

UNIVERSITE MOHAMMED V - SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2013

THESE N°: 225

EDUCATION SANITAIRE : OU EN SOMMES NOUS ?

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mr. Aziz LAMGHARI

Né le 29 Juillet 1987 à Fès

De L'Ecole Royale du Service de Santé Militaire - Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Education sanitaire – Santé materno-fœtale – Santé scolaire – Tuberculose
IST/SIDA.

JURY

Mr. M. ZOUHDI

Professeur de Microbiologie

Mme. S. EL HAMZAOU

Professeur de Microbiologie

Mme. S. TELLAL

Professeur de Biochimie

Mme. M. CHADLI

Professeur de Microbiologie

Mr. Y. SEKHSOKH

Professeur de Microbiologie

Mme. N. MESSAOUDI

Professeur d'Hématologie

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

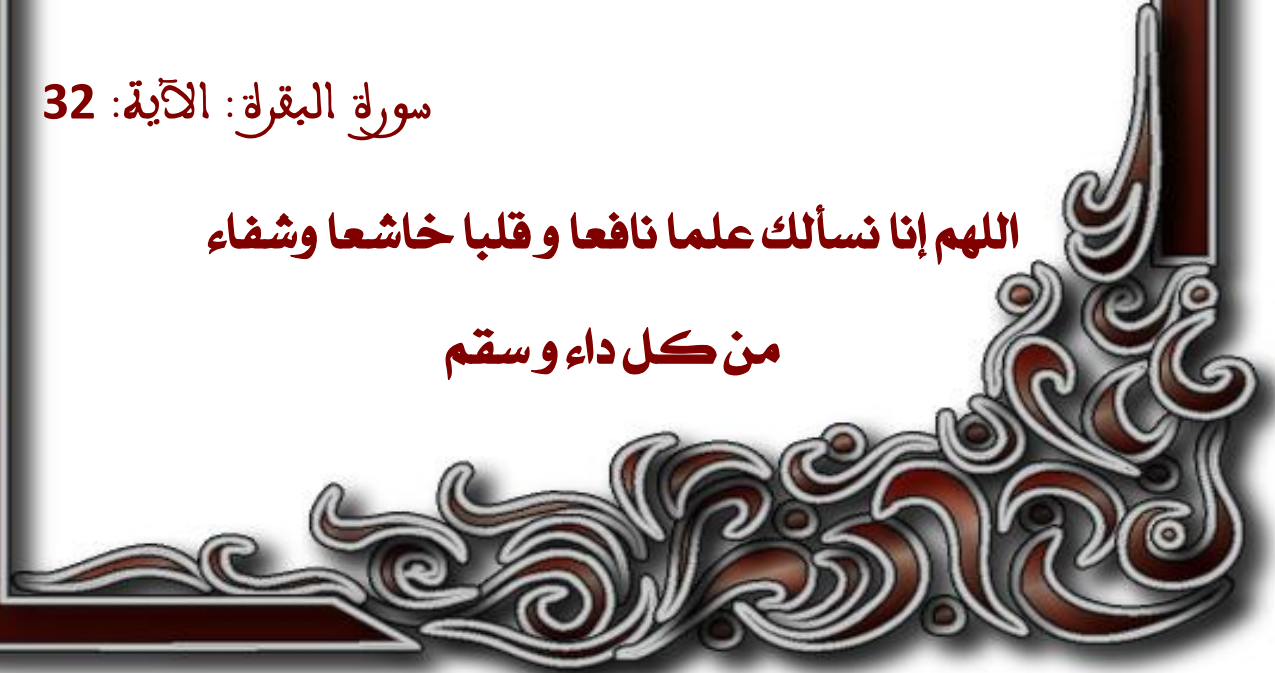
إنك أنت العليم الحكيم

بِسْمِ اللَّهِ
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سورة البقرة: الآية: 32

اللهم إنا نسألك علما نافعا وقلبا خاشعا وشفاء

من كل داء وسقم





UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI 17 JUIN 2013
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : **Professeur Abdelmalek FARAJ**
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Jamal TAOUFIK
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid* Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. ABROUQ Ali* Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. BENSOUA Mohamed Anatomie
Pr. BENOSMAN Abdellatif Chirurgie Thoracique
Pr. LAHBABI Naïma Physiologie

Novembre 1983

Pr. BELLAKHDAR Fouad Neurochirurgie
Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI Rhumatologie

Décembre 1984

Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil Radiothérapie
Pr. MAAOUNI Abdelaziz Médecine Interne
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima
Pr. BENSAID Younes
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
Pr. IRAQI Ghali

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Pneumo-phtisiologie

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali
Pr. CHAHED OUZZANI Houria
Pr. EL YAACOUBI Moradh
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Radiologie
Gastro-Entérologie
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida
Pr. HERMAS Mohamed
Pr. TOLOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

Pr. ADNANOUI Mohamed
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*
Pr. CHAD Bouziane
Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda
Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine Interne
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHE Abdelkader
Pr. BENABDELLAH Chahrazad
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUDA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie

Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Chirurgie Générale
Pédiatrie
Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DAOUDI Rajae
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

Pr. AGNAOU Lahcen
Pr. BENCHERIFA Fatiha
Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL AOUAD Rajae
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. EL IDRISSE Lamghari Abdennaceur
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha

Ophtalmologie
Ophtalmologie
Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie

Pr. MOUDENE Ahmed*
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BRAHMI Rida Slimane
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. EL ABBADI Najia
Pr. HANINE Ahmed*
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. BEDDOUCHE Amocrane*
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbas
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. FERHATI Driss
Pr. HASSOUNI Fadil
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. IBRAHIMY Wafaa
Pr. MANSOURI Aziz
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Traumatologie- Orthopédie
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Radiothérapie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

| | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Pr. AMIL Touriya* | Radiologie |
| Pr. BELKACEM Rachid | Chirurgie Pédiatrie |
| Pr. BOULANOUAR Abdelkrim | Ophtalmologie |
| Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan | Chirurgie Générale |
| Pr. GAOUZI Ahmed | Pédiatrie |
| Pr. MAHFOUDI M'barek* | Radiologie |
| Pr. MOHAMMADINE EL Hamid | Chirurgie Générale |
| Pr. MOHAMMADI Mohamed | Médecine Interne |
| Pr. MOULINE Soumaya | Pneumo-phtisiologie |
| Pr. OUADGHIRI Mohamed | Traumatologie-Orthopédie |
| Pr. OUZEDDOUN Naima | Néphrologie |
| Pr. ZBIR EL Mehdi* | Cardiologie |

Novembre 1997

| | |
|---------------------------|-------------------------|
| Pr. ALAMI Mohamed Hassan | Gynécologie-Obstétrique |
| Pr. BEN AMAR Abdesselem | Chirurgie Générale |
| Pr. BEN SLIMANE Lounis | Urologie |
| Pr. BIROUK Nazha | Neurologie |
| Pr. CHAOUIR Souad* | Radiologie |
| Pr. DERRAZ Said | Neurochirurgie |
| Pr. ERREIMI Naima | Pédiatrie |
| Pr. FELLAT Nadia | Cardiologie |
| Pr. GUEDDARI Fatima Zohra | Radiologie |
| Pr. HAIMEUR Charki* | Anesthésie Réanimation |
| Pr. KADDOURI Noureddine | Chirurgie Pédiatrique |
| Pr. KOUTANI Abdellatif | Urologie |
| Pr. LAHLOU Mohamed Khalid | Chirurgie Générale |
| Pr. MAHRAOUI CHAFIQ | Pédiatrie |
| Pr. NAZI M'barek* | Cardiologie |
| Pr. OUAHABI Hamid* | Neurologie |
| Pr. TAOUFIQ Jallal | Psychiatrie |
| Pr. YOUSFI MALKI Mounia | Gynécologie Obstétrique |

Novembre 1998

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| Pr. AFIFI RAJAA | Gastro-Entérologie |
| Pr. BENOMAR ALI | Neurologie |
| Pr. BOUGTAB Abdesslam | Chirurgie Générale |
| Pr. ER RIHANI Hassan | Oncologie Médicale |
| Pr. EZZAITOUNI Fatima | Néphrologie |
| Pr. LAZRAK Khalid * | Traumatologie Orthopédie |
| Pr. BENKIRANE Majid* | Hématologie |
| Pr. KHATOURI ALI* | Cardiologie |
| Pr. LABRAIMI Ahmed* | Anatomie Pathologique |

Janvier 2000

| | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Pr. ABID Ahmed* | Pneumophtisiologie |
| Pr. AIT OUMAR Hassan | Pédiatrie |
| Pr. BENCHERIF My Zahid | Ophtalmologie |
| Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd | Pédiatrie |
| Pr. BOURKADI Jamal-Eddine | Pneumo-phtisiologie |
| Pr. CHAOUI Zineb | Ophtalmologie |
| Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer | Chirurgie Générale |
| Pr. ECHARRAB El Mahjoub | Chirurgie Générale |
| Pr. EL FTOUH Mustapha | Pneumo-phtisiologie |
| Pr. EL MOSTARCHID Brahim* | Neurochirurgie |
| Pr. EL OTMANY Azzedine | Chirurgie Générale |
| Pr. HAMMANI Lahcen | Radiologie |
| Pr. ISMAILI Mohamed Hatim | Anesthésie-Réanimation |
| Pr. ISMAILI Hassane* | Traumatologie Orthopédie |
| Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss | Gastro-Entérologie |
| Pr. MAHMOUDI Abdelkrim* | Anesthésie-Réanimation |
| Pr. TACHINANTE Rajae | Anesthésie-Réanimation |
| Pr. TAZI MEZALEK Zoubida | Médecine Interne |

Novembre 2000

| | |
|---------------------------------|---|
| Pr. AIDI Saadia | Neurologie |
| Pr. AIT OURHROUI Mohamed | Dermatologie |
| Pr. AJANA Fatima Zohra | Gastro-Entérologie |
| Pr. BENAMR Said | Chirurgie Générale |
| Pr. BENCHEKROUN Nabih | Ophtalmologie |
| Pr. CHERTI Mohammed | Cardiologie |
| Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma | Anesthésie-Réanimation |
| Pr. EL HASSANI Amine | Pédiatrie |
| Pr. EL IDGHIRI Hassan | Oto-Rhino-Laryngologie |
| Pr. EL KHADER Khalid | Urologie |
| Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah* | Rhumatologie |
| Pr. GHARBI Mohamed El Hassan | Endocrinologie et Maladies Métaboliques |
| Pr. HSSAIDA Rachid* | Anesthésie-Réanimation |
| Pr. LAHLOU Abdou | Traumatologie Orthopédie |
| Pr. MAFTAH Mohamed* | Neurochirurgie |
| Pr. MAHASSINI Najat | Anatomie Pathologique |
| Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae | Pédiatrie |
| Pr. NASSIH Mohamed* | Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale |
| Pr. ROUIMI Abdelhadi | Neurologie |

Décembre 2001

| | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| Pr. ABABOU Adil | Anesthésie-Réanimation |
| Pr. BALKHI Hicham* | Anesthésie-Réanimation |
| Pr. BELMEKKI Mohammed | Ophtalmologie |
| Pr. BENABDELJLIL Maria | Neurologie |
| Pr. BENAMAR Loubna | Néphrologie |
| Pr. BENAMOR Jouda | Pneumo-phtisiologie |
| Pr. BENELBARHDADI Imane | Gastro-Entérologie |
| Pr. BENNANI Rajae | Cardiologie |
| Pr. BENOUACHANE Thami | Pédiatrie |
| Pr. BENYOUSSEF Khalil | Dermatologie |
| Pr. BERRADA Rachid | Gynécologie Obstétrique |
| Pr. BEZZA Ahmed* | Rhumatologie |
| Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi | Anatomie |
| Pr. BOUHOUCHE Rachida | Cardiologie |
| Pr. BOUMDIN El Hassane* | Radiologie |
| Pr. CHAT Latifa | Radiologie |
| Pr. CHELLAOUI Mounia | Radiologie |
| Pr. DAALI Mustapha* | Chirurgie Générale |
| Pr. DRISSI Sidi Mourad* | Radiologie |
| Pr. EL HIJRI Ahmed | Anesthésie-Réanimation |
| Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid | Neuro-Chirurgie |
| Pr. EL MADHI Tarik | Chirurgie-Pédiatrique |
| Pr. EL MOUSSAIF Hamid | Ophtalmologie |
| Pr. EL OUNANI Mohamed | Chirurgie Générale |
| Pr. ETTAIR Said | Pédiatrie |
| Pr. GAZZAZ Miloudi* | Neuro-Chirurgie |
| Pr. GOURINDA Hassan | Chirurgie-Pédiatrique |
| Pr. HRORA Abdelmalek | Chirurgie Générale |
| Pr. KABBAJ Saad | Anesthésie-Réanimation |
| Pr. KABIRI EL Hassane* | Chirurgie Thoracique |
| Pr. LAMRANI Moulay Omar | Traumatologie Orthopédie |
| Pr. LEKEHAL Brahim | Chirurgie Vasculaire Périphérique |
| Pr. MAHASSIN Fattouma* | Médecine Interne |
| Pr. MEDARHRI Jalil | Chirurgie Générale |
| Pr. MIKDAME Mohammed* | Hématologie Clinique |
| Pr. MOHSINE Raouf | Chirurgie Générale |
| Pr. NOUINI Yassine | Urologie |
| Pr. SABBAH Farid | Chirurgie Générale |
| Pr. SEFIANI Yasser | Chirurgie Vasculaire Périphérique |
| Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia | Pédiatrie |

Décembre 2002

| | |
|--------------------------------------|---|
| Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane* | Anatomie Pathologique |
| Pr. AMEUR Ahmed * | Urologie |
| Pr. AMRI Rachida | Cardiologie |
| Pr. AOURARH Aziz* | Gastro-Entérologie |
| Pr. BAMOU Youssef * | Biochimie-Chimie |
| Pr. BELMEJDOUB Ghizlene* | Endocrinologie et Maladies Métaboliques |
| Pr. BENZEKRI Laila | Dermatologie |
| Pr. BENZZOUBEIR Nadia* | Gastro-Entérologie |
| Pr. BERNOUSSI Zakiya | Anatomie Pathologique |
| Pr. BICHRA Mohamed Zakariya | Psychiatrie |
| Pr. CHOHO Abdelkrim * | Chirurgie Générale |
| Pr. CHKIRATE Bouchra | Pédiatrie |
| Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair | Chirurgie Pédiatrique |
| Pr. EL BARNOUSSI Leila | Gynécologie Obstétrique |
| Pr. EL HAOURI Mohamed * | Dermatologie |
| Pr. EL MANSARI Omar* | Chirurgie Générale |
| Pr. ES-SADEL Abdelhamid | Chirurgie Générale |
| Pr. FILALI ADIB Abdelhai | Gynécologie Obstétrique |
| Pr. HADDOUR Leila | Cardiologie |
| Pr. HAJJI Zakia | Ophtalmologie |
| Pr. IKEN Ali | Urologie |
| Pr. ISMAEL Farid | Traumatologie Orthopédie |
| Pr. JAAFAR Abdeloihab* | Traumatologie Orthopédie |
| Pr. KRIOUILE Yamina | Pédiatrie |
| Pr. LAGHMARI Mina | Ophtalmologie |
| Pr. MABROUK Hfid* | Traumatologie Orthopédie |
| Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss* | Gynécologie Obstétrique |
| Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid* | Cardiologie |
| Pr. NAITLHO Abdelhamid* | Médecine Interne |
| Pr. OUJILAL Abdelilah | Oto-Rhino-Laryngologie |
| Pr. RACHID Khalid * | Traumatologie Orthopédie |
| Pr. RAISS Mohamed | Chirurgie Générale |
| Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha* | Pneumophtisiologie |
| Pr. RHOU Hakima | Néphrologie |
| Pr. SIAH Samir * | Anesthésie Réanimation |
| Pr. THIMOU Amal | Pédiatrie |
| Pr. ZENTAR Aziz* | Chirurgie Générale |

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KARMANE Abdelouahed
Pr. KHABOUZE Samira
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. LEZREK Mohammed*
Pr. MOUGHIL Said
Pr. SASSENOU ISMAIL*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENHALIMA Hanane
Pr. BENHARBIT Mohamed
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie

Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. KARIM Abdelouahed
Pr. KENDOOUSSI Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
Pr. ZERAIDI Najia

Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Ophtalmologie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. ESSAMRI Wafaa
Pr. FELLAT Ibtiham
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. GHADOUANE Mohammed*
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie

Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saïda*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leïla
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AMMAR Haddou
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZIANE Nourdine
Pr. CHARKAOUI Naoual*
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
Pr. ELABSI Mohamed
Pr. EL BEKKALI Youssef*
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GANA Rachid
Pr. GHARIB Nouredine
Pr. HADADI Khalid*
Pr. ICHOU Mohamed*
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
Pr. LOUZI Lhoussain*
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MAHI Mohamed*
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
Pr. MOUTAJ Redouane *
Pr. MRABET Mustapha*
Pr. MRANI Saad*
Pr. OUZZIF Ez zohra*
Pr. RABHI Moncef*
Pr. RADOUANE Bouchaïb*

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
ORL
Parasitologie
Anesthésie réanimation
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Neuro chirurgie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Anesthésie réanimation
Microbiologie
Réanimation médicale
Radiologie
Pneumo phtisiologie
Hématologie
Anesthésier réanimation
Parasitologie
Médecine préventive santé publique et hygiène
Virologie
Biochimie-chimie
Médecine interne
Radiologie

Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yessine*
Pr. SIFAT Hassan*
Pr. TABERKANET Mustafa*
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour*
Pr. TLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Chirurgie vasculaire périphérique
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Cardiologie

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
Pr TAHIRI My El Hassan*

Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale

PROFESSEURS AGREGES :

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGDR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMAHZOUNE Brahim*
Pr. AMINE Bouchra
Pr. AZENDOUR Hicham*
Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae*
Pr. BOUI Mohammed*
Pr. BOUNAIM Ahmed*
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
Pr. CHAKOUR Mohammed *
Pr. CHTATA Hassan Toufik*
Pr. DOGHMI Kamal*
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid*
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KADI Said *

Médecine interne
Pédiatre
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Rhumatologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédique
Hématologie biologique
Chirurgie vasculaire périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Traumatologie orthopédique

Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. L'KASSIMI Hachemi*
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
Pr. ZOUHAIR Said*

Pédiatrie
Microbiologie
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-phtisiologie
Microbiologie

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. CHERRADI Ghizlan
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. LEZREK Mounir
Pr. MALIH Mohamed*
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. RAISSOUNI Zakaria*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie réanimation
Médecine interne
Physiologie
ORL
Microbiologie
Médecine aéronautique
Cardiologie
Biochimie chimie
Radiologie
Chirurgie pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie plastique et réparatrice
Urologie
Gastro entérologie
Anatomie pathologique
Ophtalmologie
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. Abdelouahed AMRANI
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. Ahmed JAHID
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Drissi*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne

Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. Mouna EL ALAOUI MHAMDI
Pr. Mounir ER-RAJI
Pr. RAISSOUNI Maha*

Pneumophtisiologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Chirurgie Pédiatrique
Cardiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES
PROFESSEURS

Pr. ABOUDRAR Saadia
Pr. ALAMI OUHABI Naima
Pr. ALAOUI KATIM
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
Pr. ANSAR M'hammed
Pr. BOUHOUCHE Ahmed
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
Pr. BOURJOUANE Mohamed
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia
Pr. DAKKA Taoufiq
Pr. DRAOUI Mustapha
Pr. EL GUESSABI Lahcen
Pr. ETTAIB Abdelkader
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes
Pr. HAMZAOUI Laila
Pr. HMAMOUCHE Mohamed
Pr. IBRAHIMI Azeddine
Pr. KHANFRI Jamal Eddine
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med
Pr. REDHA Ahlam
Pr. TOUATI Driss
Pr. ZAHIDI Ahmed
Pr. ZELLOU Amina

Physiologie
Biochimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Génétique Humaine
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Biochimie
Physiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Biophysique
Chimie Organique
Biotechnologie
Biologie
Chimie Organique
Biochimie
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique

**Enseignants Militaires*

Mise à jour le 02/05/2013



Dédicaces



A Allah

Tout puissant

Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenu

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde

A

FEU SA MAJESTÉ LE ROI

HASSAN II



Que Dieu ait son âme dans son Saint Paradis

A

SA MAJESTÉ LE ROI

MOHAMED VI



Chef suprême et chef d'état major général

des Forces Armées Royales.

Qu'Allah le glorifie et préserve son royaume

A

SON ALTESSE ROYALE LE PRINCE

HERITIER

MOULAY EL HASSAN



Que Dieu le garde

A TOUTE LA FAMILLE ROYALE



A Monsieur le Médecin Général de Brigade

AHMED MOUËDENE :

Professeur De Traumatologie Orthopédie.

Inspecteur du Service de Santé des Forces Armées Royales.

En témoignage de notre grand respect

Et notre profonde considération.

A Monsieur le Médecin Colonel Major

DIMOU M'BAREK :

Professeur d'Anesthésie Réanimation.

Directeur de l'HMIMV –Rabat.

En témoignage de notre grand respect

Et notre profonde considération

*Monsieur le Médecin Colonel Major
Abdelkarim MAHMOUDI
Professeur de Réanimation.
Directeur de L'Hôpital Militaire de Meknès.
En témoignage de notre grand respect
Et notre profonde considération.*

*A Monsieur le Médecin Colonel Major
Hassan ISMAILI
Professeur de traumatologie orthopédie
Directeur de L'Hôpital Militaire de Marrakech.
En témoignage de notre grand respect
Et notre profonde considération.*

*A Monsieur le Médecin Colonel Major
HDA ABDELHAMID
Professeur de Cardiologie.
Directeur de l'E.R.S.S.M et de L'E.R.M.I.M.
En témoignage de notre grand respect
Et notre profonde considération.*

*A Monsieur le Médecin Lieutenant Colonel
Abdelaziz BOUSNANE
Commandant du groupement de formation et d'instruction*

A ma très chère Mère :

Amina AOUNI

*Honorable, aimable : Tu représentes pour moi le symbole
de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple
du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.*

*Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours
pour mener à bien mes études.*

*Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer
ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me
donner depuis ma naissance, durant mon enfance
et même à l'âge adulte.*

*Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants
suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.*

*Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour.
Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé,
longue vie et bonheur.*



A mon très cher Père :
Houssine LAMGHARI

*Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour,
l'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours
eu pour vous. Rien au monde ne vaut les efforts fournis jour
et nuit pour mon éducation et mon bien être.
Ce travail est le fruit de tes sacrifices que tu as consentis pour
mon éducation et ma formation.*



A ma très chère Femme :

Imane JEDDOU

*Quand je t'ai connu, j'ai trouvé la femme de ma vie,
mon âme sœur et la lumière de mon chemin.*

Ma vie à tes cotés est remplie de belles surprises.

*Tu es tout simplement le meilleur cadeau de ma vie
et le rêve vécu en réalité.*

*En lisant ma dédicace dans le futur lointain, souris comme
tu le feras la première fois, car ce sourire ne fait qu'éclairer
les ténèbres de ma royaume dont tu es la reine.*

*Que Dieu te garde pour moi et réunisse nos chemins pour
le paradis inchaalah et que ce travail soit témoignage de
ma reconnaissance et de mon amour sincère et fidèle.*



*A mon très cher frère Simohammed,
son épouse Nabila et leurs petites filles :
Maria et Asmaa*

*Mon cher frère, les mots ne suffisent guère pour exprimer
l'attachement, l'amour et l'affection que je porte pour toi.*

*Mon fidèle accompagnant dans les moments
les plus délicats de cette vie mystérieuse.*

*Je te dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur,
de santé et de prospérité.*

*A ma très chère sœur Khadija,
son mari Abdennacer et leurs enfants: Ayman,
Manar et Widad*

*En témoignage de l'attachement, de l'amour
et de l'affection que je porte pour vous.*

Malgré la distance, vous êtes toujours dans mon cœur.

*Je vous remercie pour votre bonté sans égal
et votre affection si sincère.*

*Je vous dédie ce travail avec mes meilleurs vœux pour
vous de bonheur et de sérénité.*



*A mon très cher frère Driss,
et à son fils : Soufiane*

*En raison de l'amour, du respect et de l'attachement
que je porte pour toi.*

*Tes paroles ne m'échappent jamais l'esprit,
tes fourberies aussi.*

Que dieu te garde pour moi cher frère.

*A ma très chère sœur Zhor,
son mari Driss et leurs filles :
FatimaZahra, Leila et Ouiame*

*Je vous souhaite un avenir plein de joie, de bonheur,
de réussite et de sérénité.*

*Je vous exprime à travers ce travail mes sentiments
de tendresse et d'amour.*



*A ma Sœur Maria,
son mari Abdelkader et leurs fils :
Simohammed et Achraf*

*Vous avez toujours été présents pour les bons conseils.
Votre affection et votre soutien m'ont été d'un grand secours
au long de ma vie professionnelle et personnelle.
Veuillez trouver dans ce modeste travail ma reconnaissance
pour tous vos efforts.*

*A ma sœur Hajiba,
son mari Abdelwahed et leurs fils :
Walid et Reda*

*Tes prières, je les ai toujours senties, ton souci et ton aide
moral ne font que grandir mon amour pour toi.
Je te souhaite un avenir florissant et une vie pleine de bonheur.
Je vous dédie ce travail, en témoignage de l'affection et du respect que je
vous ai toujours réservé.*

A mon cher petit frère Imad

*Je te souhaite un avenir plein de joie, de bonheur,
de réussite et de sérénité.
Je t'exprime à travers ce travail mes sentiments
de fraternité et d'amour.*



A ma chère Belle mère Thouria AKRIM

*Vous m'avez accueilli à bras ouverts dans votre famille.
En témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection
que je porte pour vous.*

*Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur,
de santé et de réussite.*

A ma Belle sœur Selma JEDDOU,

*En témoignage d'amour et de fraternité,
je te dédie ce travail.*

Que dieu t'assiste.

A mon Beau frère : Youssef JEDDOU

*Je te dédie ce travail, en t'exprimant mes sentiments
d'amour et de fraternité*



A mes chers cousins :

Lamghari Samir, Lamghari Taib,

Motia Tarik, Motia Amine, Simohammed

Ben Amara, Lamghari Mohammed

*Je vous dédie ce travail avec mes meilleurs vœux
pour vous de bonheur et de sérénité.*

A tous les membres de ma famille,

chacun avec son nom



A mes chers amis :

*Sekkat Simohammed, Elogri Badr,
Choukri Khalid, Khettab Simohammed,
Himlal Mouad, Alaoui Ismaili Mohammed Ghali,
Jabri Hamada, Laalaj Omar, Lahssiqa Simohammed*

*A mes chers collègues de la promotion 2006
de l'École Royale du Service de Santé Militaire*

A mes anciens et à mes jeunes

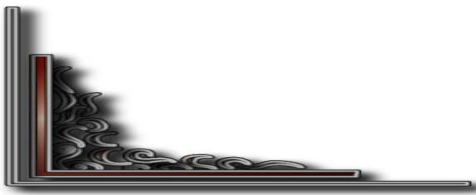
*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour
vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des
frères et des amis sur qui je peux compter.*

*En témoignage de l'amitié qui nous uni et des souvenirs
de tous les moments que nous avons passé ensemble, je vous dédie ce
travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.*





Remerciements



*A notre maître et Président de thèse
Monsieur le professeur Mimoun ZOUHDI
Professeur de microbiologie*

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous
nous faites en acceptant la présidence de notre jury de thèse.*

*Votre culture scientifique, votre compétence et vos qualités
humaines ont suscité en nous une grande admiration,
et sont pour vos élèves un exemple à suivre.*

*Veillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre
estime et notre profond respect.*



*A Notre Maître, Rapporteur du Jury Madame
le Professeur Sakina ELHAMZAOUI
Professeur de microbiologie
à l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V*

*Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir
nous ont énormément marqué*

*Veillez 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 Juge de Thèse
Madame Le Professeur N. MESSAOUDI
Professeur agrégé en Hématologie
à l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V*

Merci d'avoir accepté de siéger parmi notre jury.

Merci pour votre compétence qui n'a d'égale que votre gentillesse.

Merci pour profond humanisme.

Merci pour votre disponibilité.

Merci simplement pour être le professeur MESSAOUDI.



*A Notre Maître et Juge de Thèse
Madame le Professeur Saida TELLA
Professeur agrégé en Biochimie
à l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V*

*Nous sommes particulièrement touchés par la spontanéité
et la gentillesse avec laquelle vous avez bien
voulu accepter de juger ce travail.*

*Nous Vous remercions ce grand honneur
que vous nous faites.*

*Veillez accepter, cher maître, ce travail avec
toute notre estime et haute vénération*



A Notre Maître et Juge de Thèse
Madame le Professeur Maryama CHADLI
Professeur de microbiologie

*Nous sommes profondément reconnaissants de l'honneur
que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.*

*Nous avons apprécié votre accueil bienveillant,
votre gentillesse ainsi que votre compréhension.*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression
de notre grande attention et notre profond respect.*



A Notre Maître et Juge de Thèse

Monsieur le Professeur : Yassine SEKHSOUKH

Professeur de microbiologie.

*Nous avons été touchés par la bienveillance
et la cordialité de votre accueil.*

*Nous sommes très sensibles à l'honneur
que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.*

*C'est pour nous l'occasion de vous témoigner
estime et respect.*



LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Education sanitaire dans un centre de loisir à Montpellier

Figure 2 : Collection bande dessinée médicale, montrant par cette image la nécessité du lavage des mains avant chaque repas

Figure 3 : Organigramme correspondant à la conception et à la réalisation d'une campagne d'éducation sanitaire

Figure 4 : Course organisée par l'école dans le but de galvaniser les étudiants à pratiquer le sport

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Exemples d'informations concernant les affections transmissibles et non transmissibles

Tableau 2 : avantages et inconvénients des méthodes unilatérales dites passives

Tableau 3 : avantages et inconvénients des méthodes bilatérales dites actives

Tableau 4 : Durée du congé maternité en fonction du type de grossesse et de la situation familiale

Tableau 5 : Vaccinations possibles ou non chez la femme enceinte

LISTE DES ABREVIATIONS :

ADS : Agence de développement social

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

ALCS : Association Marocaine de Lutte contre le sida

AMG : Assistance médicale gratuite

AMSED : Association Marocaine de Solidarité et Développement

CAA : Connaissance, Aptitude et Attitude

CDTMR : Centres de Diagnostic de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

COX2 : Cyclo-oxygénase 2

CPN : Consultation prénatale

CR : Centres référents régionaux

CRU : Centres référents hospitalo-universitaires

DGS : Direction générale de la santé

DOTS: Directly Observed Treatment Short-course

EN: Entraide nationale

HSH: Hommes ayant des rapports sexuels avec des homes

InVS : Institut de veille sanitaire

IEC : Information, éducation et communication

IST : Infection sexuellement transmissible

MJS : Ministère de la jeunesse et du sport

NICE: National Institute for health and clinical excellence

OMS: Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

ONUSIDA : Organisation des Nations Unis chargée du Sida

OPALS : Organisation panafricaine de lutte contre le Sida

PMI : Protection maternelle et infantile

PNLAT : Programme national de lutte antituberculeuse

PPO : Psychoprophylaxie obstétricale

PS : Professionnelles du Sexe

PSGA : Programme de surveillance de la grossesse et de l'accouchement

pTME : prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

SA : Semaine d'aménorrhée

SFA : Société française d'alcoologie

SIAAP : Service de l'infrastructure d'action ambulatoire provincial

SIDA : Syndrome immunodéficient acquis

SMI : Santé maternelle et infantile

SONU : Soins obstétricaux néonataux d'urgence

TCC : Thérapie comportementale et cognitive

TSN : Traitement substitutif nicotinique

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| I. INTRODUCTION | 1 |
| II. HISTORIQUE | 5 |
| III. METHODOLOGIE DE L'EDUCATION SANITAIRE | 10 |
| III .1. Principes de l'éducation sanitaire | 12 |
| III.1.1 Informer (connaissance) | 12 |
| III.1.2 Donner des conduites à suivre (Action) | 13 |
| III.1.3 Motiver (aider à l'action)..... | 13 |
| III.1.4 Répéter (la répétition favorise l'imprégnation)..... | 14 |
| III.1.5 Intégrer (l'intégration favorise la diffusion)..... | 14 |
| III.1.6 Croire en possibilités et limites | 16 |
| III.1.7 Trouver le ton juste pour assurer une communication utile | 17 |
| III.2 Moyens de l'éducation sanitaire | 17 |
| III.2.1 Responsabilités de l'éducation sanitaire | 17 |
| III.2.2 Thèmes éducatifs..... | 18 |
| III.2.2.1 Thèmes d'information (savoir) | 18 |
| III.2.2.2 Thèmes d'exécution (savoir faire)..... | 19 |
| III.2.2.3 Thèmes de motivation (vouloir faire)..... | 20 |
| III.2.2.4 Imbrication des thèmes éducatifs | 20 |

| | |
|--|-----------|
| III.3 Méthodes de l'éducation sanitaire | 21 |
| III.3.1 Méthodes unilatérales dites passives | 21 |
| III.3.2 Méthodes bilatérales dites actives..... | 23 |
| III.4 Appuis de l'éducation sanitaire | 25 |
| III.4.1 La Parole..... | 26 |
| III.4.2 L'image..... | 26 |
| III.4.3 Les affiches..... | 27 |
| III.4.4 Les transparents..... | 29 |
| III.4.5 Les diapositives..... | 30 |
| III.3.6 Les diapasons | 30 |
| III.4.7 Les vidéogrammes | 31 |
| III.5 Conception et réalisation d'une campagne éducative | 31 |
| III.5.1 Diagnostic communautaire | 31 |
| III.5.2. Planification | 32 |
| III.5.3 Préparation..... | 32 |
| III.5.4 Gestion..... | 33 |
| III.5.5. Evaluation..... | 34 |
| IV. APPLICATION | 38 |
| IV.1 Santé materno-fœtale..... | 38 |
| IV.1.1 Situation en France | 39 |

| | |
|---|----|
| IV.1.1.1 Mode de vie : | 42 |
| IV.1.1.2 Travail et grossesse..... | 43 |
| IV.1.1.3 Alimentation et compléments nutritionnels | 45 |
| IV.1.1.3.1 Alimentation pendant la grossesse | 45 |
| IV.1.1.3.2 Acide folique et prévention du défaut de fermeture du tube neural..... | 46 |
| IV.1.1.3.3 Supplémentation en fer | 46 |
| IV.1.1.3.4 Supplémentation en calcium..... | 47 |
| IV.1.1.3.5 Supplémentation en vitamine A | 47 |
| IV.1.1.3.6 Supplémentation en iode..... | 47 |
| IV.1.1.3.7 Supplémentation en fluor..... | 48 |
| IV.1.1.3.8 Supplémentation en vitamine D | 48 |
| IV.1.1.4 Risques infectieux alimentaires | 49 |
| IV.1.1.5 Médicaments et grossesse | 51 |
| IV.1.1.6 Thérapies complémentaires ou alternatives | 52 |
| IV.1.1.7 Sport pendant la grossesse | 53 |
| IV.1.1.8 Activité sexuelle durant la grossesse..... | 54 |
| IV.1.1.9 Consommation de tabac, d'alcool et de cannabis pendant la grossesse..... | 55 |
| IV.1.1.9.1 Grossesse et tabac..... | 55 |
| IV.1.1.9.2 Consommation d'alcool et grossesse | 57 |

| | |
|--|----|
| IV.1.1.9.3 Consommation de cannabis et autres substances toxiques pendant la grossesse | 57 |
| IV.1.1.10 Vaccination et grossesse | 58 |
| IV.1.1.11 Voyages en avion et grossesse | 61 |
| IV.1.1.12 Déplacements en voiture pendant la grossesse | 62 |
| IV.1.1.13 Séjours à l'étranger et précautions pour la grossesse | 62 |
| IV.1.2 Situation au Maroc | 63 |
| IV.1.2.1 Surveillance de la grossesse | 65 |
| IV.1.2.1.1 Consultation prénatale | 65 |
| IV.1.2.1.1.1 Avantages | 65 |
| IV.1.2.1.1.2 objectifs..... | 66 |
| IV.1.2.1.1.3 Première consultation prénatale ou consultation du premier trimestre. | 67 |
| IV.1.2.1.1.4 Deuxième consultation prénatale ou consultation du deuxième trimestre | 68 |
| III.1.2.1.1.5 Troisième consultation prénatale ou consultation du huitième mois | 69 |
| III.1.2.1.1.6 Quatrième consultation prénatale ou consultation du 9 ^{ème} mois..... | 70 |
| IV.1.2.2 Classe des mères | 72 |
| IV.1.2.2.1 objectifs de la classe des mères | 72 |

| | |
|--|----|
| IV.1.2.2.2 organisation de la classe des mères | 73 |
| IV.1.2.2.3 Suivi et évaluation | 74 |
| IV.1.2.2.4 Liste des thèmes développés selon l'âge de la grossesse ... | 74 |
| IV.1.2.2 Préparation à la naissance | 76 |
| IV.1.2.2.1 Préparation dite classique (la psychoprophylaxie) | 76 |
| IV.1.2.2.2 Respiration | 77 |
| IV.1.2.2.3 Relaxation | 78 |
| IV.1.2.2.4 Autres méthodes | 78 |
| IV.1.2.2.4.1 La sophrologie | 78 |
| IV.1.2.2.4.2 Le Yoga | 79 |
| IV.1.2.2.4.3 L'acupuncture | 79 |
| IV.1.2.2.4.4 L'Eutonie | 80 |
| IV.1.2.2.5 Positions conseillées pendant le travail | 80 |
| III.2.3 Surveillance du post-partum | 81 |
| IV.2 La santé scolaire | 82 |
| IV.2.1 Hygiène de vie | 83 |
| IV.2.1.1 Hygiène corporelle | 83 |
| IV.2.1.1.1 Soins journaliers | 84 |
| IV.2.1.1.2 Soins de propreté spéciaux | 85 |

| | |
|---|-----|
| IV.2.1.2 Hygiène vestimentaire | 87 |
| IV.2.1.2.1 Rôle du vêtement..... | 87 |
| IV.2.1.2.2 Qualités d'un bon habillement | 87 |
| IV.2.1.3 Règles d'hygiène de l'alimentation | 88 |
| IV.2.1.4 Repos et sommeil..... | 89 |
| IV.2.2 Alimentation et activité physique | 89 |
| IV.2.2.1 Alimentation saine et équilibrée | 90 |
| IV.2.2.2 Activité physique | 94 |
| IV.2.3 Santé mentale | 96 |
| IV.2.4 Education sexuelle | 98 |
| IV.3 La tuberculose..... | 100 |
| IV.3.1 Les messages éducatifs visant à améliorer la connaissance de la maladie | 103 |
| IV.3.2. Les messages éducatifs concernant la prévention, l'hygiène de vie et de l'environnement..... | 104 |
| IV.3.3. Les messages éducatifs concernant le traitement..... | 105 |
| IV.3.4. Les messages éducatifs concernant la famille..... | 106 |
| IV.4 Les Infections sexuellement transmissibles, SIDA | 106 |
| IV. 4. 1 : Prévention primaire | 109 |
| IV.4.1.1 En matière de prévention du VIH..... | 109 |
| IV.4.1.2 En matière de conseil et dépistage du VIH | 112 |

| | |
|---|------------|
| IV.4. 2 Prévention secondaire..... | 113 |
| IV.4.2.1 En matière de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH..... | 113 |
| IV.4.2.2 En matière de Prévention de la transmission de la mère à l'enfant..... | 114 |
| V. CONCLUSION..... | 116 |
| RESUMES..... | 118 |
| REFERENCES..... | 122 |



Introduction



I. INTRODUCTION

Dans bien des domaines, les services sanitaires demeurent entièrement ou partiellement inefficaces aussi longtemps que la population ne comprend pas et n'approuve pas leur but et qu'on ne lui a pas montré, par des méthodes appropriées, comment elle peut leur apporter son concours et combien elle peut accomplir par elle-même. C'est pourquoi l'éducation sanitaire de la population fait régulièrement partie de tous les programmes d'assistance de l'OMS aux états membres. Comme le disait dans son premier rapport le comité d'experts OMS de l'éducation sanitaire de la population [1].

« La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé.

La politique de prévention tend notamment à :

- réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer, tels l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits contaminés ;
- améliorer les conditions de vie ;
- réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;

- entreprendre des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies - promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive ;
- développer des actions d'information et d'éducation pour la santé et
- développer également des actions d'éducation thérapeutique ». [2]

Les enjeux autour de la santé prennent de plus en plus d'importance dans les stratégies de développement, car croissance et bien-être doivent s'associer à des conditions sanitaires satisfaisantes.

La vulnérabilité retrouve en première ligne les états de sante dégradés ; c'est elle qui va conditionner les aptitudes des individus dans leurs actions de socialisation comme dans leurs activités économiques. Elle renvoie aussi à l'idée de précarité, d'insécurité et de fragilité, de pauvreté et d'exclusion. Ces notions, en particulier celle de précarité, renvoie à la fragilité des situations, à l'incertitude face à l'avenir. Elles sont très voisines de celle de pauvreté qui implique une dépendance à l'égard des services d'action sociale. [3]

Le but de notre étude sera de :

- ✓ Eduquer la population sur le bénéfice d'une meilleure participation aux actions de la santé,
- ✓ Montrer le cout de l'ignorance et de la négligence de certains comportements néfastes,
- ✓ Aider à acquérir un bon état de bien-être physique, mental et social, et
- ✓ Diminuer la morbidité et la mortalité liées surtout à certains facteurs influençables par l'éducation sanitaire.



Historique



II. HISTORIQUE

L'histoire de la santé publique plonge ses racines dans la plus haute antiquité, car de tout temps l'homme a tenté de se prémunir collectivement contre les maladies et le décès prématuré, et ceci, notamment en luttant contre les diverses épidémies et les agressions de l'environnement. L'approvisionnement en eau potable et l'évacuation des déchets appartiennent à cet ancien passé[4] où histoire de la santé publique, histoire de la médecine et histoire de l'hygiène se confondent.

En Europe, la santé publique a d'abord relevé des œuvres charitables d'individus ou établissements et congrégations religieuses.

Au cours du XIV^e siècle, pendant les grandes épidémies comme celle de la peste noire en Europe, les médecins pensaient que la suppression des cadavres pouvait empêcher la propagation des miasmes (théorie des miasmes). De même, le développement de la quarantaine à l'époque médiévale - et plus particulièrement à partir de 1377 à Raguse (ancien nom de la ville de Dubrovnik (Croatie)) - a permis d'atténuer les effets d'autres maladies infectieuses.

Au XVII^e siècle, les États ont commencé à encadrer l'hygiène et, suite à l'épidémie de choléra qui a touché Londres en 1848, le Royaume-Uni a créé le premier *Ministère de la santé publique*. Quelques décennies plus tard, suite à la pandémie de grippe espagnole de 1918, la Société des Nations a décidé de créer en 1922 son Comité d'hygiène, ancêtre de l'OMS [5].

Au cours du XX^e siècle, l'environnement a pris une importance croissante, qui s'est traduite par le développement de l'éco-toxicologie et de l'éco-épidémiologie.

Une des méthodes possibles d'assistance internationale consiste à inclure des spécialistes de l'éducation sanitaire dans le personnel chargé de l'exécution de divers projets. Les deux spécialistes employés à cette fin par l'OMS furent affectés en 1949 à des projets de lutte antivénérienne en Egypte et dans l'Inde. Depuis lors, d'autres éducateurs sanitaires ont fait partie des équipes de l'OMS chargées d'exécuter des projets de démonstrations dans divers domaines :

- Hygiène de la maternité et de l'enfance
- Maladies vénériennes, et
- Hygiène rurale

Ces projets furent utiles en ce sens qu'ils ont prouvé que, par une éducation sanitaire pratique, il était possible d'amener des familles entières, parfois tout un village, à participer à l'exécution d'un programme sanitaire.

Certains gouvernements ont décidé d'introduire ou de réorganiser l'éducation sanitaire dans leurs programmes nationaux de santé et ont sollicité l'aide de l'OMS à cet effet.

Les gouvernements du Honduras et du Nicaragua ont été les premiers à demander à l'OMS, en 1952, de leur envoyer des conseillers en éducation sanitaire pour leurs services de santé. Depuis lors, des conseillers à plein temps ont été attachés aux ministères de la santé de Ceylan, de la Birmanie, de l'Indonésie, du Paraguay et d'Haïti.

En 1957 : un conseiller en éducation sanitaire a été chargé d'aider le gouvernement de l'Afghanistan qui, avec le concours du bureau régional de l'Asie du Sud-est, avait mis sur pied un plan quinquennal d'éducation sanitaire. L'OMS a donné des avis sur l'organisation des services d'éducation sanitaire dans plusieurs pays bénéficiant d'une aide bilatérale, notamment l'Inde, le Libéria, les Philippines, La Thaïlande, et un certain nombre d'états de l'Amérique centrale et de l'Amérique du sud.

Des Consultants ont été envoyés dans plusieurs pays d'Europe pour collaborer à des enquêtes préliminaires et aider à organiser :

- ✓ soit des services généraux d'éducation sanitaire,
- ✓ soit des services d'éducation sur des problèmes particuliers, tels que l'Assainissement, le Trachome ou la Protection maternelle et infantile.

Dans le cadre des programmes entrepris dans les pays, des commissions pour l'éducation sanitaire de la population ont été ou sont créées en vue d'aider et de conseiller les administrations sanitaires nationales et provinciales. Une assistance analogue a été accordée à plusieurs pays de l'Amérique Latine.

Dans la région du Pacifique occidental, les responsables se sont surtout préoccupés de faire une place importante à l'éducation sanitaire dans un grand nombre de projets, de séminaires ou de cours de formation professionnelle entrepris avec l'aide de l'OMS. On peut citer à titre d'exemple l'étude sur l'éducation sanitaire en liaison avec le projet de lutte contre la Bilharziose à Leyte, aux Philippines [6] ; cette étude vise principalement à déterminer quelles mesures pratiques il convient d'adopter pour que le projet envisagé puisse être

réalisé avec le concours de la population locale ; une enquête préliminaire sur certaines de ses croyances, de ses coutumes et pratiques courantes est maintenant terminée.

La Santé Publique contient 6 domaines actuels dont 3 classiques consistant en l'hygiène publique, la lutte contre les maladies transmissibles et l'administration sanitaire.

Les 3 autres domaines regroupent l'épidémiologie, la sociologie et l'économie de la santé.



*Methodologie
de L'éducation Sanitaire*



III. METHODOLOGIE DE L'EDUCATION SANITAIRE

Selon le dictionnaire LITTRE, l'éducation est l'ensemble des habiletés intellectuelles ou manuelles qui s'acquièrent.

Rappelons que pour l'OMS, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité

L'éducation sanitaire, ou éducation pour la santé (Health Education pour les auteurs anglophones) peut recouvrir plusieurs notions [7]

Au sens le plus large, le terme d'éducation sanitaire s'applique « à toutes les situations qui dans la vie d'un individu, d'un groupe ou d'une collectivité, peuvent modifier ses croyances, son attitude et son comportement à l'égard des problèmes de santé, ainsi qu'aux moyens de provoquer les changements de comportement que suppose l'accession des gens au niveau optimal de santé » [1]

Dans un sens restreint, l'éducation sanitaire intéresse toute action systématique de promotion de la culture sanitaire de l'individu ou du groupe, susceptible de modifier un ou plusieurs de ses comportements pour réduire sa vulnérabilité face aux phénomènes morbides qui le concernent ; en effet il faut modifier certains comportements du groupe exposé au risque sachant que le groupe-cible de l'action éducative n'est pas obligatoirement le groupe exposé au risque, à noter que ces deux notions ne sont pas contradictoires.

Les objectifs pédagogiques de l'éducation sanitaire se concentrent sur les piliers essentiels que sont : connaissances, aptitudes et attitudes (CAA)

A. Connaissances :

Déterminer les moyens nécessaires à la réalisation d'une action d'éducation sanitaire, et les différentes étapes de la conception de cette action.

B. Aptitudes :

- Choisir une priorité éducative en fonction de la situation épidémiologique qui prévaut dans la population à laquelle s'intéresse cette éducation,
- Fixer un objectif pertinent à cette action éducative, Concevoir cette action, c'est-à-dire décrire les tâches et définir les moyens nécessaires pour atteindre l'objectif fixé,
- Réaliser cette éducation sanitaire en contrôlant que toutes les *tâches* prévues soient correctement exécutées, et
- Evaluer les résultats obtenus.

C. Attitudes :

- Faire preuve de rigueur dans l'application de la méthodologie, et
- Privilégier la démarche communautaire pour que le groupe lui-même assure le relais et la diffusion du message.

III .1. Principes de l'éducation sanitaire

III.1.1 Informer (connaissance)

La formation est indissociable de l'éducation ; il faut apprendre aux gens :

- Les risques qui pèsent sur eux, et
- Les comportements qui les exposent à ces risques ainsi que ceux qui les protègent

Le contenu du message doit être :

- Concret : Les gens ne sont pas intéressés par des données théoriques sur les risques qui les menacent. Il faut que la Communication prenne pour point de départ les joies, les contraintes et les misères de la vie quotidienne du public intéressé.
- Spécifique : Ne pas communiquer, à propos du même thème, de la même façon pour deux groupes de population aux caractéristiques différentes
- Uniciste : ne pas entamer une action éducative vis-à-vis de plusieurs problèmes à la fois, cela conduit à une complication et à une dispersion des messages éducatifs, qui perdent ainsi de leur efficacité

III.1.2 Donner des conduites à suivre (Action)

- Proposer des démarches réalistes, pratiques, concrètes, simples et à efficacité prouvée,
- Tenir compte des facteurs de faisabilité psychologiques, financiers et matériels et ne rien proposer qui puisse heurter les sensibilités par son caractère hors de prix, ou qui nécessite le recours à des éléments matériels indisponibles localement.

Mais il faut à l'inverse éviter d'éluder les difficultés, de rester flou et théorique sous prétexte de ménager totalement certaines sensibilités. L'éducation sanitaire est avant toutes choses une démarche pratique et un apprentissage.

En effet, il faut s'inspirer du proverbe chinois qui dit : « Ce que j'entends, je l'oublie, ce que je vois, je m'en souviens, ce que je fais, je le sais »

III.1.3 Motiver (aider à l'action)

Insister sur les inconvénients qui découlent des comportements à risque, et mettre en valeur les avantages liés au changement d'attitude. Il faut s'appuyer sur la dynamique communautaire, insister sur le fait que la santé de la collectivité est liée à l'action de chacun autrement dit la solidarité.

Créer un climat favorable pour amener la population à adopter de nouveaux comportements comme si l'identification de ce moyen de protection venait en fait d'elle, d'où une décision spontanée de l'adopter, un phénomène d'entraînement au sein du groupe, une transmission de cette nouvelle attitude aux enfants, et, au bout du compte, un gage de durabilité : Vouloir faire, bien et longtemps.

Ceci nécessite une bonne connaissance de toutes les caractéristiques de la population cible et l'identification des modèles qu'a choisis cette population (« leaders », chefs de fil, héros, autorités morales) qui pourront jouer le rôle d'appui pour l'action éducative.

Il faut être conscient du fait qu'une telle démarche peut demander des années avant de porter ses fruits et donc l'éducateur doit savoir être patient.

III.1.4 Répéter (la répétition favorise l'imprégnation)

La durée de l'action éducative implique automatiquement la répétition d'un thème. Les publicistes, les hommes politiques, les religieux et les enseignants, qui tous recourent à des méthodes voisines de celles de l'éducation sanitaire, utilisent cette technique pour convaincre ou pour former le public.

Au contraire, l'abus ne peut avoir que des effets pervers, provoquer une indifférence, une lassitude voire même une hostilité du public-cible.

La variété doit donc obligatoirement accompagner la répétition pour éviter cette dérive : le contenu du message est répétitif, mais sa présentation soit varier sans cesse.

III.1.5 Intégrer (l'intégration favorise la diffusion)

Ne pas limiter l'éducation sanitaire au seul corps médical, elle doit-être intégrée à tous les niveaux

Cette intégration se fait d'abord au niveau des activités habituelles du personnel de santé. L'éducation ne se résume pas à quelques conférences et à des affiches que l'on colle dans les endroits les plus accessibles. Chaque jour, la plupart des activités du médecin, de l'infirmier et de l'auxiliaire sanitaire sont l'occasion de faire passer des messages éducatifs via les consultations, soins, visites inopinées dans les postes de travail, voire repas pris en commun avec les cadres.

Il n'y a pas d'action « coup de poing » en matière d'éducation sanitaire.

Cette intégration se fait aussi au niveau de l'unité militaire. Le service de santé ne peut pas mener une action d'éducation sanitaire. La coopération des cadres est indispensable : commandement, cadres supérieurs, cadres de contact. Ils sont le relais indispensable à une éducation « en cascade ». Ils peuvent reprendre et diffuser certains messages sous une autre forme, sans en modifier le fond : c'est une des façons de répéter sans lasser. Leur adhésion est indispensable, leur participation active est un des gages du succès.

Cette intégration se fait enfin au niveau de la société dans laquelle vivent les personnels militaires. Ils baignent en permanence dans un flot d'informations, par les media, par les conversations qu'ils peuvent avoir hors de leur cadre professionnel ou dans leur famille. Ils sont très sensibles, pour ceux qui sont pères de famille, à ce que leurs enfants leur rapportent des connaissances qu'ils acquièrent à l'école. C'est ainsi que l'école primaire, depuis un siècle, a contribué pour une part considérable à modifier profondément les comportements des français en matière d'hygiène individuelle et collective. C'est la série des articles de vulgarisation scientifique dans les journaux, ou les émissions télévisées animées par un journaliste scientifique qui invite des sommités médicales, qui éveillent l'intérêt des personnels pour tel sujet, provoquant parfois leur inquiétude, et les poussant à questionner leur médecin, qui trouve alors une excellente occasion de prendre un relais éducatif. A noter que ce sont les campagnes officielles d'éducation sanitaire destinées au grand public, qui touchent tout le monde, mais avec des impacts très différents permettant ensuite des 'reprises' plus ciblées au sein du groupe.

III.1.6 Croire en possibilités et limites

Mieux vaudrait ne pas s'impliquer dans l'éducation sanitaire quand on ne croit absolument pas aux possibilités de cette activité car les résultats obtenus seront médiocres, probablement par implication insuffisante et manque de compétence, ce qui conforte le médecin sceptique dans son opinion négative.

A l'inverse, ceux qui pensent révolutionner le monde en quelques semaines ou quelques mois grâce à une action éducative musclée, pugnace, peut-être même tonitruante, se bercent d'illusions.

L'éducation sanitaire est efficace, mais comme elle s'attache à modifier nos connaissances, nos attitudes, nos croyances et nos pratiques, il lui faut le temps de créer un climat favorable qui ne s'établit qu'en parvenant à convaincre progressivement une proportion sans cesse croissante de la population, prenons l'exemple du tout-à-l'égout : qui accepterait allègrement de s'en passer à l'époque dans les grandes villes ? Pourtant il a fallu attendre 1905 pour que ce problème soit pratiquement réglé à Paris. Le tout-à-l'égout était donc obligatoire dans les villes en France depuis 1904, et le conseil municipal avait donné un avis favorable depuis 1982, Pourtant la société française se heurtait à deux problèmes : les vidangeurs et les propriétaires d'immeubles, qui ne ménagèrent pas les campagnes de presse. Celles-ci trouvaient encore un écho favorable puisque pour les ancêtres l'immondice n'avait pas le caractère répugnant comme attribué actuellement.

III.1.7 Trouver le ton juste pour assurer une communication utile

L'éducateur ne doit être ni directif, ni moralisateur ni culpabilisant.

La coercition ne fait pas bon ménage avec l'éducation. Il n'y a pas de durée dans l'action sans adhésion spontanée aux principes de cette action. Il ne peut pas y avoir de participation enthousiaste quand on se sent dévalorisé. « L'éducation est une maîtresse douce et insinuante, ennemie de la violence et de la contrainte, qui aime à n'agir que par voie de persuasion, qui s'applique à faire goûter ses instructions en parlant toujours raison et vérité » (ROLLIN)

III.2 Moyens de l'éducation sanitaire

L'éducation sanitaire est réalisée par des hommes, qui diffusent des thèmes éducatifs grâce à différentes méthodes de communication et à divers appuis matériels

III.2.1 Responsabilités de l'éducation sanitaire

Dans les armées, les personnels de santé sont les responsables de l'éducation sanitaire qui d'ailleurs ne demande pas une haute compétence, mais un savoir-faire et un sens des contacts humains.

Ceux qui interviennent dans les actions éducatives doivent être formés aux techniques et aux méthodes de l'éducation sanitaire.

Les médecins devront, en outre, être capables de former les autres.

III.2.2 Thèmes éducatifs

III.2.2.1 Thèmes d'information (savoir)

Il n'y pas d'éducation sanitaire sans acquisition de connaissances concernant :

- ✓ la pathologie contre laquelle on veut lutter,
- ✓ les modes d'exposition au risque,
- ✓ les facteurs favorisant cette exposition, et
- ✓ les moyens efficaces pour s'en protéger.

Mais il faut savoir choisir, donner toute l'information utile, mais rien que l'information utile, c'est-à-dire concernant spécifiquement la situation épidémiologique particulière au groupe cible, et qui servira de support aux actions propres à protéger ce groupe. On évitera de diffuser des informations compliquées, ou pouvant prêter à confusion.

Le contenu précis de cette information varie considérablement d'un endroit à l'autre et d'un groupe à l'autre, il doit répondre à la demande du groupe et correspondre à l'usage que chaque groupe est capable d'en faire.

En revanche dans leurs grandes lignes, ces informations concernent toujours les mêmes thèmes, résumés dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Exemples d'informations concernant les affections transmissibles et non transmissibles[7]

| AFFECTIONS TRANSMISSIBLES | AFFECTION NON TRANSMISSIBLES |
|---|---|
| La gravité de la maladie, ses conséquences pour l'individu et la collectivité L'agent infectieux responsable Le ou les modes de transmission Les facteurs favorisants Les conduites et les moyens qui protègent L'efficacité de chacun de ces moyens | La gravité de la maladie, ses conséquences pour l'individu et la collectivité L'agent nocif responsable Le ou les modes d'exposition Les facteurs favorisants Les conduites et les moyens qui protègent L'efficacité de chacun de ces moyens |

III.2.2.2 Thèmes d'exécution (savoir faire)

Il s'agit cette fois de donner au groupe une conduite à suivre pour se protéger efficacement.

Ça peut être :

- ✓ une méthode pour ne plus se trouver en situation à risque par exemple comment cesser de fumer, comment ne plus boire d'alcool,
- ✓ un moyen pour vivre certaines situations en supprimant ou en diminuant le risque qui leur est propre (comment utiliser le préservatif pour avoir des rapports sexuels avec des partenaires de rencontre, sans s'exposer à l'infection par le VIH).

La conduite à adopter doit être décrite avec précision : Elle joue le même rôle que la notice d'utilisation qui accompagne un appareil. Les explications doivent être très claires, les gestes à faire sont décrits avec précision, en détail, dans l'ordre où ils doivent être accomplis.

Mais suffit-il de savoir comment se protéger d'un risque pour que celui-ci cesse d'être un problème de santé publique ? Non, et l'exemple des médecins qui fument alors qu'ils connaissent les méthodes qui leur permettraient d'arrêter cette pratique, est là pour nous en convaincre. Il faut connaître le risque et les moyens qui permettent de l'éviter, mais cela n'aboutit pas sans la volonté d'agir qui relève du domaine des thèmes éducatifs de motivation.

III.2.2.3 Thèmes de motivation (vouloir faire)

Ces thèmes reposent tous sur le même principe : faire de telle sorte que la personne touchée par l'action éducative soit profondément convaincue, que les avantages qu'elle peut attendre d'un nouveau comportement soient infiniment supérieurs à ceux qu'elle retirait du comportement antérieur.

Simple dans son principe, le thème de motivation est extrêmement complexe dans son application. On peut dire qu'à la limite, il faudrait presque un thème spécifique par individu, tant les motivations de chacun sont différentes et intriquées.

Beaucoup de campagne d'éducation sanitaire se contentent d'utiliser des thèmes d'information et d'exécution, car ceux qui les mènent, reculent devant la difficulté que représente la conception de bons thèmes de motivation. Ce choix de la facilité a conduit plus d'une action d'éducation sanitaire à l'échec. Les publicistes le savent bien, eux qui ne conçoivent pas une campagne de promotion d'un produit sans avoir identifié au préalable les leviers qui leur permettront de motiver le public.

III.2.2.4 Imbrication des thèmes éducatifs

Nous venons de voir dans l'ordre les thèmes d'information, d'exécution et de motivation.

Cet ordre n'a de valeur que pour la clarté de l'exposition. En pratique, il est tout à fait concevable de lancer une campagne sur des thèmes de motivation pour, une fois l'intérêt du public capté, passer ensuite aux autres thèmes.

En outre les thèmes éducatifs ne sont pas tous classés de façon rigide dans telle ou telle rubrique. Le même thème peut jouer un rôle en termes de motivation et d'information, ou d'information et d'exécution, ceci rejoint à dire que dans l'application sur le terrain il faut faire preuve de souplesse et de pragmatisme.

L'essentiel est que l'action éducative repose sur les trois piliers du savoir, du savoir faire et du vouloir faire.

III.3 Méthodes de l'éducation sanitaire

L'éducation sanitaire recourt à deux types de méthode de communication.

III.3.1 Méthodes unilatérales dites passives

Elles sont hélas les plus utilisées.

Dans ce type de communication, l'échange entre les éducateurs et le public-cible se fait à sens unique. Ceci offre quelques avantages et présente bien des inconvénients. Le tableau suivant en propose la synthèse.

Tableau 2 : Avantages et inconvénients des méthodes unilatérales dites passives. [7]

| AVANTAGES | INCONVENIENTS |
|---|---|
| <p>Les méthodes unilatérales n'obligent pas les éducateurs à s'impliquer personnellement sur le terrain, ce qui évite le stress à ceux que rebutent les contacts directs avec des groupes, ou qui répugnent à aborder certains thèmes qui concernent la vie privée et l'intimité.</p> | <p>Ces méthodes ont souvent le défaut de ne pas éveiller l'intérêt du public, et de laisser rapidement son attention. Ne permettent pas un «retour» vers l'éducateur qui lui permettrait de savoir si son message est adapté à ce public et s'il est correctement interprété.</p> |
| <p>Permettent de délivrer facilement un message homogène dans son contenu et normalisé dans sa présentation.</p> | <p>Le message manque de spécificité et son impact sur le public en est affaibli d'autant. La facilité amène souvent l'éducateur à vouloir faire passer simultanément plusieurs messages, ce qui est une faute.</p> |
| <p>N'accaparent pas trop longtemps les personnels chargés de délivrer les messages éducatifs ce qui les libère pour d'autres tâches.</p> | <p>Les personnels de santé ne s'impliquent pas dans l'éducation sanitaire et ont bonne conscience à peu de frais en croyant qu'un message lancé est obligatoirement reçu.</p> |
| <p>Permettent de toucher simultanément un grand nombre de personnes.</p> | <p>Les messages touchent un grand nombre, mais de façon superficielle, ce qui est peu propice à créer au sein du groupe une dynamique spontanée de diffusion du message et de modification du comportement.</p> |

Ces méthodes unilatérales sont celles utilisées dans les conférences magistrales, les affiches, les diapositives et les vidéogrammes. Pour être efficaces, elles doivent impérativement respecter ces trois règles fondamentales :

- ✓ un message à la fois,
- ✓ transmis dans un langage clair, simple, adapté au contexte culturel, et
- ✓ présenté sous une forme concise.

III.3.2 Méthodes bilatérales dites actives

Elles sont moins souvent utilisées et c'est regrettable car dans ce type de communication, il y a un échange de questions et de réponses entre le public-cible et les éducateurs sanitaires, ce qui permet -à vrai dire- une éducation sanitaire « sur-mesure » pourrait-on dire, alors que les méthodes unilatérales seraient du « prêt-à-porter » pour rester dans le même registre métaphorique.

Ces méthodes de communication bilatérale offrent, elles aussi, des avantages et des inconvénients.

Tableau 3 : Avantages et Inconvénients des méthodes bilatérales dites actives. [7]

| AVANTAGES | INCONVENIENTS |
|--|--|
| <p>Les méthodes bilatérales permettent de délivrer un message parfaitement adapté aux besoins, au niveau d’instruction, au contexte culturel et à la situation épidémiologique d’un groupe particulier, voire même d’un individu.</p> <p>Dans certains cas, cela peut permettre de faire passer plusieurs messages complémentaires au cours de la même séance éducative, si le besoin est apparent et si le public est réceptif</p> <p>L’échange bilatéral permet :</p> <ul style="list-style-type: none">• au public d’avoir l’impression d’identifier lui-même l’existence des problèmes qui le concernent et les solutions qui lui permettront de se protéger ;• aux éducateurs de découvrir certains aspects épidémiologiques qui leur avaient échappés, et d’adapter les solutions habituellement proposées. <p>Le public est plus profondément et plus durablement touché par les messages éducatifs. Il considère comme siens les moyens de protection adoptés par consensus. Chacune des personnes ainsi touchées va se faire à son tour la propagandiste de ces changements de comportement.</p> | <p>Ces méthodes permettent de satisfaire un public peu nombreux</p> <p>Le danger serait de vouloir faire passer un trop grand nombre de messages à la fois, ce qui réduit l’efficacité de l’éducation par un phénomène de saturation, et augmente le risque de confusions.</p> <p>Cela oblige les éducateurs à s’impliquer personnellement, et parfois à se remettre en cause : cet inconvénient en rebute (dégoute) certains. Ceci explique en partie pourquoi ces méthodes sont moins utilisées.</p> <p>Il faut veiller à ce que le message éducatif spontanément relayé par le public ne se dénature pas.</p> |



Figure 1 : Education sanitaire dans un centre de loisir à Montpellier

III.4 Appuis de l'éducation sanitaire

Les appuis de l'éducation sanitaire sont tous les véhicules de la communication et avant d'en aborder le détail, deux points sont à souligner :

- la mémoire visuelle est supérieure à la mémoire auditive, mais la jonction de l'audiovisuel crée une synergie (d'où l'engouement des annonceurs publicitaires pour la télévision),
- une fois le message éducatif placé sur son support, il faut le tester avant de le diffuser, car aussi minutieusement conçu soit il, on ne peut jamais savoir à l'avance comment il sera perçu par le public.

Les supports de l'éducation sanitaire sont nombreux et variés :

III.4.1 La Parole

Elle peut être parlée ou écrite, utilisée seule ou combinée à des images.

Elle doit être toujours brève, claire, simple, utilisant les mots et les tournures compréhensibles au public.

Pour ceux devant servir dans les pays en développement, où la langue officielle n'est pas parlée par tous, et qui devront compléter leurs actions d'AMG (Assistance médicale gratuite auprès des populations autochtones) il faudra utiliser les langues vernaculaires (dialecte) (et donc recourir à des interprètes).

III.4.2 L'image

Elle peut être fixe ou animée, à l'extrême ce peut être un objet que l'on montre.

Elle doit être sobre, dépouillée, de couleurs attrayantes (sans être agressives ou ternes).

Elle doit correspondre aux goûts et aux critères du groupe cible (l'attention des « mordus » de la bande dessinée est immédiatement captée par des dessins de ce type).

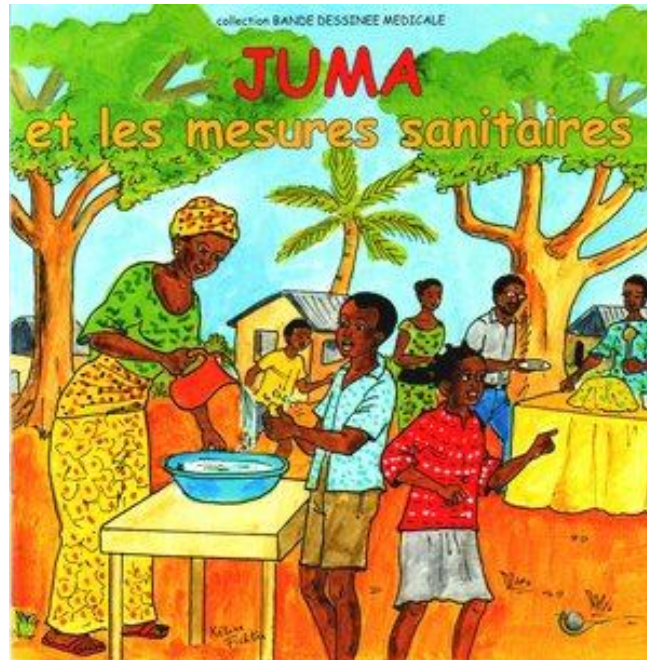


Figure 2 : Collection bande dessinée médicale, montrant par cette image la nécessité du lavage des mains avant chaque repas

III.4.3 Les affiches

Les affiches sont très utilisées en éducation sanitaire, mais souvent sans un souci d'efficacité suffisamment affirmé.

Elles peuvent ne comporter que du texte. Cet aspect est souvent peu attractif. Le message doit être bref, clair et ne visant qu'un seul objectif à la fois. La calligraphie doit éviter la sophistication, et le contraste par rapport au fond de l'affiche doit être bien affirmé. La langue utilisée doit être comprise par la population vivant dans la zone où est diffusée l'affiche.

Elles peuvent ne comporter qu'une image. Cette solution n'est pas dépourvue de risque. Le sens du message doit pouvoir apparaître à tous sans la moindre ambiguïté. Le risque majeur est la confusion liée à un choix graphique ou pictural trop éloigné des coutumes culturelles locales.

On peut dans certains cas aboutir à un total contresens, d'où l'absolu nécessité de tester une affiche avant de la faire tirer à un grand nombre d'exemplaires.

Le plus souvent, les affiches associent texte et dessin. Dans ce cas l'un et l'autre doivent être complémentaires. Le texte ne doit pas être long. Il faut éviter de vouloir faire figurer plus d'un message, dessin ou texte à la fois sur une affiche si l'on veut capter l'attention et éviter les confusions d'interprétation.

Une affiche présente l'avantage d'une très large diffusion pour un effort d'organisation modeste.

Elle peut être un excellent complément, un relais éducatif pour reprendre et souligner certains messages très précis. Mais c'est une communication unilatérale. Une affiche banale sera vue sans être regardée, et encore moins mémorisée. Les enquêtes montrent que trop souvent encore le public se souvient d'avoir vu l'affiche, peut préciser sur quel mur, mais est incapable de restituer correctement le message qu'elle véhiculait. L'affiche peut donner aux éducateurs une fausse impression de devoir accompli.

Encore une fois, ce qui compte ce n'est pas la quantité de messages délivrés, mais la quantité de messages reçus. En outre, les affiches sont souvent coûteuses.

III.4.4 Les transparents

Les transparents sont un appui remarquablement souple pour illustrer une séance d'éducation sanitaire participative destinée à un public d'importance moyenne (20 à 100 personnes) réuni dans un espace restreint.

Il existe trois types de transparents :

- le modèle simple : pour usage manuel, sur lequel on écrit ou on dessine à l'aide de feutres indélébiles type « F » ou « S ».
- le modèle avec une face mate : permet l'impression dans les imprimantes à jet d'encre et donc un traitement par des logiciels de dessin et de traitement de texte des messages que l'on veut faire passer.
- le modèle thermo stabilisé : le seul qui peut passer sans faire de dégât dans une photocopieuse ou une imprimante Laser.

Un transparent ne doit pas comporter plus de 5 à 6 lignes de texte. Mieux vaut faire deux transparents 'aérés' qu'un seul touffu. Pour les dessins, les remarques faites au paragraphe consacré à l'affiche sont valables.

III.4.5 Les diapositives

Les diapositives peuvent jouer un rôle voisin du transparent, mais on les réserve pour des séances éducatives concernant des assistances plus nombreuses réunies dans de grandes salles.

L'aspect participatif de telles séances est moins satisfaisant car le contact et la communication bilatérale avec le public sont moins faciles à assurer. Souvent d'ailleurs, les diapositives servent d'appui à des conférences de type magistral.

Toutes les remarques faites au sujet du texte et de l'image dans les paragraphes consacrés à l'affiche et au transparent, restent valables pour les diapositives.

III.3.6 Les diapasons

Les diapasons font appel à une technique nettement plus élaborée, et doivent être réalisés par des professionnels, ou tout au moins par des personnes rompues (habituées) à ces techniques. C'est l'association d'une bande sonore magnétique et du défilement synchronisé de diapositives projetées sur un ou deux écrans simultanément, voire sur « un mur de diapositives » pour les formes les plus élaborées.

Cette technique permet de transmettre une information très structurée, bien commentée et abondamment illustrée.

C'est une méthode de communication unilatérale, le message est donc fixé une bonne fois pour toutes dans sa forme et son contenu. Les concepteurs sont souvent tentés de vouloir faire passer le plus d'informations à la fois, ce qui n'est pas souhaitable, cela a déjà été dit, en raison de l'effet de saturation.

Mais un diaporama peut-être une bonne entrée en matière, pour une séance d'éducation sanitaire participative, par les questions qu'il va susciter dans le public.

III.4.7 Les vidéogrammes

C'est une technique assez voisine du diaporama mais il fait appel à une image animée grâce à la vidéo. Ses indications d'utilisation sont les mêmes. Il peut en outre être diffusé sur un réseau de télévision pour toucher un plus large public. Toutes les remarques formulées à propos des diaporamas restent valables.

III.5 Conception et réalisation d'une campagne éducative

Il n'existe pas d'action de santé publique valable sans une préparation minutieuse. L'éducation sanitaire ne déroge pas à cette règle.

L'organigramme correspondant à la conception et à la réalisation d'une campagne d'éducation sanitaire figure à la fin de ce chapitre. Nous n'insisterons que sur les aspects les plus importants de chaque étape.

III.5.1 Diagnostic communautaire

Le choix des priorités éducatives découle directement des priorités sanitaires identifiées, à propos du groupe concerné et des caractéristiques socioculturelles, de la structure, des traditions et des missions qui sont les siennes.

III.5.2. Planification

Les objectifs éducatifs sont des notions beaucoup plus « fouillées » que de simples buts. Il faut y faire intervenir des notions de lieu, d'échéances et de critère d'atteinte.

La population cible de la campagne doit être choisie en fonction de l'influence qu'elle aura, pour déclencher l'adoption de nouveaux comportements au sein, de la collectivité et non pas obligatoirement en fonction du lien plus étroit, qui semble l'associer à tel ou tel moyen de protection.

Ainsi, en milieu civil, une campagne de promotion du préservatif masculin aura souvent pour cible un public féminin, les femmes présentent souvent plus de maturité en la matière, n'étant pas inhibées par des préjugés en virilité et ayant un plus grand souci de préservation de la vie. En milieu militaire, certaines actions éducatives, visant à modifier le comportement des jeunes militaires du rang, peuvent avoir comme public cible des cadres.

Sans *budget*, aucune action de santé publique n'est possible. Avec un budget insuffisant, on doit l'interrompre en plein développement. En demandant un budget trop élevé on court le risque de voir le projet refusé.

III.5.3 Préparation

Il est indispensable de *tester les messages et les appuis* avant leur diffusion. Il faut prouver leur efficacité avant leur généralisation, sous peine d'aboutir à de retentissants fiascos (Echec complet), voire même à des fautes de conception qui aboutissent à l'inverse de l'objectif fixé.

La prise de contact avec la hiérarchie, conditionnera souvent le succès ou l'échec d'une campagne éducative, selon qu'elle aura été réalisée correctement ou non. Nul ne peut s'en affranchir. Tout est alors important : la *Tenue*, l'aisance et la retenue du comportement, la *clarté* des explications, la manière de faire ressortir le *bénéfice attendu* pour l'unité et pour le commandement. Rien ne peut se faire dans ce domaine, comme dans bien d'autres, sans *l'adhésion du commandement*.

C'est aussi le moment où il faut identifier les personnes influentes qui serviront de *point d'appui* à la campagne, de moteur des actions, de relais de l'information, de propagateur du message.

III.5.4 Gestion

Le terme de gestion est trop souvent pris dans un sens restrictif administratif et financier. Il s'agit ici de diriger l'exécution de toutes les phases de la campagne éducative, en veillant au respect des critères quantitatifs (échéances, nombre d'actions) et qualitatif (normes techniques, groupes choisis) fixés lors de la planification.

La supervision est le comportement indispensable de la gestion. C'est le contrôle continu de la qualité des activités exécutées (il ne suffit pas de donner des directives pour être sûr qu'elles ont été suivies d'effets), l'identification des problèmes et la mise en œuvre de solutions.

III.5.5. Evaluation

L'évaluation permet de savoir si les objectifs sont partiellement ou totalement atteints. Elle permet de vérifier l'efficacité ou de comprendre l'absence d'efficacité d'une campagne (nous prendrons l'exemple d'une action éducative qui visait les compagnies tournantes d'un régiment professionnalisé).

✚ **Une évaluation permanente** des procédures d'intervention est indispensable :

- ✓ Pertinence des outils éducatifs,
- ✓ Fréquentation des réunions,
- ✓ Adhésion des points d'appui.

✚ **L'évaluation de la production** s'intéresse à la quantité de messages délivrés (nombre d'affiches collées et nombre de séances éducatives).

✚ **L'évaluation de l'efficacité primaire** comporte :

- ✓ L'étude de la quantité de messages reçus (proportion de personnes qui savent que l'abstinence ou le préservatif protègent lors du séjour outre-mer),
- ✓ La détermination de la quantité de messages appliqués (proportion de personnes qui pratiquent l'abstinence ou utilisent correctement le préservatif pendant le séjour outre-mer).

✚ ***L'évaluation de l'efficacité secondaire comprend :***

- ✓ L'étude des résultats, qui sont les changements directement liés aux objectifs du programme (diminution de la fréquence des urétrites gonococciques et des chlamydiae, choisies comme indicateurs),
- ✓ L'appréciation de l'impact, c'est-à-dire les changements directs ou indirects, voulus ou non, liés ou non aux objectifs.

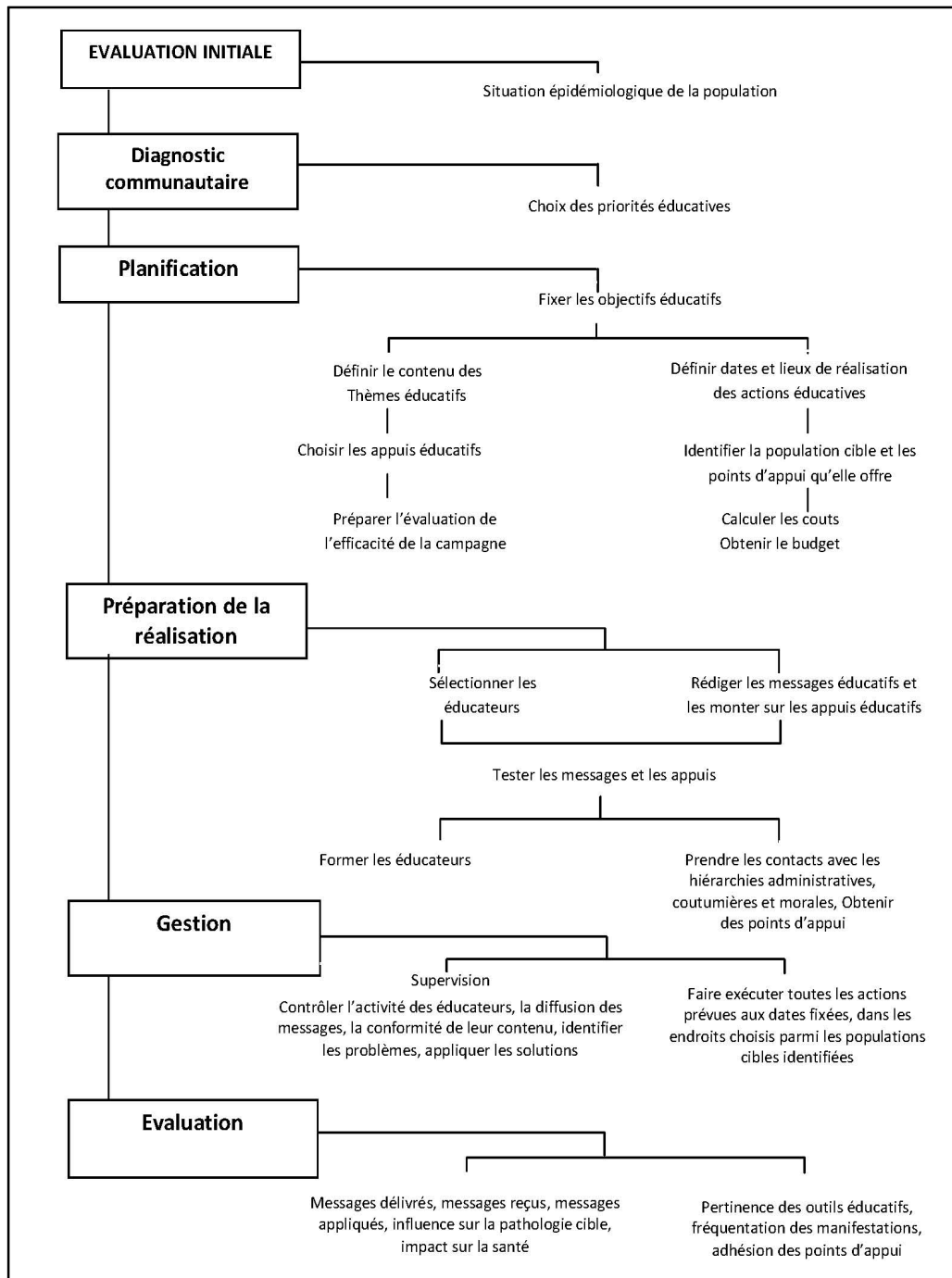


Figure 3 : Organigramme correspondant à la conception et à la réalisation d'une campagne d'éducation sanitaire [7]



Application



IV. APPLICATION

IV.1 Santé materno-fœtale

Les modalités d'accompagnement de toute femme enceinte comprennent non seulement la surveillance et le suivi du déroulement de la grossesse, mais aussi des activités de prévention et d'éducation pour la santé [9]. Cet accompagnement implique de livrer une information à l'occasion de chaque rencontre avec la femme enceinte.

L'information a pour objectifs de favoriser la participation active de la femme enceinte et de lui permettre de prendre, avec les professionnels de santé, les décisions concernant sa santé [10].

L'information porte sur les modalités et l'organisation de la surveillance et du suivi du bon déroulement de la grossesse, le contenu des consultations prénatales, la prise en charge des symptômes courants de la grossesse, les droits et les démarches pour la maternité, les objectifs et les modalités des dépistages, le soutien et l'accompagnement de la femme ou du couple en cas de facteurs d'insécurité et de difficultés exprimées ou perçues.

Ce travail concerne l'information de toutes les femmes enceintes, tant celles qui sont en bonne santé et dont la grossesse ne pose pas de problème de déroulement, que celles qui dès le début de la grossesse ou au cours de son déroulement auront besoin de soins complémentaires et qui seront orientées vers une filière de soins spécifiques.

IV.1.1 Situation en France

Toute femme enceinte doit être informée du bénéfice pour elle et son bébé d'un suivi régulier de sa grossesse. Ce suivi est complété par une éducation prénatale au cours de séances de préparation à la naissance.

Une information fondée sur les données actualisées de la littérature et sur la réglementation en vigueur doit être délivrée aux femmes enceintes. Un accompagnement de cette information doit leur être proposé afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées quant à leur suivi.

Lors du premier contact, les femmes doivent recevoir une information qui tienne compte de leur mode de vie. Cette information porte sur :

- ✓ les services de soins disponibles, le coût des prestations et les possibilités qui leur sont proposées pour le suivi de la grossesse, de l'accouchement et des soins postnatals en lien avec un réseau ville-hôpital et inter établissements. Les femmes doivent être informées de la nécessité éventuelle d'une inscription précoce dans le lieu de naissance de leur choix ;
- ✓ les réseaux d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents.

L'information comprend des renseignements sur les examens de dépistage obligatoires et sur les examens non obligatoires qui seront proposés à la femme durant sa grossesse ainsi qu'une première information sur les risques liés au mode de vie et sur les réponses qui peuvent être apportées. Cette information comprend également des conseils d'hygiène de vie et de nutrition et sur les risques infectieux alimentaires.

- La femme enceinte doit être informée de l'objectif, de l'utilité, des bénéfices escomptés, des conséquences et des inconvénients de chaque examen de dépistage avant que celui-ci ne soit pratiqué.
- Le fait qu'elle puisse accepter ou refuser un examen doit être clairement établi.
- Une attention particulière doit être apportée au soutien de la femme ou des couples lors de l'annonce d'un éventuel résultat anormal, qu'il soit biologique, échographique ou autre (frottis par exemple).

Toute femme enceinte doit pouvoir participer à des séances, collectives ou individuelles, de préparation à la naissance dès le 4^{ème} mois de grossesse [11].

- Les séances de préparation à la naissance permettent d'être à l'écoute de la femme et du couple et de les accompagner tout au long de leur évolution vers la parentalité.
- Les séances ont pour objectif de développer la confiance de la femme ou du couple en leur capacité à s'occuper de leur enfant.
- Les séances permettent de renforcer l'information délivrée à l'occasion des consultations prénatales.
- La participation aux consultations et aux séances de préparation à la naissance doit être possible pour le conjoint, le compagnon ou l'entourage proche de la femme enceinte.

À chaque consultation prénatale, une information cohérente doit être fournie à la femme enceinte. Cette information est nécessaire à la continuité des soins entre les professionnels de santé et à l'interdisciplinarité de la prise en charge.

- Chaque professionnel de santé doit créer les conditions de dialogue permettant aux femmes de discuter de problèmes éventuels, en particulier ceux liés aux facteurs d'insécurité, et de poser des questions.
- L'information nécessite d'y consacrer du temps et de la disponibilité et, si nécessaire, de la moduler en fonction de la situation de la femme enceinte.
- L'information s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes de la femme enceinte.
- Le volume et/ou la nature de l'information peut nécessiter d'être délivré de manière progressive.

Toute femme enceinte doit pouvoir obtenir des informations écrites sur la surveillance médicale de sa grossesse et sur l'offre de soins locaux.

- Les documents écrits doivent être fondés sur les données de la littérature [12]. Les réseaux périnataux pourraient élaborer et valider ce type de documents.
- L'information écrite complète l'information orale, elle ne s'y substitue pas.

- Lorsque des documents existent, il est souhaitable qu'ils soient remis à la femme enceinte pour lui permettre de s'y reporter et/ou d'en discuter avec toute personne de son choix, notamment avec les professionnels qui lui dispensent les soins. Les documents d'information devraient comporter une liste de questions permettant à la femme enceinte de préparer la consultation.

L'information orale et l'information écrite devraient être fournies sous une forme accessible aux femmes enceintes ayant des besoins particuliers, notamment celles qui ont un handicap physique, mental, sensoriel ou bien celles qui ne parlent ni ne lisent le français.

IV.1.1.1 Mode de vie :

Un certain nombre de changements intervenant durant la grossesse a été décrit. La plupart d'entre eux semblent liés aux changements hormonaux normaux durant la grossesse sans toutefois que les mécanismes qui entraînent les symptômes soient bien élucidés.

Il est important d'expliquer à la femme enceinte que certains changements physiologiques, psychologiques ou émotionnels sont normaux durant la grossesse. En revanche, une information doit lui être donnée sur des signes ou symptômes avant-coureurs de complications.

Il est également important de rassurer la femme enceinte sur le fait que la plupart des symptômes liés à la grossesse ne la mettent pas en danger, ni elle ni son enfant. Elle doit être encouragée à en parler avec les professionnels de santé.

IV.1.1.2 Travail et grossesse

Le travail n'est pas contre-indiqué par la grossesse. Le groupe de travail estime qu'il est important d'identifier les emplois qui pourraient comporter des risques dans le cadre d'une grossesse et de conseiller la femme enceinte sur ses droits.

En France, certains emplois impliquent des précautions particulières : les métiers de la sérigraphie qui nécessitent la manipulation de peintures, vernis solvants ou glycol. Les femmes enceintes ou allaitantes ne peuvent pas être affectées ou maintenues à des postes les exposant à des agents toxiques pour la reproduction [13]. Le travail de nuit peut être considéré comme incompatible avec la grossesse [14]. La femme enceinte peut demander son affectation de jour pendant la grossesse lorsque le médecin du travail constate par écrit que le poste de nuit est incompatible avec son état. Des informations complémentaires sur les éventuels risques professionnels durant la grossesse et les droits des femmes sont disponibles auprès du ministère de la Santé.

Par ailleurs, il est important d'identifier les emplois qui comportent une pénibilité particulière ou des temps de trajet longs dans le cadre d'une grossesse. La femme enceinte peut avoir recours au médecin du travail ou au médecin traitant pour envisager une protection vis-à-vis de l'emploi ou un aménagement spécifique du poste de travail.

La durée du repos maternité dépend de la situation familiale et du nombre d'enfants attendus [15].

Tableau 4: Durée du congé maternité en fonction du type de grossesse et de la situation familiale. [15]

| Type de grossesse et situation familiale | | Durée totale du congé (semaines) | Période prénatale (semaines) | Période postnatale (semaines) |
|--|---|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Unique | L'assurée ou le foyer a moins de 2 enfants à charge ou nés Viables | 16 | 6 | 10 |
| | L'assurée ou le foyer a déjà la charge d'au moins 2 enfants nés viables | 26 | 8* | 18 |
| Gémellaire | | 34 | 12** | 22 |
| Triple ou plus | | 46 | 24 | 22 |

* La période prénatale peut être augmentée de 14 jours sans justification médicale. La période postnatale est réduite d'autant.

** La période prénatale peut être augmentée de 28 jours sans justification médicale. La période postnatale est réduite d'autant.

En cas de grossesse pathologique la femme peut bénéficier de 14 jours de repos supplémentaires sur certificat médical.

En cas d'accouchement prématuré la durée totale du congé légal n'est pas réduite.

En cas d'accouchement tardif le congé prénatal est prolongé jusqu'à l'accouchement et le congé postnatal n'est pas réduit.

En cas d'hospitalisation de l'enfant au-delà de la 6^e semaine suivant l'accouchement, la mère peut reprendre le travail et utiliser le reliquat de son congé à la sortie de son enfant.

Pendant la durée du congé maternité la mère n'est pas tenue de respecter les horaires de sortie autorisés par la caisse primaire. En cas d'adoption une indemnité de repos est due dans les mêmes conditions que le congé postnatal. En cas d'allaitement maternel, la femme peut bénéficier d'une réduction d'une heure par jour de sa durée de travail durant la première année de l'enfant [16]. Cette heure n'est en général pas rémunérée et les mères restent mal informées de cette possibilité.

IV.1.1.3 Alimentation et compléments nutritionnels

IV.1.1.3.1 Alimentation pendant la grossesse

La modification alimentaire ne modifie pas le pronostic materno-foetal, que la femme soit en sous ou surpoids. Ces constatations sont en accord avec les recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) [17].

Les principes d'une nutrition saine, variée et équilibrée sont recommandés durant la grossesse.

IV.1.1.3.2 Acide folique et prévention du défaut de fermeture du tube neural.

La supplémentation en folates diminue la prévalence des défauts de fermeture du tube neural, que la femme ait un antécédent de défaut de fermeture du tube neural ou non selon une méta-analyse de la *Cochrane Library* [18].

Aucune différence n'a été mise en évidence concernant les avortements précoces, les grossesses extra-utérines ou les morts fœtales *in utero*. Cette revue a soulevé l'hypothèse d'une augmentation des grossesses multiples, ce qui aurait pu entraîner une augmentation de la morbidité et de la mortalité néonatales. Cependant une étude de cohorte réalisée en Chine sur 242 015 femmes ne retrouvait aucune association entre la supplémentation en folates et la prévalence des grossesses multiples [19].

IV.1.1.3.3 Supplémentation en fer

La supplémentation en fer lors de la grossesse maintenait le fer sérique à plus de 10g/l [20,21]. Cependant cette supplémentation n'a pas d'impact sur la morbidité materno-fœtale.

La supplémentation associée en fer et en folates chez des femmes ayant des taux normaux d'hémoglobine montrait une diminution du nombre de femmes avec des taux d'hémoglobine < 10 g/l. Cependant cette supplémentation ne montrait pas de bénéfice en termes de réduction des complications materno-fœtales [21].

IV.1.1.3.4 Supplémentation en calcium

La supplémentation en calcium n'a pas démontré son intérêt en l'absence de facteurs de risque. [22]

IV.1.1.3.5 Supplémentation en vitamine A

Les recommandations du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) [23] sur la vitamine A durant la grossesse tiennent compte du fait que le déficit en vitamine A est rare en Europe. Dans des zones carencées (Népal, Indonésie) la vitamine A peut être bénéfique [24]. En revanche des taux élevés de vitamine A sont tératogènes.

La consommation de foie pendant la grossesse sera évitée car cet aliment contient de très importantes quantités de vitamine A.

IV.1.1.3.6 Supplémentation en iode

Une revue de la littérature incluant 1 551 femmes publiée par la *Cochrane Library* a évalué l'effet d'une supplémentation en iode avant et pendant la grossesse dans les régions carencées en iode [25].

Une des études randomisée contrôlée a été réalisée en Belgique, pays de déficit modéré en iode. Deux études quasi randomisées ont été réalisées en Nouvelle-Guinée et au Zaïre où le taux de crétinisme atteint 4 %. Cette supplémentation montrait une réduction globale des décès infantiles lors de la petite enfance.

La supplémentation iodée était associée à une diminution de la prévalence du crétinisme à l'âge de 4 ans et à un score de développement psychomoteur plus élevé entre 4 et 25 mois, uniquement dans l'étude zaïroise (n = 135). Il existe en France un risque de déficit modéré en iode, plus particulièrement dans le sud de la France [26,27].

En somme, la supplémentation en iode est bénéfique dans les zones déficitaires ou en cas de carence avérée, la difficulté étant d'évaluer ou de dépister les femmes carencées.

Les recommandations pour la pratique clinique publiées par le Collège National des Gynécologue et Obstétriciens Français (CNGOF) en 1997 recommandent une supplémentation en iode dans des situations de risque de carence élevée [17].

IV.1.1.3.7 Supplémentation en fluor

Il n'existe actuellement aucune preuve de l'efficacité de l'administration de fluor à la mère dès le 3^e mois de grossesse [17].

IV.1.1.3.8 Supplémentation en vitamine D

Les recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français en 1997 précisent qu'une carence en vitamine D peut apparaître chez les personnes présentant un faible apport alimentaire ou chez des femmes qui ne s'exposent pas au soleil (port de vêtements couvrants ou faible ensoleillement du pays) et pour les grossesses qui se développent en hiver. Dans ces cas, une dose unique de 100 000 UI administrée au début du 6^{ème} ou 7^{ème} mois de grossesse est recommandée lorsque la supplémentation n'a pas été entreprise en début de grossesse [28].

En dehors de ces situations particulières, la supplémentation systématique en vitamine D n'est pas recommandée.

IV.1.1.4 Risques infectieux alimentaires

Les femmes enceintes font partie des personnes les plus vulnérables à l'infection. Les mesures suivantes doivent être conseillées aux femmes enceintes pour prévenir les cas de séroconversion toxoplasmique chez les femmes non immunisées et éviter les autres risques infectieux liés à l'alimentation qui sont essentiellement la listériose et la salmonellose.

Les conseils visant à prévenir le risque infectieux s'appuient sur les recommandations de l'Institut de veille sanitaire (InVS) [29].

- *Pour la toxoplasmose :*

- bien cuire la viande (bœuf, mouton, porc, cheval), c'est-à-dire une cuisson d'au moins 65°C dans toute l'épaisseur de la viande. Éviter la consommation de viande fumée ou grillée ou marinée (comme cela peut être le cas pour le gibier) ;
- lors de la préparation des repas : laver soigneusement les légumes et les plantes aromatiques surtout s'ils sont terreux et consommés crus. Laver soigneusement les ustensiles de cuisine, ainsi que le plan de travail. Se laver les mains après contact avec des légumes, des fruits ou de la viande crue et avant de passer à table. Une bonne hygiène des mains et des ustensiles de cuisine est importante pour éviter la transmission de la toxoplasmose pendant la grossesse ;
- lors des repas pris en dehors du domicile : éviter la consommation de crudités et préférer les légumes cuits. La viande doit être consommée bien cuite, ou bien privilégier la consommation de volaille et de poisson ;

- nettoyer fréquemment (2 fois par mois) et désinfecter ensuite avec de l'eau javellisée le réfrigérateur ;
 - éviter les contacts directs avec les objets qui pourraient être contaminés par les excréments de chats (comme les bacs des litières, la terre) et porter chaque fois des gants en cas de manipulations de ces objets. Désinfecter les bacs des litières de chat avec de l'eau de Javel ;
 - éviter le contact direct avec la terre et porter des gants pour jardiner. Se laver les mains après des activités de jardinage même si elles sont protégées par des gants.
- *Pour la salmonellose*, en plus des mesures précédentes, il convient de :
 - conserver les œufs au réfrigérateur ;
 - ne pas consommer d'œufs crus ou mal cuits, une cuisson complète doit rendre fermes le blanc et le jaune ;
 - préparer les produits à base d'œufs sans cuisson (mayonnaises, crèmes, mousse au chocolat, pâtisseries, etc.) le plus près possible du moment de la consommation et les maintenir au froid. Pour ces préparations, éviter de casser les œufs en bordure du récipient utilisé pour faire la préparation.
 - *Pour la listériose* :
 - les fromages à pâte molle au lait cru ainsi que les croûtes de fromage, les poissons fumés et les graines germées crues doivent être évités ;
 - pour les charcuteries consommées en l'état (pâtés, rillettes, produits en gelée, jambon), il est préférable d'acheter des produits préemballés et de les consommer rapidement après leur achat.

IV.1.1.5 Médicaments et grossesse



Les causes médicamenteuses ou toxiques représenteraient 4 à 5 % des cas de malformations chez l'enfant [30].

La prescription de médicaments pendant cette période doit être limitée aux cas où le bénéfice du traitement est supérieur au risque pour le fœtus. En cas de prescription, il est important de tenir compte du risque tératogène qui est fonction de l'âge gestationnel [30] :

- de 0 à 10 jours postconceptionnels, le risque est quasi nul (une atteinte de l'œuf entraîne une fausse couche ; le risque, variable selon les organes, commence vers 2 semaines postconceptionnelles (soit 4 SA) ;
- au-delà de 8 semaines postconceptionnelles (10 Semaines d'Aménorrhée), les médicaments n'entraînent plus de risque tératogène. Ils peuvent altérer le fonctionnement, freiner le développement. Les produits auront un métabolisme différent de celui de la mère.

Il est recommandé aux professionnels de la santé de :

- ✓ faire un rappel sur la contre-indication de tous les anti-inflammatoire non stéroïdiens (AINS) à partir de 24 SA révolues [31] [32] Les AINS, y compris l'aspirine à doses supérieures ou égales à 500 mg/j, et les inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase 2 (COX2 ou COXIB2) comme le celecoxib ou le rofecoxib sont inhibiteurs de synthèse des prostaglandines et donc susceptibles d'entraîner, même lors de prises brèves (1 jour) et quelle que soit la voie d'administration, des effets vasoconstricteurs au niveau rénal et

cardio-vasculaire. Le risque lié à la prise des AINS apparaît à partir du début du 6^{ème} mois de grossesse. Il est cependant déconseillé de prendre un AINS au long cours entre 12 et 24 SA.

- ✓ informer les femmes afin qu'elles évitent l'automédication pendant cette période à risque de la grossesse en faisant attention également aux AINS disponibles sous forme de collyre, pommade, crème ou gel pour application locale. Une alternative à ces médicaments existe pour faire face à des problèmes douloureux ou fébriles, quel que soit le terme de la grossesse (antalgiques de palier 1, 2 ou 3 et corticoïdes).

Le traitement d'une affection aiguë ou chronique chez une femme enceinte ne doit pas être retardé par la grossesse. Le traitement employé doit être celui le mieux évalué au cours de la grossesse. Si le traitement est nécessaire, la femme enceinte doit être informée des conséquences sur le fœtus et du choix de la thérapeutique maternelle la moins nocive pour l'enfant. Un conseil peut être pris auprès d'un centre régional de pharmacovigilance.

IV.1.1.6 Thérapies complémentaires ou alternatives

Les thérapies complémentaires ou alternatives étudiées dans le rapport du NICE [23] sont la médecine par les plantes, l'acupuncture, la moxibustion, la pratique de l'hypnose et de l'aromathérapie. Selon ce rapport, peu de thérapies complémentaires ou alternatives sont réellement inoffensives et efficaces durant la grossesse.

Le niveau de preuve de la littérature est pauvre sur l'efficacité de *la médecine par les plantes*. L'huile de primevère, le gingembre et les feuilles de framboisier ont été étudiés.

Le gingembre [33] [34] et les feuilles de framboisier ne sont pas associés à des effets secondaires materno-foetaux, en revanche l'huile de primevère est associée à un risque de rupture prématurée des membranes.

L'acupuncture est basée sur la stimulation de certains points du corps, son efficacité a été démontrée dans les nausées et vomissements [23].

La *moxibustion* consiste à brûler des herbes afin de stimuler les points d'acupuncture à l'extérieur de l'ongle du 5e orteil. Son utilisation a montré une efficacité dans la version de fœtus en présentation du siège [23].

La pratique des massages a montré une efficacité dans la prise en charge des douleurs lombaires durant la grossesse [35].

IV.1.1.7 Sport pendant la grossesse

La pratique ou la poursuite d'une activité physique ne modifie pas l'évolution de la grossesse et n'influence pas le pronostic néonatal [23].

Une méta-analyse regroupant 10 études (n = 688) a montré que la pratique d'un sport améliorerait la forme physique des femmes. Cependant 3 études portant sur 421 femmes évaluant la pratique de l'aérobic montraient une augmentation du risque d'accouchement prématuré mais sans différence d'âge gestationnel entre les deux groupes [36].

Au total, la poursuite ou le début d'une activité sportive modérée pendant la grossesse peut être conseillée en précisant que certains sports, comme par exemple, les sports de contact, les sports violents et les jeux de raquettes énergiques peuvent provoquer des traumatismes au niveau de l'abdomen, des chutes, et de trop grandes contraintes sur les articulations.

Pour exemple :

- ✓ la pratique de l'aérobic est en revanche déconseillée car elle entraîne une faible augmentation du risque d'accouchement prématuré.
- ✓ La plongée sous-marine est contre-indiquée en raison du risque de malformations fœtales ou d'accidents de décompression.

IV.1.1.8 Activité sexuelle durant la grossesse

Le rapport du NICE s'appuie sur 2 études de cohorte incluant 52 000 femmes pour argumenter les recommandations. Les résultats montraient une corrélation inverse entre le nombre de rapports sexuels et le risque d'accouchement prématuré.

En particulier il n'existait pas d'association entre le risque de mortalité périnatale et le nombre de rapports sexuels.

Donc, les rapports sexuels ne présentent pas d'inconvénients particuliers pendant la grossesse. [23]

IV.1.1.9 Consommation de tabac, d'alcool et de cannabis pendant la grossesse

IV.1.1.9.1 Grossesse et tabac

Les femmes enceintes doivent être averties des risques spécifiques liés à la cigarette pendant la grossesse (tel que le risque d'avoir un bébé de faible poids à la naissance ou prématuré.).

Il y a au fait un intérêt à cesser de fumer quel que soit le stade de la grossesse [37].

En France, dans le domaine de l'aide/accompagnement psychologique et comportemental à l'arrêt du tabac, on distingue plusieurs approches :

1. le conseil minimal avec ses deux questions et la remise éventuelle d'une documentation : fumez-vous ? Si oui, souhaitez-vous arrêter de fumer ?
2. l'intervention brève constituée du conseil minimal suivi d'une information sur les outils d'aide à l'arrêt du tabac, avec ou sans remise de documents, se fait avec encouragement et empathie ;
3. l'entretien motivationnel constitué de quelques messages courts d'encouragement à l'arrêt du tabac et au maintien de celui-ci, adaptés au degré de motivation pour l'arrêt du tabac, peut utiliser les recommandations internationales : les « 5 A » :
 - *ask* : demander « fumez-vous ? »,
 - *advise* : conseiller « vous devriez arrêter de fumer »,
 - *assess* : évaluer la préparation à l'arrêt du tabac,
 - *assist* : aider à l'arrêt,
 - *arrange* : suivre la tentative d'arrêt ;

4. la thérapie comportementale et cognitive (TCC), en tabacologie, cette technique qui nécessite une formation spécifique repose sur plusieurs caractéristiques :
 - une importance donnée à la dimension éducative et pédagogique,
 - une approche scientifique (vérification et évaluation des pratiques tabagiques),
 - une approche stratégique qui met en jeu des moyens pour atteindre des buts clairement définis,
 - un style de relation spécifique basée sur la coopération avec le sujet, l'alliance thérapeutique ;
5. la consultation psychologique est assurée par un psychologue ou un psychiatre.

En accord avec les recommandations de la conférence de consensus «Grossesse et tabac » [37], l'information aux femmes enceintes doit porter sur :

- les risques spécifiques liés au tabac durant la grossesse : bébé de faible poids à la naissance ou prématuré ;
- l'arrêt de la consommation de tabac et les recours possibles, en particulier l'orientation vers une consultation d'aide au sevrage tabagique ;
- la réduction de la consommation si la femme ne peut arrêter de fumer ;
- l'éducation de l'entourage en prévention du tabagisme passif auquel est exposé l'enfant après la naissance ;
- le recours au traitement substitutif nicotinique (TSN) peut permettre à la femme enceinte d'arrêter le tabac plus facilement.

IV.1.1.9.2 Consommation d'alcool et grossesse



Zéro alcool
pendant la grossesse
© Inpes

La consommation chronique d'alcool pendant la grossesse représente la cause majeure de retard mental d'origine non génétique ainsi que d'inadaptation sociale de l'enfant [38].

Un syndrome d'alcoolisation fœtale est décrit dès la consommation de 3 verres d'alcool quotidiens[39].

L'abus d'alcool a des effets néfastes sur le fœtus, mais les effets d'une consommation modérée sont insuffisamment déterminés. Il existe une relation dose-effet sans possibilité de définition de seuils à partir desquels le syndrome d'alcoolisation surviendrait constamment [39].

Par conséquent, il est conseillé aux femmes enceintes (et à celles qui désirent le devenir) d'éviter la prise d'alcool. Selon les recommandations de la Société française d'alcoologie (SFA), une dose minimale d'alcoolisation sans conséquences n'étant pas aujourd'hui définie, le conseil quant à une dose minimale qui serait sans danger n'est pas recommandé [40].

IV.1.1.9.3 Consommation de cannabis et autres substances toxiques pendant la grossesse.

Le principe actif majeur du cannabis, le delta-9-tétra-hydro-cannabinol, traverse la barrière placentaire [38].

La consommation régulière de cannabis est responsable de retards de croissance et de troubles du comportement.

La consommation importante et répétée de cannabis durant la grossesse entraîne une diminution du poids de naissance et des effets sur le comportement du nouveau-né (diminution de la puissance des pleurs, altération du sommeil, et augmentation de l'impulsivité) [41].

L'usage du cannabis est de ce fait déconseillé pendant la grossesse, d'autant plus qu'une dénomination unique recouvre des produits divers dont la composition exacte n'est pas connue.

La consommation de tous les autres toxiques est également déconseillée.

Toute femme enceinte ou désirant le devenir doit être informée des dangers d'une telle consommation, même modérée, laquelle doit être dépistée au cours de la première consultation[38].

IV.1.1.10 Vaccination et grossesse

La vaccination des femmes enceintes est à envisager en fonction du risque encouru.

Quel que soit le niveau de recommandation (possible, à éviter ou déconseillé), si la vaccination est justifiée du fait d'un voyage imprévu en zone endémique, d'un contexte épidémique ou professionnel, elle doit être réalisée. Une vaccination quelle qu'elle soit réalisée par mégarde lors de la grossesse ne justifie pas d'interrompre la grossesse [42].

Pour certains vaccins les données cliniques concernant la toxicité foetale sont rassurantes. Ce sont les vaccins inactivés comme :

- ✓ le vaccin grippal,
- ✓ le vaccin polio injectable ou
- ✓ les anatoxines tétaniques.

D'autres vaccins sont à éviter :

- ✓ le vaccin diphtérique qui entraîne des réactions fébriles importantes,
- ✓ le vaccin contre la rage ou l'hépatite A du fait du peu de recul en clinique,
- ✓ le vaccin contre la rubéole [42].

Le comité technique des vaccinations de la Direction Générale de la Santé (DGS) recommande qu'une femme dépistée séronégative vis-à-vis de la rubéole à l'occasion de sa grossesse doit être vaccinée avant la sortie de la maternité (la vaccination est possible chez une femme qui allaite).

Une contraception doit accompagner cette vaccination.

Un tableau récapitulatif des vaccinations possibles ou non chez la femme enceinte est présenté ci-dessous.

Tableau 5 : Vaccinations possibles ou non chez la femme enceinte. [42]

| Vaccin | Administration pendant la grossesse | Commentaires |
|-------------------------------|--|---|
| BCG | NON | Sauf forme inactive |
| Choléra | NON | Innocuité non déterminée |
| Hépatite A | NON | Innocuité non déterminée |
| Hépatite B | OUI | Si risque infectieux |
| Grippe (influenza) | OUI | |
| Encéphalite japonaise | NON | |
| Méningocoque | OUI | Si risque infectieux |
| Rougeole | NON | |
| Oreillons | NON | |
| Poliomyélite inactivée | OUI | Si indication |
| Rage | Oui | Si indication |
| Rubéole | Non | Vaccination après l'accouchement, contraception conseillée |
| Diphtérie | NON | Entraîne des réactions fébriles importantes Possible si indication |
| Tétanos | OUI | |
| Typhoïde | NON | Innocuité non déterminée |
| Varirole | NON | |
| Varicelle | NON | |
| Fièvre jaune | OUI | Éviter sauf en cas de risque élevé |

IV.1.1.11 Voyages en avion et grossesse

Les voyages en avion sont considérés comme inoffensifs et plus confortables que la plupart des autres moyens de transports. La plupart des compagnies d'aviation acceptent les femmes enceintes de moins de 36 SA dans la mesure où 90 % des accouchements surviennent après 37 SA [23].

Les femmes enceintes devraient être informées du risque d'œdèmes des membres inférieurs et de thrombose veineuse lors d'un voyage prolongé en avion [43,44].

La grossesse diminue significativement le retour veineux cave du fait d'une compression par l'utérus gravide.

Les femmes enceintes devraient :

- ✓ se mobiliser toutes les une à deux heures, et
- ✓ porter des vêtements confortables évitant l'effet garrot et bien s'hydrater.

Chez les femmes enceintes ayant un antécédent de thrombose veineuse

- ✓ une anti-coagulation devra être discutée,
- ✓ une contention veineuse devra être conseillée.

IV.1.1.12 Déplacements en voiture pendant la grossesse

En France la loi impose à tous les conducteurs et les passagers le port de la ceinture de sécurité, cette loi s'applique également aux femmes enceintes.

La ceinture de sécurité mal placée peut entraîner des conséquences chez le fœtus entraînant dans certains cas sa perte. Il est important d'informer la femme enceinte de l'usage correct de la ceinture : ceinture trois-points placée au-dessus et sous le ventre et non sur celui-ci [23].

Aucune donnée n'a été retrouvée concernant l'impact de la durée des trajets sur le déroulement de la grossesse et sur l'utilisation de la voiture en comparaison avec d'autres modes de déplacement comme le train ou l'avion.

IV.1.1.13 Séjours à l'étranger et précautions pour la grossesse

Le comité technique des vaccinations de la DGS [42] déconseille le vaccin contre la fièvre jaune chez la femme enceinte en l'absence de données pertinentes.

En ce qui concerne la malaria, des précautions sont prises pour éviter les piqûres de moustiques (éviter d'exposer la peau nue, recouvrir le lit d'une moustiquaire imprégnée d'insecticides).

Il est conseillé à la femme enceinte de se renseigner sur les modalités de prise en charge et de remboursement des soins faits à l'étranger auprès de sa caisse d'assurance maladie.

IV.1.2 Situation au Maroc

Depuis la fin des années quatre vingt, l'amélioration de la santé maternelle et la réduction des décès maternels et néonataux ont été au centre des préoccupations de plusieurs sommets et conférences internationaux.

Ceci a été concrétisé par l'engagement à l'échelle internationale, des stratégies visant à réduire le taux de la mortalité maternelle et néonatale en accord avec les objectifs du Millénaire pour le Développement.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le décès maternel correspond au 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 qui ne résulte pas de causes accidentelles ou secondaires. [45]

A l'échelle nationale, les orientations du Programme de la Maternité Sans Risque ont été adoptées par le Ministère de la Santé afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et ce à travers les phases historiques suivantes : [46]

- Année 50-70: Protection Maternelle et Infantile (PMI) ;
- Année 1987: Restructuration en Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement (PSGA) ;
- Année 1990: le PSGA érigé en Service de Protection de la Santé de la Mère;

- Année 1995: Mise en oeuvre des Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence (SONU) ;
- 1998: Extension des SONU à l'ensemble du Royaume ;
- A partir de 2008: Mise en place du plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Ce plan d'action est basé sur trois axes stratégiques :

- **Axe 1:** Réduction des barrières d'accès aux Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence et amélioration de la disponibilité d'un personnel qualifié dans les structures d'accouchement;
- **Axe 2 :** Amélioration de la qualité de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement;
- **Axe 3 :** Amélioration du pilotage du programme de lutte contre la surmortalité maternelle et néonatale.

La surveillance au Maroc est basée sur trois principaux :

- Surveillance de la grossesse ;
- Préparation à la naissance ; et
- Surveillance du post-partum.

IV.1.2.1 Surveillance de la grossesse

IV.1.2.1.1 Consultation prénatale [47]

La consultation prénatale est une consultation clinique. Elle permet une prise en charge globale de la femme enceinte et du fœtus par un personnel qualifié.

IV.1.2.1.1.1 Avantages

La surveillance de l'évolution de la grossesse ;

La recherche et traitement des maladies qui ont une influence sur la gestante, la grossesse et l'accouchement ;

Le dépistage des grossesses à risque en vue de les prendre en charge et ou de les orienter vers un centre de référence ;

La prévention :

- du tétanos par la vaccination antitétanique ;
- du VIH par le dépistage et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; et
- des carences par les apports en fer et en acide folique.

L'éducation de la femme sur les signes d'alarme et les signes d'entrée en travail ;

La promotion de l'accouchement en milieu surveillé ;

Les conseils sur tout ce qui concerne la grossesse, l'accouchement et le post-partum pour la mère et l'enfant ;

Les conseils sur la planification familiale.

Un optimum de quatre consultations est recommandé pour la surveillance d'une grossesse ;

- La première consultation doit être faite avant la fin du 3ème mois de la grossesse (12 -15 SA);
- La deuxième au 6ème mois (24 - 28 SA) ;
- La troisième au 8ème mois (32 - 34 SA) ; et
- La quatrième au 9ème mois (36- 38 SA).

En cas de pathologie le nombre de consultations doit être déterminé par le médecin.

IV.1.2.1.1.2 objectifs

Les objectifs se répartissent en objectif général qui consiste en l'accompagnement des femmes enceintes, le dépistage précoce des risques lors des différentes consultations afin de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale ainsi que le handicap lié à une pathologie de la grossesse ou de l'accouchement. Et en objectifs spécifiques qui renferment plusieurs instructions :

- Accueillir, écouter, informer et conseiller la femme enceinte ;
- Confirmer le diagnostic de la grossesse ;
- Assurer le suivi de la grossesse ;

- Dépister et prendre en charge les pathologies gravidiques et ou associées à la grossesse ; et
- Sensibiliser les femmes sur l'importance du suivi régulier de la grossesse et de l'accouchement en milieu surveillé.

IV.1.2.1.1.3 Première consultation prénatale ou consultation du premier trimestre.

La première consultation prénatale doit avoir lieu avant 15 Semaines d'Aménorrhée (SA) et au cours de laquelle le professionnel de santé doit informer et conseiller la femme enceinte sur certains dangers et certains comportements bénéfiques :

Les messages transmis lors des séances d'IEC et au cours des classes des mères doivent être claires, courts, complets et compréhensifs sur les thèmes suivants :

- La grossesse et son développement ;
- Le changement physique et psychologique ;
- L'intérêt du suivi de la grossesse ;
- L'intérêt du carnet de santé de la femme ;
- La nutrition et hygiène de vie ;
- L'importance de la vaccination antitétanique ; et
- Les signes de danger liés au 1er trimestre.

IV.1.2.1.1.4 Deuxième consultation prénatale ou consultation du deuxième trimestre

Elle doit être effectuée vers 24 SA (24-28SA) et a pour objectifs de :

- Vérifier la bonne évolutivité de la grossesse ;
- Etablir le pronostic d'évolution en fonction des facteurs de risque détectés ;
- Prévenir les affections liées aux carences en micronutriments ;
- Prendre en charge la patiente en cas d'anomalie identifiée lors de la consultation ;
- Fournir les conseils adaptés ; et
- Etablir le plan de surveillance.

Les messages du deuxième trimestre portent sur :

- L'intérêt du suivi de la grossesse;
- Les signes de danger liés au 2ème trimestre ;
- La nutrition et l'hygiène de vie ;
- La participation aux cours des classes des mères ; et
- L'intérêt du carnet de santé de la femme.

III.1.2.1.1.5 Troisième consultation prénatale ou consultation du huitième mois

Au 3^{ème} trimestre la femme doit bénéficier de deux visites prénatales. La 3^{ème} visite ou la 3^{ème} CPN doit être réalisée au 8^{ème} mois de grossesse entre 32 et 34 SA. Elle vise à :

- Etablir le pronostic d'accouchement après examen de la parturiente ;
- Déterminer le lieu de l'accouchement en tenant compte des facteurs de risque ;
- Prendre en charge les éventuelles anomalies détectées ;
- Préparer la femme à l'accouchement ;
- Prévoir les modalités de l'accouchement : spontané, programmé, par voie basse ou césarienne.

Les messages du troisième trimestre (8^{ème} et 9^{ème} mois) comportent :

- Les signes de danger liés au 3^{ème} trimestre ;
- L'intérêt de l'accouchement en milieu surveillé et risques d'accouchement à domicile ;
- La préparation à l'accouchement (exercices physiques, Processus du travail et de l'accouchement, carnet de santé, couche et habillement) ;
- La nutrition et l'hygiène de vie ;

- La gymnastique de la femme enceinte ;
- La Préparation à l'allaitement maternel;
- Les soins et toilette du nouveau né ;
- L'intérêt de la consultation du post partum ; et
- La visite de la salle d'accouchement

III.1.2.1.1.6 quatrième consultation prénatale ou consultation du 9^{ème} mois

Elle a pour but de :

- Assurer la surveillance et le suivi de la grossesse;
- Dépister et prendre en charge les complications liées à la grossesse;
- Etablir le pronostic et déterminer la voie de l'accouchement;
- Insister sur l'accouchement en milieu surveillé ;
- Briser la barrière psychologique et mettre en confiance la parturiente par la préparation à l'accouchement ; et
- Etablir une fiche de référence en cas de nécessité.

En plus des conseils de la 3^{ème} consultation du 8^{ème} mois il faut informer la femme sur l'importance de l'accouchement dans un établissement de santé.

-Il est primordial d'expliquer pourquoi il est recommandé d'accoucher dans un établissement de santé car ces derniers disposent de personnel, de matériel, de consommables et de médicaments qui permettent, de fournir les meilleurs soins possibles. En outre, il est doté d'un système d'évacuation ; en cas de complications diverses peuvent survenir pendant l'accouchement et ne sont pas toujours prévisibles.

-Lui indiquer quand elle doit se présenter à l'établissement de santé :

- Si elle habite à proximité de l'établissement, il faut qu'elle s'y rende dès les premiers signes d'entrée en travail ;
- Si elle habite loin, lui conseiller à l'approche de l'accouchement de loger à proximité de la structure d'accouchement ou dans la maison d'attente, si elle existe ; et
- Elle doit être accompagnée par un membre de la famille.

-Expliquer à la femme ce qu'il faut amener :

- Le carnet de santé de la femme et de l'enfant qui englobe les renseignements relatifs à la grossesse;
- Des linges propres pour nettoyer, sécher et envelopper l'enfant ;
- Des linges propres supplémentaires qui serviront de protections périodiques après l'accouchement ; et
- Des vêtements pour elle et pour l'enfant.

IV.1.2.2 Classe des mères [48]

C'est un enseignement offert à un groupe de femmes enceintes et accouchées par un professionnel de santé dans une structure de soins. Il permet un apprentissage en groupe par le biais de discussion et de travaux pratiques et en stimulant l'intérêt des femmes par des questionnements et par la recherche de solution.

IV.1.2.2.1 objectifs de la classe des mères :

L'objectif général consiste en l'Améliorer et la promotion de la santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant.

Quant aux objectifs Spécifiques, ils insistent à :

- Développer les connaissances et les pratiques des femmes en matière de suivi de la grossesse et l'accouchement ;
- Sensibiliser les femmes sur l'importance du suivi de la grossesse ;
- Comprendre le développement, l'évolution de la grossesse, le déroulement de l'accouchement et la périnatalité, les changements psychologiques; le développement du fœtus et la physiologie du nouveau-né ;
- Apporter un appui à la femme enceinte (Nutrition, exercice physiques et mode de vie sain) ;
- Inciter les femmes à consulter en urgence en cas d'anomalies ;

- Faire comprendre aux femmes l'intérêt de l'accouchement en milieu surveillé ;
- Développer les compétences des femmes en matière de suivi du nouveau-né (Allaitement maternel, toilette et bain du bébé) ;
- Prendre conscience de l'importance du soutien émotionnel ; et
- Améliorer les rapports entre les professionnels de santé et les femmes participantes.

IV.1.2.2.2 organisation de la classe des mères

La classe des mères se déroule dans une structure de santé (centre de santé avec ou sans maison d'accouchement, maternité hospitalière). Elle est animée par l'infirmière de la SMI /sage femme /médecin/ Animatrice d'IEC.

Elle est destinée aux femmes enceintes et accouchées, les mères, belles mères et belles sœurs des parturientes. Le recrutement des femmes se fait lors des séances classiques de consultation prénatale, de consultations médicales, de l'accouchement et de toute autre opportunités.

La classe des mères est organisée quatre fois par mois le même jour de la semaine et à la même heure.

IV.1.2.2.3 Suivi et évaluation

L'encadrement, le suivi et l'évaluation de la classe des mères se fait par l'équipe de la circonscription sanitaire et par l'équipe du Service de l'Infrastructure d'Action Ambulatoire Provincial (SIAAP).

Avant le démarrage de la classe dans une formation sanitaire la situation initiale de certains indicateurs doit être arrêtée pour permettre de mesurer les changements :

- Taux de recrutement en consultation prénatale ;
- Taux de continuité de la consultation prénatale ;
- Taux d'accouchement en milieu surveillé ;
- Taux de consultation en post partum ; et
- Taux d'utilisation du carnet de santé de la femme.

Le registre de la classe des mères permet de consigner les données relatives aux activités de la classe des mères. Son exploitation se fait à la fin de chaque mois pour identifier les absentes et pour alimenter le rapport mensuel des activités.

IV.1.2.2.4 liste des thèmes développés selon l'âge de la grossesse

Le premier cours se déroule lors du premier trimestre de la grossesse, il se résume en l'explication des changements dus à la grossesse, l'importance de la vaccination.

Le deuxième Cours lors du deuxième trimestre de la grossesse insiste sur :

- l'intérêt du suivi de la grossesse et du carnet de santé ;
- la nutrition et hygiène de vie ;
- les signes de danger liés au 2ème trimestre ; et
- les exercices physiques du 2ème trimestre.

Le troisième cours lors du troisième trimestre de la grossesse (8^{ème} et 9^{ème} mois) permet de dépister les signes de danger liés au 3ème trimestre ; précise l'intérêt de l'accouchement en milieu surveillé et de la préparation à l'accouchement (exercices physiques, Processus du travail et de l'accouchement, carnet de suivi, couche et habillement) ; comme il met le point sur l'intérêt de la nutrition et l'hygiène de vie ; la gymnastique de la femme enceinte ; la préparation à l'allaitement maternel ; les soins et toilette du nouveau né ; sans oublier l'intérêt des trois consultations du post partum ; et de la visite de la salle d'accouchement.

Le quatrième et cinquième Cours dans la période du post partum mettent en évidence les signes de danger et l'intérêt des trois consultations du postpartum pour la mère et le nouveau-né ; prodiguent des conseils hygiéno-diététiques ; assurent le suivi des vaccinations ; insistent sur l'allaitement maternel ; et encourage la planification familiale.

IV.1.2.2 Préparation à la naissance

La préparation à la naissance vise en premier lieu à tranquilliser, rassurer et informer la femme enceinte sur la grossesse, les différentes phases de l'accouchement et du postpartum, en utilisant des techniques qui lui permettra de supporter la douleur du travail, les angoisses et les craintes liées à la grossesse et de faire de ces moments exceptionnels, des instants de détente et de sérénité.

La préparation à la naissance doit se dérouler, et accompagner la femme tout au long de la grossesse, pour mieux évaluer l'évolution psychologique et physique de la femme enceinte, elle va lui permettre d'acquérir des informations et les exercices qui vont l'aider à vivre sa grossesse de façon plus épanouie jusqu'au jour de l'accouchement.

Cette préparation repose sur les cours des classes des mères, qui associent un soutien psychologique et une préparation physique qui débute dès la confirmation de la grossesse.

IV.1.2.2.1 Préparation dite classique (la psychoprophylaxie) [49]

C'est la psychoprophylaxie obstétricale. Cette méthode est la plus connue et la plus pratiquée.

L'objectif des séances de psychoprophylaxie obstétricale (PPO) est de prévenir la douleur en agissant sur le psychisme. Cet accompagnement consiste surtout à informer les futures mamans (surtout les primipares) sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, afin de limiter autant que possible leur anxiété. Cette méthode classique consiste à dédramatiser

l'accouchement en réduisant l'angoisse de l'inconnu, à maîtriser la douleur, et à diminuer les tensions au moment de l'accouchement. La femme enceinte apprendra à se détendre et à respirer pour se relaxer.

En pratique, ce programme commence dès la confirmation de la grossesse, se fait par petits groupes de huit à douze femmes enceintes, comporte six séances et s'adresse surtout aux primipares.

On apprend aux femmes grâce à des petits exercices, à découvrir les postures qui soulagent les douleurs et celles qui favorisent la naissance du bébé. Les séances ont lieu dans une pièce tranquille, éclairée par des lumières douces, accompagnées d'une musique de fond apaisante.

Les femmes doivent disposer de tapis de sol confortable.

IV.1.2.2 Respiration [46]

La respiration est importante pour la femme enceinte et en travail car :

- Elle permet au muscle Utérin de bien se nourrir en oxygène pour fonctionner efficacement et améliorer la dilatation du col ;
- Apporte l'oxygène nécessaire au bébé pendant la contraction ;
- Provoque la sécrétion d'endorphines qui diminuent la douleur ;
- C'est un formidable outil de détente et de gestion émotionnelle.

Pendant la grossesse on conseil à la femme de pratiquer des exercices de respiration abdominale par l'augmentation de la ventilation ce qui entraîne un meilleur fonctionnement de l'organisme, et un bon équilibre psychique.

Avant de pratiquer ces exercices de la respiration il faut éliminer les cas d'insuffisance respiratoires chroniques ou temporaires.

La femme s'allonge sur le dos, avec au besoin un petit coussin sous la nuque et sous les reins, ferme les yeux et se concentre sur la respiration, par le nez, lente et profonde, en gonflant le ventre à l'inspiration, et en le dégonflant à l'expiration : c'est ce qu'on appelle la respiration abdominale.

IV.1.2.2.3 Relaxation [50]

La relaxation psychologique induira une relaxation physique. Son but est d'améliorer la réaction face à une situation inconnue, appréhendée mais prévisible.

Le relâchement des muscles abdominaux agira de telle sorte que, dans la phase de dilatation les contractions de l'utérus ne seront pas contrariées et auront une meilleure efficacité. La relaxation générale permettra à la mère de se reposer et de reprendre ses forces entre deux contractions utérines jusqu'à la phase d'expulsion qui exigent d'elle une participation consciente et une grande réserve énergétiques.

IV.1.2.2.4 Autres méthodes [46]

IV.1.2.2.4.1 La sophrologie

Appliquée à l'obstétrique qui est l'un de ses terrains d'élection. Cette méthode propose un véritable entraînement de la conscience aux différentes étapes de l'accouchement, vécues d'une façon non directive, positive et au bord du sommeil. Son but est l'optimisation des capacités naturelles maternelles ;

l'accouchement n'est pas subi mais vécu, puisque ainsi entraînées, les mères peuvent agir volontairement sur la dilatation de leur col, sur leurs douleurs, tout en accompagnant mentalement l'enfant dans sa descente et sa rotation. C'est là où «donner un sens» prend le pas sur « subir la douleur ».

La sophrologie est, donc, une étude de la conscience humaine et des moyens qui permettent d'obtenir la tranquillité, l'équilibre et l'harmonie de l'esprit. C'est une technique de relaxation qui s'apparente à l'hypnose. Le sophrologue qui, par une voix douce et monocorde, permettra à la femme enceinte de se laisser aller vers l'état de relaxation visé et de visualiser les différents moments de la grossesse et de l'accouchement.

IV.1.2.2.4.2 Le Yoga

Plus qu'une simple méthode de préparation à l'accouchement, le yoga est une philosophie, une gymnastique accompagnée de respiration qui aide à atteindre un équilibre physique et émotionnel, grâce à un travail musculaire et par le biais des séances et postures enseignées.

La femme enceinte renouera un dialogue avec son corps et elle retrouvera l'apaisement physique et moral. Le yoga propose un travail musculaire très complet et efficace contre les blocages, les tensions et les mauvaises postures. Il peut être pratiqué dès le quatrième mois de grossesse et après l'accouchement.

IV.1.2.2.4.3 L'acupuncture

La médecine traditionnelle chinoise à sa place dans le suivi d'une grossesse, elle est efficace dans les déséquilibres qu'engendre parfois la gestation.

A l'approche du terme de la grossesse, la sage-femme formée en acupuncture, pourra réaliser quelques séances pour la femme enceinte, afin de favoriser un déclenchement spontané et naturel de l'accouchement.

IV.1.2.2.4.4 L'Eutonie

L'eutonie, littéralement « bon tonus », est une pratique corporelle visant à atteindre un juste tonus, une tonicité harmonieuse dans les gestes courants comme dans l'effort. Ceci a pour but d'économiser son énergie tout en restant efficace dans ses mouvements.

IV.1.2.2.5 Positions conseillées pendant le travail [45]

Selon l'OMS, « aucune donnée ne justifie d'encourager la position allongée sur le dos, les femmes devraient être libres de choisir, et encouragées à le faire, la position qu'elles préfèrent pour l'accouchement. Il paraît préférable d'éviter les périodes prolongées en position dorsale ».

Pour le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), « il paraît possible de conseiller largement les positions verticales lors de l'expulsion, tout en étant vigilant sur le risque hémorragique. ».

III.2.3 Surveillance du post-partum [51]

Le post-partum est défini comme la période qui commence une heure après la délivrance et qui s'étend jusqu'à six semaines après celle-ci.

Les consultations du post-partum se passent dans les 42 jours qui suivent l'accouchement.

Le couple mère-nouveau-né doit bénéficier de trois examens systématiques en post-partum en plus du premier examen effectué en salle d'accouchement et de la surveillance des premières 48 heures du post-partum :

- A la sortie de l'établissement sanitaire où a eu lieu l'accouchement (post-partum immédiat) ;
- Au 8ème jour après l'accouchement (post-partum précoce) ;
- Vers le 40ème jour après l'accouchement (post-partum tardif).

Les principales complications du post-partum :

- Chez la mère : l'hémorragie, les infections, les complications thromboemboliques, l'anémie et les troubles psychiatriques.
- Chez le nouveau-né: l'asphyxie périnatale, les traumatismes obstétricaux, les infections néonatales et l'ictère. Ces complications sont plus graves chez le nouveau-né de faible poids de naissance.

Les soins à apporter dans le post-partum doivent répondre aux besoins particuliers de la mère et de l'enfant. Ils comportent les prestations de prévention, de dépistage, de prise en charge et d'IEC.

IV.2 La santé scolaire

L'adolescence et la jeunesse constituent une période de la vie marquée par la transition de l'enfance à l'âge adulte. C'est durant cette phase que des changements importants se produisent chez l'individu induisant une maturation physique, psychoaffective et sexuelle, essentielle pour sa croissance physiologique et son développement harmonieux. [52]

L'adolescence est aussi une phase de grande vulnérabilité et d'exposition à des risques aussi bien pour la santé que pour le bien-être. Tout évènement marqué par un manque ou un abus pendant cette période de croissance impactera la personne pour tout le restant de sa vie. Il convient donc de soutenir cette tranche de la population durant cette période spécifique ; ce qui permettra de planter les jalons d'une bonne santé à l'âge adulte. [52]

La population scolaire et universitaire représente plus du cinquième de la population marocaine : 7 millions d'élèves et d'étudiants en 2011. [53]

Parmi les problèmes liés aux comportements, on retrouve que :

- 15,5 % des élèves âgés entre 13 et 15 ans sont des fumeurs [54]
- 13,9% des jeunes sont obèses [55)
- 50 % des jeunes déclarent ne pas pratiquer d'activité physique [55]
- Abus de substances toxiques 3% dont 2,8% de dépendance [56]

Et pour les principaux problèmes de santé des jeunes au Maroc on peut citer :

- 50 % affections bucco-dentaires [57]
- 39 % maladies infectieuses [57]
- 7 % déficiences visuelles [57]
- 3 % maladies non transmissibles [57]

La vision de la stratégie nationale de santé scolaire et universitaire est de « faire des élèves et des étudiants des citoyens sains, et ayant des compétences et habilités leur permettant d'être responsables de leur santé dans un établissement d'enseignement, qui constitue un environnement supportif à leur développement ». [53]

Le but principal de cette stratégie étant de contribuer à protéger, maintenir et promouvoir la santé des jeunes et des étudiants tout au long de leur parcours *de formation*.

IV.2.1 Hygiène de vie

IV.2.1.1 Hygiène corporelle :

Elle constitue un pilier essentiel de l'hygiène générale. Un bain ou une douche savonneuse au moins une fois par semaine, suffit à assurer la propreté souhaitée. L'adolescente tout particulièrement, doit être attentive à l'hygiène génitale pour éviter les irritations et les infections répétées.

Le lavage des mains doit être pluriquotidien en particulier avant chaque repas et après chaque fréquentation des toilettes. Des soins particuliers doivent être également apportés aux pieds qui doivent être lavés régulièrement. [58]

IV.2.1.1.1 Soins journaliers [59]

Les parties découvertes sont exposées aux souillures (mains, visage). Il faut les laver avec de l'eau tiède et du savon plusieurs fois par jour.

- ✓ Les mains en particulier seront lavées après la manipulation d'objets sales, avant et après les repas et après avoir utilisé les toilettes ;
- ✓ Les dents seront brossées après chaque repas et le soir avant de se coucher ;
- ✓ Les aisselles et les pieds seront lavés tous les jours ;
- ✓ La toilette intime ou toilette ano-génitale doit être faite matin et soir ;
- ✓ Les cheveux seront brossés ou peignés matin et soir et coupés une fois par mois pour les garçons ;
- ✓ Le bain et la douche sont indispensables à la propreté corporelle. Ils doivent être pris au moins deux fois par semaine ;
- ✓ Les ongles seront coupés et taillés régulièrement une fois par semaine.
- ✓ Les effets de toilettes doivent être personnels et maintenus en parfait état de propreté pour éviter les maladies transmissibles (gale, et conjonctivites).

IV.2.1.1.2 Soins de propreté spéciaux :[59]

a) Les mains :

Toutes les maladies qui se contractent par voie digestive sont généralement dites « maladies des mains sales ».

Il faut les laver plusieurs fois par jour avant tous les repas, après un travail salissant et après avoir été aux toilettes avec de l'eau et du savon. Il faut aussi bien couper les ongles et les garder propres.

b) Les pieds :

Les chaussures imperméables empêchent partiellement l'aération des pieds *et l'évaporation de la sueur. Il faut donc :*

- ✓ Se laver les pieds tous les jours au savon et à l'eau tiède;
- ✓ Changer chaque jour de chaussettes ou de bas ;
- ✓ Couper les ongles des pieds.

c) Le cuir chevelu et les cheveux :

- ✓ Utiliser des produits appropriés pour débarrasser la peau des graisses, de la poussière et des pellicules ;
- ✓ Garder les brosses et les peignes toujours propres et personnels ;
- ✓ Ne pas couvrir les cheveux la nuit ;
- ✓ Ne pas porter le chapeau ou foulard d'une autre personne ;
- ✓ Les plaies du cuir chevelu doivent être soigneusement traitées.

d) Les dents et les gencives :

- ✓ Eviter les sucreries en dehors des repas ;
- ✓ Se brosser les dents et les gencives après chaque repas à l'aide d'une brosse à dent souple et une pâte dentifrice fluorée.
- ✓ La brosse à dents doit être propre et personnelle ;
- ✓ Consulter un médecin dentiste régulièrement (2 fois par an) ;
- ✓ Toute lésion dentaire doit être traitée le plus tôt possible.

e) Le nez, la gorge et les oreilles :

➤ **Le nez :**

- ✓ Respirer par le nez ;
- ✓ Tenir les narines propres en les rinçant chaque jour à l'eau;
- ✓ Apprendre aux enfants de se moucher et leur défendre de mettre les doigts ou des objets dans le nez.

➤ **La gorge :**

- ✓ Eviter les aliments irritants, trop chauds ou trop froids ;
- ✓ Se gargariser matin et soir à l'eau propre,
- ✓ *En cas d'inflammation conseiller l'usage d'un antiseptique buccal.*

➤ **Les oreilles :**

Il faut débarrasser régulièrement chaque semaine, le conduit auditif du cérumen et de la poussière ainsi que veiller à ne jamais utiliser un objet pointu. Le plus simple est d'éponger le conduit auditif avec du coton hydrophile enroulé sur une tige et débordant de 1cm du bout de cette tige pour ne pas blesser le tympan.

f) Le visage :

Pour le visage et le cou, le lavage matin et soir constitue un minimum indispensable, il serait opéré à l'eau froide et au savon.

IV.2.1.2 Hygiène vestimentaire : [59]

IV.2.1.2.1 Rôle du vêtement :

Les vêtements aident à protéger contre toutes les influences extérieures nuisibles telles que le froid de l'hiver et la chaleur de l'été.

IV.2.1.2.2 Qualités d'un bon habillement :

Pour être hygiénique, l'habillement doit répondre aux conditions suivantes:

- ✓ *S'adapter aux raisons et aux conditions climatiques ;*
- ✓ *Absorber l'humidité provenant de la sueur (conseiller les sous-vêtements en coton) ;*
- ✓ *Ne pas entraver la digestion, la circulation, ni empêcher les mouvements du corps ;*

- ✓ Favoriser les fonctions de la peau ;
- ✓ Ne pas être souillé ni infecté par les matières polluantes ;
- ✓ Doit être maintenu propre ;
- ✓ Les chaussures doivent être adaptées à la pointure des pieds pour éviter les déformations ;
- ✓ Les ceintures élastiques sont à proscrire car elles gênent la circulation ;
- ✓ Les vêtements doivent être personnels et individuels ;
- ✓ La nuit, il faut mettre un vêtement différent de la journée ;
- ✓ Les mouchoirs sont personnels car ils peuvent être à l'origine de nombreuses contaminations (grippe et conjonctivites).

IV.2.1.3 Règles d'hygiène de l'alimentation : [59]

Il faut :

- ✓ Bien mâcher les aliments pour faciliter la digestion;
- ✓ Ne pas boire, ou boire peu au cours du repas pour éviter la dilution du suc gastrique qui sera dans ce cas inefficace;
- ✓ Manger à des heures fixes;
- ✓ Ne pas lire ou travailler en mangeant;
- ✓ Eviter de manger les aliments trop chauds ou trop froids ;
- ✓ Eviter de manger en portant des vêtements serrés; et
- ✓ Veiller à l'hygiène de la bouche et des dents.

IV.2.1.4 Repos et sommeil : [59]

L'exercice physique fatigue toujours, on a besoin de repos et de sommeil, à ce propos il faut :

- ✓ Se coucher tôt ;
- ✓ Se couvrir de vêtements chauds si cela est nécessaire ;
- ✓ Prendre une douche chaude si c'est possible avant de se coucher ou après un travail salissant ;
- ✓ Assurer le calme ;
- ✓ Dormir de 8 à 9 heures au minimum ;
- ✓ Se reposer dans un local aéré ;
- ✓ Se livrer à des jeux détendant après un travail fatiguant ; et
- ✓ Prévoir des pauses après chaque période de travail pénible.

IV.2.2 Alimentation et activité physique

La puberté est une période de transformation durant laquelle le développement en poids et en taille est le plus rapide de la vie. Ce développement nécessite un apport énergétique considérable et rend l'organisme très vulnérable à tout déséquilibre alimentaire.

Au cours de l'adolescence, il est possible de corriger les troubles alimentaires apparus pendant l'enfance, ainsi que de résoudre d'autres problèmes survenant au cours de cette période. La sous-alimentation, la suralimentation, l'anémie et les carences en micronutriments sont des troubles de plus en plus courants, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement.

L'adolescence est un âge opportun pour forger de saines habitudes alimentaires et sportives, apportant des bienfaits physiques et psychologiques pendant cette période, et réduisant le risque de maladies chroniques liées à une mauvaise alimentation à l'âge adulte. La promotion du mode de vie sain est fondamentale pour mettre un terme à la progression rapide de l'épidémie d'obésité. (61)

IV.2.2.1 Alimentation saine et équilibrée

Pour cela, un respect du nombre et de la proportion des repas s'avère primordial

- Au moins 5 fruits et légumes par jour.
- A chaque repas, en cas de petits creux, crus, cuits, naturels ou préparés, frais, surgelés ou en conserve.



- Féculents à chaque repas et selon l'appétit.
- Favoriser l'aliment céréalier complet ou le pain bis. Privilégier la variété.
- Préférez les céréales de petit déjeuner peu sucrées, en limitant les formes très sucrées ou particulièrement grasses et sucrées (fourrées).



- Lait et produits laitiers, 3 à 4 fois par jour.
- Privilégier la variété, privilégier les fromages les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés.



- Viandes, volailles, produits de la pêche et œufs, 1 à 2 fois par jour

En quantité inférieure à l'accompagnement.

Viandes : privilégier la variété des espèces et les morceaux les moins gras. Limiter les formes frites et panées.

- Poisson : au moins deux fois par semaine.



Matières grasses ajoutées :

- Limiter la consommation.
- Privilégier les matières grasses végétales (huile d'olive et de colza)
- Favoriser la variété.
- Limiter les graisses d'origine animale (beurre, crème)



Produits sucrés : limiter la consommation

- Attention aux boissons sucrées.
- Attention aux aliments gras et sucrés à la fois (pâtisseries, viennoiseries, crèmes dessert, chocolats et glaces)



De l'eau à volonté !

- Au cours ou en dehors des repas.
- Limiter les boissons sucrées.
- Pas de boissons alcoolisées ni de pré mix.



Sel : limiter la consommation

- Préférer le sel iodé.
- Ne pas resaler avant de goûter.
- Réduire l'ajout de sel dans les eaux de cuisson.
- Limiter les fromages et les charcuteries les plus salés et les produits apéritifs salés.



IV.2.2.2 Activité physique



Figure 4 : course organisé par l'école dans le but de galvaniser les étudiants à pratiquer le sport

L'activité physique correspond à tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques, et entraînant une augmentation des dépenses d'énergie par rapport à la dépense de repos. Elle varie selon l'intensité, la durée, la fréquence et le contexte dans lequel elle est pratiquée.

Elle n'est plus, de ce fait, limitée à la seule pratique sportive, mais inclut les activités et les déplacements dans la vie de tous les jours et pendant les loisirs. L'activité physique est donc intimement liée à une bonne hygiène de vie. Chez les jeunes, celle-ci, consiste à respecter des alternances bien adaptées entre le temps de repos, de travail à l'école, de sommeil, de sport et de loisir, sans oublier une alimentation équilibrée.[63]

L'activité physique présente de nombreux avantages pour les jeunes, tout d'abord physiques, notamment par le développement de leurs habilités motrices, l'augmentation de la masse osseuse, le développement d'une bonne statique vertébrale, la croissance musculaire et articulaire, la maîtrise du poids et une plus grande résistance aux infections.

Parmi les avantages psychologiques figurent la conception d'une image personnelle saine, une bonne estime de soi, un sentiment de compétence et un bien-être affectif. Elle est également un moyen d'évacuer les tensions quotidiennes, et permet au timide de mieux s'extérioriser, au stressé de mieux se contrôler et à l'agressif de mieux canaliser son énergie.

Des avantages sociologiques sont aussi à mentionner ; ainsi, la pratique d'un sport développe chez le jeune l'esprit d'équipe, lui apprend à respecter des règles, ce qui favorise une bonne acquisition des compétences sociales.

Outre ces avantages, la pratique de l'activité physique permet aux jeunes de ne pas s'adonner à des comportements néfastes pour la santé tels que l'usage du tabac, de l'alcool et de la drogue. Elle permet donc aux jeunes d'apprendre une bonne hygiène de vie et de la maintenir. Le bénéfice à l'âge adulte en sera une bonne prévention des maladies cardiovasculaires, des cancers, du diabète, de l'obésité et de l'ostéoporose. [63]

Au moins l'équivalent d'une demi-heure à une heure de marche rapide chaque jour, à intégrer dans la vie quotidienne (marcher, monter les escaliers ou faire du vélo).

La nutrition englobe les apports et les dépenses énergétiques, c'est-à-dire, l'alimentation et l'activité physique. Limiter les activités sédentaires (télévision, consoles de jeux ou ordinateur). [60]



IV.2.3 Santé mentale

L'adolescence peut être définie de plusieurs manières selon les critères auxquels on se réfère. Ainsi on peut proposer une définition : chronologique, physiologique, psychologique, sociale et juridique.

Tout le monde s'accorde à dire que la période de l'adolescence s'est considérablement allongée. Elle était quasi inexistante autrefois, les jeunes intégrant le groupe des adultes très tôt. Il suffit pour s'en convaincre de suivre l'évolution de l'âge du mariage au Maroc.

L'allongement de l'adolescence met l'adolescent en prise avec l'adulte qui a tendance soit à le traiter comme un grand enfant, soit à le considérer comme un adulte alors qu'il ne l'est pas encore.

Ceci explique pourquoi l'adolescent veut et redoute en même temps, d'être traité comme un adulte.

Ainsi, l'adolescence est l'âge des paradoxes, de la force et de la vulnérabilité tout à la fois ; c'est pourquoi l'adolescent adopte des modes de vie totalement nouveaux et parfois déroutants que l'on met sur le compte de la fameuse « crise d'originalité » et qui est surtout une « carapace défensive ». [63]

La préservation de la santé des jeunes passe en effet par la promotion de l'activité physique, un bon équilibre nutritionnel et la lutte contre les habitudes toxiques très prépondérantes à cet âge de vie, réalisant le fameux proverbe « un esprit sain dans un corps sain ».

➤ *Méthodes d'aide au sevrage tabagique* : [62]

La consultation se déroule dans un cadre qui respecte l'intimité et la confidentialité du patient.

Différentes techniques peuvent être proposées pour aider le patient à arrêter de fumer :

- ✓ La première se base sur l'utilisation de médicaments tel que les substituts nicotiniques, mais doit être envisagées en dernier recours ;
- ✓ La deuxième, qui doit être privilégiée, ne nécessite pas de médicaments mais repose sur :
 - L'entretien psychologique individuel,
 - L'entretien collectif

Certains conseils sont à prodiguer pour venir à bout de ce mauvais comportement à savoir :

- Consommation d'eau fraîche chaque fois que l'envie de fumer se fait sentir,
- Exercices de relaxation,
- Respiration profonde,
- Douche à l'eau fraîche accompagnée de frictions,
- La suppression de tout objet ou produit qui peut rappeler la cigarette (briquet, cendrier, allumettes, café ou thé)
- Eviter les lieux fréquentés par les fumeurs (cafés ou cybers).

IV.2.4 Education sexuelle : [63]

L'accession à une sexualité de type adulte fait partie intégrante du processus de formation de l'identité et est une composante importante sinon centrale du processus du développement à l'adolescence.

L'éducation sexuelle est bien davantage qu'une simple branche de l'éducation pour la santé. Elle joue un rôle capital dans la vie affective des adolescents et nécessite une implication avancée des éducateurs eux mêmes. Plus que dans aucun autre domaine, cette activité se veut éducative et non strictement informative.

Les objectifs de l'éducation sexuelle à l'adolescence peuvent être résumés ainsi:

1. aider l'adolescent à mieux vivre les transformations de son corps pour qu'il puisse acquérir une meilleure confiance en lui en l'informant sur le fonctionnement de ce corps.
2. aborder dans un climat serein les aspects de la santé de reproduction comme la reproduction, la contraception ou les IST.
3. aider les adolescents à s'exprimer sur leurs propres émotions et réactions, sur leurs désirs, sur leurs attentes et sur leurs peurs. Favoriser ainsi l'émergence d'une certaine autonomie dans la relation.
4. développer un esprit de compréhension face aux attitudes des autres : des jeunes du même sexe ou du sexe opposé, des membres de la famille et de la communauté dans le respect des différences.
5. favoriser le développement d'un sens critique face aux modèles de comportements proposés par les médias nationaux ou étrangers.
6. favoriser l'émergence d'une relation d'égalité et de respect mutuel entre les deux sexes.

IV.3 La tuberculose

Environ un tiers de la population mondiale est infecté par le bacille tuberculeux et plus de neuf millions de nouveaux cas de tuberculose apparaissent dans le monde chaque année [65]. La tuberculose est donc une pandémie mondiale qui continue à défier la communauté médicale mondiale, malgré que l'agent causal soit connu depuis plus d'un siècle. La pauvreté et l'accroissement démographique sont les principales causes de l'éclosion et de la propagation de cette maladie. Selon des estimations de l'organisation mondiale de la santé (OMS), d'ici l'an 2020, on aura dénombré près d'un milliard de nouvelles infections, 200 millions de nouveaux cas maladies et 70 millions de décès, si la lutte contre la tuberculose n'est pas renforcée. [64]

La pandémie de l'infection VIH/SIDA a contribué à l'augmentation de la diffusion de la tuberculose dans les régions du monde où le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est endémique. En outre la tuberculose est l'une des principales causes de décès chez le séropositif pour le VIH, soit environ 200.000 décès par année. [66]

La négligence de la lutte contre cette maladie par les autorités sanitaires et/ou l'application des programmes non adaptés favorisent l'anarchie thérapeutique et l'émergence de tuberculose à bacilles multi résistants et ultra résistants. Le nombre de nouveaux cas de Tuberculose multi résistante est estimé à 450.000/an, tandis que celui des cas de tuberculose ultra résistante est en progression à travers le monde depuis 2006. [64]

Parmi toutes les maladies infectieuses, la tuberculose est celle qui provoque le plus de décès chez les adultes en pleine activité et constitue une cause majeure de mortalité chez les femmes en âge de procréer dépassant toutes les causes de mortalité maternelle. Le nombre de décès causés par cette maladie est supérieur à celui engendré par le sida et le paludisme réunis. [64]

En raison de sa forte incidence, de sa gravité potentielle et de son coût socioéconomique, la tuberculose constitue un sérieux problème de santé publique au Maroc. Elle affecte aussi bien les femmes que les hommes ; tous les groupes d'âge sont concernés et plus particulièrement les adultes jeunes entre 15 et 45ans (65 %), correspondant à la tranche d'âge la plus productive de la population d'où le risque de pertes de potentialités sur le plan économique et social. [64]

La lutte contre la tuberculose constitue une grande priorité pour le ministère de la santé. C'est ainsi qu'il a procédé en 1991, à la restructuration du Programme National de Lutte Antituberculeuse (PNLAT) en mettant en œuvre la stratégie de lutte contre la tuberculose de l'OMS, universellement connue sous le nom de « DOTS » (Directly Observed Treatment Short-Course) basée sur un traitement de courte durée sous supervision directe. L'engagement politique consenti par notre pays, garantit un effort financier soutenu permettant au PNLAT d'assurer la gratuité de toutes les prestations sanitaires à tous les malades tuberculeux et de généraliser la stratégie DOTS en l'intégrant dans les services de soins de santé primaire.

Dans le but d'avoir un impact significatif sur la dynamique de la tuberculose dans la population marocaine et d'atteindre une réduction importante de la charge de sa morbidité, il est par conséquent impératif que la

LAT au Maroc développe et intègre d'autres approches. Pour ce faire, le Ministère de la santé a adopté la stratégie Halte à la Tuberculose 2006-2015 et s'engage à la mettre en œuvre dans toutes ses composantes telles qu'elles sont définies par l'OMS et le Partenariat mondial Halte à la Tuberculose.

Cette nouvelle dynamique vise à renforcer la stratégie DOTS et consolider ses acquis au niveau de tout le système de soins et fait appel à la collaboration multisectorielle dans le cadre d'un partenariat public-privé ouvert sur les pouvoirs publics, les décideurs politiques, les organisations gouvernementales et non gouvernementales, les sociétés savantes, les institutions de recherche, les médias et tout autres secteurs pouvant intervenir dans l'amélioration de la qualité de vie de la population.

La prévention joue un rôle primordial dans la lutte contre la tuberculose, et passe obligatoirement par l'éducation thérapeutique visant à faire adopter à la population saine un comportement lui permettant d'éviter l'infection par le bacille, et au malade un vécu favorable favorisant la guérison.

L'éducation sanitaire du patient en matière de Tuberculose au cours de ses rendez vous permet de :

- L'informer sur sa maladie, son traitement
- Répondre à toutes les questions que se posent le malade et sa famille.

Chaque rencontre avec le médecin doit être une occasion pour relancer la communication et améliorer l'éducation sanitaire du malade et de sa famille.

IV.3.1 Les messages éducatifs visant à améliorer la connaissance de la maladie [64]

- La tuberculose pulmonaire est une maladie grave mais qui guérit parfaitement lorsque le traitement est bien pris.
- Elle touche essentiellement le poumon, mais aussi les autres organes.
- La contamination se fait par voie aérienne et elle est favorisée par la promiscuité et le manque d'aération.
- Le risque de contamination est très élevé chez les sujets en contact étroit avec le patient bacillifère.
- La tuberculose pulmonaire est souvent contagieuse avant d'être traitée, mais elle ne l'est plus dès le deuxième mois de traitement, si les médicaments ont été pris régulièrement par le malade.
- Le traitement se fait en ambulatoire. L'hospitalisation est réservée à des cas particuliers.
- La femme tuberculeuse, si elle est enceinte, risque de contaminer son fœtus.

IV.3.2. Les messages éducatifs concernant la prévention, l'hygiène de vie et de l'environnement. [64]

- Veiller à ce qu'il y ait une aération maximale de la maison, ce qui permet de réduire le confinement.
- Faire savoir que tousser/cracher dissémine la tuberculose : Conseiller au malade de se couvrir la bouche par les mains lorsqu'il tousse, utiliser les mouchoirs en papier et les jeter dans la poubelle après chaque utilisation.
- Réduire la promiscuité vis-à-vis des enfants et du conjoint.
- L'isolement n'est pas un bon moyen pour prévenir la tuberculose, mais c'est surtout l'aération, la réduction de la promiscuité et le traitement.
- Conseiller une bonne nutrition.
- Répandre l'idée que le tabagisme est un facteur important de diminution des défenses de l'organisme, source de complications, de diagnostic tardif, de morbidité et de mortalité supplémentaires. L'arrêt du tabac est essentiel pour la guérison.
- Conseiller à la patiente d'éviter la grossesse durant cette période.
- Conseiller la patiente, si elle est sous contraceptifs oraux, de changer de moyens contraceptifs.

IV.3.3. Les messages éducatifs concernant le traitement (64)

- Informer de la gratuité du traitement et de toute la prise en charge de la maladie.
- Insister sur la prise régulière des médicaments pour garantir la guérison et sur la prise unique le matin à jeun, 1heure avant le repas ou 3 heures après repas.
- Respecter la durée du traitement.
- Respecter l'observance du traitement pendant la période fixée par le médecin : il faut insister sur le fait que l'évolution de la maladie est en général bonne sous traitement, mais elle peut être grave, voire mortelle si le traitement n'est pas pris de façon régulière, ainsi, le malade continue à contaminer son entourage.
- Conseiller le suivi régulier, le malade doit se présenter régulièrement à la consultation au centre de santé toutes les une à deux semaines pour la dotation en médicaments, et tous les 2 mois au CDTMR (centre de diagnostic de la tuberculose et des maladies respiratoires) pour l'évaluation de son traitement.
- Le malade doit signaler sa maladie ainsi que le traitement anti bacillaire pris chaque fois qu'il consulte pour un autre problème.
- Consulter le médecin chaque fois qu'un nouveau médicament est prescrit, ou en cas d'apparition d'effets secondaires.

- Certaines situations doivent être signalées au médecin comme un changement de travail, un éventuel voyage ou déplacement, le jeun pendant le ramadan, l'allaitement, la grossesse ou intervention chirurgicale.

IV.3.4. Les messages éducatifs concernant la famille [64]

- Veiller à ce que les proches du patient déclarent le moindre symptôme surtout s'il s'agit d'un enfant, et qu'ils se présentent à la consultation.
- Veiller à impliquer la famille pour que le malade se présente en consultation aux rendez-vous fixés.
- Veiller à impliquer la famille pour que le malade prenne ses médicaments.

IV.4 Les Infections sexuellement transmissibles, SIDA

Les IST se répartissent en deux grandes catégories :

- Les IST curables comme la Syphilis, la gonococcie, les urétrites non gonococciques ou les chlamydioses.
- Les IST non curables essentiellement le SIDA

Pour ce dernier, le Maroc s'est mobilisé depuis plus de deux décennies en matière de lutte. En apportant son soutien personnel aux actions de prise en charge des malades et en offrant le meilleur modèle de lutte contre la stigmatisation vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH, notre Auguste

Souverain, SA MAJESTE LE ROI MOHAMMED VI QUE DIEU L'ASSISTE a donné une impulsion décisive à la riposte nationale au Sida. [8]

Grace à l'engagement des pouvoirs publics, aux efforts déployés par le ministère de la santé et ses différents partenaires des Départements gouvernementaux ainsi qu'au dynamisme de la Société Civile, le Maroc a pu ancrer la culture de partenariat et réaliser des avancées notables en matière de lutte contre le Sida. En témoigne, la mise en place de programmes de prévention auprès des populations plus exposées aux risques d'infection et l'accès à la trithérapie antirétrovirale à toutes les personnes vivant avec le VIH dépistées est éligible au traitement.

Cependant, plusieurs défis restent posés, parmi eux l'extension de la prévention auprès des populations exposées aux risques d'infection ou vulnérables, l'amélioration du recours au dépistage du VIH pour le diagnostic et la prise en charge de la maladie à un stade précoce, et l'accès élargi des femmes enceintes VIH positives à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Le plan stratégique national de lutte contre le Sida 2012-2016, engage résolument le Maroc dans la concrétisation effective de l'accès universel aux services de prévention, de soins, de traitement et d'appui en matière de VIH et adopte la vision de l'ONUSIDA « zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au Sida ». [8]

Ainsi la couverture par les activités de prévention sera étendue pour réduire de 50 % l'incidence des cas de VIH et la prise en charge globale de qualité des personnes vivant avec le VIH, qui associe soins médicaux, traitement antirétroviral, appui psychologique et social permettra une réduction significative des décès dus au Sida. La stratégie vise également à réduire à zéro

les risques de transmission du virus de la femme enceinte porteuse du VIH à son enfant ainsi que le nombre de décès maternels liés au VIH.

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des personnes séropositives et des personnes exposées ou vulnérables, le respect des droits humains et une meilleure intégration sociale font partie intégrante de la nouvelle stratégie. Cette dernière prévoit également de renforcer la collaboration avec le secteur privé et l'intégration des services VIH avec les programmes visant l'atteinte des autres objectifs du Millénaire pour le développement, notamment l'amélioration de la santé maternelle et la réduction de la mortalité de l'enfant de moins de 5ans. [8]

Ainsi, le plan stratégique national de lutte contre le Sida, constitue le cadre unique d'action de tous les partenaires nationaux pour la période 2012 à 2016. Cette stratégie intégrée et multisectorielle sera mise en œuvre grâce au budget mobilisé par le ministère de la santé.

Ce plan a donc pris pierre angulaire la prévention qui consiste en :

- Avant l'infection VIH : prévention primaire
- Après l'infection : prévention secondaire des sujets séropositifs

Les méthodes bilatérales (précédemment décrites dans la méthodologie) peuvent s'appliquer en diverses circonstances. Prenant par exemple une consultation pour IST dans le cabinet médical, cela concernera une personne et permettra au médecin de faire passer des messages extrêmement ciblés, [7]

- ✓ information sur les IST (ou compléments d'informations)

- ✓ conduites à suivre pour se protéger (comment se servir correctement d'un préservatif, si le patient utilisait ou compte utiliser à l'avenir cette protection) ;
- ✓ motivation (préservation de la santé du conjoint par exemple et les responsabilités familiales).

Dans le même cadre de consultation, si le patient avait plusieurs partenaires et qu'ils ont accepté de venir se faire examiner, le médecin pourra vis à vis de chacun d'eux reprendre la même démarche, avec l'espoir d'en multiplier l'efficacité et en étant bien conscient du fait qu'à l'obstination de l'ignorance et de la négligence, il doit opposer celle de l'éducation sanitaire. [7]

Pour une compagnie tournante devant partir dans une région de forte endémicité d'IST et de SIDA, une séance sera organisée, l'éducateur pouvant orienter éventuellement les questions du public vers les points qui lui paraissent importants.

IV. 4. 1 : Prévention primaire [8]

IV.4.1.1 En matière de prévention du VIH

- *La stratégie de communication sociale a été consolidée, incluant :*
 - La production et la diffusion de spots TV /radio, opérettes, films et pièces théâtrales;
 - Les campagnes estivales « Non au sida, Oui à la prévention» couvrant les plages, Moussems, Souks et festivals ;

- L'intégration de la lutte contre le sida dans le champ religieux par la formation des « imams » et des « morchidates » (Ministère des Habous et des affaires islamiques, Arrabita, Ligue Marocaine de Lutte contre les IST) ;
- La formation des journalistes (Ministère de la Santé, Association de Lutte Contre le Sida, ou l'Organisation Panafricaine de Lutte contre le Sida(OPALS)).
- Les programmes de sensibilisation et d'éducation des jeunes et des femmes ont été étendus, mobilisant plusieurs secteurs gouvernementaux et Organisation Non Gouvernementale :
 - Les approches pour les jeunes se basent sur l'éducation par les pairs, l'intégration dans les programmes de formation, expressions artistiques, les clubs sida des maisons de jeunes, l'outil informatique et l'implication des associations de jeunes des quartiers (Ministère de l'Education Nationale, Ministère de la Jeunesse et des Sports(MJS), Entraide Nationale(EN), OPALS, Association Marocaine de Planification Familiale, Croissant Rouge Marocain, et Association Marocaine des Jeunes Contre le Sida).
 - Les approches pour les femmes se basent sur l'intégration dans les cours d'alphabétisation (Association Marocaine de Solidarité et Développement), la sensibilisation dans les espaces sociaux (MJS, EN), la mobilisation des associations féminines (OPALS), l'intégration dans la stratégie nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes et l'implication des vulgarisatrices agricoles en milieu rural par les agents du Ministère de l'Agriculture ; les activités de sensibilisation en 2009 et 2010 ont concerné 460.000 jeunes et femmes.

- Les programmes de prévention de proximité auprès des femmes professionnelles du sexe (PS), hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) mis en œuvre par les ONG , ont connu une extension importante accompagnée de renforcement des capacités des intervenants et de développement d'outils pédagogiques adaptés :
 - Le paquet de services des interventions de proximité comprend, la sensibilisation et orientation, la distribution de préservatifs, le conseil et test VIH, la prise en charge des IST et les espaces de soutien;
 - Selon l'étude de 2007, près de 50% des PS ont été touchées par les programmes de prévention alors que 53,3% ont déclaré avoir utilisé le préservatif avec le dernier client (37% en 2003) et 51,3% ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois.
- Le programme de réduction des risques chez les usagers de drogues injectables a démarré à Tanger puis a été étendu à Tétouan et Nador : La gamme de services comprend la sensibilisation et l'éducation dans les lieux de fréquentation, la distribution des kits d'injection et des préservatifs, la collecte des seringues, l'appui social et l'auto support;
- Des programmes de prévention touchant des populations vulnérables ou passerelles sont mis en place, notamment auprès des ouvrières, détenus, routiers et migrants.

- La distribution des préservatifs pour la prévention du VIH a été assurée par l'augmentation des acquisitions et l'approvisionnement des services de santé et des ONG.
 - Mise en place d'une recherche opérationnelle pour la distribution de préservatifs aux populations exposées au niveau des centres de santé de la région de Sous Massa Draa ;
 - Lancement de la préparation d'une stratégie de marketing social du préservatif.

IV.4.1.2 En matière de conseil et dépistage du VIH

- Les ONG jouent un rôle primordial dans l'organisation des activités de dépistage du VIH à travers des centres fixes ou unités mobiles (ALCS, OPALS). Le nombre de centres de conseil et test VIH gérés par les ONG est passé de 9 en 2002 à 52 en 2011.

- Le ministère de la Santé a démarré un processus d'intégration du dépistage volontaire du VIH dans plusieurs centres de santé des régions prioritaires et une stratégie de dépistage à l'initiative du prestataire. Le dépistage par test rapide est proposé systématiquement aux tuberculeux au niveau de 49 CDTMR.

- Le nombre de tests de dépistage du VIH a doublé depuis 2006 pour atteindre 49 060 en 2010. Près de 48% des personnes testées sont des femmes et 30% des jeunes. 54% des tests ont eu lieu dans les unités mobiles. La part des populations à risque parmi les personnes testées représente 23%.

Les IST non curables peuvent constituer le lit du Sida, comme les associations sont possibles. Et le traitement d'un ou des partenaires s'avère obligatoire et systématique.

IV.4. 2 Prévention secondaire [8]

IV.4.2.1 En matière de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH

- La stratégie nationale organise la prise en charge de l'infection VIH en Centres Référents Hospitalo-universitaires (CRU) et Centres Référents Régionaux (CR) des Hôpitaux de Santé Publique.

- L'acquisition des médicaments ARV et pour les infections opportunistes est assurée par les budgets du ministère de la Santé et du Fonds mondial à des prix plus bas grâce à la réduction des coûts.

- La décentralisation de la prise en charge du traitement antirétroviral a été renforcée par la rénovation et équipements des CR et CRU. La numération CD4 est opérationnelle dans les 2 CRU et 4 CR et le génotypage des échecs thérapeutiques a été introduit.

- Le Programme National d'Accompagnement Psychologique et Social (PNAPS) élaboré par le Ministère de la Santé avec ses partenaires, vise l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH et leur intégration dans la vie sociale. Parmi les actions réalisées :

- Formation des assistantes sociales et médiateurs thérapeutiques et sociaux;
- Extension du programme d'amélioration de l'observance pour couvrir 5 centres (ALCS);
- Organisation de groupes d'auto support et mise en place d'une maison d'accueil des PVVIH à Casablanca (ADJ);

- Mise en œuvre de programmes d'appui psychosocial spécifiques pour les enfants vivant avec le VIH et leurs familles (Soleil);
- Mise en œuvre d'un programme AGR (Activités génératrices de Revenus) (Agence de Développement Social (ADS), ALCS, AMSED);
- 3192 dont 1062 enfants ont bénéficié du Programme National d'Accompagnement Psychologique et Social en 2010.

IV.4.2.2 En matière de Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

- Un programme pilote pTME (prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant) impliquant les cellules de SMI des établissements de soins de santé de base de trois régions mis en place en 2008, est en phase d'extension :
 - 86% des femmes enceintes (5700) ayant consulté au cours d'une année dans la région de Souss Massa Draa ont accepté de faire le test;
 - La sensibilisation en matière de pTME dans les ESSB a été initiée dans plusieurs régions;
 - Un autre programme pilote a concerné la maternité Souissi du CHU Ibn Sina de Rabat (appui d'Esther) et récemment la maternité des Orangers;
 - Distribution de lait artificiel, biberons et stérilisateurs pour les nouveaux nés de mères séropositives ;
- La couverture des femmes enceintes séropositives par la pTME a augmenté (mais demeure faible), le pourcentage estimé des femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH est passé de 12% en 2007 à 29% en 2010.



Conclusion



V. CONCLUSION

Outre la présentation du cadre conceptuel et méthodologique de l'éducation pour la santé, notre étude avait pour objectif de mettre en exergue la place de ce champ de pratiques professionnelles dans le champ d'intervention plus large de la promotion de la santé. Ce faisant, il est apparu clairement que l'éducation pour la santé ne peut s'expliquer en dehors d'une conception de l'homme, de la santé, de la société, des rapports humains et plus globalement encore, du sens de la vie.

Cette vision de l'éducation pour la santé entraîne forcément ceux qui la pratiquent à se confronter à la complexité des motivations humaines, complexité des déterminants de la santé, complexité des rouages socioéconomiques au plan national et international. Cette complexité, loin de constituer un frein ou un obstacle à l'éducation pour la santé, en constitue tout l'intérêt et toute la richesse. Loin d'une entreprise de domination ou d'aliénation de l'autre, elle s'inscrit dans un engagement vers plus d'équité et de justice sociale, étayé par cet engagement et la capacité à le respecter [67] :

- Sommes-nous au clair par rapport à nos propres valeurs, nos propres représentations de la santé, de la maladie, de la souffrance et de la mort ?
- Sommes-nous capables d'établir une relation de confiance et d'équivalence avec les personnes ?
- Sommes-nous aptes à donner un sens à l'action d'éducation pour la santé ?

- Savons-nous mettre des mots sur ce qui s'est passé dans la relation éducative et retracer le chemin parcouru ?
- Sommes-nous prêts à reconnaître le changement produit chez les personnes et chez nous-mêmes ?

Et c'est sans doute ce dernier point qui représente le plus grand défi de l'éducation pour la santé. Car comme le rappelle Michel Devaley, « il n'y a pas d'éducation sans intention de faire exister de l'imprévisible, du non-imaginé, ce qu'Aristote avait identifié avec les concepts de praxis et de poiesis. L'éducation est praxis, c'est-à-dire capacité pour l'éducateur de faire advenir autrui comme différent, ce faisant, de le transformer et conséquemment de se transformer. L'éducateur est un passeur qui ne sort jamais indemne de son voyage. L'éducation n'est pas poiesis, à savoir capacité de fabriquer autrui selon un modèle entièrement prédéterminé, ce qui permettrait à l'éducateur d'être semblable au terme de l'éducation à ce qu'il était au départ. L'éducation est création et non façonnage ». [68]

Selon Sandrin-Berthon, « L'éducation pour la santé n'est pas une potion de le médecin prescrit, que l'infirmière administre et que le patient ingurgite. C'est une aventure humaine.» [69]

C'est donc dans la connaissance de soi, dans l'acceptation des incertitudes inhérentes à la démarche éducative, et dans l'ouverture aux autres, que se construit et se réalise une éducation pour la santé respectueuse de ses impératifs d'efficacité et d'éthique.



Résumés



RESUME

Titre : Education sanitaire, où en sommes-nous?

Auteur : Lamghari Aziz

Mots clés : Education sanitaire, Santé materno-fœtale, Santé scolaire, Tuberculose, IST/SIDA.

L'éducation sanitaire représente une priorité dans la médecine préventive en agissant en amont d'un problème potentiellement néfaste.

Le but de notre étude est d'éduquer la population sur le bénéfice de l'obtention d'un bon système de vie, afin d'acquérir un meilleur état de bien être physique, mental et social, et de diminuer la morbi-mortalité liée à certains facteurs influençables par l'éducation sanitaire.

Elle se base sur plusieurs principes ; au fait, l'information doit être concrète, spécifique et bien précise, tout en donnant des conduites à suivre, en motivant la population cible et en répétant les messages éducatifs pour une meilleure intégration. Les thèmes éducatifs peuvent être classés en savoir, savoir faire et vouloir faire. L'essentiel est que l'action éducative fasse preuve de souplesse en reposant sur les trois piliers. Elle recourt à deux types de méthodes : unilatérales et bilatérales.

Notre étude s'intéresse à plusieurs thèmes vu leur caractère influençable par l'éducation sanitaire.

La santé materno-fœtale en représente un pilier essentiel vu l'importance de la mortalité maternelle et néonatale par ignorance et manque d'information sur certaines conduites pratiques, constituant ainsi un véritable problème de santé publique au Maroc.

La santé des jeunes s'avère essentielle car ces derniers représentent un énorme potentiel de développement.

La lutte antituberculeuse en bénéficie aussi pour une meilleure prise en charge.

Etant une infection non curable, le seul recours pour lutter contre le SIDA demeure éduquer la population à risque ainsi que les sujets séropositifs.

L'éducation sanitaire est donc une aventure humaine pleine de complexité et de défi, réalisant une pierre angulaire de la médecine préventive.

SUMMARY

Title: Health Education: where are we of?

Author: Aziz Lamghari

Keywords: Health Education, Maternal Fetal Health, School Health, Tuberculosis, STD / AIDS.

Health education is a priority in preventive medicine by acting upstream of a potentially harmful problem.

The aim of our study is to educate the public about the benefits of following a healthy lifestyle, to acquire a better state of complete physical, mental and social well being, and reduce morbidity and mortality related to some factors influenced by health education.

It is based on several principles, in fact, the information must be concrete, specific and precise, while giving guidelines to follow, motivating the target population and repeating educational messages for better integration. Educational issues can be categorized into knowing what to do, how to do and want to do. What is important is that the educational activities should be flexible, basing on three pillars. It resorts to two types of methods: unilateral and bilateral.

Our study focuses on several themes due to their feature influenced by health education.

Maternal-fetal health is an essential pillar given the importance of maternal and neonatal mortality caused by ignorance and lack of information about certain practices conducted, thus constituting a real public health problem in Morocco.

Young people's health is essential because they represent a huge potential for development.

Tuberculosis also benefits for better support.

As a non-curable infection, the sole remedy to fight against AIDS remains educates the population at risk and HIV-positive subjects.

So, Health education is a human adventure full of complexity and challenge, making a cornerstone of preventive medicine.

ملخص

العنوان: التربية الصحية: أين نحن؟

الكاتب: عزيز الأماغاري

الكلمات الأساسية: التربية الصحية، صحة الأم والجنين، الصحة المدرسية، السل،
العدوى المنقولة جنسيا / الإيدز

تعتبر التربية الصحية أولوية في الطب الوقائي، نظرا لدوره في الحد من ظاهرة ذات بعد خطير
مستقبلا

الهدف من دراستنا هو إرشاد المجتمع إلى فوائد عيش نمط حياة سليم، وذلك للحصول على حالة
صحية أفضل على المستوى البدني، العقلي والاجتماعي، والحد من الأمراض والوفيات المرتبطة ببعض
العوامل القابلة للتغيير عن طريق التربية الصحية

تعتمد التربية على عدة مبادئ حيث يجب أن تكون المعلومة ملموسة، محددة ودقيقة، كما يستلزم
إعطاء مناهج مثالية وتحفيز السكان المستهدفين وتكرار الرسائل التعليمية لتحقيق اندماج أفضل. ويمكن
تصنيف القضايا التربوية كالتالي: المعرفة، التطبيق والإرادة. الأهم هو أن تتميز الحملة التعليمية
بالليونة، معتمدة بذلك على القضايا التربوية الثلاث. كما أنها تلجأ إلى نوعين من الأساليب: الأحادية
والثنائية

ترتكز دراستنا على عدة محاور نظرا لقدرة التثقيف الصحي على التأثير عليها

تعتبر صحة الأم والجنين ركنا أساسيا نظرا لأهمية نسبة وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة
بسبب الجهل ونقص المعرفة لبعض الممارسات النافعة، مما يشكل مشكلة صحية حقيقية في المغرب

صحة الشباب أمر ضروري لأنهم يمثلون إمكانات و موارد هائلة للتنمية

ويستفيد السل أيضا من التوعية الصحية للحصول على تكفل أفضل

وباعتبار داء فقدان المناعة المكتسبة عدوى غير قابلة للشفاء، فإن السبيل الوحيد لمكافحة لا يزال
تربية الشريحة المعرضة للخطر والمرضى المصابين بهذا الداء

التربية الصحية هي إذن مغامرة إنسانية مليئة بالتحديد والتحدي، مما يجعلها الحجر الأساس

في الطب الوقائي



Références



- [1] OMS, Série des rapports techniques, N 432, Genève 1969
- [2] Loi N 2002-303 du 4 mars 2002, définition de la politique de prévention,
- [3] Aboussad A , Cherkaou M , Vimard P . Santé et vulnérabilité au Maroc IRD 2010 ; 255 :10
- [4] ROSEN G. A History of Public Health, the Johns Hopkins University Press, Baltimore & London, 1993
- [5] Ruddy Ch , Ph.D et Sue C. Sullivan . La santé publique : une histoire canadienne. Association canadienne de santé publique. Ottawa 2010.
- [6] OMS, série des rapports techniques, N 124, Genève 1961
- [7] MCS Merlin et MC BOUTIN. Méthodologie de l'éducation sanitaire, Ministère de la Défense, Service de santé des armées, 1995
- [8] Ministère de la santé, plan stratégique national de lutte contre le Sida 2012-2016 : Rabat 2012
- [9] Agence nationale d'accréditation et d'Evaluation en santé. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins, Anaes; Paris 2000.
- [10] Loi du 4 mars 2002, droits des malades et qualité du système de santé.
- [11] Haute Autorité de santé. Préparation à la naissance. Recommandations professionnelles. HAS; Saint-Denis La Plaine , Novembre 2005
- [12] Bréart G, Puech F, Rozé JC. Mission périnatalité. Vingt propositions pour une politique périnatale. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; Paris: 2003.
- [13] Décret n° 2001-97 du 1^{er} février 2001; art. R. 231-56-12
- [14] Article L. 213-2 et L. 122-25-1-1 du Code du travail

- [15] Loi n° 94-629 du 25 juillet 1994, Article 25-1 à 4
- [16] Article L. 224 du Code du travail
- [17] Plan périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. DGS; Paris: 2004.
- [18] Molénat F. Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité. DHOS; Paris 2004.
- [19] Haute Autorité de santé. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Guide méthodologique. HAS; Saint-Denis La Plaine 2004.
- [20] Mohamed K . Iron supplementation in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 1999 ;(Issue 4).
- [21] Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 1997 ;(Issue 4).
- [22] Atallah A, Hofmeyr G, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database Syst Rev 2002;(Issue 1).
- [23] National Institute for Clinical Excellence. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. NICE; London: 2003.
- [24] Van den Broek N, Kulier R, Gülmezoglu AM, Villar J. Vitamin a supplementation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2002;(Issue 4).
- [25] Mahomed K, Gulmezoglu AM. Maternal iodine supplements in areas of deficiency. Cochrane Database Syst Rev 1997;(Issue 4).

- [26] Valeix P, Zarebska M, Preziosi P, Galan P, Pelletier B, Hercberg S. Iodine deficiency in France. *Lancet*, 1999; 353(9166):1766-7.
- [27] Caron P, Hoff M, Bazzi S, Dufor A, Faure G, Ghandour I, et al. Urinary iodine excretion during normal pregnancy in healthy women living in the southwest of France: correlation with maternal thyroid parameters. *Thyroid* 1997;7(5):749-54.
- [28] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Supplémentations au cours de la grossesse. Recommandation pour la pratique clinique. Paris: CNGOF; 1997.
- [29] Facteurs de risque d'acquisition de la toxoplasmose chez les femmes enceintes en France (1995). *Bull Epidemiol Hebdo* 1996;16.
- [30] Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. Guide de surveillance de la grossesse. Andem; Paris 1996.
- [31] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Rappel sur la contre indication de tous les AINS à partir du début du 6e mois de la grossesse. Afssaps, Saint Denis 2003.
- [32] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Rappel sur la contre-indication de tous les AINS à partir du début du 6e mois de la grossesse , 2005.
- [33] Jewell D, Young GL. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2003 (Issue 4).
- [34] Vutyavanich T, Kraisarin T, Ruangsri R. Ginger for nausea and vomiting in pregnancy: randomized, double-masked, placebo-controlled trial. *Obstet Gynecol* 2001 97(4) 577-82.

- [35] Young GL, Jewell D. Creams for preventing stretch marks in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 1996 (Issue 1).
- [36] Kramer MS. Aerobic exercise for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2002 (Issue 2).
- [37] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Grossesse et tabac. Conférence de consensus 7 et 8 octobre 2004. Anaes, Saint-Denis 2004.
- [38] Nordmann R. Consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis au cours de la grossesse. Communiqué. Académie nationale de médecine, Paris 2004.
- [39] Subtil D, Fourmintaux A, Dehaene P. Alcool pendant la grossesse: tératogène et neurotoxique. *Rev Prat* 2004;18(652/653):611-5.
- [40] Société française d'alcoologie. Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse. *Alcoologie et Addictologie* 2001;23(Suppl 4):1S-76S.
- [41] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Expertise collective.

Cannabis, quels effets sur le comportement et la santé ? Inserm ed. Paris: 2001.
- [42] Direction générale de la santé. Guide des vaccinations 2003. DGS, Paris 2003.
- [43] Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Advice on preventing deep vein thrombosis for pregnant women travelling by air. : RCOG , London 2001.

- [44] Aerospace Medical Association. Medical guidelines for airline travel. 2 ed. AMA , Alexandria 2003.
- [45] Noirclere Daisy, la mobilité des parturientes en sale de naissance, la pratique actuelle des sages femmes, 2010
- [46] Surveillance de la grossesse et du post-partum, Ministère de la santé, direction de la population, Décembre 2012.
- [47] Recommandation nationale relative aux soins prénatals : Une base pour un itinéraire clinique de suivi des grossesses/ KCE reports vol. 6B, Bruxelles 2004.
- [48] Classes des mères : guide méthodologique à l'usage des professionnels de santé DP/MS 2010
- [49] Mellal M. Etude de la préparation psychologique de la femme enceinte a l'accouchement au cours de la consultation prénatale. Mémoire IFCS/ 2006
- [50] Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale: Guide de pratiques essentielles/ OMS/ Genève 2009
- [51] Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales/ Soins postnatals mère-enfant et transition vers la collectivité/2000
- [52] Ministère de la santé, Direction de la population, Stratégie nationale de promotion de la santé des jeunes au Maroc, 2011
- [53] Ministère de la santé, direction de la population, stratégie nationale de santé scolaire et universitaire, 2011

- [54] Enquête sur le tabagisme chez les jeunes scolarisés au Maroc, DELM,2006
- [55] Enquête sur les facteur de risque des MCV, DELM,, 2000
- [56] Enquête nationale en santé mentale, DELM, 2003
- [57] Rapport d'activités de santé scolaire et universitaire
- [58] Royaume du Maroc, Ministère de la santé, Santé des jeunes et des adolescents, principes de base : 2006
- [59] Royaume du Maroc, Ministère de la santé, Direction de la population, Division de la santé scolaire et universitaire, Guide d'hygiène du milieu appliqué à la santé scolaire et universitaire : Mars 2012
- [60] Ministère éducation nationale, République française, Nutrition à l'école « Alimentation et activité physique » : Février 2009
- [61] Ministère de la santé, Techniques de conseil en santé des adolescents et des jeunes, adaptation du document « formation aux techniques de conseil en sexualité, procréation et santé des adolescents. OMS 1993 »
- [62] Ministère de la santé, Direction de la population, Programme national de santé scolaire et universitaire, 2012
- [63] Ministère de la santé, Santé des jeunes et des adolescents « principes de base », Avril 2006
- [64] Ministère de la santé, direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies, Programme national de lutte antituberculeuse, Guide de la lutte antituberculeuse : Avril 2011
- [65] Statistiques mondiales 2011. Organisation mondiale de la sante.
- [66] Global tuberculosis report 2012- World Health Organisation.

- [67] Sandrin-Berthon B. Apprendre la santé à l'école. Issy-les-Moulineaux: ESF éditeur; 1997.
- [68] Develay M. A propos de l'éducation du patient. In: Sandrin-Berthon B, editor. L'éducation du patient au secours de la médecine, PUF, Paris 2000
- [69] Sandrin-Berthon B. Evaluer notre capacité à faire œuvre d'éducation. In: Evaluer l'éducation pour la santé – Concepts et méthodes Editions de l'INPES, Vanves 2002.

Serment d'Hippocrate

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 le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
 - ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
 - ◀ وأن أمارس مهنتي بواجب من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
 - ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
 - ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
 - ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
 - ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
 - ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
 - ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
 - ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختياري ومقسما بشري في .
- والله على ما أقول شهيد .

التربية الصحية: أين نحن؟

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم:

من طرفه

السيد: عزيز الأمغاري

المزاد في: 29 يوليوز 1987 بفاس

من المدرسة الملكية لمصلحة الصحة العسكرية - الرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: التربية الصحية - صحة الأم والجنين - الصحة المدرسية - السل - العدوى المنقولة جنسيا/الإيدز.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: ميمون زهدي

أستاذ في علم الأحياء الدقيقة

مشرف

السيدة: سكيمة الحمزاوي

أستاذة في علم الأحياء الدقيقة

السيدة: سعيدة طلال

أستاذة في علم الكيمياء الإحيائية

أعضاء

السيدة: مريم الشادلي

أستاذة في علم الأحياء الدقيقة

السيد: ياسين صخوخ

أستاذ في علم الأحياء الدقيقة

السيدة: نعيمة المسعودي

أستاذة في علم الدم