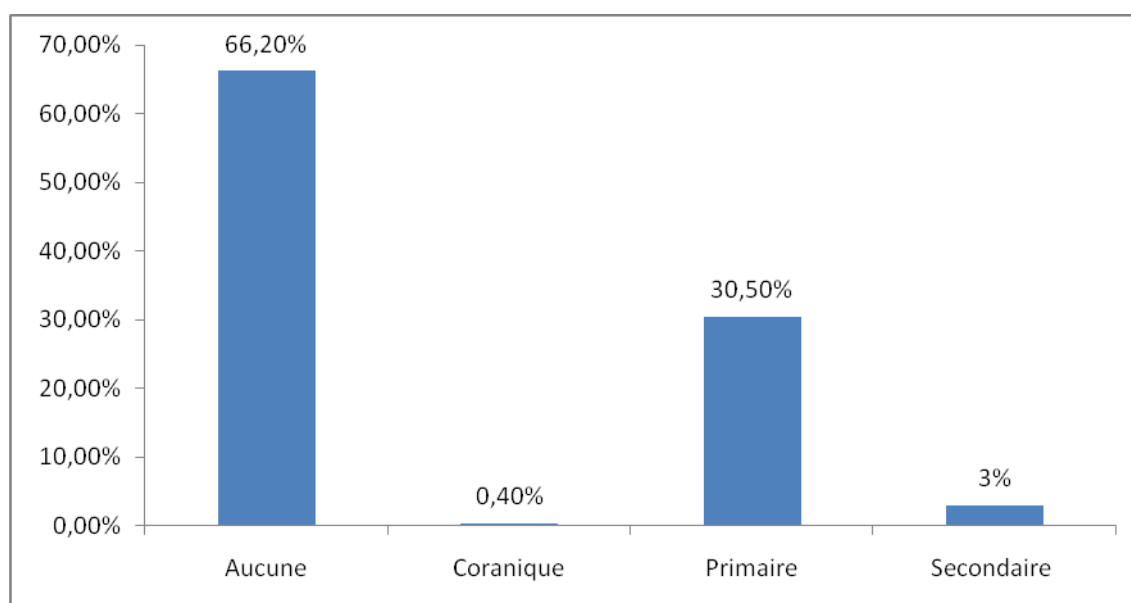


Figure 5: Répartition des femmes selon le niveau d'instruction (N=269)

2.2. Profession :

La quasi-totalité des participantes étaient des femmes au foyer ; cela représente un pourcentage de 99,6%.

2.3. La couverture sanitaire RAMED :

La proportion de la couverture sanitaire était faible, et les femmes ayant une couverture ne dépassaient pas 5% de toutes les participantes. Le RAMED était le seul système d'assurance médicale existant.

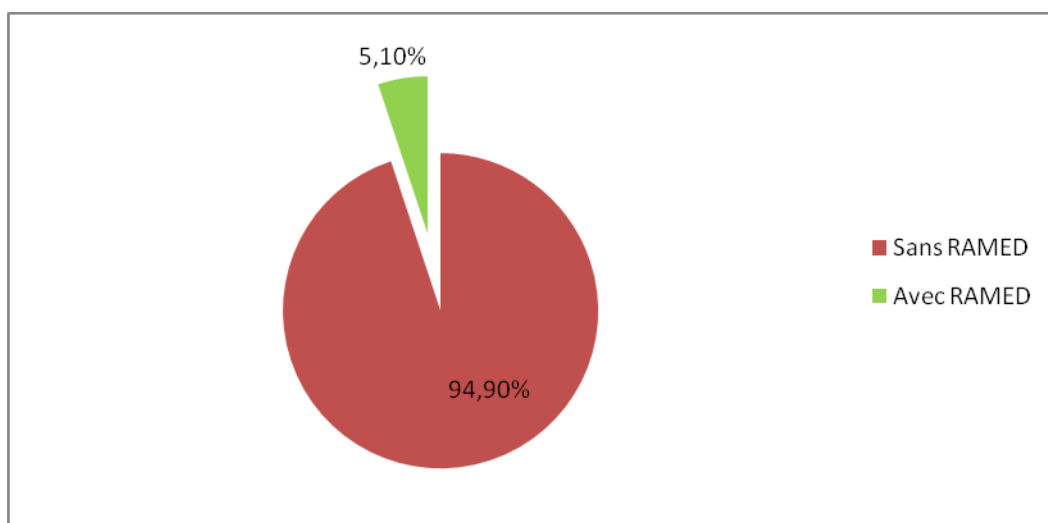


Figure 6: Répartition des femmes selon la couverture sanitaire RAMED (N=254)

2.4. Consanguinité :

Dans notre étude, le tiers des femmes participantes avaient un lien de consanguinité avec leurs conjoints.

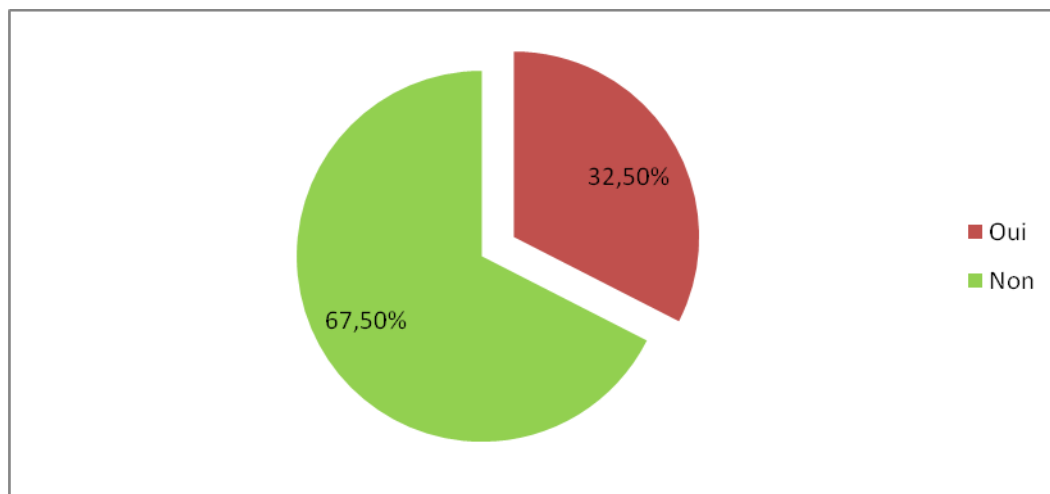


Figure 7: Répartition des femmes selon l'état de consanguinité avec leurs conjoints(N=271)

II. Les antécédents des participantes :

1. Antécédents familiaux :

Parmi les participantes à notre étude, le tiers des femmes avaient des antécédents (ATCD) familiaux d'hypertension artérielle (HTA) et de diabète soit respectivement 23,7% et 32,7%.

Tableau II: Les antécédents familiaux des femmes participantes (N=257)

ATCD familiaux	Effectif (n)	Pourcentage (%)
HTA	61	23,7
Diabète	84	32,7

2. Les antécédents obstétricaux :

2.1. ATCD d'utilisation des services de soins

Dans notre étude, presque le $\frac{3}{4}$ des participantes n'avaient aucun contact avec les services de soins au cours des grossesses antérieures.

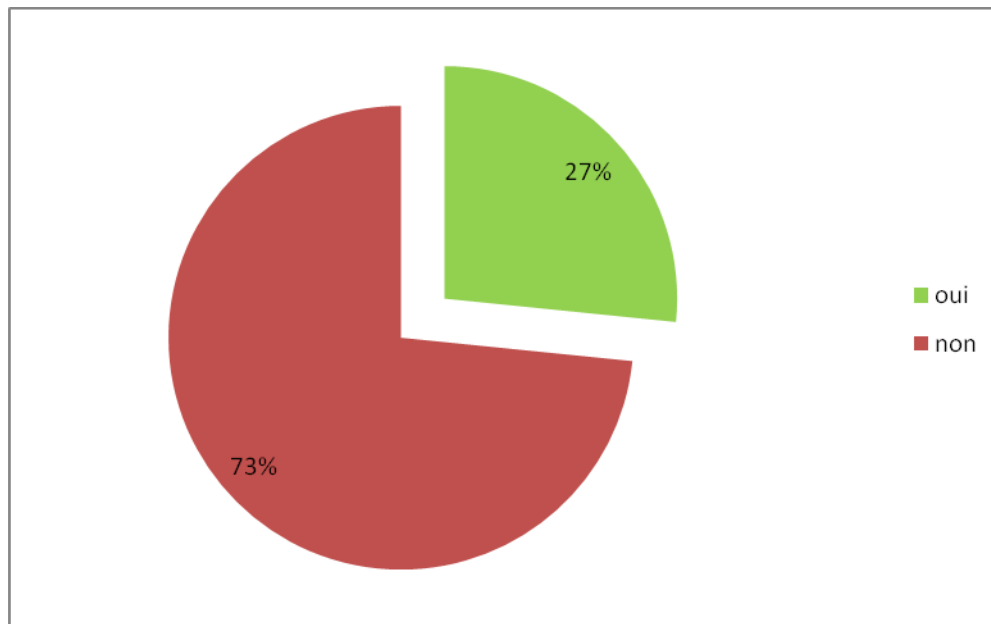


Figure 8: Répartition des participantes selon leur utilisation des soins au cours de l'accouchement antérieur (N=252)

2.2. Anomalie de la grossesse antérieure :

Les deux tiers des participantes (73,3%) ont rapporté que les grossesses antérieures étaient normales, contre 26,7% des femmes ayant un ATCD d'anomalies de la grossesse antérieure.

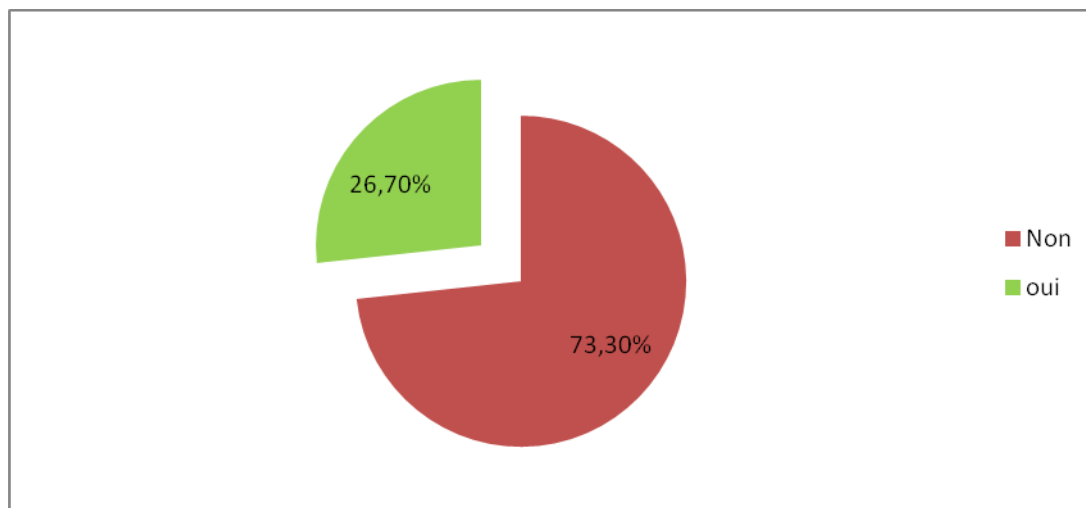


Figure 9: Répartition des femmes selon la présence d'anomalie pendant la grossesse antérieure (N=236)

2.3. Types d'anomalies des grossesses antérieures :

L'avortement spontané était la complication la plus fréquente au cours des grossesses antérieures suivie par la Mort Fœtale In Utero.

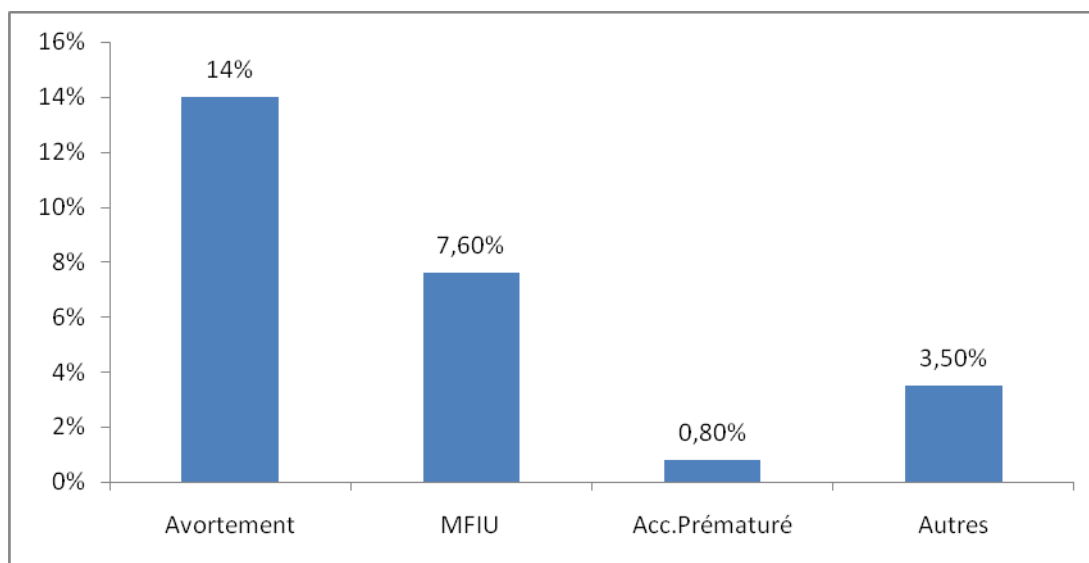


Figure 10: Répartition des participantes selon leurs antécédents obstétricaux (N=236)

2.4. Antécédents de complications des accouchements antérieurs :

La quasi-totalité des participantes n'avaient aucune complication lors des accouchements antérieurs. Juste 2% des femmes ont rapporté cette notion.

2.5. Antécédents de complications antérieures du nouveau-né :

Dans notre étude, 37 participantes ont confirmé l'ATCD de complications du nouveau-né au cours des grossesses antérieures.

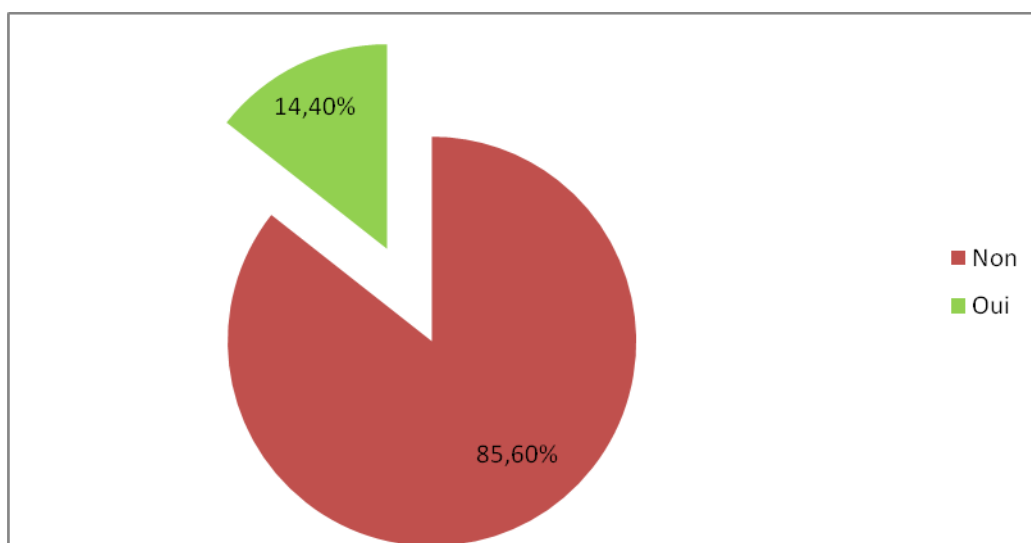


Figure 11: Répartition des femmes selon les complications antérieures du nouveau-né (N=257)

III. Suivi des femmes :

1. Répartition des femmes selon le terme :

Durant la période de notre étude, le nombre total des consultations prénatales réalisées était de 407 consultations. La plupart des femmes suivies ont été vues en 3^{ème} trimestre de grossesse.

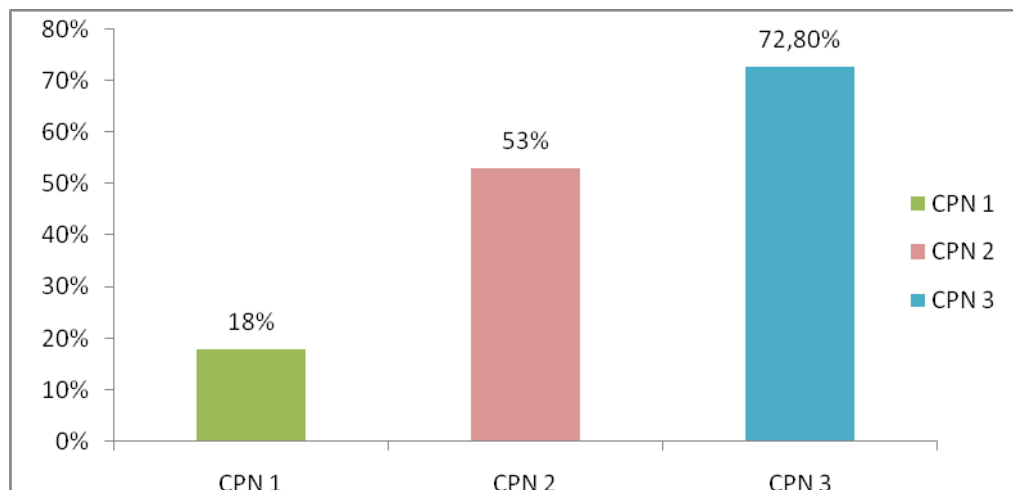


Figure 12: Répartition des consultations réalisées selon le terme des participantes (N=283)

2. Les grossesses jugées à risque par les participantes:

Dans notre étude, d'après les interrogées les deux tiers des grossesses ont été jugées à risque.

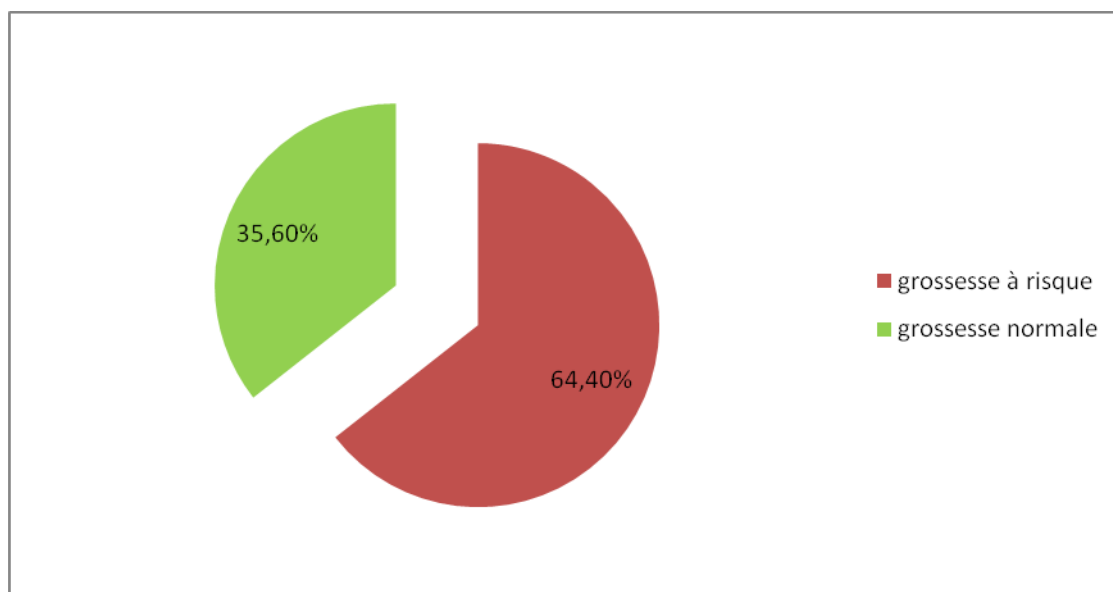


Figure 13: Répartition des femmes selon les grossesses jugées à risque (N=250)

3. Les anomalies rapportées par les participantes:

L'infection était l'anomalie la plus fréquente ressentie avec un nombre de 129 cas, suivie de l'anémie en 2^{ème} rang avec un nombre de 27 cas enregistrés lors des différentes consultations prénatales.

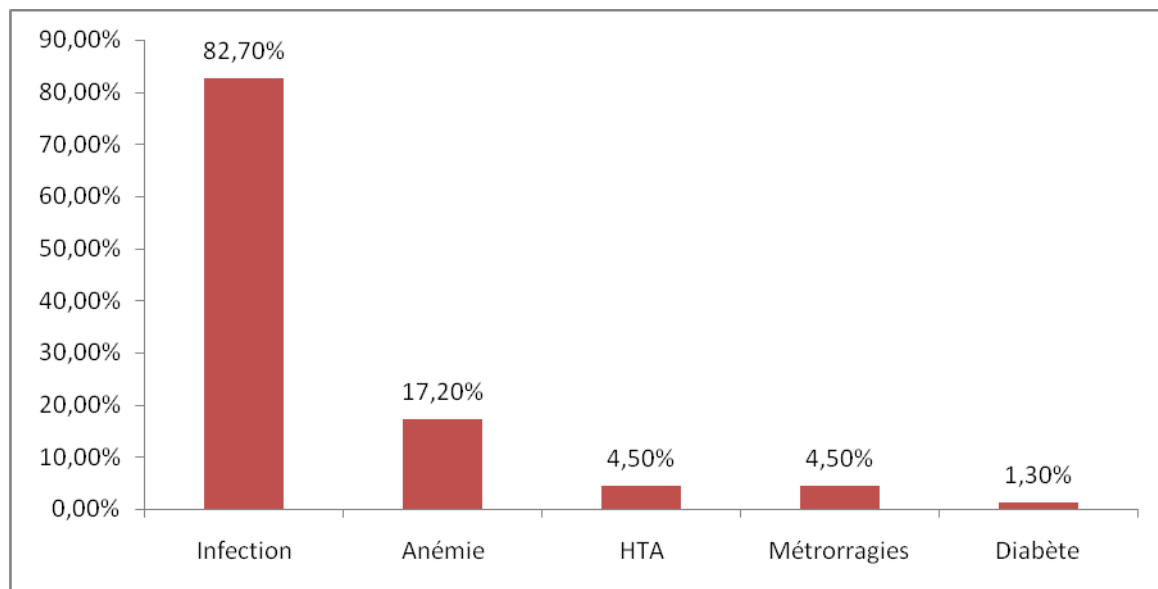


Figure 14: Répartition des participantes selon les anomalies de grossesse ressenties (N=156)

4. Nombre d'accouchements antérieurs à domicile :

Dans notre étude, le tiers des participantes avaient au moins un accouchement antérieur à domicile.

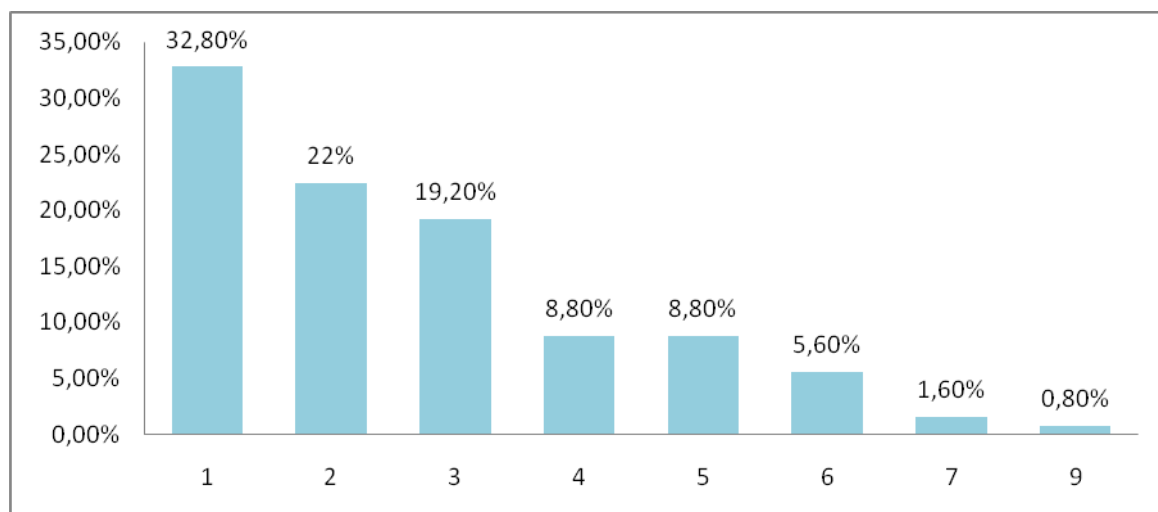


Figure 15: Répartition des femmes selon le nombre d'accouchement à domicile (N=125)

5. Nombre d'accouchements antérieurs médicalisés :

Dans notre étude, presque le tiers des femmes participantes (26%) avaient un accouchement dans une structure sanitaire et assisté par un personnel qualifié.

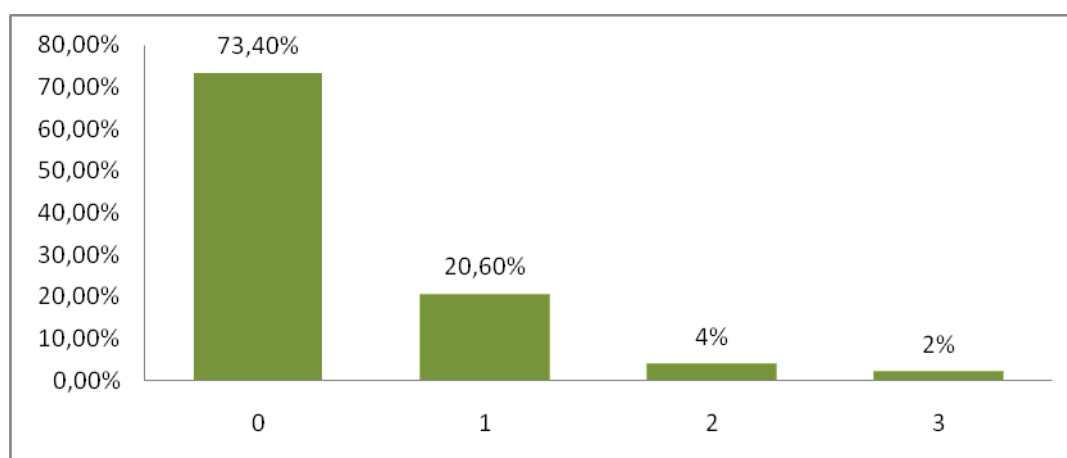


Figure 16: Répartition des femmes selon le nombre d'accouchement antérieur médicalisé (N=252)

6. La parité des participantes :

Dans notre échantillon, la proportion des femmes ayant mis au monde 2 enfants ou plus était de l'ordre de 56,8%.

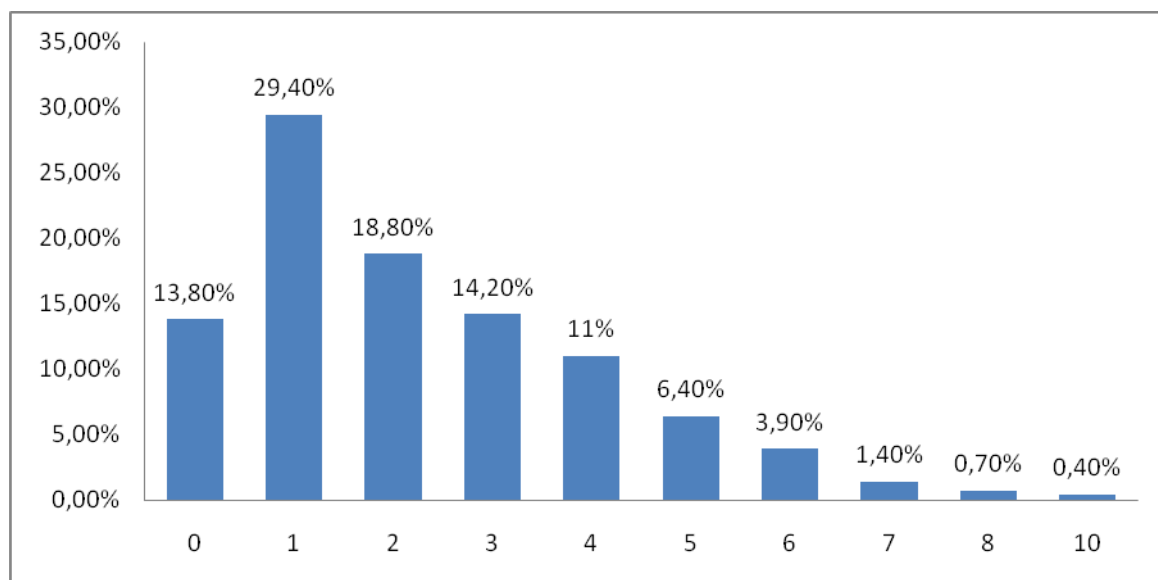


Figure 17: La répartition des participantes selon la parité (N=282)

7. Les types d'anomalies détectées:

7.1. Sérologie syphilitique :

Toutes les femmes ont bénéficié d'une sérologie syphilitique, et toutes les sérologies ont été négatives.

7.2. Infection :

Dans notre étude, 129 femmes ont été diagnostiquées porteuses d'une infection soit génitale ou urinaire.

7.3. HTAG:

Aucun cas d'HTA gravidique n'a été enregistré dans notre étude.

7.4. Diabète gestationnel :

Aucun cas de diabète gestationnel n'a été diagnostiqué dans notre étude.

7.5. Anémie :

Dans notre étude, plus de 20% des participantes avaient une anémie dont 8,5% avaient une anémie modérée.

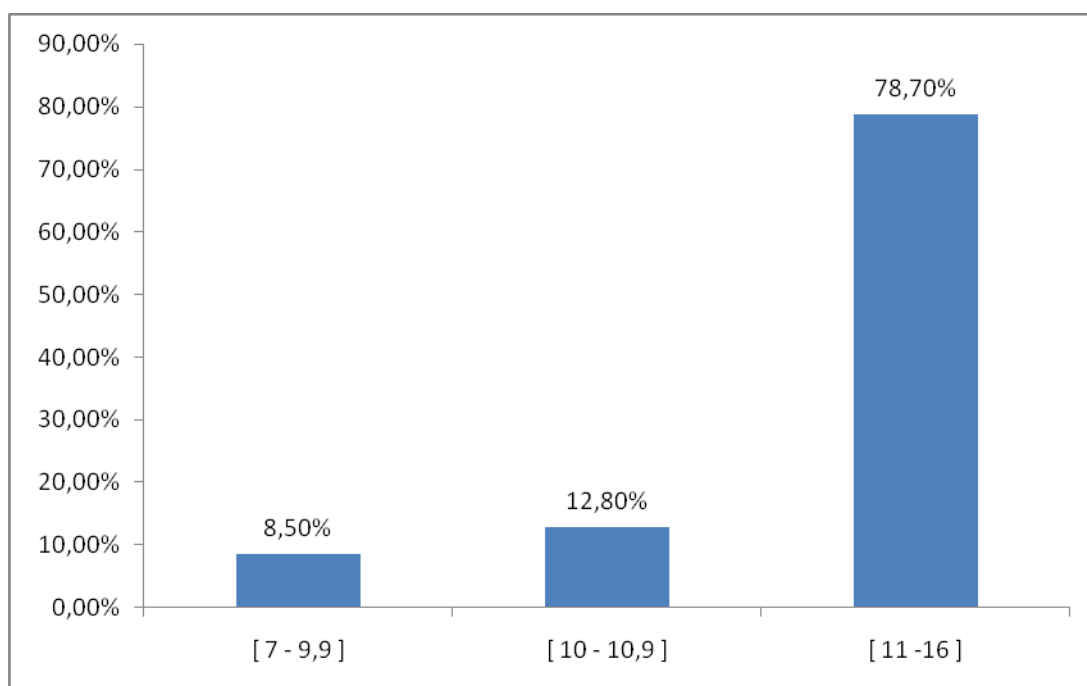


Figure 18: Répartition des femmes selon le taux d'hémoglobine (N= 195)

8. Le respect des 3 Consultations prénatales :

Dans notre étude, on note une augmentation du nombre de femmes adhérentes au suivi prénatal : 19 femmes sur 51 ont bénéficié de 3 consultations prénatales et 86 femmes avaient bénéficié de 2 consultations prénatales.

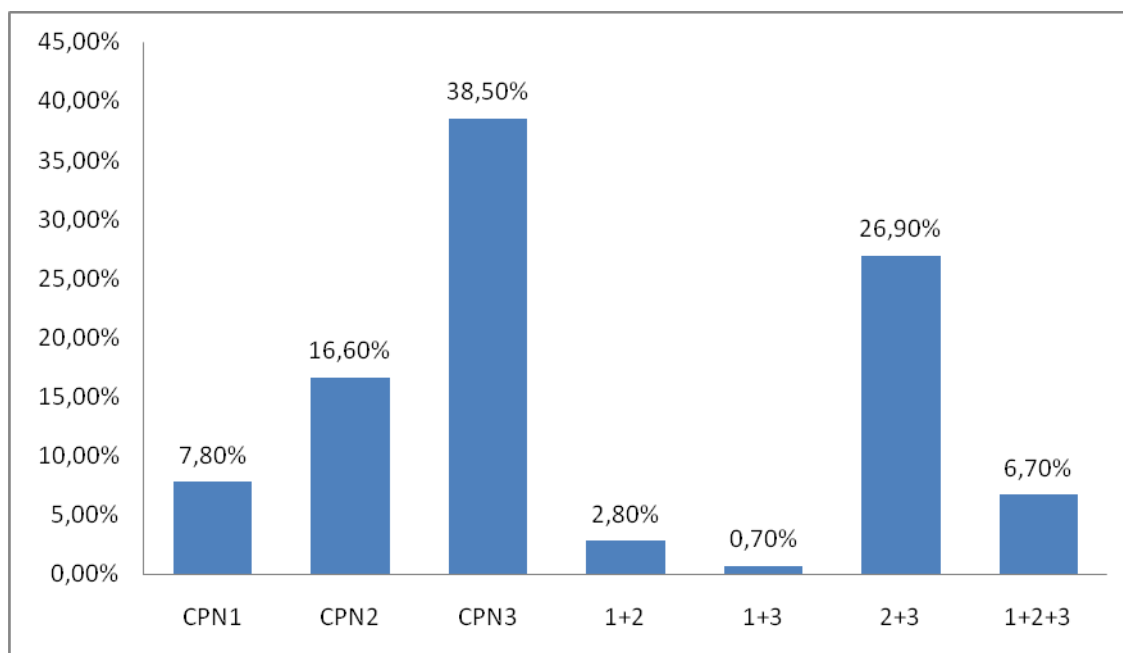


Figure 19: Répartition des participantes selon le nombre des visites prénatales effectué (N=283)

IV. L'issue de la grossesse :

Parmi les 38 femmes qui ont accouché et bénéficièrent de la consultation postpartum durant les 8 mois de l'étude, 19 parmi elles ont accouché dans un milieu médicalisé.

1. Milieu de l'accouchement :

Comme cité précédemment, 19 femmes ont accouché dans un milieu surveillé parmi les 38 femmes qui se sont présentées pour la consultation du postpartum.

Dans notre analyse bi-variée on va comparer l'accouchement dans un milieu médicalisé avec les autres facteurs associés.

1.1. Le niveau d'instruction :

Dans notre étude, 70% des femmes instruites ont accouché dans un milieu surveillé, contre 30% des femmes analphabètes ayant accouché dans une structure médicalisée.

1.2. Le RAMED:

Le tiers des femmes (33,3%) Ramedistes ont accouché dans un milieu surveillé, contre 66,7% des femmes sans couverture sanitaire ayant accouché dans un milieu médicalisé.

1.3. Antécédents de grossesse à risque :

On a constaté que 55% des femmes avaient un antécédent de grossesse à risque, elles ont accouché dans un milieu surveillé contre 45% des femmes qui n'avaient pas une grossesse à risque antérieure.

1.4. Anomalies de grossesses antérieures :

Les deux tiers des femmes ayant accouché à domicile n'avaient pas une anomalie de grossesse antérieure, contre 33,3% des femmes avaient des anomalies et qui ont accouché dans une structure médicalisée.

1.5. Complications antérieures du nouveau-né :

La proportion des femmes ayant un antécédent de complications du nouveau-né, et qui ont accouché dans un milieu surveillé, était de 57,1% contre 42,9% des femmes ayant accouché à domicile.

1.6. Antécédent d'utilisation des services de soins :

Le pourcentage des femmes qui avaient déjà un contact avec le service des soins et qui ont accouché dans une structure médicalisée (50%), était identique chez celles qui avaient le contact et elles ont accouché à domicile.

Tableau III: Facteurs sociodémographiques et ATCD des femmes avec le lieu d'accouchement

	Lieu d'accouchement	
	A domicile (%)	Médicalisé (%)
Niveau d'instruction :		
Non	59,3	40,7
Oui	30	70
RAMED :		
Non	47,1	52,9
Oui	66,7	33,3
Grossesse à risque		
Non	42,2	53,8
Oui	45	55
Anomalies de la grossesse antérieure		
Non	47,8	52,2
Oui	66,7	33,3
Utilisation des services de soins		
Non	50	50
Oui	50	50
Complications du nouveau-né		
Non	57,7	42,3
Oui	42,9	57,1

A decorative rectangular frame with ornate, symmetrical scrollwork at each corner. The word "DISCUSSION" is centered within the frame in a bold, italicized, serif font.

DISCUSSION

I. La santé maternelle :

La santé maternelle est un processus qui tient en compte tous les aspects de la santé de la femme de sa grossesse, à l'accouchement jusqu' au postpartum. Son état reflète le progrès sanitaire d'un pays, et son amélioration est le seul garant d'une moindre mortalité et morbidité maternelle.

1. Définitions :

1.1. La mortalité maternelle :

La mortalité maternelle se définit comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quel que soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse, ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite »(15)

1.2. La morbidité maternelle :

La morbidité maternelle est un état pathologique qui survient au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum limitée à 42 jours après l'accouchement (Campbell et Graham, 1990). (16)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose une autre définition de la morbidité maternelle, elle la définit comme étant « un état pathologique chez une femme qui est ou a été enceinte, quels que soient la durée et le site de la grossesse, de toute cause en relation avec ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge ; les causes accidentelle ou incidente étant exclues » (OMS 1993). (17)

2. Historique :

La mortalité maternelle n'est pas seulement une injustice sanitaire, mais surtout une injustice sociale touchant plusieurs pays surtout ceux qui sont en voie de développement. Dans le monde environ 830 femmes meurent chaque jour du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement.(18)

En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement(18). Ces chiffres qui nous apparaissent choquants, ils ont passé de plusieurs phases ayant permis leur réduction. Les étapes suivantes étaient les principales phases caractérisant le processus d'amélioration de la santé maternelle :

1945 : L'introduction des antibiotiques, l'amélioration des soins obstétricaux et une meilleure assimilation de la toxémie gravidique ont permis une meilleure amélioration du pronostic maternel(19).

1976–1985 : Eclairage accordé à ce problème par les Nations Unies (20).

1987 : Lancement de l'initiative Maternité Sans Risque lors d'une conférence internationale organisée par l'OMS, la banque mondiale et le FNUAP, qui s'est tenue à Nairobi (19).

La Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), la quatrième conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) et la Consultation technique sur la maternité sans risque (Colombo, 1997) ont permis d'attirer l'attention de la communauté internationale sur la nécessité d'intensifier les mesures prises pour réduire de moitié la mortalité maternelle, conformément à l'objectif fixé lors du Sommet mondial pour les enfants (New York, 1990) (21).

2000 : 191 états membres des Nations Unies ont signé la déclaration du millénaire pour le développement qui engage les dirigeants à réaliser ses objectifs à la fin de 2015.(22)

3. Causes de la mortalité maternelle :

3.1. A l'échelle mondiale :

Les causes de la mortalité maternelle se produisent fréquemment lors ou après l'accouchement. Le graphique suivant illustre les principales causes de la mortalité maternelle à l'échelle mondiale selon un rapport publié par l'UNICEF :(23)

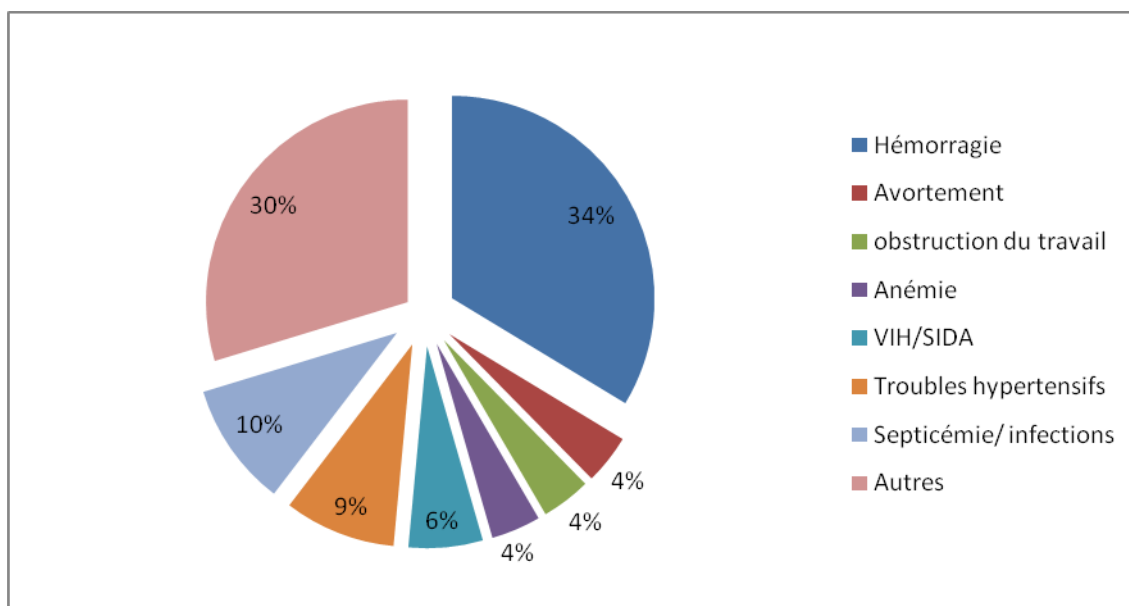


Figure 20 : Causes de la mortalité maternelle à l'échelle mondiale selon UNICEF

3.2. A l'échelle nationale :

Afin de bien définir les principales causes de la mortalité maternelle, le Maroc a installé un système de surveillance au niveau de tous les hôpitaux. En 2009, une analyse des résultats de ce système a permis de citer les causes de décès des femmes.

Tableau IV: Les causes de la mortalité maternelle dans notre contexte (22)

Causes directes 81%	Causes indirectes 14%
<ul style="list-style-type: none">- Hémorragies- Rupture utérine- Pré éclampsie et éclampsie- Infection- Autres	<ul style="list-style-type: none">- Cardiopathies- Infections non génitales- Pathologie respiratoire- Autres

4. Etat des lieux :

La grande partie des décès maternels sont évitables, car on connaît bien les solutions médicales permettant de prévenir ou prendre en charge les complications.

Dans les pays à haut revenu, la quasi-totalité des femmes bénéficient d'au moins 4 consultations prénatales, de l'assistance d'un personnel de santé qualifié lors de l'accouchement et de soins du post-partum. Dans les pays à faible revenu, sur l'ensemble des femmes enceintes, seulement 40% bénéficient des 4 consultations anténatales recommandées (24).

Les facteurs qui empêchent les femmes de recevoir des soins durant la grossesse et l'accouchement sont les suivants: la pauvreté; la distance; le manque d'informations; l'inadéquation des services et les pratiques culturelles.

Dans notre contexte marocain, les contraintes influençant la santé maternelle sont également liées aux conditions des services des soins, particulièrement l'accès à l'accouchement dans les structures médicalisées. Les facteurs d'ordre culturel constituent aussi une barrière d'accès aux services de santé.

Au total on peut regrouper les contraintes en trois types :(25)

- L'accès physique et financier aux soins obstétricaux d'urgence.
- L'insuffisance en personnel et en qualité de soins.

- L'insuffisance dans la coordination et le pilotage des actions.

5. Efforts du Maroc Pour améliorer la santé maternelle :

5.1. 1970 -1990 :

Les années 70 du 20^{ème} siècle correspondent à la conception des premières stratégies nationales pour améliorer la santé maternelle. Durant cette période, l'attention était dirigée beaucoup plus vers la baisse de la mortalité infantile, en dehors de la planification familiale qui a aidé à améliorer la santé maternelle en réduisant l'indice synthétique de fécondité.

Lorsque l'initiative de la maternité sans risques a été lancée à l'échelle mondiale, en 1987, la réduction de la mortalité maternelle est devenue l'objectif essentiel du monde entier. Le Maroc a suivi la même politique de généralisation des soins de santé de base mais beaucoup plus focalisée sur la réduction de la mortalité infantile. (8)

Ces efforts ont été marqués par la construction de plusieurs maisons d'accouchement dans des centres de santé ruraux et la sensibilisation des accoucheuses traditionnelles, mais les résultats étaient au-dessous des attentes. Cette approche a trouvé beaucoup de difficultés et problèmes tels que le faible niveau de compétences de ces accoucheuses traditionnelles, le manque de transport pour les femmes ayant des accouchements difficiles, l'équipement inadéquat et les compétences insuffisantes des maisons d'accouchement au niveau local.

5.2. 1990- 2000

Au début des années 1990, l'initiative de la maternité sans risque a pris une dimension internationale. Cette phase correspondait à la période des premières estimations du ratio de la mortalité maternelle au niveau national (11). Le Maroc a essayé de développer ses efforts par l'élaboration des programmes ambitieux conformément aux recommandations internationales de manière progressive.

En se basant sur le concept des trois délais, le Maroc a lancé un projet pilote basé sur les soins obstétricaux d'urgence, associé à une mise à niveau des structures sanitaires et la formation des personnels de santé(8). Le concept des trois délais se concentrait sur l'importance de sensibiliser et de changer le comportement des familles ainsi que des professionnels de santé. Une stratégie de communication a été lancée simultanément en utilisant des dépliants et des films courts avec des messages éducatifs ciblant les femmes et leurs maris dans le but de connaître les complications de grossesses et comment chercher les soins auprès des services médicaux.

5.3. 2000- 2016

En 2008, la réduction de la mortalité maternelle et l'amélioration de la santé maternelle est devenue une priorité de premier rang dans le discours politique. Le Maroc, en souscrivant aux objectifs du Millénaire pour le Développement surtout OMD 5, a élaboré un plan d'action visant la réduction du taux de la mortalité maternelle de $\frac{3}{4}$, Les mesures prises sont basées sur des actions pertinentes fondées sur des évidences scientifiques : elles englobent les investissements dans les structures d'accouchement à tous les niveaux, la disponibilité des médicaments essentiels, le renforcement des compétences des professionnels des structures d'accouchement (sages-femmes et médecins généralistes), le développement des procédures pour assurer la qualité des soins y compris celle relatives aux modalités de transfert des parturientes et la maîtrise de la gestion des complications obstétricales.(11)

Grace à ces stratégies le Maroc a connu un progrès important, il a réussi à réduire le taux de la mortalité maternelle de 227/100.000 en 2000 jusqu'à 83/100.000 naissances vivantes en 2015(25). Ci-dessous, un graphique illustre les principales stratégies adoptées par le Maroc pour améliorer la santé maternelle :

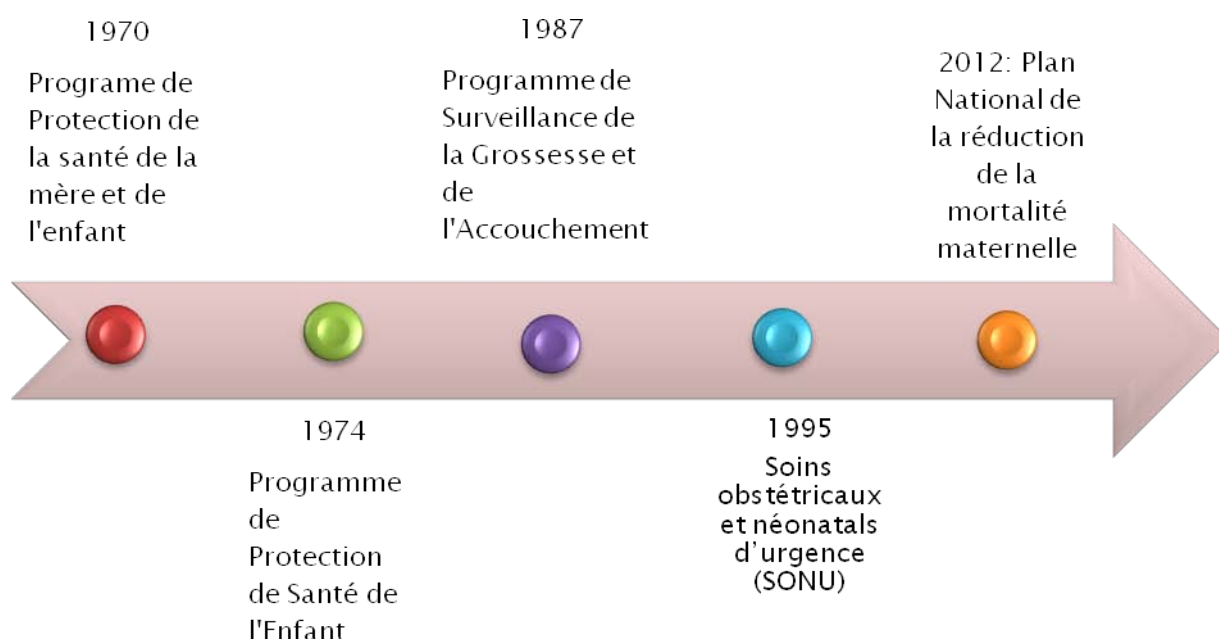


Figure : Les programmes de santé maternelle au Maroc

Tableau : Différent programmes de santé maternelle réalisé au Maroc

Année	Contenu	Stratégies
1970	Programme Protection de la santé de la mère et de l'enfant (PMI)	Priorité donnée à l'enfant. Les femmes peuvent néanmoins bénéficier de la planification familiale. Un décret ministériel institue la CPN dans toutes les formations sanitaires.
1974	Programme de protection de la Santé de l'Enfant (PSE)	Introduction des trois visites prénatales et une en post natale avec consolidation du programme 1970
1987	Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement (PSGA)	Mise en avant de la réduction de la mortalité et morbidité maternelle. Fixation des objectifs de couverture prénatale et d'accouchement en milieu surveillé.
1995	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)	Adoption de la stratégie basée sur le modèle des 3 délais et lancement des SONU avec amélioration de l'offre de soins de qualité pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgences.
2012	Plan d'action 2012-2016 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.	L'objectif était de réduire la mortalité maternelle de 227 décès pour 100000 naissances vivantes à 50 /10000 et la mortalité infantile de 27/1000 naissances vivantes à 15 /1000.

II. La Consultation Prénatale :

1. Définitions :

D'après l'OMS (2006), la consultation prénatale est l'ensemble des soins donnés par un personnel compétent qui a reçu une formation, a de l'expérience et des connaissances pour fournir des soins de santé sûrs et efficaces à la future mère.(26)

En 2009, l'OMS précise que la consultation prénatale sont les soins qu'une femme reçoit pendant sa grossesse pour s'assurer que, son nouveau-né et elle survivent en bonne santé à la grossesse et à l'accouchement.

Quant à Suzanne Enzdia (2008), la consultation prénatale est l'ensemble des surveillances infirmières et médicales permettant de détecter une grande partie de grossesses à risque et de prendre les mesures adéquates pour diminuer les risques liés à l'accouchement.(26).

2. Contexte Marocain et la CPN:

Les quatre piliers des soins de santé pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle sont: (27)

- L'assistance professionnelle à l'accouchement.
- La prise en charge des urgences obstétricales.
- La planification familiale.
- La consultation prénatale et postnatale.

Cette dernière a connu une évolution importante pour devenir un excellent exemple de soins préventifs(28). Actuellement, ses objectifs ont dépassé l'aspect purement médical et biologique pour inclure l'aspect psychologique et éducatif du suivi des femmes.

Le Maroc a inclus la consultation prénatale comme un service qui devrait être dispensé dans les structures sanitaires de base du pays au début des années 70. Au début, la promotion des soins prénatals n'était pas répandue au niveau national, ainsi que les femmes résidentes dans les zones rurales n'étaient pas au courant de l'existence de ces services dans les structures sanitaires(27).

La proportion des femmes ayant bénéficié des consultations prénatales (CPN) est passé de 58% en 1997 à 68% en 2004 pour atteindre 77,1% en 2011, en milieu rural cette proportion est de 62,7%(9).

3. L'importance de la consultation prénatale :

La consultation prénatale est le moment de contact entre les femmes et le système de soins, ce moment doit être bénéfique pour la femme et pour le personnel de santé. En plus de son rôle indispensable dans la réduction de la mortalité maternelle(29), la consultation prénatale permet de :

- ✓ Vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risque possibles (30).
- ✓ Traiter ou orienter la femme vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un facteur de risque détecté.
- ✓ Établir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement de manière à ce que toutes les dispositions pratiques soient prises pour éviter les

complications dangereuses en urgence(30).

- ✓ Offrir des conseils, du soutien et des informations aux parturientes et aux familles sur les signes d'alerte et la préparation de l'accouchement (31)
- ✓ Sensibiliser les femmes sur l'importance de l'espacement des naissances et sur la planification familiale.

4. Le rythme de consultation :

La consultation prénatale est organisée au niveau des structures de soins de santé de base (centres de santé urbains et ruraux, dispensaires), maisons d'accouchement, maternités hospitalières et points de contact des équipes mobiles et elle est réalisée par la sage-femme/infirmière, le médecin généraliste ou le gynécologue / obstétricien.

Au Maroc, au moins 4 consultations prénatales sont recommandées pour les femmes enceintes et qui ne présentent aucun risque. Ce rythme peut changer en cas de grossesse à risque en multipliant le nombre de visites pour assurer une surveillance serrée de la grossesse et prévenir toute complication.

- ✓ **Première visite** : entre la 7^{ème} et la 12^{ème} semaine d'aménorrhée ou au moment où la femme pense qu'elle est enceinte. Cette visite a comme objectifs :
 - Faire le diagnostic de la grossesse.
 - Préciser le début de la grossesse et le terme probable.
 - Evaluer les facteurs de risque.
- ✓ **Deuxième visite** : réalisée à la 26^{ème} semaine d'aménorrhée ou au moins une fois pendant le deuxième trimestre. Elle permet l'évaluation de l'évolution de la grossesse.

- ✓ **Troisième visite** : réalisée à la 32^{ème} Semaine d'aménorrhée. Son but est de programmer l'accouchement et de faire son pronostic.
- ✓ **Quatrième visite** : à la 36^{ème} semaine d'aménorrhée. Au cours de cette dernière visite, l'examen du bassin est impératif. Le praticien doit déterminer le pronostic de l'accouchement, la voie d'accouchement ainsi que le lieu d'accouchement.

4.1. Déroulement de la consultation prénatale :

Tableau : Déroulement de la consultation prénatale

	Interrogatoire	Examen physique	Examen Complémentaires
La 1^{ère} visite	.Date des dernières règles .ATCD personnels : âge, grossesse précédentes, traitement en cours... .ATCD familiaux : diabète, HTA, maladies génétiques....	.Examens des seins .Recherche des lésions génitales .Recherche de saignement .les signes sympathique de grossesse .Auscultation cardio pulmonaire	.Echographie .Groupe sanguin et rhésus · Recherche d'agglutinines irrégulières · Sérologie de la toxoplasmose et de la rubéole. · Glycémie .NFS . Antigène HBs . Albuminurie
La 2^{ème} visite		.la tension artérielle .le poids .l'évolution de la taille utérine .l'absence de saignements	Echographie
La 3^{ème} visite	. Mouvements actifs fœtaux . Chercher systématiquement: saignement, contractions utérines, fièvre, pertes vaginales anormales, brulures mictionnelles	.Mesure de la TA . Surveillance du poids . Auscultation des bruits du cœur fœtal . Mesure de la hauteur utérine . Toucher vaginal systématique	. Dépistage du diabète gestationnel . L'Ag Hbs .Echographie du 2 ^{ème} trimestre
La 4^{ème} visite		.Mouvements fœtaux .La présentation .L'estimation du poids fœtal .L'examen clinique du bassin	.Echographie du 3 ^{ème} trimestre

5. Le rôle potentiel de la consultation prénatale dans l'amélioration de la santé maternelle :

La consultation prénatale a été introduite aux pays en voie de développement telle qu'elle était conçue dans les pays industrialisés sans prendre en compte leurs contextes socio-économiques et culturels. Et depuis, le rôle de la consultation prénatale reste toujours discuté et son importance pour la santé maternelle et infantile continue d'être débattue.

5.1. La consultation prénatale est indispensable pour l'amélioration de la santé maternelle.

Les partisans de cette théorie se basent sur des études scientifiques qui ont démontré que les soins prénatals permettent la détection des problèmes de malformations et d'autres facteurs de risque au cours de la grossesse, ainsi ils peuvent aussi être un moyen pour sensibiliser et informer les femmes sur les avantages de donner naissance à conditions médicalement contrôlées(6)(7).

Et comme un point de départ dans le système de santé maternelle, la consultation prénatale peut également, surtout en milieu rural, de faciliter l'accès des femmes aux soins obstétricaux(32). En effet, les soins prénatals ont un rôle très important dans l'amélioration de l'accouchement en milieu surveillé. D'ailleurs, l'OMS considère l'accouchement dans une structure médicalisée comme étant le facteur le plus important pour diminuer la mortalité maternelle.(33)

5.2. La consultation prénatale n'est pas indispensable.

L'efficacité des soins prénatals a été mise en question après leur introduction dans certains pays sans amélioration significative de la santé maternelle. Dans certains Etats d'Afrique

de l'ouest, la couverture en CPN a atteint 90% dans le milieu urbain alors que la mortalité maternelle n'a pas diminué, elle a même augmenté dans certains pays(34).

Les défenseurs de cette théorie donnent des arguments, tels que l'analyse historique de la réduction de la mortalité maternelle dans les pays industrialisés, qui montre que la CPN n'a pas joué un rôle évident(35). En plus l'amélioration de la santé maternelle a été obtenue en donnant la priorité pour les soins obstétricaux d'urgence. C'est pour cela, Ils considèrent que les bases scientifiques de la CPN sont faibles et il y a certains parmi eux qu'ils ont qualifié la CPN comme « un rituel dénué de tout fondement scientifique »(36).

5.3. Pourquoi cette différence?

L'efficacité des services de soins prénatals peut varier d'un pays à l'autre, car elle est affectée par plusieurs facteurs qui influencent sa réussite. Le faible niveau d'instruction influence la consultation prénatale et les normes socioculturelles décourageantes limitent l'accès aux soins prénatals et l'accouchement médicalisé(37). La qualité des soins donnés et la satisfaction des femmes des services de soins peuvent diminuer le rôle de la CPN et éliminer son contenu préventif, sans oublier les conditions géographiques difficiles qui affectent l'accessibilité aux soins et influencent la conscience de la population de l'importance de la CPN.

III. Vulnérabilité et santé maternelle :

La situation socioéconomique des pays en voie de développement est loin d'être négligeable dans l'opérationnalisation des services de santé. De même, d'autres facteurs d'ordre social, culturel, géographique et organisationnel entrent en jeu et forment une variable déterminante du degré d'efficacité et d'équité de ces services.

A titre d'illustration, il convient de préciser que la vulnérabilité relève des composantes sociales qui agissent sur la santé maternelle. Etant donné que cette notion marque un état spécifique aux êtres vivants, les enfants et les femmes peuvent faire partie de cette population (38), il est donc assez commun de considérer que la grossesse est une période de fragilité et de vulnérabilité pouvant entraîner une aggravation de la situation des femmes.

D'où l'importance d'accorder une attention particulière et de veiller à la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale par les professionnels de santé, en raison du risque médical majeur associé à cette condition. Ajoutons à cela que chaque tentative ou démarche visant l'amélioration des indicateurs périnataux doit impérativement tenir compte de l'incidence de la précarité et de la vulnérabilité.

2. Définitions :

Afin de bien comprendre ce phénomène, il est jugé important de mettre le point sur certaines notions :

2.1. La précarité :

Joseph WRESINKI propose une définition de la précarité qui fait encore aujourd'hui référence : « Absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ». (39)

Christian Loisy définit la précarité comme « un ensemble de facteurs de risque et d'incertitude sur l'emploi et les ressources qui conduirait à la pauvreté » (40). Il explique que la précarité est liée à des instabilités « de revenus, d'emplois, de situations personnelles, de conditions de logement, et de santé ». (40)

Donc la précarité désigne la situation dans laquelle se trouve une personne ou une famille, et elle constitue dans sa totalité un processus dynamique reflétant l'évolution d'une situation.

2.2. La vulnérabilité :

Il est très difficile de proposer une définition précise, et surtout unique pour la notion de la vulnérabilité, car elle varie et diffère selon chaque domaine de recherche.

Selon Jean-Pierre LACHAUD, elle peut se caractériser par « une insuffisance de moyens pour répondre à des situations déstabilisantes et à des événements perturbateurs ou se prémunir contre eux »(41). Cette définition peut être valable pour plusieurs domaines.

Dans le domaine de la santé, on pourrait considérer que « des individus sont vulnérables s'ils ne peuvent pas accéder de façon appropriée : aux moyens de prévention et de soin contre les maladies, aux méthodes de régulation de leur procréation ainsi qu'aux moyens de subvenir à leurs besoins essentiels et à ceux de leur famille »(38).

3. Caractéristiques d'une population vulnérable :

De manière générale, les individus vulnérables sont ceux qui ne jouissent pas d'une certaine autonomie et qui subissent une menace quant à leur dignité ou leur intégrité qu'elle soit physique ou psychique. Ceci pouvant résulter de nombreux facteurs, souvent conjugués

entre eux, comme l'âge, la maladie, une déficience physique ou psychique ou un état de grossesse avec des contextes socio-économiques bien définis.

D'autant plus, on peut avancer que la caractéristique capitale des individus attribués de vulnérable est l'insuffisance de moyens et outils indispensables pour gérer des situations déstabilisantes ou des événements perturbateurs. (41)

Sous le même cadre, une étude a été réalisée en France en 2010 en faveur des femmes enceintes en situation de vulnérabilité, et a conclu que le recours aux soins chez cette population est caractérisé par : (10)

- Un recours tardif aux soins
- Des soins d'urgences sub-optimaux
- Des décrochages dans le suivi
- Un fort recours aux urgences

4. Vulnérabilité et Promotion de la santé :

D'une manière schématique, la vulnérabilité dégrade la santé, ce qui implique de nouveau le renforcement de l'état de vulnérabilité, de telle sorte qu'un cercle vicieux se constitue. Cette situation a comme conséquence une difficulté de prise en charge de l'individu au sein de sa communauté. Un constat qui nous mène à signaler que l'amélioration de la santé d'une population doit passer par l'identification des déterminants de la santé qui sont eux même ceux de la vulnérabilité (38).

C'est effectivement dans ce sens où agit la charte d'Ottawa en définissant la promotion de la santé comme étant « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre Santé et d'améliorer celle-ci. » (42). Sur ce, nous

sommes devant un processus qui axe ses champs d'interventions sur différentes composantes de la santé et de la maladie : sociales, culturelles, économiques et environnementales.

D'un autre côté, l'éthique de la promotion de la santé est basée sur la lutte contre les exclusions et les écarts sociaux causés par la pauvreté, la précarité ou par des maladies. L'équité, la solidarité, l'efficacité et l'autonomie constituent bel et bien son système de valeur. (43)

De ce fait, la promotion de la santé doit consister en une approche concrète, propice et adaptée afin d'instaurer plus d'équité et de réduire les barrières d'accès aux soins prénataux chez une population vulnérable. Sans pour autant oublier de procéder également par une approche globale qui traite la santé de la femme enceinte dans son intégralité, ce qui permettra éventuellement de passer de l'Homme vers la communauté.

Même au niveau National, le Maroc s'est tenu de s'engager à un tas de déclarations pour améliorer la santé maternelle et a pris plusieurs initiatives basées sur une démarche inspirée du modèle de la promotion de la santé et ses objectifs de l'OMS.

Plus concrètement, ABOUSAAD et al ont cité, dans une étude menée en 2010, des projets qui ont prouvé leur impact positif sur l'amélioration de la santé maternelle:

4.1. Le projet Dar Al Oumouma :

En collaboration avec les ONG, cette initiative est fondée sur la notion de proximité et la réduction des risques liés à la santé maternelle.

En effet, le projet « Dar Al oumouma » consiste à aménager un espace d'accueil des femmes enceintes provenant des zones rurales durant les 3 à 7 jours qui précèdent l'accouchement et au moins les 2 jours qui suivent un accouchement normal. Outre la sensibilisation, l'éducation pour la santé et la surveillance médicale de proximité, cet établissement assure plusieurs fonctions et offre des services d'hébergement et d'alimentation.

4.2. Les mutuelles communautaires au Maroc :

L'objectif ultime de ce système est de combler les besoins financiers d'une population qui ne dispose pas d'une assurance maladie obligatoire. En effet, les mutuelles communautaires sont un dispositif d'assurance maladie mais également un moyen de focaliser l'attention des populations sur la santé, et par conséquent de la pousser à prendre en charge sa propre santé et de s'organiser pour récolter des cotisations ; fixer les prestations remboursées en échange des cotisations ; payer les prestataires pour les soins fournis couverts par la garantie...

C'est à Chefchaouen où cette expérience a vu le jour, et actuellement plusieurs régions ont bénéficié de ce système.

4.3. L'initiative pour le développement humain (INDH) :

Le projet a été lancé par Sa Majesté le Roi Mohammed VI en mai 2005 en faveur des populations vulnérables. Cette initiative intègre dans ses axes des concepts relatifs à la promotion de la santé. Ses programmes prioritaires sont :

- ✓ le programme de lutte contre la pauvreté en milieu rural
- ✓ le programme de lutte contre l'exclusion sociale en milieu urbain
- ✓ le programme de lutte contre la précarité
- ✓ le programme transversal, qui comprend le soutien des actions à fort impact sur le développement humain à l'échelle de l'ensemble des communes rurales et urbaines non ciblées.

Actuellement, et après plus de 10 ans sur le lancement de l'initiative, de nombreux projets ont réussi à diminuer les inégalités en matière de santé, et arrivent à améliorer le niveau de conscience du milieu rural via la sensibilisation, l'information et l'éducation.

IV. Expériences à base communautaire :

La sous-utilisation des soins de santé maternelle dans les pays en voie de développement est liée à plusieurs facteurs. Ce phénomène a fait l'objet de plusieurs analyses contextuelles et de revues systématiques étayant les facteurs sous-jacents :(44)(45)

Au plan individuel et familial, les facteurs critiques sont :

- Niveau d'instruction de la femme et du conjoint
- Statut matrimonial
- Revenu du ménage
- Emploi salarié de la femme
- Exposition aux médias
- Antécédents de complications obstétricales
- Parité
- Âge
- Croyances culturelles
- Perceptions de la grossesse.

On peut classer ces facteurs en deux groupes différents selon le degré d'influence sur l'utilisation des services de santé maternelle. Il y a ceux qui la conditionnent obligatoirement comme : la disponibilité, l'accessibilité physique, financière et culturelle ainsi que la qualité de l'offre des soins.

En contrepartie, il y a des facteurs qui varient selon le contexte : le jeune âge, la pauvreté, le faible niveau d'instruction et les dépenses directes pour accéder aux services.

Cependant, les politiques gouvernementales ne suffisent pas à résoudre les problèmes, mais elles devraient être soutenues par les actions communautaires et prendre en compte la

vision de la société civile. Cette dernière est considéré comme un acteur créatif et innovant, qui essaye de contextualiser le problème et adapter les solutions à son propre concept.

5. Types des interventions à base communautaire :

Selon une méta-analyse publiée en **Février 2014** sur les stratégies visant l'amélioration de la santé maternelle et infantile dans les endroits difficiles d'accès montagneux, elle répartie les stratégies en cinq groupes, chacune selon son champ d'intervention :

- Réorienter les services vers la communauté.
- Augmenter l'accessibilité de l'utilisation des services existants.
- Améliorer la demande par la participation et l'engagement de la communauté.
- Augmenter les connaissances en santé pour motiver la recherche de soins par la population.

Cette méta analyse comprend 34 expériences réalisées dans différents pays du monde, qui conclut qu'il est probable que les approches qui réussissent dans des zones plus accessibles peuvent bien fonctionner dans les zones montagneuses(46).

Il est à noteraussi que les programmes à base communautaireles plus réussis sont ceux qui s'intéressent au-delà de la distance géographique,pour aborder également la plus grande contribution d'autres obstacles à l'utilisation, qui sont fortement liés à des croyances culturelles, au bas niveau socioéconomique et au faible niveau des connaissances sur la santé.

L'étude a recommandé vivement, que nous devons concentrer nos efforts et offrir à la population tout ce que nous savons peut être efficace et efficient (46). Car avec des offres sanitaires bien structurées et une promotion de la santé qui atteint les jeunes, les femmes, les hommes et les personnes âgées, les communautés peuvent s'auto-mobiliser pour une plus grande demande de soins.

Une autre méta-analyse publiée en 2015 qui a mis en question 208 approches innovantes dans le domaine de la santé maternelle. A noter que le terme «innovation» est fréquemment utilisé pour décrire de nouvelles interventions et approches qui s'intéressent au changement du comportement (47).

Dans cette étude ils ont réparti les interventions selon les champs d'actions. La grande majorité est constituée par des interventions qui s'intéressent aux services d'accouchement et du renforcement du personnel de santé (53% des interventions étudiées).

Les interventions qui se basent sur la participation communautaire pour améliorer la santé maternelle ont constitué 13% de toutes les interventions étudiées. La principale caractéristique de ces innovations communautaires que sont des interventions multifactorielles, complexes qui traitent souvent simultanément les aspects de la demande, l'offre, et de la qualité.

Dans l'ensemble de son analyse des différentes expériences étudiées, l'auteur suggère que les actions communautaires ont des effets positifs sur la santé maternelle et néonatale. Les approches participatives innovantes impliquent l'engagement des dirigeants communautaires, des activités du changement de comportement, l'éducation pour la santé et la mobilisation de la population(48).

Cette étude a conclu que les approches innovantes sont capitales pour améliorer l'équité dans la prestation des services de santé maternelle et néonatale(47).

Dans la même année, une autre méta-analyse a regroupé les stratégies pour augmenter la demande des services de santé maternelle dans les pays à revenus limités, en trois groupes principaux qui se différencient selon l'objectif :

- ✓ Motivations financières.
- ✓ Améliorer le transfert du patient.

- ✓ Implication de la communauté.

Cette étude confirme aussi le rôle important des actions communautaires dans l'amélioration de la de la santé maternelle et ses indicateurs dans les pays à faible ressource (49).

Pour conclure, la communauté doit être toujours présente au sein des stratégies de la santé maternelle. Elle constitue l'axe de toute intervention bénévole et de toute stratégie politique. Mais une seule expérience ne suffit pas de garantir l'amélioration permanente de la santé maternelle, il faut que le courage politique interfère avec la participation communautaire d'une façon harmonieuse cohérente et continue pour atteindre les objectifs de la santé maternelle et diminuer les inégalités de l'offre de soins entre les pays et entre les régions au sein du même pays.

V. Discussion des résultats :

1. Principaux résultats :

Notre étude a permis de :

- Mobiliser la communauté autour de la santé maternelle.
- Augmenter le nombre des consultations prénatales réalisées de 8% à 54%
- Augmenter le nombre des femmes accouchées dans un centre médicalisé dans l'année de l'étude et une année après l'étude.
- Améliorer l'accompagnement de femmes enceintes.
- Faciliter l'accès aux services des soins prénatals
- Sensibiliser et informer la population sur les risques de grossesse et l'intérêt de l'accouchement dans un milieu surveillé

2. Discussion des résultats :

Notre travail est une étude descriptive longitudinale, réalisée pendant une durée de 8 mois avec un échantillon de 283 femmes de type exhaustif. Plusieurs études ont été réalisées partout dans le monde, surtout dans l'Afrique subsaharienne et l'Asie, dans le but d'améliorer la santé maternelle. Les axes de ces interventions se diffèrent selon les besoins de la population cible et leurs conditions par rapport aux services de soins de santé maternelle. La plupart de ces études étaient quasi expérimentales et sans groupe témoin (50).

2.1. Les caractéristiques sociodémographiques :

a. L'âge

Dans notre étude, on a trouvé que la moyenne d'âge des femmes participantes était de 27,04 ans, donc notre population cible était jeune. Malgré le style de vie des femmes dans le milieu rural qui est caractérisé par l'absence du mari et la dépendance des femmes aux belles-mères ; le projet a réussi donc d'attirer l'attention de ces jeunes femmes à propos de leur santé. C'est vrai que l'âge du mariage au Maroc est en recul; 26,6 ans au niveau national (51) et 25,6 ans en milieu rural (52) ; mais des études réalisées au niveau du Centre-Afrique et en Tanzanie ont confirmé que la participation à de telles interventions ciblent beaucoup plus cette tranche d'âge (53)(54).

b. Le niveau d'instruction :

Le niveau d'instruction chez les femmes rurales était faible (66,2%), vu le problème de la déperdition scolaire précoce des filles et les barrières socioculturelles caractérisant le milieu rural.

c. La consanguinité avec le conjoint :

Dans notre étude, le pourcentage du mariage consanguin était de l'ordre de 32,5%, parce que la population de la commune de Zerkten garde toujours des valeurs traditionnelles qui valorisent le mariage entre famille, ce qui le cas pour de nombreuses zones rurales au Maroc.

d. Le RAMED :

Les résultats de l'étude interministérielle chargée de la mise en œuvre du RAMED estime que 13,4% de la population générale sont des indigents absolus et qui doivent bénéficier de ce régime(55). Chez nos participantes, seules 5% des femmes avaient une assurance RAMED. Les raisons de ce faible pourcentage, malgré la pauvreté et la vulnérabilité qui caractérisent la commune de Zerkten, peuvent être dues au manque de l'information concernant l'importance de ce système d'assurance d'une part, et le faible contact avec le système de soins d'autre part. Dans ce sens, certaines femmes ayant le RAMED affirmaient qu'elles trouvent des difficultés organisationnelles au niveau des hôpitaux du 2ème et 3ème niveau puisque certains gestes médicaux doivent être payés, et l'absence de remboursement des médicaments pour les bénéficiaires. Toutes ces raisons font diminuer l'importance et les avantages du RAMED chez les femmes participantes.

2.2. Les antécédents des femmes participantes :

a. Antécédents familiaux de diabète et HTA:

Les femmes participantes dans notre étude ayant des ATCD familiaux de l'HTA et de diabète étaient respectivement 24,6% et 33,1%. Durant les caravanes médicales, on a interrogé les participantes sur le diabète et l'HTA pour attirer leur attention à ces deux pathologies fréquentes et leurs conséquences sur la grossesse.

b. L'utilisation antérieure des services de soins :

L'utilisation antérieure des services de santé maternelle était faible dans notre étude (27%). Cette proportion reflétant le contact avec le système de soins, reste loin de l'objectif tracé par le ministère de la santé qui vise à augmenter la couverture de CPN à 90% et atteindre un taux de 75% d'accouchement dans un milieu surveillé pour le milieu rural (56). Selon les données du registre du centre de santé uniquement 8% des femmes enceintes ont visité le centre de santé pour réaliser le suivi de leur grossesse.

La carte sanitaire de la province d'Al Haouz montre que la commune de Zerkten contient un seul centre de santé et 3 dispensaires. Le personnel de santé se compose d'un médecin et 3 infirmiers assurant aussi les soins au niveau des dispensaires. A noter que pendant la durée de notre projet, le médecin n'était pas disponible.

Les activités des soins prénatals réalisés au niveau du centre de santé avant le début de notre étude étaient : la mesure de la hauteur utérine, le poids, la tension artérielle et l'auscultation de l'activité cardiaque fœtale. L'absence d'un professionnel de santé du genre féminin oblige les femmes à ne pas consulter et rater des examens primordiaux pour la CPN tels que le toucher vaginal et l'examen au spéculum dans le cadre du respect de son intimité.

Devant cette situation, on peut comprendre que la faible proportion de l'utilisation des services de soins peut être expliquée par :

- Absence du problème de santé ressenti par les femmes participantes.
- La présence d'un professionnel de santé du genre masculin.
- Insatisfaction des services et des soins offerts.
- Ignorance de l'importance de la CPN et de son rôle capital.

c. Anomalies de grossesses et d'accouchements antérieurs :

Dans notre étude, la proportion des femmes ayant rapporté une anomalie au cours de leur grossesse antérieure était de 26,7% alors que le pourcentage des femmes qui ont vécu une complication au cours des accouchements antérieurs était juste 2%. Ceci est expliqué par la surestimation du risque par les participantes. C'est pour cette raison que notre projet a organisé des séances d'éducation sanitaire et de sensibilisation avant chaque consultation pour les participantes et leurs conjoints. Les séances d'éducation se passent en une demi-heure avec des messages éducatifs ciblés sur les risques de grossesse et comment intervenir en cas de signes de gravité. Les supports de sensibilisation utilisés dans les ateliers sont ceux conçus par le ministère de la santé pour l'animation des classes des mères (Annexe 3).

2.3. Résultats du suivi des femmes :

a. La répartition selon le terme :

Avant le début de notre étude et le lancement du suivi prénatal, un recensement des femmes enceintes de la commune a été réalisé par les autorités locales. Les estimations étaient 526 accouchements attendus au niveau de toute la commune. Durant les 8 mois de l'étude, 407 consultations ont été faites (54%) et la plupart des femmes étaient en troisième trimestre de leur grossesse, contrairement à ce qui était noté dans le registre local du centre de santé (8%) des douars très loin du centre de la commune. Cela signifie qu'il y a une acceptabilité du projet par les femmes même s'elles résidaient dans des douars très loin du centre de la commune.

b. Les grossesses jugées à risque et les anomalies rapportées :

Le pourcentage des femmes ayant rapporté la présence d'anomalies au cours de leur grossesse actuelle était élevé (36%). Comme cité auparavant, la plupart des femmes

méconnaissaient les risques encourus pendant la grossesse, cette ignorance avec les facteurs suivants peuvent expliquer cette proportion:

- Les deux tiers des femmes de notre étude sont analphabètes.
- L'absence de sensibilisation et l'éducation pour la santé maternelle.
- Le contact restreint avec le système de soins.
- Le contexte social de l'étude.

Les anomalies rapportées par les femmes lors des consultations prénatales étaient prédominées par les infections (82,7%) suivies par l'anémie (17,2%). Ces deux pourcentages rapportés ne reflètent pas le nombre réel et exact des cas dépistés et traités durant notre étude. Il faut souligner que l'infection dans le contexte local est rapportée par le terme « Lberd », sachant que ce terme peut référer vers une infection urinaire ou génitale ou une simple sensation de douleurs pelviennes.

c. Modalité d'accouchement antérieur :

Le milieu rural est caractérisé par un taux d'accouchement à domicile élevé. Dans notre étude 32,8% des participantes ont au moins un seul accouchement à domicile.

d. Les types d'anomalies détectées :

La vision du projet était de faire un suivi prénatal complet avec un bilan radiologique et biologique pour les pathologies les plus fréquentes au cours de la grossesse. Toutes les femmes ont bénéficié d'une échographie au moins et d'un bilan biologique pour dépister l'anémie, le diabète gestationnel, le groupage rhésus et la sérologie syphilitique. Cette prise en charge globale à encourager les femmes à respecter les horaires de consultation et à mobiliser les autres femmes pour faire le suivi. L'anomalie la plus fréquente dans notre étude était l'infection (soit urinaire ou génitale), le manque d'hygiène est le principal facteur responsable de ce

pourcentage élevé des infections. Les femmes ont été sensibilisées et éduquées dans les classes des mères et lors des consultations par les sages-femmes et les médecins. Toutes les infections étaient prises en charge et traitées sur place. L'anémie représente la deuxième anomalie dans notre étude, 20% dont 8,5% avaient une anémie modérée. Au Maroc, la prévalence de l'anémie chez la femme enceinte a été estimée à 37,2% chez elles (57). La supplémentation en Fer est systématique pour les femmes enceintes à dose 120mg/semaines pendant 30 semaines (58), dans notre étude, toutes les participantes ont bénéficié du traitement martial à dose préventive pour les grossesses normales et à dose curative pour les femmes qui présentaient une anémie.

Notre projet a réussi à dépister quelques anomalies de grossesse et les traiter aussi, et il a convaincu les femmes de l'importance du suivi et la non banalisation des signes simples qui peuvent être à l'origine de complications graves au cours de la grossesse ou l'accouchement.

e. Le respect de la CPN :

L'objectif principal de notre étude était d'augmenter le pourcentage des CPN réalisées au niveau du centre et de faire adhérer les femmes au système de soins. Le nombre des femmes ayant bénéficié de trois consultation prénatales était 19 femmes (6,7%) et le nombre des femmes qui bénéficiaient de 2 CPN était 86 femmes (30,4%). Au total presque le tiers ont bénéficié de deux CPN au moins et elles ont adhérer au suivi, on n'est pas arrivé à un pourcentage élevé car la plupart des participantes s'est présentée au 3^{ème} trimestre de leur grossesse.

2.4. L'issue de la grossesse :

L'accouchement dans un milieu surveillé est l'objectif principal à long terme, dans notre étude on a visé d'augmenter le nombre d'accouchement dans la maison d'accouchement la plus proche « Touama » via les consultations prénatales et les séances de sensibilisation. Le contact fréquent avec le système de soins va permettre de regagner la confiance entre les femmes et les

prestataires de soins. Durant les 8 mois de notre étude, 38 femmes se sont présentées pour la consultation du postpartum dont la moitié a accouché dans une structure médicalisée (50%).

Après la fin de notre étude, les chiffres enregistrés ont montré une augmentation du nombre des femmes ayant accouché dans un milieu surveillé, étant donné que le nombre de naissances attendues était de 500 et les habitants de Zerkten est une population fermée.

Tableau V: Evolution du nombre d'accouchements médicalisés des femmes originaires de Zerkten

Année	2012	2013	2014	2015
Nombre de femmes accouchées à Touama	26	41	65	87
Nombre des femmes référées au CHU	27	22	24	27

3. Discussion de l'intervention :

Plusieurs interventions dans le monde ont pris l'initiative d'encourager les femmes à suivre leurs grossesses et à augmenter le nombre d'accouchement médicalisé. L'Afrique, l'Asie et l'Amérique latine étaient les zones les plus intéressées par ces interventions, vu le taux de mortalité maternelle élevé. Ces dernières qui diffèrent dans leurs stratégies, la durée, et les axes d'interventions ont réussi vraiment à instaurer un changement de croyances et de comportements. Le tableau suivant illustre quelques interventions à base communautaire réalisées dans différents pays :

Tableau : Discussion des résultats avec les autres études

Pays	L'équipe et le type d'intervention	Durée	Axes de l'intervention	Effet sur la CPN	Effet sur l'accouchement
Cambodge (59)	<i>Joan Skinner et al</i> Quasi expérimentale	1 an	<ul style="list-style-type: none"> -Former les accoucheuses traditionnelles et les volontaires pour réaliser des séances d'éducation et des focus groupe. -Discuter le suivi de la grossesse avec les familles et les femmes enceintes. -Engager la communauté à discuter les problèmes et les solutions pour améliorer le suivi de grossesse. 	Augmenter le taux de la CPN dans la zone d'intervention de 22%.	Augmenter le taux d'accouchement assisté par la sage-femme à 32%.
Eretria (60)	<i>Janet MolzanTuran et al</i> Quasi expérimentale	2 ans	<ul style="list-style-type: none"> - La formation des membres bénévoles de la communauté, qui sauraient ensuite conduire des séances éducatives participatives sur les thèmes de la maternité sans risque avec les femmes et les hommes dans la région d'intervention. 	Augmenter le nombre de visites de 344 à 586.	Accouchement médicalisé est passé de 3% à 47%.
Pakistan (61)	<i>Farid Midhet et al</i> Expérimentale	4 ans	<ul style="list-style-type: none"> -La sensibilisation des femmes sur la maternité sans risque à travers des brochures et des cassettes audio. -La formation des accoucheuses traditionnelles sur les complications de la grossesse, l'accouchement sain, et le système de transport. -Intégration des hommes dans la sensibilisation et la planification familiale. -L'intervention intéresse 16 régions au niveau de Pakistan. 	Augmenter le taux de la CPN de 30,4% au niveau des régions de l'étude.	

Tableau : « suite »

Pays	L'équipe et le type d'intervention	Durée	Axes de l'intervention	Effet sur la CPN	Effet sur l'accouchement
Tanzanie (54)	<i>DeclareMushi et al</i> Expérimentale comparative	2 ans	-Sensibilisation des femmes au niveau de 4 villages sur l'importance du suivi de la grossesse et l'accouchement dans un milieu surveillé par 50 femmes volontaires formées.	Le taux de CPN est passé de 18,7% à 37,7%.	L'accouchement médicalisé est passé de 34% à 51%.
Bolivia (62)	<i>Deborah Bender et al</i> Interventionnelle	2 ans	-Améliorer les connaissances des femmes à propos de la santé maternelle et reproductive -Améliorer l'utilisation des services de santé maternelle par les femmes enceintes.	Taux de CPN augmenté	Taux d'accouchement médicalisé augmenté.
Kenya (63)	<i>Caroline Akinyi et al</i> Quasi expérimentale		-Formation des agents de santé communautaire pendant 10j à propos de la santé maternelle, la communication, la promotion de la santé de base et la prévention des complications.	Augmentation du taux de la CPN de 53% à 66% dans la zone de l'intervention	Accouchement dans un milieu surveillé est passé de 35% to 48%
Notre étude	Descriptive longitudinale	8 mois	-Sensibilisation des femmes enceintes à propos de la santé maternelle. - Mobilisation communautaire. -Suivi de la grossesse par des professionnels de santé engagés volontairement.	Augmenter la couverture de CPN de 8% à 54% au niveau de la commune de Zerkten	40 femmes accouchées dont 50% ont accouché dans un centre médicalisé.

L'utilisation des soins prénatals et le respect du nombre de consultations recommandées influencent le choix de l'accouchement dans un milieu surveillé (64). Les études précédentes ont choisi comme axe d'action la sensibilisation et la promotion de la santé maternelle comme un élément clé pour augmenter l'utilisation des services de soins. Certains d'autres ont reformé les sage femmes traditionnelles et ils les ont intégrées dans la promotion de la santé maternelle et parfois les aider par du matériel stérile et des antibiotiques pour assurer un accouchement à domicile.

Notre projet a ramené un système de soins presque complet, il a renforcé le système de soins existant par le matériel et le personnel de santé nécessaire. On est arrivé à créer un environnement favorable de travail par la mobilisation des spécialistes et des étudiants en médecine afin de réduire la difficulté d'accessibilité géographique et les charges financières du suivi de la grossesse.

Les consultations prénatales ont été associées en parallèle avec des séances de sensibilisation et d'éducation pour la santé maternelle, animées par des infirmières et des médecins ayant une expérience dans l'animation des classes des mères. Et pour assurer une bonne compréhension des messages éducatifs, on a utilisé la langue Amazigh et des Images simples schématisant les différentes complications de grossesse. Le but de ces séances était de discuter les problèmes de santé maternelle, d'évaluer le degré de conscience des femmes de ce concept, et de modifier les croyances et les comportements des participantes vis-à-vis la grossesse et l'accouchement.

Durant les différentes étapes de notre projet, on s'est basé sur l'approche participative entre la société civile et le système de soins pour améliorer la santé maternelle. Cette approche a permis une mobilisation communautaire, la responsabilisation des professionnels de santé sur le plan social et une réorientation des services de santé dans une région caractérisée par une vulnérabilité et accessibilité difficiles.

VI. Avantages et limites de notre étude :

Notre projet est à base communautaire qui a permis l'alliance entre le système de soins et les habitants de la commune, et a touché une population vulnérable ayant plusieurs limites d'accès aux services de soins.

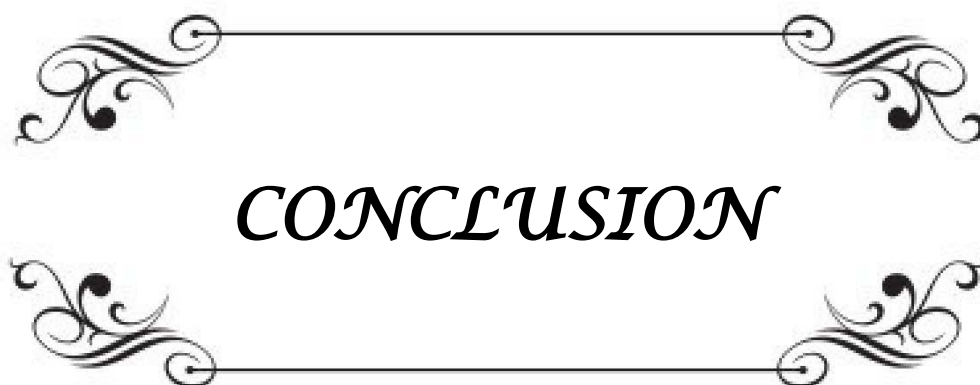
Notre travail a duré dans le temps et n'est pas une caravane médicale momentanée, réalisées sur différentes étapes intégrant plusieurs réunions et focus groupe, permettant de le mieux adapter au contexte et aux caractéristiques spécifiques de la région.

Par contre, notre principale limite c'est qu'on n'a pas pu pérenniser l'action plus de 8 mois, car on était arrêté par les autorités locales. On avait aussi comme limite les femmes perdues de vue à propos desquelles on n'a pas pu préciser ni le pronostic de l'accouchement, ni celui du nouveau-né. Par ailleurs le flux important lors des consultations et le nombre limité des professionnels de santé « volontaires », nous a empêchés de recueillir une information complète.

VII. Recommandations :

A la lumière de notre analyse des différentes expériences communautaires réalisées dans le monde, on peut déduire les recommandations suivantes :

- L'approche participative est un pilier primordial pour la réussite de tout programme de la santé maternelle.
- L'intégrité entre la sensibilisation et les actions médicales donnent de bons résultats pour l'amélioration de la santé maternelle.
- Augmenter l'offre des soins au niveau des communes pauvres.
- Encourager la scolarisation des filles et lutter contre la déperdition scolaire.
- Création des réseaux locaux pour sensibiliser, communiquer et accompagner les femmes enceintes durant et après la grossesse.
- Ouverture de la faculté de médecine sur son environnement.
- Encourager la collaboration entre la société civile et les facultés de médecine pour responsabiliser l'étudiant en médecine sur le plan social.

A decorative rectangular frame with ornate, symmetrical scrollwork at each corner. The word "CONCLUSION" is centered within the frame in a bold, italicized, serif font.

CONCLUSION

La mobilisation communautaire, l'approche participative, et la réorientation des services étaient nos principaux axes d'action dans notre projet, ce qui a permis une amélioration significative du nombre de consultations prénatales et l'accouchement dans un milieu surveillé durant et après l'intervention.

Il ressort donc un grand intérêt de développer des programmes d'information, éducation et communication pour améliorer les connaissances de la population afin de changer leurs comportements vis-à-vis de la santé maternelle. Il est souhaitable de prendre en considération la différence culturelle de la population de Zerkten et d'évaluer l'apport de ces programmes au court et à long terme.



ANNEXES

1. Le questionnaire médical du suivi :



Association des Amis de
CHU Mohammed VI
Marrakech



Ministère de la santé



Comité des Jeunes
Association des Amis de CHU
Mohammed VI Marrakech

FICHE DE SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE ET DU POST PARTUM

Numéro de la fiche :

- Commune : _____ - Cercle : _____ - Douar : _____
 - Nom de l'établissement sanitaire : _____
 - Nom et Prénom de la parturiente : _____
 - Age : _____ -N° CIN : _____
 - Profession : _____ -N° Téléphone : _____
 - Adresse : _____

- Niveau d'instruction : Aucune -Coranique - Primaire -Secondaire -Supérieur
 - Statut marital : -Mariée - Célibataire - Veuve - Divorcée
 - Nom et Prénom du mari : _____
 - Consanguinité : OUI NON
 - RAIMED : OUI NON

Grossesse classée à risque : OUI NON
 Préciser le type de risque :

- Anémie - Métrorragie
 - HTA - Infection
 - Diabète - Accouchement prématuré
 - Cardiopathie - Prééclampsie
 - Grossesse gémellaire - Eclampsie
 - Autres : _____

ANTECEDENTS FAMILIAUX :

- HTA _____ - Diabète _____
 - Maladie héréditaire (Préciser) : _____ - Malformation (Préciser) _____
 - Autres : _____

ANTECEDENTS DE LA FEMME :

- Médicaux : _____
 - Chirurgicaux : _____
 - Gynécologiques : _____

Anomalies du déroulement des grossesses antérieures				
Nature	Nombre	Date	Lieu	Age gestationnel
Avortement				
Accouchement prématuré				
Mort fœtale in utéro				
Autres à préciser :				
-				
-				
-				

DEROULEMENT DES ACCOUCHEMENTS ANTERIEURS :

Accouchement	Accouchement 1	Accouchement 2	Accouchement 3	Accouchement 4	Accouchement 5	Autres
Date						
Modalités de l'extraction						
Si césarienne, Préciser l'indication						
Préciser la complication de l'accouchement						
Poids du nv-né						
Si complication du nv-né, préciser le type						

ANTECEDENTS OBSTETRIQUES : GESTITE /___/ PARITE /___/ Nombre d'enfants vivants /___/

VAT : 1 2 3 4 5

Vacciné contre la rubéole : Le : /___/___/___/

Vacciné contre l'hépatite B : Le : /___/___/___/

Apport d'un projet à base communautaire dans l'amélioration du suivi de la grossesse chez une population vulnérable.

Visites		1 ^{er} Trimestre			2 ^{ème} Trimestre			3 ^{ème} trimestre		
		Visite 1	Visite 2	Visite 3	Visite 1	Visite 2	Visite 3	Visite 1	Visite 2	Visite 3
Prestations										
Rendez-vous										
Venue le										
Age probable de la grossesse										
EXAMEN CLINIQUE										
Poids										
TA										
Labstix										
Anomalie du squelette										
Etat des conjonctives										
Examen des seins										
Œdèmes										
Mouvements actifs										
HU										
BCF										
Examen au spéculum										
TV	Etat du col									
	Présentation									
	Bassin									
EXAMEN BIOLOGIQUE										
Syphilis										
Toxoplasmose										
Rubéole										
Bilan glycémique										
Hémogramme										
RAI (si Rhésus négatif)										
Autres										
TRAITEMENT										
Fer										
Autres à préciser										
EXAMEN FAIT PAR :										

EXAMEN ECHOGRAPHIQUE	
1 ère échographie Faite par :	Date :
	Age de la grossesse : Nombre d'embryons :
	LOC : CN :
	BIP : Autres :
	Conclusion :
2 ème échographie Faite par :	Date : Age de la grossesse :
	BIP : DAT :
	Longueur fémorale : Placenta :
	Liquide amniotique : Autres :
	Conclusion :
3 ème échographie Faite par :	Date : Age de la grossesse :
	BIP : DAT :
	Longueur fémorale : Placenta :
	Liquide amniotique : Autres :
	Conclusion :

Synthèse par visite			
	Visite	Synthèse	Remarques
1er Trimestre	1		
	2		
	3		
2ème Trimestre	1		
	2		
	3		
3ème Trimestre	1		
	2		
	3		

Décision pour l'accouchement : Maison d'accouchement Maternité hospitalière

PLANIFICATION FAMILIALE			
1. La mère désire une méthode :		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
2. Si oui laquelle ?		Pilule <input type="checkbox"/>	DIU <input type="checkbox"/> Autre :
3. Prescription faite :		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
4. Si la mère ne désire pas de méthode, pourquoi ?			
SORTIE			
1. Date :		2. Heure :	
3. Examen à la sortie :			
	RAS	Anomalies	Traitement prescrit
MERE			
ENFANT			
DECES			
	DATE	HEURE	CAUSES
MERE	/ /		Hémorragie <input type="checkbox"/> Eclampsie <input type="checkbox"/> Rupture utérine <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Etat de choc <input type="checkbox"/> Autre :
ENFANT	/ /		Echec de réanimation <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Souffrance fœtale <input type="checkbox"/> Convulsion <input type="checkbox"/> Autre :

CONSULTATION DU POST PARTUM :

Le : / /

Entre le 7ème et le 9ème jour après accouchement Après le 9ème jour de l'accouchement

MERE

Etat général :

T °C : / / TA : / / Puls : / / Poids : / /

Etat des conjonctives : Normales Décolorées

Présence du globe utérin : OUI NON

Etat des lochies :

Odeur : Fade Fétide

Aspect : Claires Sanglantes Jaunâtres

Etat du périnée :

Normal Episiotomie Déchirure

Etat des sphincters (anal et urétral): Normal Anormal

Si anormal, préciser l'anomalie :

Césarienne :

Etat de la cicatrice :

Etat des seins : - Normal - Lymphangite - Mastite et abcès

Etat des mollets :

- Normal - Rouges - Chauds - Douloureux à la dorsiflexion

Présence de complication :

- Hémorragie - Complications mammaires

- Infection - Anémie

- Eclampsie - PHébite

- Autre :

Notion de prise de médicaments :

CONDUITE A TENIR :

Traitement prescrit :

Fer Vitamine A Autres :

Référée :

- Lieu : - Motif:

NOUVEAU NÉ :

Age : /___/ en jours	Température : /___/	Poids : /___/ g	
Taille : /___/ cm	Périmètre crânien : /___/ cm		
Nouveau né prématuré <input type="checkbox"/>	Nouveau né hypotrophe <input type="checkbox"/>		
Allaitement : Exclusivement au sein <input type="checkbox"/> Artificiel <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/>			
Signes d'une affection grave :			
Convulsions <input type="checkbox"/>	Refus de tétée <input type="checkbox"/>	Hématémèses <input type="checkbox"/>	Mélanes <input type="checkbox"/>
Diarrhée <input type="checkbox"/>	Ictère <input type="checkbox"/>	Tirage sous costal <input type="checkbox"/>	Toux <input type="checkbox"/>
Rythme respiratoire anormal <input type="checkbox"/>	Fièvre <input type="checkbox"/>	Hypothermie <input type="checkbox"/>	
Autres :			
Depuis quand ?			
Contusions, lésions traumatiques et malformations :			
Bosser sérosanguine ou céphalohématome <input type="checkbox"/>			
Luxation congénitale de la hanche <input type="checkbox"/>			
Diminution ou absence de la mobilité d'un membre <input type="checkbox"/>			
Autres :			
Évaluation de l'allaitement maternel : Normal <input type="checkbox"/> A problèmes <input type="checkbox"/>			
Si oui lesquels ?			
État vaccinal :			
Vaccins administrés ce jour : BCG <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/>			
Supplémentation en vitamine D <input type="checkbox"/>			
Présence de complications et de malformation :			
Ictère <input type="checkbox"/>	Infection <input type="checkbox"/>	Conjonctivite <input type="checkbox"/>	
Traumatisme <input type="checkbox"/>	Malformation <input type="checkbox"/>	Si malformation, à préciser :	
Autres :			
Vu par :			
Décision prise :			
Traitement prescrit :			
Transfert <input type="checkbox"/> Préciser l'établissement de référence :			
Revenir pour une visite de suivi nécessaire : le /___/___/___/			

2. Convention :

ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé



المملكة المغربية
وزارة الصحة

اتفاقية شراكة بين وزارة الصحة

من جهة

و

جمعية أصدقاء المستشفى الجامعي محمد السادس مراكش

من جهة أخرى

السنوات المالية: 2013 و 2014

335 - شارع محمد الخامس، الرباط - الهاتف: +212 537 76 11 21 - الفاكس: +212 537 76 38 95 - <http://www.sante.gov.ma>



الديباجة

عملا بالتوجيهات الملكية السامية لصاحب الجلالة الملك محمد السادس، نصره الله، الداعية إلى ترسيخ الشراكة الفاعلة بين الدولة والنسيج الجمعي؛
واعتبارا للدور الذي أصبحت تضطلع به الجمعيات في دعم وتفعيل عمليات التنمية الاقتصادية والاجتماعية والصحية ببلدنا؛
وإيماننا من وزارة الصحة بأهمية الشراكة بينها وبين الجمعيات في تنفيذ خطط العمل والبرامج التي سطرتها من أجل تأهيل المنظومة الصحية في إطار الإستراتيجية وبرنامج عمل الوزارة للفترة 2008-2012؛
واستنادا إلى أحكام الظهير الشريف رقم 1.02.206 الصادر في 12 من جمادى الأولى 1423 (23 يوليوز 2002) بتنفيذ القانون رقم 75.00 المغمور والمتمم بموجبه الظهير الشريف رقم 1.58.376 الصادر في 3 من جمادى الأولى 1378 (15 نونبر 1958) بتنظيم حق تأسيس الجمعيات، ولاسيما الفصل السادس منه؛
وعملا بدورية السيد الوزير الأول رقم 2003/7 بتاريخ 27 يونيو 2003، الرامية إلى ضبط وتنظيم الشراكة بين القطاعات الحكومية والجمعيات؛
واعتبارا للإرادة المشتركة المعبر عنها من لدن أطراف هذه الاتفاقية والرامية إلى توحيد الجهود من أجل العمل سويا على تلبية حاجيات وتطلعات المواطنين في مجال صحة الأم والطفل؛
واعتبارا للقانون الأساسي لجمعية أصدقاء المستشفى الجامعي محمد السادس مراكش التي تم تأسيسها بتاريخ 26 دجنبر 2003 وطبقا لمحضر جمعها العام بتاريخ 20 يناير 2012؛
ومن خلال طلب الدعم المقدم من طرف الجمعية لإنجاز مشروع في إطار الشراكة مع وزارة الصحة، وموافقة هذه الأخيرة على ذلك؛

□□□□□

وزارة الصحة، والمشار إليها في كل مواد هذه الاتفاقية بلفظ "الوزارة"، من جهة؛ وجمعية أصدقاء المستشفى الجامعي محمد السادس مراكش والمشار إليها في كل مواد هذه الاتفاقية بلفظ "الجمعية"، والكانن مقرها الرئيسي ب: سيدي عباد 1 رقم 166، مراكش، ممثلة بالسيد الأستاذ محمد الشرقاوي، رئيس جمعية أصدقاء المستشفى الجامعي محمد السادس مراكش، والمتوفرة على الحساب البنكي رقم : 021450 0000 16601504054502 بنك مصرف المغرب (وكالة: 176 شارع عبد الكريم الخطابي، مراكش) - المدينة: مراكش والمشار إليها في كل مواد هذه الاتفاقية بلفظ "الجمعية"، من جهة أخرى. (الملحق رقم 1)

اتفقتا على ما يلي:

الباب الأول: مقتضيات عامة

المادة 1: موضوع الشراكة

تهدف هذه الاتفاقية إلى دعم مجهود هذه الجمعية في مجال التوعية الصحية وتعزيز البرامج الصحية ذات الأولوية لوزارة الصحة بالخصوص صحة الأم والطفل.

المادة 2: موضوع اتفاقية الشراكة

ترمي هذه الشراكة إلى إنجاز وتنفيذ مشروع " أمومة بلا مخاطر " المشار إليه في كل مواد هذه الاتفاقية بلفظ "المشروع"، والذي تبين بطاقته التقنية المرفقة، جمع خصائصه ومكوناته الأساسية (الملحق رقم 2 و 3).

المادة 3: أهداف اتفاقية الشراكة

إن الأهداف المتوخاة من وراء اتفاقية الشراكة هذه، كما تم حصرها من لدن الأطراف من أجل إنجاز المشروع المشار إليه أعلاه بإقليم الحوز، وهي كالتالي:

الهدف العام:

1. رعاية الأمهات الحوامل ووقايتهن من مخاطر الحمل والولادة في المناطق الجبلية الصعبة الولوج التابعة للجماعة القروية زرقطن والمناطق النائية المجاورة لها بإقليم الحوز.

الأهداف الخاصة:

2. توعية النساء حول مخاطر الحمل والولادة، وبأهمية تنظيم النسل؛
3. الكشف عن الحمل بواسطة الفحص السريري، الفحص بالصدى وتحاليل الدم والبول؛
4. وضع برنامج متابعة الحمل حسب معايير المنظمة العالمية للصحة والبرنامج الوطني للوزارة:
 - ◀ الفحص بجهاز الصدى كل 3 أشهر؛
 - ◀ فحص سريري شامل؛
 - ◀ القيام بتحاليل الدم والبول خلال كل ثلاثة أشهر من مدة الحمل؛
 - ◀ تهييب المرأة للحمل على المستويين الفيزيولوجي والسيكولوجي؛
 - ◀ تزويد الأمهات بالمكملات الغذائية (الحديد والفيتامينات).
5. متابعة صحة الأم والمولود ما بعد الولادة:
 - ◀ فحوصات ما بعد الولادة: فحص الأم والمولود؛
 - ◀ التوعية حول مضاعفات الولادة وكيفية الوقاية منها؛
 - ◀ التوعية بأهمية التنقيح.

المادة 4: مدة اتفاقية الشراكة

تبرم اتفاقية الشراكة هذه لمدة سنتين (2013 و 2014)، وتدخل حيز التنفيذ ابتداء من تاريخ التوقيع عليها من الطرفين.

الباب الثاني: التزامات الأطراف

المادة 5: التزامات الوزارة:

تلتزم الوزارة من خلال هذه الاتفاقية وفي حدود الإعتمادات المبرمجة في ميزانيتها بتقديم مساهمة مالية إجمالية قدرها خمسمائة ألف درهم (500.000 درهم): مائتين وخمسون ألف درهم (250.000 درهم) يرسم سنة 2013 كسطر أول ومائتين وخمسون ألف درهم (250.000 درهم) يرسم سنة 2014 كسطر ثاني للمشروع المشار إلى خصائصه في الملحق رقم 2 و 3، توضع في الحساب البنكي للجمعية في شطر واحد تبعا لمقتضيات هذه الاتفاقية.

المادة 6: التزامات الجمعية

تلتزم الجمعية من خلال هذه الاتفاقية بإشراف من ومديرية المستشفيات والعلاجات المنتقلة وأيضا بتعاون وتنسيق مع مندوبية وزارة الصحة بإقليم الحوز المستهدف بالمشروع ومديرية التنظيم والمنعازات (قسم الشراكة)، بإنجاز ما يلي:

1. الإشراف والتنسيق مع مندوبية وزارة الصحة بإقليم الحوز لإنجاز مكونات المشروع؛
2. القيام بأنشطة التوعية الصحية للنساء بأهمية تتبع الحمل؛
3. التثكل الطبي ب1000 امرأة في سن الإنجاب منذ تشخيص الحمل وتتبع مراحلها إلى مرحلة الولادة بالخصوص ساكنة الجماعة القروية زرقطن والمناطق النائية المجاورة لها حتى استكمال الفئة المستهدفة من المشروع وهي ب1000 امرأة حامل (3 الفحوصات ما قبل الولادة لكل امرأة حامل):
 - أ. تشخيص الحمل خلال الثلث الأول من الحمل (الفحص بجهاز الصدى، تحاليل البول)؛
 - ب. تتبع مراحل الحمل خلال الثلث الثاني من الحمل (الفحص السريري، الفحص بجهاز الصدى وتحاليل الدم)؛
 - ت. تتبع مراحل الحمل خلال الثلث الأخير من الحمل (الفحص السريري، الفحص بجهاز الصدى)؛
4. تتبع الولادة بالمراكز الصحية؛
5. تتبع صحة الأم والمولود؛
6. التتبع وتسيير الأنشطة المرتبطة بالمشروع.

المادة 7:

علامة على الالتزامات المنصوص عليها في القرار الوزاري الصادر في 31 يناير 1959 المحدد لشروط وكيفية التنظيم المالي والمحاسبي للجمعيات التي تتلقى مساعدات دورية من الدولة. وكذا الظهير الشريف رقم 1.59.271 المؤرخ ب 17 شوال 1379 (14 أبريل 1960) الذي ينظم مراقبة الدولة المالية على المكاتب والمؤسسات العمومية والشركات ذات الأمتياز والمنظمات المنتقمة بالمساعدة المالية التي تمنحها الدولة، كما تم تغييره وتتميمه.

تلتزم الجمعية بما يلي:

- ◀ موافقة الوزارة بتقرير دوري عن الوضعية المالية والمحاسبية المتعلقة بالمشروع وبكل الوثائق التقنية والمالية الضرورية المرتبطة بالأنشطة والتفقات المالية؛
- ◀ موافقة الوزارة بتقرير مالي عن الموارد المالية الأخرى المحصل عليها باسم المشروع.

المادة 8:

تنتج الجمعية المشروع وفق المواصفات التقنية والمالية المصرح بها، ولا يمكن إدخال أي تغيير أو تعديل على الاتفاقية إلا بموافقة الوزارة إذا ما دعت الضرورة إلى ذلك، كما تلتزم بتعبئة الموارد المالية والبشرية والتقنية التي التزمت بها عند تقديمها بالمشروع للوزارة.

المادة 9:

يستمر الشخص المسؤول عن المشروع بالمكتب المسير للجمعية إلى غاية استنفاد كل الإجراءات المتعلقة بتنفيذ المشروع في حالة تزامن تنفيذ المشروع مع الجمع العام العادي أو الاستثنائي للجمعية.

المادة 10:

- ◀ ترسل الجمعية كل البيانات التقنية والمالية والمحاسبية إلى الوزارة، كلما أبدت هذه الأخيرة رغبة في ذلك عن طريق مراملة كتابية في هذا الشأن، تحدد فيها نوعية الوثائق المطلوبة علما بأن ثلثية هذه الطلبات الخاصة لا يلغى الالتزام بموافقة الوزارة بتقرير دورية حول سير المشروع،
- ◀ تحترم الجمعية الرزنامة المنفق عليها لتحويل مبلغ مساهمتها المالية في إنجاز المشروع كما هو مبين في المادة 14 من هذه الاتفاقية،
- ◀ تنتج الجمعية في نهاية تنفيذ المشروع جردا شاملا ودقيقا بكل مصادر التمويل وبكل المبالغ المحصلة من طرفها باسم المشروع. ويلحق هذا الجرد بالتقرير الختامي للمشروع والذي يجب أن

المادة 15: تدبير المساهمات المالية

تحول المساهمات المالية لطرفي هذه الاتفاقية إلى الحساب البنكي رقم : 021450 0000 16601504054502 ببنك مصرف المغرب (وكالة: 176 شارع عبد الكريم الخطابي، مراكش) - المدينة: مراكش المفتوح في اسم الجمعية. هذا، وعلى الجمعية احترام مقتضيات القانونية والتنظيمية المتعلقة بتسيير هذا الحساب البنكي، واستعماله كوعاء وحيد والإزامي لإجراء كل المعاملات المالية المتعلقة بالمشروع، سواء منها الخاصة باستيفاء المداخيل المختلفة أو تلك الخاصة بتأدية النفقات كيفما كان نوعها كما هو منصوص عليه في المادة 7 من هذه الاتفاقية.

المادة 11:

يتضمن تقديما نوعيا لمدى بلوغ الأهداف المسطرة من لدن الأطراف، إضافة إلى الحصر النهائي لكل المنجزات والنفقات والحسابات المتعلقة بالمشروع. < تبعت الجمعية للوزارة تقارير دورية حول سير المشاريع الأخرى ذات العلاقة التي تنفذها والأنشطة التي تنظمها لفائدة المستفيدين من خدماتها وأنشطتها.

ترسل الجمعية للوزارة قبل حلول تاريخ 31 مارس من كل سنة، تقريرا سنويا مفصلا عن مدى تنفيذ مكونات المشروع موضوع هذه الاتفاقية، مشفوعا بكل البيانات المفصلة والمتعلقة بالوضعية المالية والمحاسبية للمشروع محصورة في تاريخ 31 جنتبر من السنة المنصرمة.

الباب الثالث: التدابير المالية

المادة 12: كلفة وتمويل المشروع

يحدد الطرفان من خلال هذه الاتفاقية، كلفة إنجاز المشروع في مبلغ إجمالي قدره سبعة مائة وثمانون ألف ومائتين وخمسون درهم (781.250 درهم). أما فيما يخص ميزانية المشروع بكل عناصرها من مداخل ونفقات والتجهيز، فإنها مبنية في الجدول المرفق بهذه الاتفاقية (الملحق رقم 3) والذي يشكل في حد ذاته برنامجا توقعيا للتمويل المتفق عليه من لدن الأطراف؛ يتم اعتماده طوال فترة تنفيذ المشروع كأساس لبرمجة المساهمات المالية للطرفين، إلا إذا تمت مراجعته بطلب من أحد الأطراف كما هو منصوص عليه في المادة 15 من هذه الاتفاقية.

وبناء على ذلك فإن نسب التمويل المتفق عليها من لدن أطراف هذه الاتفاقية، هي كالتالي: < تتحمل الوزارة نسبة 64% من تكلفة المشروع، أي مبلغا إجماليا يقدر بـ 500.000 درهم. < تتحمل الجمعية نسبة 19% من تكلفة المشروع كمساهمة عينية، أي مبلغا إجماليا يقدر بـ 148.500 درهم. < يتحمل شركاء الجمعية نسبة 17% من تكلفة المشروع كمساهمة عينية، أي مبلغا إجماليا يقدر بـ 132.750 درهم.

المادة 13: المساهمات المالية السنوية

توزع المساهمات المالية للأطراف وخصصها السنوية على المنوال الآتي:

الأطراف	السنة الثانية 2014		السنة 2013	
	المبلغ بالدرهم	الحصصة%	المبلغ	الحصصة%
الوزارة	500.000	64	250.000	
الجمعية	148.500	19	60.000	
شركاء الجمعية	132.750	17		
المجموع	781.250	100	360.000	100

المادة 14: رزنامة تحويل المساهمات المالية السنوية

تحول المساهمة المالية السنوية للوزارة إلى حساب المشروع تبعا للبرمجة التالية: < برسم سنة 2013: 250.000 درهم تبعا لمقتضيات هذه الاتفاقية؛ < برسم سنة 2014: 250.000 درهم تبعا لمقتضيات هذه الاتفاقية. تحسب المساهمة السنوية للجمعية وهي عينية في حساب المشروع تبعا للبرمجة التالية: < برسم سنة 2013: 60.000 درهم تبعا لمقتضيات هذه الاتفاقية؛ < برسم سنة 2014: 60.000 درهم تبعا لمقتضيات هذه الاتفاقية. تحسب المساهمة السنوية لشركاء الجمعية وهي عينية في حساب المشروع تبعا للبرمجة التالية: < برسم سنة 2013: 60.000 درهم تبعا لمقتضيات هذه الاتفاقية؛ < برسم سنة 2014: 60.000 درهم تبعا لمقتضيات هذه الاتفاقية.

الباب الرابع: التتبع والتقييم والمراقبة

المادة 16: التقارير الدورية

تنجز الجمعية إضافة إلى الوثائق المشار إليها في المادة 7 من هذه الاتفاقية، تقريرا دوريا حول تقدم منجزات المشروع وتم إجلته على أعضاء لجنة التتبع والتقييم المنصوص عليها في المادة 18 بعده، بغرض تفحصه والمصادقة عليه. وينبغي أن يحتوي هذا التقرير على الجانب التقني والمالي يتضمن الأنشطة الصحية والنفقات المالية المرتبطة بها والمؤشرات الصحية المعتمدة للتتبع والقياس وعلى الجداول التلخيصية المنصوص عليه في المادة 17 بعده. كما يجب أن يبرز، إن اقتضى الحال ذلك، تحليلا للفوارق الملاحظة فيما بين البرنامج التوقعي ومستوى الإنجاز الفعلي لمكونات المشروع.

المادة 17: المؤشرات والجداول التلخيصية للتتبع والتقييم

يتفق الطرفان على اعتماد مؤشرات صحية ومالية للتتبع والقياس وعلى تبني نماذج جداول تلخيصية تعطي رؤية شاملة وبكل موضوعية، عن مستوى تنفيذ "المشروع" وعن مدى التزام الأطراف بمقتضيات هذه الاتفاقية. وبناء على ذلك فإن أهم المؤشرات الصحية المتفق على اعتمادها بشكل دوري كأساس للتتبع والتقييم بالإضافة للنفقات المالية هي:

- 1- القيام بأنشطة التوعية الصحية للنساء بأهمية تتبع الحمل: 1000 مستفيدة؛
 - 2- تكوين فريق العمل: 20 طبيب، 10 ممرض، و10 من الطلبة الأطباء في طور التكوين؛
 - 3- تشخيص وتتبع مراحل الحمل لفائدة 1000 امرأة حامل من ساكنة الجماعة القروية زرقطن والمناطق النائية المجاورة لها: 1000 فحص سريري 1000 فحص بجهاز الصدى، 500 تحليلة البول، 500 تحليلة دم خلال كل 3 أشهر من 6 أشهر الأولى للحمل (أي 2000 فحص سريري 2000 فحص بجهاز الصدى، 1000 تحليلة البول، 1000 تحليلة دم)؛
 - 4- تتبع المرحلة الأخيرة للحمل (الثالث الثالث من الحمل): 1000 فحص سريري، 1000 فحص بجهاز الصدى، عدد الحالات الموجهة إلى المراكز الصحية للولادة: 1000 امرأة حامل؛
 - 5- تتبع الولادة بالمراكز الصحية وتتبع صحة الأم والمولود: عدد المنتظر للولادات بالمراكز الصحية: 800 مولود، عدد الفحوصات السريرية للأمهات: 1000 ، عدد الفحوصات السريرية للمولود: 1000
 - 6- التتبع والتقييم للمشروع: تقارير دورية حسب الأشرطة ونهائية تضم الجانب التقني حول مراحل إنجاز المشروع والأنشطة الصحية المنجزة والمؤشرات الصحية المحققة مرفقا بتقرير دوري ونهائي مالي مفصل حول النفقات والوثائق المالية المرتبطة بتنفيذ مكونات المشروع
- تهيئ الجمعية الجداول التلخيصية وفق النماذج المتفق عليها والمرفقة بهذه الاتفاقية (الملحق رقم 4)، وتبرز مستوى تقدم المؤشرات الصحية المعتمدة.

المادة 23:

تقوم الوزارة بتوجيه مراسلة تمنح من خلالها للجمعية مهلة للوفاء بهذه الالتزامات في حالة التصيير أو عدم احترام الجمعية لالتزاماتها التعاقدية مدتها شهرين.
عند انتهاء هذه المهلة دون تدارك الجمعية لتقصيرها أو لإخلاله بالتزاماته التعاقدية، فإن هذه الاتفاقية تنفس بقوة القانون.
في حالة فسخ الاتفاقية، فإن المبالغ المتبقية في الحساب البنكي الخاص بالمشروع، يتم تخصيصها لعملية التصفية والباقي الصافي يحول للخزينة العامة.

المادة 24:

يعمل الطرفان على تذليل كل الصعاب بغرض إيجاد حلول لكل المشاكل والمنازعات المحتملة في إطار لجنة التتبع والتقييم.
إذا ما تعذر على اللجنة التوصل إلى حل ناجح للمشاكل والمنازعات المعروضة عليها، يتم اللجوء إلى تحكيم السيد رئيس الحكومة، بغرض إيجاد حل ودي يرضى الطرفين معاً.
في حالة استنفاد كل هذه الطرق الودية، يعرض الطرفان نزاعهما على المحاكم المختصة.

المادة 25: النشر

تبلغ هذه الاتفاقية إلى علم الغير عن طريق جميع وسائل الاتصال والإشهار المتوفرة، وكذلك عن طريق نشرها وإصافها بمقرات الجمعية والمصالح التابعة للوزارة.

المادة 26:

تعمل الجمعية على إشهار هذه الاتفاقية بكل الوسائل المتاحة، ولاسيما بإصافها بالمقرات والمراكز التابعة لها.

المادة 27:

توضع ميزة خاصة في واجهة المشروع تشير إلى أن إنجازته يتم في إطار يتم شراكة ودعم من طرف وزارة الصحة وبإشراف وتأييد من المصالح المعنية سواء المركزية أو الخارجية التابعة للوزارة ، وفي حالة وجود شركاء آخرين لا مانع من أن يشار إليهم.
وحرر في الرباط، بتاريخ

وزارة الصحة

جمعية أصدقاء المستشفى
الجامعي محمد السادس مراكش

المادة 18: لجنة التتبع والتقييم

تحدث بمقتضى هذه الاتفاقية لجنة ثنائية ممثلة في وزارة الصحة بمديرية السكان كمشرفة تقنية ومديرية المستشفيات والعلاجات المتنتلة ومديرية التخطيط والموارد المالية ومديرية التنظيم والمنازعات من جهة والجمعية من جهة أخرى، مكلفة بتتبع مستوى تنفيذ المشروع والتزام الأطراف بمقتضيات هذه الاتفاقية وتقييم الإنجازات من خلال مختلف الوثائق والبيانات المحددة فيها.

يعهد لهذه اللجنة صلاحية إيداء كل الاقتراحات المفيدة لحسن تنفيذ مقتضيات هذه الاتفاقية وذلك علاوة على ما هو منصوص عليه في هذه المادة.

وتتشكل هذه اللجنة من ممثلين عن كل طرف وتُسند رئاسة هذه اللجنة إلى الوزارة التي يعهد إليها تسيير أشغال الاجتماعات بالإضافة إلى مقرر من قسم الشراكة لكل جلسة.

تجتمع هذه اللجنة، على الأقل مرة كل ستة (6) أشهر، بمبادرة من وزارة الصحة، والتي تستدعي أعضائها للاجتماع - وجوباً - بمجرد توصلها بالتقرير الدوري الذي يشمل الجانب التقني والمالي للأنشطة والتفغات المرتبطة بالمشروع المشار إليه في المادة 16 من هذه الاتفاقية.

في متمع كل جلسة، يقوم المقرر بإعداد محضر لأشغال اجتماع اللجنة يستحضر أهم التوصيات المتبقية عنها ويسلمه لرئيس اللجنة.

يقوم الرئيس، فور تلقيه للمحضر المذكور، بإرساله إلى أطراف هذه الاتفاقية.

المادة 19:

تجتمع اللجنة الثنائية بدعوة من الوزارة على الأقل مرة كل ستة أشهر المشار إليها في المادة 18 وكما دعت الضرورة إلى ذلك.

تعد اللجنة المذكورة تقريراً تضمنه ملاحظاتها واقتراحاتها بوجه إلى السيد الوزير أو من ينوب عنه. تخضع جميع المعاملات الإدارية والمالية المتعلقة بتنفيذ مقتضيات هذه الاتفاقية لإمكانية المراقبة والتدقيق من طرف مصالح المفتشية العامة لوزارة الصحة ومن طرف مصالح التفتيش والمراقبة التابعة للوزارة المكلفة بالمالية إضافة إلى مصالح للمجلس الأعلى للحسابات وذلك وفقاً للقوانين الجاري بها العمل في مجال المراقبة المالية على الجمعيات والمنظمات المستفيدة من الدعم المالي للدولة والجماعات العمومية.

الباب الخامس: مقتضيات ختامية

المادة 20: مراجعة اتفاقية الشراكة

يمكن أن تصبح هذه الاتفاقية موضوعاً للمراجعة بطلب من أحد الأطراف الموقعة عليها وكل تعديل لهذه الاتفاقية يكون موضوع اتفاق جديد يوقعه الطرفان.

المادة 21:

تخبر الجهات المعنية من طرف الوزارة، ولاسيما مصالح وزارة الاقتصاد والمالية بالاتفاق الجديد.

المادة 22: شروط فسخ اتفاقية الشراكة

تحتفظ الوزارة بحق فسخ هذه الاتفاقية من جانب واحد في الحالات التالية:

- حل الجمعية؛
- عدم احترام الجمعية لالتزاماتها المحددة وفق هذا الاتفاق؛
- وجود صعوبة قانونية أو موضوعية لتنفيذ المشروع؛
- عند تعقيب الفئات المستفيدة من المشروع كما تم الاتفاق عليه.

Fiche de référence :

Date : / /

Cher confrère :

Permettez-moi de vous adresser Mme _____, âgée d'ans, suivie dans le cadre du Projet « MATERNITE SANS RISQUES » dans la commune de Zerkten, Province d'AlHaouz.

Antécédents :

- Gestité, Parité, Enfant(s) vivant(s)
- Dernier accouchement à : Par : Il y a : ans
- Date des dernières règles :

Examen physique de ce jour (/ /) a objectivé:

- Poids : kg -Taille : cm
- TA : cmHg - Œdèmes des MI : -Labstix :
- Conjonctives :

→**Examen obstétrical :**

- Hauteur Utérine : cm -Mouvements Actifs Fœtaux :
- Bruits du cœur fœtal : -Examen au Spéculum :
- Toucher Vaginal :

Echographie Obstétricale faite le / / a objectivé :

- Nombre d'embryon : -Présentation :
- Liquide amniotique : - Estimation du terme :

Examen biologique fait a objectivé :

- TPHA : -VDRL : -Groupage : -
- Hémoglobine :

Particularités

Je vous la confie pour complément de prise en charge.

Cordialement

3. Bon d'examen :

Nom et Prénom :

Age :

N° du dossier :

Douar :

Bon d'examen

Renseignements cliniques :

Il s'agit de Mme :, parturiente âgée dequi se présente pour le suivi d'une grossesse de Semaine d'aménorrhée.

Veillez faire s'il vous plait :

NFS/PLQ

Glycémie à jeun

Groupage/ Rhésus

Albuminurie / Glycosurie

Sérologie : TPHA/ VDRL

HVB / HVC

Toxoplasmose

VIH

Rubéole

Herpès

Oreillon

CMV

Merci.

7. Exemples des fiches de sensibilisation et éducation :

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Direction de la Population

المملكة المغربية
وزارة الصحة
مديرية السكان

UNFPA

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Direction de la Population

المملكة المغربية
وزارة الصحة
مديرية السكان

UNFPA

أهمية زيارات مراقبة ما بعد الوضع

اللتفتع ما بعد الوضع يعان من :

- ظهور خدات حادة حول الثدي ومولودها
- الكتف المظلمة ومعالجة الحلمات لدى الأم ومولودها
- إصغاء المسئجح الأساسية لتشجيع الرعاية الصحية لدى الأم ومولودها.

1- بالنسبة للأم :

بعد الوضع تستعد الأم من ثلاث زيارات :

- الزيارة الأولى : بعد 4 ساعات من الوضع
- والمواسمة الصحية التي تمت فيها الولادة
- الزيارة الثانية : اليوم الثامن بالمركز الصحي
- الزيارة الثالثة : ما بين 19 و 42 يوم بالمركز الصحي.

2- بالنسبة للمولود :

بعد الوضع يستعد المولود من أربع زيارات على الأقل :

- الزيارة الأولى : بعد الولادة
- الزيارة الثانية : بعد 48 ساعة عند نهاية فترة الإقامة بالمواسمة الصحية
- الزيارة الثالثة : نهاية الأسبوع الأول بالمركز الصحي
- الزيارة الرابعة : نهاية الأسبوع السادس بالمركز الصحي.

خلال هذه الزيارات تستعد الأم من خدمات السلس خلال هذه الزيارات تتم حماية المولود من خطر الزيف عن طريق جرعات الفيتامين "A" وتقوية مناعته بالتطعيم و مراقبة نمو الحركي والحسي كما يستعد المولود من فحص دقيق وتشخيص التشوهات الخلقية المحتملة.

إضافة إلى الزيارات العادية في فترة ما بعد الوضع، يجب التوجه فوراً إلى أقرب مركز صحي في حالة ظهور إحدى علامات الخطر عند الأم أو المولود.

سلوكيات إيجابية

- 1- الاهتمام بنظافة المولود : السرعة، العجان، الألتيم...
- 2- الحرص على المحافظة على استقرار درجة حرارته
- 3- الرضاعة الطبيعية أفضل غذاء للطفل تقوي مناعته وتساهم في حماية الأم من سرطان الثدي
- 4- تجنب التعرض للحرارة بعد الولادة
- 5- نظافة الجسم، ابتداء من 48 ساعة بعد الولادة
- 6- احترام جدول التفتيح الوطني
- 7- الحرص على مراقبة الحالة الصحية للأم والمولود مع احترام مواعيد الزيارات والمركز الصحي
- 8- المحافظة على العائل الصحي للأم والطفل والمواسمة الصحية للطفل والإقامة بها عند الاستعداد الصحية
- 9- استشارة الأقر الصحية قبل أخذ أي دواء ومن أجل اختيار الوسيلة الأنسب لتنظيم الأسرة
- 10- الالتزام بوقاية من لدغات الجوارح والتفليس ومن سرطان عنق الرحم
- 11- مراقبة المشتبه بتموت الطفل
- 12- إجراء التمرين الرياضية بعد أسبوعين من الولادة حتى تعود العضلات إلى وضعها الطبيعي
- 13- العودة إلى العمل بعد المعالجة واسترجاع الحالة الصحية الكاملة.

وسائل تربية للمرأة الحامل

- أعراض الحمل
- تطور الحمل
- أهمية زيارات مراقبة الحمل
- علامات الخطر عند المرأة الحامل
- أهمية التفاح ضد القزاز
- نمط العيش أثناء فترة الحمل
- تغذية الأم الحامل والمرضع
- التمارين الرياضية أثناء فترة الحمل
- مرحلة المخاض
- مرحلة الوضع
- أهمية زيارات مراقبة ما بعد الوضع
- علامات الخطر عند الأم أو المولود في فترة ما بعد الوضع

UNFPA

8. Images des Caravanes médicales :



Figure 21: Equipe médicale de travail



Figure 22: Examen du Nouveau-né d'une mère suivi au projet



Figure 23: Consultation d'échographie obstétricale par une gynécologue



Figure 24: Prise du sang pour les analyses biologiques



Figure 25: dossier médical "questionnaire de suivi des femmes"



Figure 26: carte des rendez-vous

Projet:

MATERNITÉ SANS RISQUES

SOMMAIRE :

I-INTRODUCTION

II-OBJECTIFS

III-DESCRIPTION DU TERRAIN D'ACTION

IV-ACTIVITES PROGRAMMEES

V-CHRONOGRAMME

VI-RESSOURCES NECESSAIRES

VII- PARTICIPATION BUDGETAIRE DES PARTENAIRES :

VIII-EVALUATION ET SUIVI

IX-PERSPECTIVES D'EVOLUTION

X-PORTEURS DU PROJET

XI-PARTENAIRES OFFICIELS

XII-PARTENAIRES POTENTIELS

XIII-COMITES D'EXECUTION DU PROJET

INTRODUCTION

1- Contexte de l'action

En souscrivant aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Maroc s'est engagé à réduire de trois quarts la mortalité maternelle (OMD 5) et de deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans (OMD 4) à l'horizon 2015. (1)

Malgré les progrès réalisés dans ce sens, des iniquités persistent dans l'accès aux soins obstétricaux et néonataux entre milieux urbain/rural, entre régions et entre niveaux socio-économiques. Le ratio de mortalité maternelle en milieu rural est deux fois plus important qu'en milieu urbain (148 contre 73 décès pour 100000 naissances vivantes).

Ainsi, la mortalité néonatale qui est actuellement de 19 pour mille naissances vivantes, continue à représenter près de 62% de la mortalité infanto-juvénile. La prématurité, le faible poids à la naissance, l'asphyxie néonatale et l'infection en constituent les principales causes.

Pour améliorer ces résultats, le Maroc a mené un plan d'action 2012-2016 fixant pour objectifs :

- Réduire la mortalité maternelle de 112 à 50 décès pour 100 000 naissances vivantes ;
- Réduire la mortalité néonatale de 19 à 12 pour mille naissances vivantes (13)

Tout cela, justifie notre action dans le but d'apporter une contribution à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant de la population.

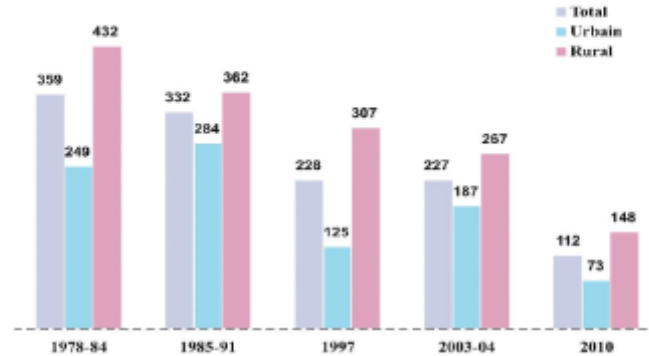
2- Généralités

2.1/ Mortalité Maternelle :

a) Définition :

Mortalité Maternelle se définit par "le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite" (1)

b) Epidémiologie au Maroc :



c) Etiologies :

c.1 Médicales :

- hémorragie sévère (pour l'essentiel après l'accouchement);
- infections
- hypertension durant la grossesse (pré éclampsie et éclampsie)
- avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité

c.2 non médicales :

- la pauvreté
- la distance
- le manque d'informations
- l'inadéquation des services
- les pratiques culturelles.

2.2/ Mortalité néonatale :

a) Définition :

b) Épidémiologie :

La mortalité néonatale, qui est actuellement de 19 pour mille naissances vivantes selon les statistiques nationales du ministère de la santé, continue à représenter près de 62% de la mortalité infanto-juvénile.

c) Etiologies :

La majorité des causes de la mortalité néonatales sont :

- La prématurité
- le faible poids à la naissance

- l'asphyxie néonatale
- l'infection

II-OBJECTIFS :

1. Objectif général :

Contribuer à travers la **sensibilisation** et le **suivi de la grossesse**, à la **réduction du taux** de mortalité maternelle et la mortalité infantile dans notre pays.

2. Objectifs spécifiques :

-Convoquer les femmes enceintes pour surveiller rigoureusement leur grossesse pendant les trois trimestres.

-Education sanitaire des femmes au sujet de la grossesse :

- Expliquer à la femme le déroulement d'une grossesse normale.
- Informer la femme sur les risques encourus au cours de la grossesse.
- Informer la femme sur les risques possibles au cours de l'accouchement.
- Sensibiliser la femme de l'importance du lait maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois.
- Insister sur l'intérêt de la vaccination.
- Insister sur l'importance de la contraception dans le cadre d'une planification familiale.

-Faciliter l'accès de la femme rurale au suivi de la grossesse.

- Introduire la notion du suivi de grossesse dans la culture de la population de la commune de Zerkten.*
- Etablir une référence et une étude scientifique à propos de la mortalité maternelle et la mortalité infantile dans les communes cibles.*

III-DESCRIPTION DU TERRAIN D'ACTION :

1. Population cible : 1000 femmes enceinte de la commune de Zerkten et toute fille en âge de procréation

2. Description du terrain :

Le bassin sanitaire de Touama (BSZ) couvre le territoire relevant des trois structures sanitaire rurales: centre de santé de Zerkten, et deux dispensaires : Ighi et Taddart. Ces dispensaires relèvent de la province d'Al Haouz et de la région de Marrakech- Safi (Maroc).

La zone est classée au niveau national, parmi les endroits les plus pauvres. De même, la région, étant donnée montagneuse, souffre également de l'isolement et de la précarité.

Le taux de naissance par année est de 546 naissances selon le responsable de l'état civile de la commune de Zerkten.

IV-ACTIVITES PROGRAMMEES

A. Les axes du projet :

Ce programme d'action est articulé autour de **cinq axes** :

1- Les consultations médicales gynécologiques :

Nous programmons **trois** consultations par patiente (une consultation/trimestre) avec un suivi médical permanent de leurs dossiers afin de noter l'évolution de leur état.

Pour ce faire :

- a) Prise du poids, tension artérielle, hauteur utérine.
- b) La recherche de l'albuminurie et de la glycosurie.
- c) Le dosage de la glycémie capillaire.
- d) Examen au spéculum et le toucher vaginal.

2- Echographie obstétricale :

Toutes les femmes enceintes bénéficieront de **trois** échographies abdomino-pelvienne ; soit une échographie par trimestre.

3- Analyses biologiques :

Il s'agit de faciliter l'accès des femmes enceintes aux analyses requises soit auprès des laboratoires publics et privés ou par la réalisation sur place de certains bilans nécessaires pour le suivi :

- Hémogramme
- Glycémie à jeun
- Groupage + Rhésus
- Sérologie syphilitique.

4- Les médicaments :

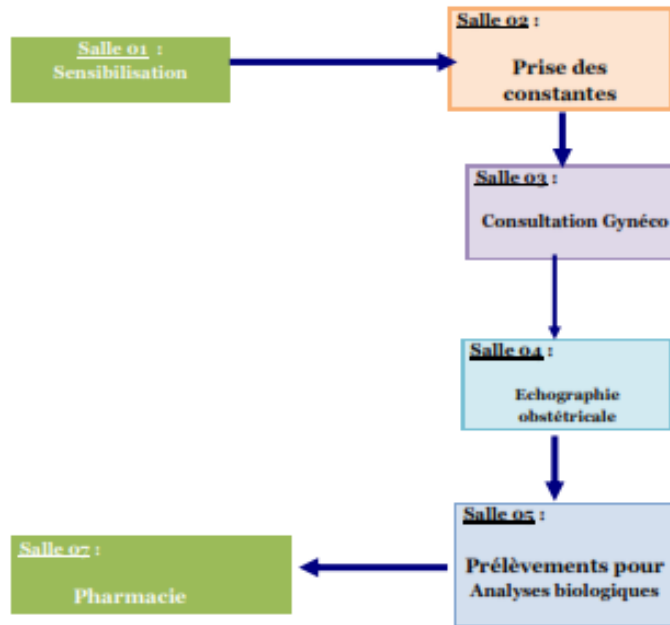
Mettre des médicaments à la disposition de ces femmes enceintes.

5- Education sanitaire :

L'objectif de cette axe est de :

- Rendre les femmes réellement partenaires du plan d'action.
- Sensibiliser les femmes en ce qui concerne le déroulement de la grossesse, les risques encourus pendant la grossesse et l'accouchement, l'intérêt d'accoucher dans une structure hospitalière et l'importance de la vaccination et de la contraception.
- Rendre la femme capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa grossesse et la phase post-partum.

B. Circuit de consultation



V- CHRONOGRAMME DE L'ETUDE :

	2013		2014											2015													
	01	02	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Réunion avec les partenaires																											
Documentation officielle du projet																											
Exploration des régions cibles																											
Formation de l'équipe médicale																											
Etape 1 de la consultation et séance d'éducation sanitaire																											
Rapport 1 d'évaluation																											
Etape 2 de la consultation et séance d'éducation sanitaire																											
Bilan annuel																											
Etape 3 de la consultation et séance d'éducation sanitaire																											
Rapport 2 d'évaluation																											
Etape 4 de la consultation et séance d'éducation sanitaire																											
Communication des résultats																											

VI-RESSOURCES NÉCESSAIRES

I. Ressources humaines :

a- Equipe médicale et paramédicale :

Equipe		Nombre
Médecins	Gynécologues	4
	Radiologues	4
	Généralistes	10
Etudiants en médecine		20
Sages-femmes		6
Infirmiers polyvalents		6
TOTAL		50

b. Equipe de suivi.

Organisme	Membres engagés	Nombre total
Association des amis de CHU	Pr. Mohammed CHERKAOUI	04
	Pr. Abdelilah HAKIM	
	Isam AZZAHRI	
	Wafa QUIDDI	
La commune de ZREKTEN	Le président du conseil local de ZREKTEN	09
	Le responsable du bureau de l'état civil	
	Mr. Abderrahmane	
	Les agents communautaires (6 personnes)	
La délégation régionale de la santé Al Haouz	Services des ressources humaines et logistiques	06
La faculté de médecine (service d'épidémiologie)	Pr. Mohammed AMINE	03
	Pr. Latifa ADERMOUCH	
	Dr. Majda SEBBANI	
La faculté des sciences (laboratoire d'écologie humaine)	Pr. Mohammed CHERKAOUI	01
TOTAL		25

2. La logistique :

Consultation médicale		
N°	Désignations	Quantité
1	Séparations	12
2	Draps	20
3	Spéculum	2000
4	Lubrifiants	20
5	Pèse personnes	6
6	Ruban-mètres	6
7	Rondelles	6
8	Stéthoscope de Pinard	6
9	Tensionmètres	6
10	Bandelette urinaire (boîte de 100)	32
11	Harcots	6
12	Glucomètres Bandelettes	6
13	Doigtiers (boîte de 100)	100
14	Gants stériles (boîte de 100)	30
15	Gants propres (boîte de 100)	100
16	Kil d'accouchement	40
17	Registre des parturientes	20
18	Ecouvillon	200
19	Torches	20
20	Boîte de petite chirurgie	6

Analyses biologiques		
N°	Désignations	Quantité
1	tubes secs	3000
2	tubes violet	3000
3	seringues	4000
4	antiseptiques	50
5	paquet de coton	40
6	garrot	10
7	glacière	8
8	conteneur des objets tranchants	10

Consultation Radiologiques		
N°	Désignations	Quantité
1	Echographe	2
2	gel d'échographie (5 Kg)	20
3	papiers d'impression	30
4	mouchoirs (paquet de 150)	1500
5	Rallonges	6

6	Générateurs d'électricité	2
---	---------------------------	---

Médicaments		
N°	Désignations	Quantité
1	Fer +acide folique	3000
2	Ampicilline injectable	100
3	Oxytocine injectables	500
4	Antispasmodiques injectables	500
5	Antalgiques	200
6	Solutés de perfusion	500
7	Kit de perfusion	500
8	Bétadine moussieuse	50
9	Nicardipine	50
10	Valium	50
11	Corticoides	50

Paperasse		
N de désignation	Désignations	Quantité
1	Dossier médical	1500
2	Ordonnancier	100
3	cartes d'identification	1500
4	bon d'examen préétabli	1500
5	Fiches de référence	400

VI- PARTICIPATION BUDGETAIRES DES PARTENAIRES :

Partenaire :	Participation	Pourcentage
Ministère de la santé	500.000 DH	64%
Association des amis de CHU	148 500 DH	19%
Autres partenaires	132 750 DH	17%
TOTAL	781 250 DH	100 %

VII-EVALUATION ET SUIVI

Un rapport d'évaluation sera établi par le comité d'exécution, à un an (vers le 30 Octobre 2014) et à un an et demi (Avril 2015). Ce rapport sera discuté en organisant une réunion d'évaluation avec la participation de tous les intervenants du projet.

VIII-PERSPECTIVES D'EVOLUTION

A long terme, ce projet permettra de développer un pôle d'excellence régional dans le domaine de la santé de la Mère et de l'enfant dans le cadre d'un partenariat entre secteur public et la société civile..

Ce pôle d'excellence peut aider à dupliquer cette expérience dans les autres régions de la Région et du Royaume.

Ce projet sera le Projet Pilote à la fois à l'échelle nationale, internationale, et au niveau de l'implication de la société civile et du corps associatif dans la gestion des problèmes de santé ;

Nous comptons atteindre un pourcentage de 80% de la prise en charge des femmes enceintes du Grand Atlas;

Ce projet sera une base de données par excellence pour faire des études dans le but d'améliorer la prise en charge dans le Grand Atlas avec l'espoir de déployer ce procédé dans tout le royaume.

IX-PORTEURS DU PROJET

Sur le plan institutionnel, le projet est parrainé par :

Association Des Amis du Centre Hospitalier Universitaire Mohamed V

X-PARTENAIRES OFFICIELS

- *Ministère de Santé*
- *Délégation du Ministère de la Santé à la Province EL.HAOUZ.*
- *Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI*
- *Université Cadi Ayyad Marrakech*
- *Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech*

XI-AUTRES PARTENAIRES POTENTIELS

- *La commune de Zerken*
- *Les laboratoires d'analyses privés*
- *Les laboratoires pharmaceutiques*
- *Associations et Organismes nationales et internationales, privés et publiques*

XII-COMITE D'EXECUTION DU PROJET

Pour coordonner les efforts de soins, de prévention et d'éducation des patients, un comité de pilotage et d'exécution du projet est constitué.

***Pilote du Projet :**

- CHERKAOUI Mohamed : Président de l'Association et Professeur Universitaire.

***Responsable du Projet :**

- AZZAHIRI Isam : Membre de l'association et Médecin en formation.

***Responsable du suivi médical :**

- QUIDDI Wafa : Membre de l'association et Médecin en formation.

***Responsable de l'éducation sanitaire :**

- AZZAHIRI Issam : Membre de l'association et Médecin en formation.

***Responsables de la gestion financière et des ressources :**

- HAKIM Abdelilah : Trésorier de l'Association et Professeur Universitaire.

- MOSSAID Abderrahim : Membre de l'Association et Médecin en formation

***Coordinateur de l'équipe de gynécologie :**

- Dr. ZILFI Wafaa : Membre de l'association et Médecin gynécologue en formation.

***Coordinateur de l'équipe de Radiologie :**

- Dr. MANSOURI Abdelmajid : Médecin radiologue en formation.

***Responsable de la gestion administrative :**

- Dr. ELYACOUBI Abdelhadi : Membre de l'Association et Médecin généraliste.

***Responsable de la communication :**

- JAAFARI Fedwa : Membre de l'Association et Médecin en formation

***Responsable de coordination :**

- MOUTAYAMINE Abdelhakim : Membre de l'association et Médecin en formation.



RÉSUMÉS

RESUME:

Objectifs : Décrire l'apport d'un projet à base communautaire dans l'amélioration du suivi de la grossesse chez une population vulnérable.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive longitudinale menée à la commune de Zerkten s'éloignant de 78Km de la ville de Marrakech. Notre étude intéressait un échantillon de 283 femmes par un échantillonnage de type exhaustif sur une durée de 8 mois (de Février 2014 au Septembre 2014). Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire conçu à partir de la fiche rose du Ministère de la santé et le dossier d'accouchement utilisé au niveau des maternités. Le questionnaire était administré par des médecins et des étudiants en médecine engagés volontairement dans notre étude. L'analyse des données était descriptive et bi-variée.

Résultats : La médiane d'âge des participantes était 26 ans [14 à 42 ans]. Le pourcentage des femmes analphabètes était de 66,2%. Seulement 27% des femmes ayant un contact antérieur avec le système de soins de santé maternelle. 407 consultations prénatales étaient réalisées, dont 72,8% étaient en 3^{ème} trimestre de grossesse. 64% des grossesses ont été jugées à risque par les femmes participantes. L'infection était l'anomalie la plus fréquemment dépistée par un nombre de 129 cas suivie par l'anémie rapportée par 20% des participantes. Le pourcentage des femmes ayant respecté les 3 consultations prénatales était 6,7% et 30,4% des participantes ont bénéficié au moins de deux consultations. 38 femmes se sont présentées pour la consultation du postpartum dont 50% ont accouché dans une structure médicalisée.

Conclusion : La mobilisation communautaire et le développement de l'offre de soins obstétricaux contribuent à l'amélioration des indicateurs de santé maternelle, qui est au centre de tout développement durable.

ABSTRACT:

Objectives: To describe the contribution of a community-based project to improve pregnancy monitoring in a vulnerable population.

Methods: This was a longitudinal descriptive study conducted in the municipality of Zerkten 78km away from the city of Marrakech. Our research interest a sample of 283 women with an exhaustive type of sampling over a period of 8 months (from February 2014 to September 2014). Data collection was performed using a questionnaire designed from the pink sheet of the Ministry of Health and the delivery record used in maternity wards. The questionnaire was administered by doctors and medical students engaged voluntarily in this study. Data analysis was descriptive and bivariate.

Results: The median age of participants was 26 years [14–42 years]. The percentage of illiterate women was 66.2%. Only 27% of women had prior contact with the maternal health care system. 407 antenatal consultations were carried out, of which 72.8% were in the third trimester of pregnancy. 64% of pregnancies were considered at risk by the participating women. Infections were the most frequent abnormality detected by a number of 129 cases followed by anemia reported by 20% of participants. The percentage of women who met the 3 antenatal clinics consultations was 6.7% and 30.4% of participants received at least two consultations. 38 women showed up for consultation postpartum, 50% gave birth in a medical facility.

Conclusion: Community mobilization and development of midwifery offers help to improve maternal health indicators, which is central to any sustainable development.

ملخص

الأهداف: وصف جدوى مشروع مجتمعي في تحسين مراقبة الحمل عند فئة هشة.

الوسائل: هي دراسة وصفية طولية أجريت في منطقة زرقطن التي تبعد ب 78 كلم عن مدينة مراكش. اهتمت بدراسة شاملة لحالة عينات من 283 امرأة على مدى 8 أشهر (من فبراير الى شتتبر 2014). جمع البيانات تم بواسطة استبيان صمم انطلاقا من الوثيقة الوردية لوزارة الصحة وملف الولادات المستعمل في دور الولادة. تمت ادارة الاستبيان من طرف أطباء وطلبة أطباء عملوا تطوعيا في دراستنا. تحليل المعطيات كان وصفيا مع متغيرين.

النتائج: متوسط العمر للمشاركات هو 26 سنة (14 ل 42 سنة)، نسبة النساء الأميات بلغت 66.2%. فقط 27 % من النساء تترددوا سابقا على نظام المتابعة الصحية للأمهات. أجري 407 فحص ما قبل الولادة، منها 72.8% تمت في الثلث الأخير من الحمل. 64% من حالات الحمل، اعتبرت المشاركة خطيرة. تعففات الجهاز البولي و التناسلي هي الأمراض الأكثر تواجدا عند النساء المشاركات ب 129 حالة، يليه فقر الدم في 20% من الحالات. نسبة النساء اللواتي احترمن معدل 3 فحوصات ما قبل الولادة بلغت 6.7%، و 30.4% من النساء المشاركات خضعن لفحصين ما قبل الولادة على الأقل. 38 امرأة خضعن لفحوص ما بعد الولادة، منهن 50% ولدن في مرفق مجهز طبيا.

الخلاصة: تساعد التعبئة المجتمعية وتطوير تقديم خدمات الولادة على تحسين مؤشرات صحة الأم والتي هي أساس كل تنمية مستدامة.



BIBLIOGRAPHIE

1. **Organisation Mondiale de la Santé**
Santé maternelle [Internet]. WHO.
[cité 16 mai 2016]. Disponible sur:
http://www.who.int/topics/maternal_health/fr/
2. **Organisation Mondiale de la Santé**
LA MORTALITÉ MATERNELLE DIMINUE [Internet]. Database of Press Releases related to Africa – APO–Source. 2007
[cité 18 avr 2016]. Disponible sur:\$
<https://appablog.wordpress.com/2007/10/11/oms-la-mortalite-maternelle-diminue/>
3. **Ministère de la santé du Maroc**
Stratégie sectorielle de santé 2012–2016 [Internet].
[cité 19 juin 2016]. Disponible sur:
<http://www.sante.gov.ma/Docs/Documents/secteur%20sant%C3%A9.pdf>
4. **Ministère de la santé du Maroc**
Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité et de la Morbidité Maternelles et Néonatales. ministère de la santé;
5. **World Health Organization**
Mother–Baby Package: Implementing safe motherhood in countries [Internet]. WHO.
[cité 9 juill 2016]. Disponible sur:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_dhe_msm_9411/en/
6. **de Bernis L, Sherratt DR, AbouZahr C, Van Lerberghe W.**
Skilled attendants for pregnancy, childbirth and postnatal care.
Br Med Bull. 2003;67(1):39-57.
7. **Pruval A, De Bernis L, Ould El Joud D.**
Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique sub-saharienne: MOMA (Mortalité maternelle en Afrique).
J Gynécologie Obstétrique BiolReprod. 2002;31(1):90-9.

- 8. Ministère de la santé du Maroc**
Royaume du Maroc Programmes de santé reproductive et infantile.
Ministère de la santé du Maroc; 2003.
- 9. Ministère de la santé du Maroc**
Enquête Nationale Sur La Population Et La Santé Familiale (ENPSF-2011) [Internet].
[cité 19 juin 2016]. Disponible sur:
<http://www.sante.gov.ma/Documents/Enqu%C3%AAt%20.pdf>
- 10. Mahieu-Caputo D.**
Prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale: faut-il une prise en charge spécifique?
Gynécologie Obstétrique Fertil. 2010;38(2):83-91.
- 11. Minsitère de la santé du Maroc**
Réduire la mortalité maternelle au Maroc 2011. Ministère de la santé du Maroc; 2011.
- 12. World Health Organisation**
Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986 [Internet]. 2014
[cité 9 juill 2016]. Disponible sur:
<http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- 13. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Bureau régional pour l'Afrique, Brazzaville.**
Cadre pour la conception d'interventions communautaires pilotes intégrées visant à promouvoir la santé et à soutenir les programmes prioritaires de l'OMS. 2009.
- 14. Haut-Commissariat au Plan du Royaume du Maroc**
Niveau de vie et pauvreté | Téléchargements | Site institutionnel du Haut-Commissariat au Plan du Royaume du Maroc [Internet].
[cité 14 juin 2016]. Disponible sur:
http://www.hcp.ma/downloads/Niveau-de-vie-et-pauvrete_t11884.html
- 15. Organisation Mondiale de la Santé.**
Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision.
Organisation Mondiale de la Santé, Genève 1995, vol 2 : 139-41.

16. **Campbell OM, Graham WJ.**
Measuring maternal mortality and morbidity: levels and trends.1991
[cité 19 avr 2016]; Disponible sur:
<http://www.popline.org/node/337210>
17. **Zouini M, Baali A, Cherkaoui M, Amor H, Hilali MK, Vimard P.**
Étude de la morbidité maternelle des populations rurales du Haut Atlas occidental marocain. Santé Vulnérabilité Au Maroc. 2010;135-54.
18. **Organisation Mondiale de la Santé**
Mortalité maternelle [Internet]. WHO.
[cité 18 avr 2016]. Disponible sur:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/>
19. **EL MOUDAN A.**
Mortalité maternelle à l'hôpital Mohammed V Hay Mohammadi – Casablanca 94–98
Thèse de Méd. 1999 ; N° 206 ; Casa.
20. **Atrash HK, Koonin LM, Lawson HW, Franks AL, Smith JC.**
Maternal mortality in the United States, 1979–1986.
ObstetGynecol. 1990;76(6):1055-60.
21. **FAMILY CARE INTERNATIONAL**
Pour une Maternité sans risque
NEW YORK FAMILY CARE INTERNATIONAL (FCI), 1998.
22. **Organisation Mondiale de la Santé**
Objectif du Millénaire pour le développement 5: améliorer la santé maternelle [Internet].
WHO.
[cité 28 mars 2016]. Disponible sur:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/fr/
23. **UNICEF WCARO – Overview | Aperçu**
Causes principales et sous-jacentes de la mortalité maternelle [Internet].
[cité 18 avr 2016].Disponible sur:
http://www.unicef.org/wcaro/overview_2649.html

- 24. Haut-Commissariat au Plan du Royaume du Maroc**
Objectifs du millénaire pour le développement | Téléchargements | Site institutionnel du Haut-Commissariat au Plan du Royaume du Maroc [Internet].
[cité 9 juill 2016]. Disponible sur:
http://www.hcp.ma/downloads/Objectifs-du-millenaire-pour-le-developpement_t11877.html
- 25. Haut-Commissariat au Plan du Royaume du Maroc**
OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT Rapport National 2007.
[cité 9 Juin 2016]. Disponible sur:
http://www.hcp.ma/downloads/Objectifs-du-millenaire-pour-le-developpement_t11877.html
- 26. Haut-Commissaire au Plan**
Le Maroc entre OMD et ODD, les acquis et les défis, par Ahmed Lahlimi Alami, Haut-Commissaire au Plan, 2015 [Internet]. 2015.
Disponible sur: Haut-Commissaire au Plan
- 27. Fabrice Romain KAMDEM**
Evaluation des connaissances des femmes enceintes relatives aux consultations prénatales – Fabrice Romain KAMDEM [Internet]. Memoire Online.
[cité 19 avr 2016]. Disponible sur:
http://www.memoireonline.com/10/13/7659/m_Evaluation-des-connaissances-des-femmes-enceintes-relatives-aux-consultations-prenatales6.html
- 28. Ministère de la santé du Maroc**
Programme de surveillance de la grossesse accouchement [Internet]. 15:26:33 UTC
[cité 19 juin 2016]. Disponible sur:
<http://fr.slideshare.net/MehdiRazzok/programme-de-surveillance-de-la-grossesse-accouchement>
- 29. Garretto D, Bernstein PS.**
CenteringPregnancy: an innovative approach to prenatal care delivery.
Am J Obstet Gynecol. 2014;210(1):14-5.

30. **Roth P, Maillet R, Ruat N, Colette C.**
Les grossesses non suivies médicalement: pronostic obstétrical et néonatal: étude rétrospective de 88 cas.
Rev Fr Gynécologie Obstétrique. 1993;88(11):550-5.
31. **Goita N.**
Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de Gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.
Th Med FMPOS.2006;(210).
32. **Bonono RC, Ongolo-Zogo P.**
Optimiser l'utilisation de la consultation prénatale au Cameroun. Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé-Hôpital Central. Yaoundé, Cameroun
SURE-Supporting the Use of Research Evidence (SURE) for Policy in African Health Systems-is a collaborative project that builds on and supports the Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) in Africa and the Regional East African Community Health (REACH) Policy Initiative. SURE is funded by the European Commission's 7th Framework Programme [Internet]. 2012
[cité 7 avr 2016]. Disponible sur:
<http://cdrwww.who.int/entity/evidence/sure/FRPBCPN.pdf>
33. **Pallikadavath S, Foss M, Stones RW.**
Antenatal care: provision and inequality in rural north India.
SocSci Med. 2004;59(6):1147-58.
34. **Godina E. Reduction of Maternal Mortality.**
A Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement. Pp. 40, available in English, French and Spanish.(World Health Organization, Geneva, 1999.) US \$12.60, ISBN 92-4-156195-5. [Internet]. Cambridge UnivPress; 2002
[cité 13 juin 2016]. Disponible sur:
http://journals.cambridge.org/abstract_S0021932002242832
35. **World Health Organization U. UNFPA.**
Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, UNICEF.
World Health Organ Geneva. 2001;

- 36. Prual A, de Bernis L, El Joud DO.**
Santé maternelle en Afrique francophone–Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique sub-saharienne. 2008
[cité 13 juin 2016]; Disponible sur:
<http://www.em-consulte.com/en/article/114377>
- 37. Villar J, Bergsjg P.**
Scientific basis for the content of routine antenatal care I. Philosophy, recent studies, and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes.
Acta ObstetGynecolScand. 1997;76(1):1-14.
- 38. Beninguisse G, Nikièma B, Fournier P, Haddad S.**
L'accessibilité culturelle: une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique. 2004
[cité 13 juin 2016]; Disponible sur:
<https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/5835>
- 39. Aboussad A, Cherkaoui M, Vimard P.**
Santé et vulnérabilité au Maroc. 2010
[cité 19 avr 2016]; Disponible sur:
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/ird-00576499/>
- 40. Wresinski J.**
Grande pauvreté et précarité économique et sociale: séances des 10 et 11 février 1987. Vol. 4074. Direction des journaux officiels; 1987.
- 41. Loisy C.**
Pauvreté, précarité, exclusion. Définitions et concepts.
Trav L'Observatoire NatlPauvr L'exclusion Soc. 2000;23-50.
- 42. Lachaud J-P, others.**
La dynamique de pauvreté au Burkina Faso revisitée: pauvreté durable et transitoire, et vulnérabilité. Doc Trav [Internet]. 2002
[cité 19 avr 2016];(77). Disponible sur:
<http://core.ac.uk/download/pdf/7359004.pdf>

43. **World Health Organization |**
The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet].WHO.
[cité 19 avr 2016]. Disponible sur:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
44. **Abdelmounaim ABOUSSAD SL.**
La promotion de la santé dans le contexte des vulnérabilités. L'exemple du Maroc.
In: santé et vulnérabilité au Maroc.
45. **Simkhada B, Teijlingen ER van, Porter M, Simkhada P.**
Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature.
J AdvNurs. 2008;61(3):244-60.
46. **Say L, Raine R.**
A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context.
Bull World Health Organ. 2007;85(10):812-9.
47. **Byrne A, Hodge A, Jimenez-Soto E, Morgan A.**
What works? Strategies to increase reproductive, maternal and child health in difficult to access mountainous locations: a systematic literature review.
PloS One. 2014;9(2):e87683.
48. **Lunze K, Higgins-Steele A, Simen-Kapeu A, Vesel L, Kim J, Dickson K.**
Innovative approaches for improving maternal and newborn health—A landscape analysis.
BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15(1):1.
49. **Rosato M, Laverack G, Grabman LH, Tripathy P, Nair N, Mwansambo C, et al.**
Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health.
The Lancet. 2008;372(9642):962-71.
50. **Elmusharaf K, Byrne E, O'Donovan D.**
Strategies to increase demand for maternal health services in resource-limited settings: challenges to be addressed.
BMC Public Health. 2015;15(1):870.

51. **Nyamtema AS, Urassa DP, van Roosmalen J.**
Maternal health interventions in resource limited countries: a systematic review of packages, impacts and factors for change.
BMC Pregnancy Childbirth. 2011;11(1):1.
52. **Maaroufi Y.**
Mariage et divorce de la femme marocaine : Tendances d'évolution [Internet]. Site institutionnel du Haut-Commissariat au Plan du Royaume du Maroc.
[cité 30 mai 2016]. Disponible sur:
http://www.hcp.ma/Mariage-et-divorce-de-la-femme-marocaine-Tendances-d-evolution_a1261.html
Tendances-d-evolution_a1261.html
53. **Haut-Commissariat au Plan du Royaume du Maroc**
Femme marocaine en chiffres | Téléchargements | Site institutionnel du Haut-Commissariat au Plan du Royaume du Maroc [Internet].
[cité 9 juill 2016]. Disponible sur:
http://www.hcp.ma/downloads/Femme-marocaine-en-chiffres_t18705.html
54. **Sepou A, Yanza MC, Nguembi E, Bangamingo JP, Nali MN.**
Les consultations prénatales en zone semi-urbaine centrafricaine: fréquence, facteurs influencants, pronostic maternel et neonatal.
Med Trop. 2000;60:257-61.
55. **Mushi D, Mpembeni R, Jahn A.**
Effectiveness of community based safe motherhood promoters in improving the utilization of obstetric care. The case of Mtwara Rural District in Tanzania.
BMC Pregnancy Childbirth.2010;10(1):1.
56. **Organisation Mondiale de la Santé**
stratégie de coopération Maroc OMS 2008 – 2013 [Internet].
Disponible sur: Organisation Mondiale de la santé
57. **Ministère de la santé du Maroc**
Plan d'action 2012 – 2016 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale [Internet].
[cité 19 juin 2016]. Disponible sur:
http://www.unicef.org/morocco/french/PA-MMN_Fr.pdf

- 58. Aguentaou H.**
La malnutrition invisible ou la «faim cachée» au Maroc et les stratégies de lute.
Biomatec Echo. 2007;5(2):158-64.
- 59. Ministère de la santé du Maroc**
Lutte contre les Troubles dus aux Carences en Micronutriments.
Direction de la population. Ministère de la santé; 2008.
- 60. Skinner J, Rathavy T.**
Design and evaluation of a community participatory, birth preparedness project in Cambodia.
Midwifery. 2009;25(6):738-43.
- 61. Turan JM, Tesfagiorghis M, Polan ML.**
Evaluation of a community intervention for promotion of safe motherhood in Eritrea.
J Midwifery Women's Health. 2011;56(1):8-17.
- 62. Midhet F, Becker S.**
Impact of community-based interventions on maternal and neonatal health indicators: Results from a community randomized trial in rural Balochistan, Pakistan.
Reprod Health. 2010;7(1):30.
- 63. Bender D, Santander A, Balderrama A, Arce A, Medina R.**
Transforming the process of service delivery to reduce maternal mortality in Cochabamba, Bolivia.
Reprod Health Matters. 1995;3(6):52-9.
- 64. Akinyi C, Nzanzu J, Kaseje D.**
Effectiveness of Community Health Workers in Promotion of Maternal Health Services in Butere District, Rural Western Kenya.
Univers J Med Sci. 2015;3(1):11-8.
- 65. Adjiwanou V, LeGrand T.**
Does antenatal care matter in the use of skilled birth attendance in rural Africa: a multi-country analysis.
SocSci Med. 2013;86:26-34.

قسم الطبيب

اقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف والأحوال

بأدلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، بأدلاً رعائتي الطبية للقريب
والبعيد، للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخاً لكل زميل

في المهنة الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي ،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

مدى إسهام مشروع ذو بعد مجتمعي في تحسين متابعة الحمل عند فئة هشة

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2016/70/14

من طرف

السيد عصام الزاهري

المزداد 01 يناير 1990 ب بين الويدان

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

مشروع مجتمعي - متابعة الحمل - هشاشة

اللجنة

الرئيس

السيد م. الصبيحي

أستاذ في طب الأطفال

المشرف

السيد م. أمين

استاذ في علم الأوبئة و الأبحاث السريرية

السيد ل. بوخني

أستاذ مبرز في علم أمراض النساء و التوليد

الحكام

السيد ي. آيت بنقودور

أستاذ مبرز في علم أمراض النساء و التوليد