



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

ANNEE 2016

THESE N° 166

Les déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle dans la commune de Zerkten, Province d'Al Haouz.

THESE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14/ 07/ 2016

PAR

M^{me}. Wafa QUIDDI

Née le 16 Juin 1990 à Benslimane

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

Mots clé

Santé maternelle – Utilisation des services – Déterminants

JURY

M.	M. SBIHI	PRESIDENT
	Professeur de Pédiatrie	
M.	M.AMINE	RAPPORTEUR
	Professeur agrégé d'Epidémiologie clinique	
M.	Y. AIT BENKADDOUR	} JUGES
	Professeur agrégé Gynécologie-Obstétrique	
M.	L. BOUKHANNI	
	Professeur agrégé de Gynécologie-Obstétrique	



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

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





Serment d'hypocrate

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

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

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

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

Les médecins seront mes frères.

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

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

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.



Déclaration Genève, 1948





LISTE DES

PROFESSEURS





UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr BadieAzzaman MEHADJI
: Pr Abdalheq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI
Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr.Ag. Mohamed AMINE
Vice doyen aux Affaires Pédagogique : Pr. EL FEZZAZI Redouane
Secrétaire Générale : Mr Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignementsupérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMAL Said	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirumaxillo faciale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie

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

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- reanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirmaxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A 3333	JALAL Hicham	Radiologie
AIT ESSI Fouad	Traumato-orthopédie B	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B

ALAOUI Mustapha	Chirurgie-vasculairepéripherique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie-clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie-obstétrique A	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie A
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgieréparatrice et plastique	MAOULAININE Fadlmrabihrabou	Pédiatrie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENJILALI Laila	Médecine interne	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie	MOUFID Kamal	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique B	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	NARJISS Youssef	Chirurgiegénérale
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie A	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAFIK Aziz	Chirurgiethoracique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie-réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgiegénérale
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RADA Noureddine	Pédiatrie A
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique

EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie A	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SORAA Nabila	Microbiologie-virologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie-virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ADALI Nawal	Neurologie	FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	GHAZI Miriema	Rhumatologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale

BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBACHIR Anass	Anatomie-pathologique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENHADDOU Rajaa	Ophthalmologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro-entérologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo-phtisiologie
EL AMRANI MoulayDriss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youssef	Urologie	SERHANE Hind	Pneumo-phtisiologie
EL KAMOUNI Youssef	MicrobiologieVirologie	TOURABI Khalid	Chirurgieréparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZIDANE MoulayAbdelfettah	ChirurgieThoracique



DEDICACES

*« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »
Marcel Proust .*

Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui m'ont aidée vivement pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que je dédie cette thèse ...



A MES TRÈS CHÈRES PARENTS :

A ceux qui m'ont donné la vie,
A ceux qui m'ont toujours tout donné sans jamais rien compter,
Les mots se font pauvres et impuissants pour vous exprimer
ce que je ressens en écrivant ces quelques lignes.
Vous êtes la présence la plus douce et la plus merveilleuse de ma vie,
Vous êtes une source inépuisable d'amour et de tendresse,
Vous avez toujours été là pour moi et toujours au petit soin,
Vous m'avez supporté sans cesse et sans jamais vous plaindre,
Vous m'avez appris l'honnêteté et le sens de la responsabilité,
Vos prières m'ont été d'un grand soutien au cours de ce long parcours.
C'est grâce à vous que je prétends aujourd'hui au titre de docteur,
Je vous dédie ce travail en espérant être une source de fierté pour vous, et être à la
hauteur de vos attentes et de vos sacrifices.
Puisse Dieu tout Puissant vous protéger et vous procurer une longue vie pleine de
bonheur et de santé, et m'aider à vous rendre ne serait-ce qu'un bout de tout ce que vous
avez pu m'offrir jusque-là,
Une vie toute entière n'y suffira pas.
Je vous aime.

A MON CHÈRE MARI ISAM AZZAHIRI :

Une nouvelle âme m'a été insufflée depuis le jour où je t'ai connu.
Merci pour tes encouragements, pour ton support et pour tous tes sacrifices.
Merci d'avoir toujours été à mes côtés, dans les meilleurs moments comme dans les pires.
Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soient-elles ne sauraient exprimer
ma gratitude, ma reconnaissance et mon attachement.
Que Dieu nous bénisse, nous protège, et garde notre relation en épanouissement continu.

A MA CHÈRE SOEUR OUMAIMA (Mimi):

Depuis ma première année de médecine; tu as attendu le jour de ma soutenance avec
impatience ☺ Le voilà, il arrive!!
Tu es un don du ciel, Tu es une source de bonheur et de douceur,
Tu as supporté mon stress et mes sauts d'humeur,
Tu as toujours su trouver les mots pour me faire sourire quand je pleurais, et pour me
motiver quand je baissais les bras,
Tu es ma petite soeur que j'adore tellement,
Je remercie le bon Dieu de ta présence et je le prie de te protéger.

A MON ADORABLE FRÈRE EL MEHDI :

Je ne pourrais d'aucune manière exprimer ma profonde affection et mon immense
gratitude pour tous les sacrifices consentis, ton aide et ta générosité extrêmes qui ont été

pour moi une source de courage, et de confiance. J'implore DIEU qu'il t'apporte bonheur, amour et que tes rêves se réalisent.

A MON CHER FRERE YOUNES ET MA BELLE SŒUR MARIA :

J'exprime pour vous fierté, amour, reconnaissance et attachement inconditionnels.

*Vous étiez toujours à mes côtés malgré toute la distance qui nous sépare.
je n'oublierai jamais l'appui que vous me prodiguez chaque fois que j'en ai besoin.*

Je vous dédie ce travail qui ne serait accompli sans vos renforts,

Puisse le bon Dieu vous protéger et vous bénir.

A MES CHÈRES NEVEUX SOUFIANE ELMEHDI ET ILYASS :

*Les mots ne sauraient exprimer l'entendue de l'affection
que j'ai pour vous et ma gratitude.*

Je vous souhaite une vie pleine de bonheur, de santé et de prospérité. Que Allah vous bénisse et vous protège.

**A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS PATERNELS
ET MATERNELS :**

*Je sais que si vous étiez parmi nous, vous aurez été heureux et fiers.
Que vos âmes reposent en paix. Que dieu tout puissant vous accorde sa clémence et sa
miséricorde.*

**A MES CHÈRES BEAUX PARENTS, MA BELLE SŒUR AFAF ET MON
BEAU FRERE KHALIL :**

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

Merci pour vos encouragements, vos prières et votre amour.

Je vous dédie ce travail en guise de reconnaissance, de respect et de gratitude.

A TOUS MES ONCLES ET MES TANTES :

*En témoignage de mon attachement et de ma grande considération. J'espère que vous
trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux. Que ce
travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à votre égard, et soit la preuve du
désir que j'avais depuis toujours pour vous honorer. Tous mes vœux de bonheur et de
santé.*

A MES ADORABLES COUSINS ET COUSINES :

*Je vous dédie cette thèse tout en vous souhaitant une longue vie pleine de réussite, de
santé et de bonheur...*

A TOUS MES AMIS QUI ME RENDENT LA VIE PLUS BELLE :

A Zineb B. : Cela fait bientôt 12 ans qu'on se connaît... Le temps passe, fait de rires, de confidences, de surprises, de larmes mais surtout de moments de bonheur partagés. Je te dédie ce travail en te souhaitant une longue vie bien prospère ; que dieu te bénisse ma très chère.

A Fatima-Zahra et Rim: Votre compagnie a rendu ce long parcours plein de beaux souvenirs inoubliables.

Nous avons partagé ensemble le meilleur et le pire.

Merci pour votre amitié, pour votre soutien et votre encouragement.

Je vous souhaite tout le succès et bonheur du monde.

A Karima, Hidaya et Kawtar : Votre amitié a doublé mes joies et a réduit mes peines. Ce lien si spécial que nous avons tissé est éternellement incassable. Votre présence à mes côtés m'a toujours honorée. Vos prières m'ont été d'un grand soutien au cours de mon parcours. Que la bonté de Dieu illumine votre chemin mes très chères.

A mes précieux : Dr Abdelhadi ELYAACOUBI, Dr Chihab BOUYALI, Dr Sana ELHANNAOUI, Dr Fatim NABIL, Mohamed Anas ELANOUDI, L. OUSSAYEH, O. OUAGA, M. OUHA, Badr Nacer AMAJID, M. BOUSSIF, K.MAZAN, N. CHAWISS, S. OUASSIL, F. JAAFARI, M. BOUGADOUM, S. IJEDDA, Dr Yousra LANDA, Dr FAIQ Salma...

En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail en gage d'amour et de dévouement. Que notre amitié dure et perdure Inchallah.

A TOUS MES COLLEGUES DE PROMOTION :

En particulier : M. ABOUSAIID, M. TORAIF, S. ENNAZEK, S. MOUTAKI, A .RAMZI, A. OUMAJDI, M. MAJEDDINE, Z. LAY LAY, F .KASSIM, Z. RACHADI...

Vous m'étiez d'un grand soutien tout au long de mes études.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de mon respect et de ma considération.

A l'association des Amis de CHU Mohamed VI de Marrakech

Cela fut un honneur pour moi de faire partie d'une grande famille aussi agréable, généreuse et exceptionnelle sur tous les plans. J'ai appris avec vous le vrais sens du partage, du travail du groupe et du volontariat.

A tous les membres de l'association, et particulièrement Pr Cherkaoui Mohamed, Pr Aitoumeryem Miloud, Pr Hakim, Mr Saïd Elmarchet et Pr Elmessoussi Saïd. Chacun de vous a marqué mon parcours, merci d'être ce que vous êtes.

A TOUS LES MEMBRES DES ASSOCIATIONS :

Association « Amis du CHU Mohammed VI de Marrakech »

Association « Lueur d'espoir » Marrakech

Association « Lueur d'espoir » Massa

Association « Kafalat ALYATIM Marrakech »

« Croissant rouge de Marrakech »

A Dr K. SOUKRAT ET Dr N. ESSOUSSI :

Je vous dédie cette thèse en témoignage de ma grande considération,

Merci pour votre aide, votre amour et vos encouragements

Je vous souhaite une longue vie pleine de réussite, de santé et de bonheur

Puisse Dieu protéger notre union.

**A TOUS LES PATIENTS QUE J'AI RENCONTRES DURANT MES
ANNEES D'ETUDE :**

Vous êtes des modèles de patience et de courage

Même dans les moments les plus critiques, vous gardiez toujours espoir en Dieu

*Mille merci pour votre coopération, votre confiance et pour les leçons de vie que j'ai
appris à travers vous*

Je vous souhaite du fond du cœur une vie pleine de bonheur, santé et prospérité.

A tous ceux que j'ai involontairement omis de citer

Je vous dédie ce travail en guise d'estime



REMERCIEMENTS

A ALLAH

*Le tout miséricordieux, Le tout puissant,
Qui m'a inspiré,
Qui m'a guidé sur le droit chemin,
Je vous dois ce que je suis devenue,
Soumission, louanges et remerciements,
Pour votre clémence et miséricorde.*

*A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOHAMED SBIHI
PROFESSEUR DE PÉDIATRIE
CHU MOHAMED VI MARRAKECH*

*Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant aimablement
la présidence de notre jury.*

*Vos qualités professionnelles nous ont beaucoup marqués mais encore plus votre
gentillesse et votre sympathie. Votre enseignement restera pour nous un acquis de
grande valeur.*

*Veillez accepter, cher maître, dans ce travail nos sincères remerciements et toute la
reconnaissance que nous vous témoignons.*

*A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOHAMED AMINE
PROFESSEUR D'ÉPIDÉMIOLOGIE CLINIQUE
CHU MOHAMED VI- MARRAKECH*

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

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

*Veillez trouver ici, cher Maître, l'assurance de notre admiration et de notre profond
respect.*

***A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THÈSE MONSIEUR LE PROFESSEUR
YASSIR AIT BENKADDOUR PROFESSEUR DE GYNECOLOGIE
OBSTÉTRIQUE CHU MOHAMED VI MARRAKECH***

*Nous tenons à vous exprimer nos plus sincères remerciements pour avoir
accepté de siéger auprès de ce noble jury. Votre présence nous honore.*

Veillez trouver ici, professeur, l'expression de notre profond respect.

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

*Nous vous remercions d'avoir répondu à notre souhait de vous voir siéger parmi nos
membres du jury. En acceptant d'évaluer notre travail, vous nous accordez un très
grand honneur. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'assurance de mes sentiments
respectueux et dévoués.*

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

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Merci de m'avoir guidé tout au long de l'étude.

Merci pour l'accueil aimable et bienveillant que vous m'avez réservée à chaque fois.

Je voudrais être digne de la confiance que vous m'avez accordée.

Veillez croire à l'expression de notre grande admiration et notre profond respect.

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

Vous m'avez consacré votre temps précieux et votre aimable sollicitude, sans réserve.

Vous m'avez toujours reçu avec beaucoup de gentillesse et avec spontanéité.

Un grand merci de la qualité de votre enseignement, de votre encadrement et votre modestie. Ce travail n'aurait pas été complet sans vous.

Quels que soient les mots utilisés, je ne saurais vous exprimer suffisamment mes remerciements et mon témoignage de ma profonde estime, ma haute considération et ma très haute admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOHAMED CHERKAOU
PROFESSEUR D'ECOLOGIE HUMAINE A LA FACULTE DES SCIENCES
SEMLALIA MARRAKECH

Nous vous remercions infiniment pour votre soutien et vos encouragements tout au long de mon étude. C'est avec sincérité que nous vous exprimons notre admiration pour le professeur, mais aussi pour l'homme que vous êtes.

Veillez trouver dans ce travail, Cher Maître, l'expression de notre estime et de notre haute considération.

A TOUS MES PROFESSEURS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE DE MARRAKECH.

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

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



*LISTE DES TABLEAUX
ET FIGURES*



LISTE DES FIGURES :

Figure 1 :Modèle conceptuel des déterminants qui influencent l'utilisation des services de santé maternelle	- 6 -
Figure 2 : Répartition des participantes selon le niveau d'étude.(N=87)	- 14 -
Figure 4 : Répartition des femmes selon le lien de parenté avec leurs conjoints(N=67).....	- 15 -
Figure 5 : Répartition des femmes mariées selon le nombre d'enfants vivants	- 17 -
Figure 6 :Connaissances des participantes des méthodes contraceptives(N=87)	- 18 -
Figure 7 : Avis du mari vis-à-vis de la planification familiale(N=67).....	- 18 -
Figure 8 : Répartition des participantes selon le nombre idéal d'enfants désirés(N=83).....	- 19 -
Figure 9 : Répartition des participantes selon leur opinion sur l'intervalle intergénérisique idéal entre les naissances(N=84).....	- 19 -
Figure 10 : Répartition des participantes selon leur connaissance à propos des signes sympathiques de grossesse(N=87)	- 20 -
Figure 11 :Répartition des participantes selon leur connaissance des signes d'alarme au cours de la grossesse(N=87).....	- 21 -
Figure 12 : Répartition des participantes selon leur connaissance de qui doit surveiller la grossesse(N=87)	- 21 -
Figure 13 : Répartition des participantes selon le nombre de consultations nécessaires pendant la grossesse(N=87).....	- 22 -
Figure 14 : Répartition des femmes ayant reçu des soins prénatals selon le nombre de CPN faites durant leur dernière grossesse(N=20)	- 23 -
Figure 15 : Répartition des femmes ayant reçu des soins prénatals selon le lieu de visite(N=20)-	23 -
Figure 16 : Répartition des femmes ayant reçu des soins prénatals selon la nature des examens reçus (N=20)	- 24 -
Figure 18 : Répartition des femmes mariées déjà enceintes selon les raisons de la non utilisation de La CPN (N=33)	- 25 -
Figure 19 : Répartition des participantes selon leur connaissance des signes présumant l'accouchement (N=87)	- 26 -

Figure 20 : Répartition des femmes mariées déjà enceintes selon le lieu d'accouchement (N=18)	- 27 -
Figure 21 : Répartition des femmes ayant donné une naissance à domicile selon leur motif principal (N= 34) - 27 -
Figure 22 : Répartition des participantes selon leur connaissance du risque de complications durant le post-partum (N=87) - 28 -
Figure 23 : Répartition des participantes selon leur attitude à propos de la consultation postnatale - 29 -

LISTE DES TABLEAUX :

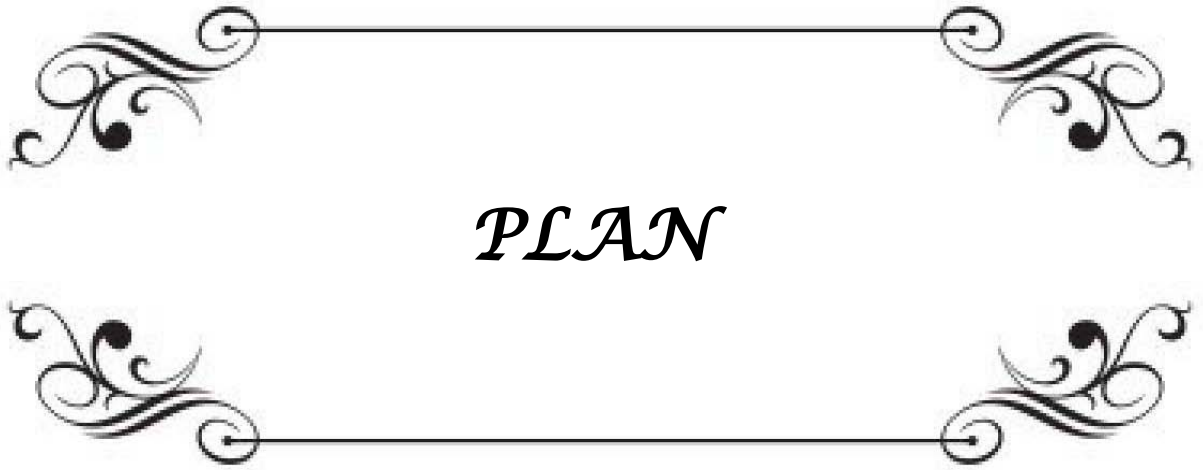
Tableau I : Le chronogramme détaillé de notre étude	- 11 -
Tableau II : Répartition des participantes selon les caractéristiques du recours aux soins	- 14 -
Tableau III: Répartition des conjoints selon les caractéristiques socio-démographiques	- 16 -
Tableau IV : Répartition des femmes mariées qui n'ont pas reçu des soins postnatals durant leur dernier accouchement selon les motifs du non recours (N=40)	- 30 -
Tableau V: Répartition des facteurs personnels, d'accessibilité et des connaissances chez les femmes ayant bénéficié d'au moins une CPN.	- 31 -
Tableau VI: Répartition des facteurs personnels, d'accessibilité et des connaissances chez les femmes ayant accouché en milieu surveillé.	- 32 -
Tableau VII: Répartition des facteurs personnels, d'accessibilité et des connaissances chez les femmes ayant bénéficié d'une consultation postnatale.....	- 33 -
Tableau VIII: Répartition des facteurs personnels, d'accessibilité et des connaissances chez les femmes ayant recours au centre de santé en dehors de la grossesse.	- 34 -



ABBREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS :

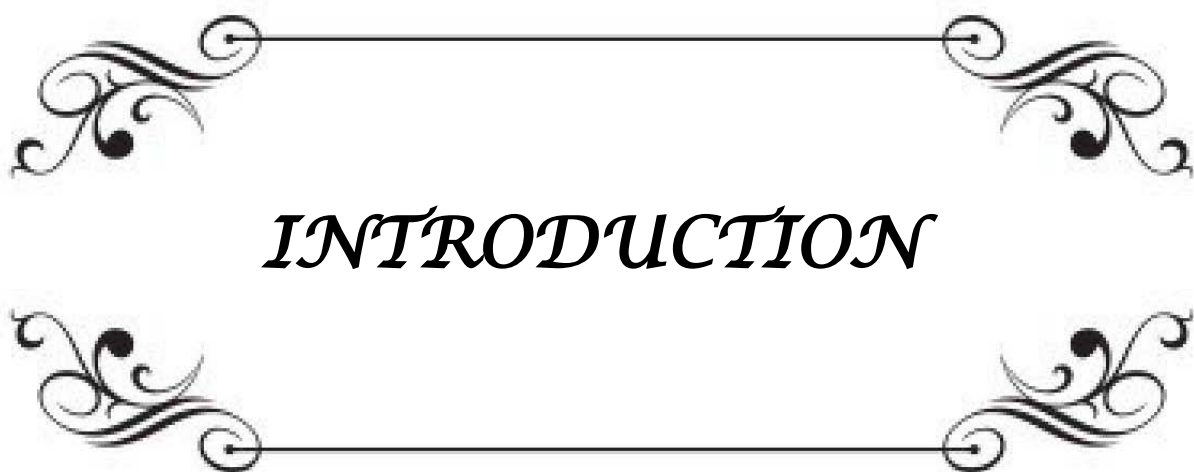
- OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement.
- ODD** : Objectifs du Développement Durable.
- CPN** : Consultation PréNatale.
- CPP** : Consultation du Post Partum.
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire.
- CSUA** : Centre de santé avec unité d'accouchement.
- CU** : Contractions utérines.
- RPE** : Rupture de la poche des eaux.
- OMI** : Oedèmes des membres inférieurs.
- CIN** : Carte d'identité nationale.
- TA** : Tension artérielle.
- BCF** : Bruits du cœur fœtal.
- RAI** : Recherche des agglutinines irrégulières.



PLAN

INTRODUCTION	
I. Introduction :	2
II. Objectifs de l'étude :	4
III. Contexte de l'étude et Cadre conceptuel:	
1. Site de l'étude :	4
2. Cadre conceptuel :	5
PARTICIPANTES ET METHODES	7
I. Type d'étude :	8
II. Population cible :	8
III. Echantillon :	8
IV. Variables étudiées :	8
V. Collecte de données :	9
VI. Analyse de données :	10
VII. Aspects éthiques :	10
VIII. Aspects réglementaires :	10
IX. Echancier de l'étude:	11
X. Difficultés rencontrées :	11
RESULTATS	
I. Caractéristiques socio-démographiques:	13
1. Toutes les participantes :	13
2. Les femmes mariées :	14
II. Planification familiale :	
1. Connaissances des participantes des méthodes contraceptives :	16
2. Utilisation actuelle des méthodes contraceptives :	17
3. Avis du mari vis-à-vis de la planification familiale :	17
4. Nombre idéal d'enfants :	18
5. Intervalle intergénéralique :	18
III. Soins prénatals :	
1. Connaissances des participantes à propos de la consultation prénatale :	18
2. Attitudes et Pratiques de la consultation prénatale :	20
IV. Accouchement :	
1. Connaissances des participantes à propos de l'accouchement :	23
2. Attitudes et Pratiques de l'accouchement :	24
V. Soins du postpartum :	
1. Connaissances des participantes de la consultation postnatale :	26
2. Attitudes et Pratiques de la consultation postnatale :	27
VII. Déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle chez les femmes mariées :	29
1. Utilisation des services de la consultation prénatale :	29
2. Recours à l'accouchement assisté par un professionnel de santé :	31
3. Utilisation des services de la consultation postnatale :	32
4. Utilisation des services de soins en dehors de la grossesse :	33

DISCUSSION	
I. L'utilisation des services de soins maternels:.....	35
1. Planification familiale :.....	45
2. Santé maternelle :.....	35
II. Modèles théoriques de l'utilisation des services de santé maternelle :.....	38
III. Discussion des résultats :.....	42
IV. Avantages et limites de l'étude :.....	50
V. Recommandations :.....	51
CONCLUSION	53
ANNEXES	
I. Annexe 1 : Carte sanitaire de la province d'AlHaouz	55
II. Annexe 2 : Questionnaire de l'étude.....	56
RESUMES	64
BIBLIOGRAPHIE	71



INTRODUCTION

I. Introduction :

L'amélioration de la santé maternelle demeure une préoccupation majeure de santé publique.

L'importance accordée à ce sujet est motivée par la fréquence et la gravité des maladies dont souffrent la mère et l'enfant et les taux élevés de mortalité maternelle et infantile dans certains pays.

En effet, environ 303 000 femmes, dans le monde, sont mortes en 2015 de complications évitables liées à la grossesse ou à l'accouchement, dont 99% sont survenues dans des pays en développement(1).

Selon l'organisation mondiale de la santé, le Maroc fait partie du groupe des pays qui ont réalisé des progrès pour l'amélioration de la santé maternelle dans le cadre du 5ème objectif du Millénaire pour le développement (OMD) adopté par la communauté internationale en 2000(2).

En effet; le ratio de mortalité maternelle est passé de 332 à 112 pour 100000 naissances vivantes en 2010, soit une réduction de 66% par rapport à 1992(3).

Ces efforts ont permis également d'améliorer les autres indicateurs de santé maternelle. En 2011, plus de six femmes sur 10 (67,4 %) utilisaient une méthode contraceptive. La proportion d'accouchement en milieu surveillé a progressé de façon continue pour atteindre 74%. L'augmentation de cette proportion est parallèle à la proportion des femmes ayant eu une consultation auprès d'un personnel qualifié, passé à 77,1% durant la même période. Par ailleurs, 21,9 % des femmes ont bénéficié de consultations postnatales qualifiées(4).

Encouragé par ces progrès, le Maroc a ajusté son objectif de réduction de mortalité maternelle de 112 à 50 décès pour 100 000 naissances vivantes pour l'an 2016 dans le cadre du plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle pour la période de 2012-2016 (5).

Ainsi, dans le cadre d'accélération du recul, le Royaume s'est inscrit au Programme des Objectifs du Développement Durable (ODD), une feuille de route lancée à New-York en 2015, qui

a pour objectif, la réduction du taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes entre 2016 et 2030(6).

Malgré ces efforts déployés, des iniquités persistent dans l'accès aux soins obstétricaux et néonataux entre milieu de résidence, entre régions, entre provinces et entre niveaux socioéconomiques. En 2011, le taux de mortalité maternelle en milieu rural était deux fois plus important qu'en milieu urbain (148 contre 73 décès pour 100000 naissances vivantes), et la proportion d'accouchement en milieu surveillé ne dépassait pas 55% chez les femmes de provenance rurale. Quant aux soins prénatals ; 62,7% des femmes ont été suivies durant la même année et seulement 13,6% des femmes rurales ont consulté en période du post-partum (7).

L'utilisation des services de soins obstétricaux est l'un des facteurs clefs favorisant une meilleure santé des mères et de leurs enfants(8). Effectivement, une méta-analyse réalisée en 2011 sur 13 études montre une réduction de 23% de la mortalité lors des accouchements lorsque les femmes accouchent auprès d'un personnel qualifié(9).

Néanmoins, les services de soins dans plusieurs pays en développement sont souvent sous-utilisés (10) et un grand nombre de femmes continue d'accoucher dans des conditions sanitaires médiocres, en particulier en zone rurale(11).

Parmi les déterminants expliquant la sous-utilisation des services de santé maternelle, on cite : la pauvreté, la distance, le manque d'informations, l'inadéquation des services et les pratiques culturelles (1) .

De ce fait, la littérature indique que l'analyse des déterminants de la demande de soins est extrêmement importante pour la mise en œuvre de politiques et de stratégies fiables pour chaque communauté, mais aussi pour assurer une utilisation effective des services de soins(12).

Devant ce constat, et dans l'objectif d'une meilleure élaboration des interventions pouvant optimiser la santé maternelle, nous avons mené cette étude pour chercher à comprendre si la population de Zerkten utilise les services de santé maternelle disponibles, et aussi pour mettre en évidence les facteurs déterminant ce recours aux soins dans cette zone rurale.

II. Objectifs de l'étude :

- Décrire le niveau d'utilisation des services de santé maternelle (CPN, accouchement, CPP) par la population de la commune de Zerkten, Province d'Al Haouz, Région Marrakech-Safi.
- Identifier les déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle par la population de la commune de Zerkten.

III. Contexte de l'étude et Cadre conceptuel:

1. Site de l'étude :(Annexe 1)

Pour mener notre étude, nous avons choisi la commune rurale de Zerkten, dans la province d'Al Haouz, cercle d'Ait Ourir, Caidat de Touama dans la région de Marrakech-Safi, au Maroc. Située au Flanc nord du Haut Atlas occidental à 78 Km de l'ouest de la ville de Marrakech sur la route nationale Marrakech-Ouarzazate.

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

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

Le taux de pauvreté estimé à 23,9% en 2007 selon le Haut-commissariat au Plan(13), est nettement supérieur à la moyenne nationale qui est de 8,9% ; ce qui qualifie la commune de Zerkten comme étant parmi les pauvres communes de la région.

La commune de Zerkten est desservie d'un centre de santé, et une maison d'accouchement localisée à Touama (23 Km). En plus de trois dispensaires ruraux (Taddart, Ighi, Idgh), auxquels vient s'ajouter un hôpital provincial localisé à Tahanaout (87 Km).(14)

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

2. Cadre conceptuel :

Plusieurs études ont analysé les facteurs impliqués dans la sous ou non-utilisation des services de santé maternelle dans les pays en développement, particulièrement en Afrique, et démontrent que le recours à ces services est affecté par une multitude de facteurs. (15,16)

Concernant le définition retenue de l'utilisation des services de santé maternelle, nous avons opté pour trois consultations prénatales, l'accouchement assisté par un professionnel de santé et une consultation postnatale dans les 40 jours qui suivent.

Pour concevoir notre modèle conceptuel (Figure1), nous nous sommes inspiré du cadre conceptuel du Kroeger (17) adapté par K. Nassiri(18), cadre théorique permettant d'expliquer les inégalités socioéconomiques dans l'utilisation des services de santé en se basant sur :

- **Dimensions liées aux femmes** telles que les caractéristiques sociodémographiques (Age de la femme et de son conjoint, niveau d'instruction de la femme et de son conjoint, et laprofession) ainsi que la parité, les caractéristiques culturelles, le degré de connaissances sur la santé maternelle, l'historiquedes grossesses antérieures.
- **Dimensions liées aux professionnels de santé**telles que leur relation avec les malades.
- **Dimensions liées à la structure et à l'organisation des services** telles que l'accessibilité des services.

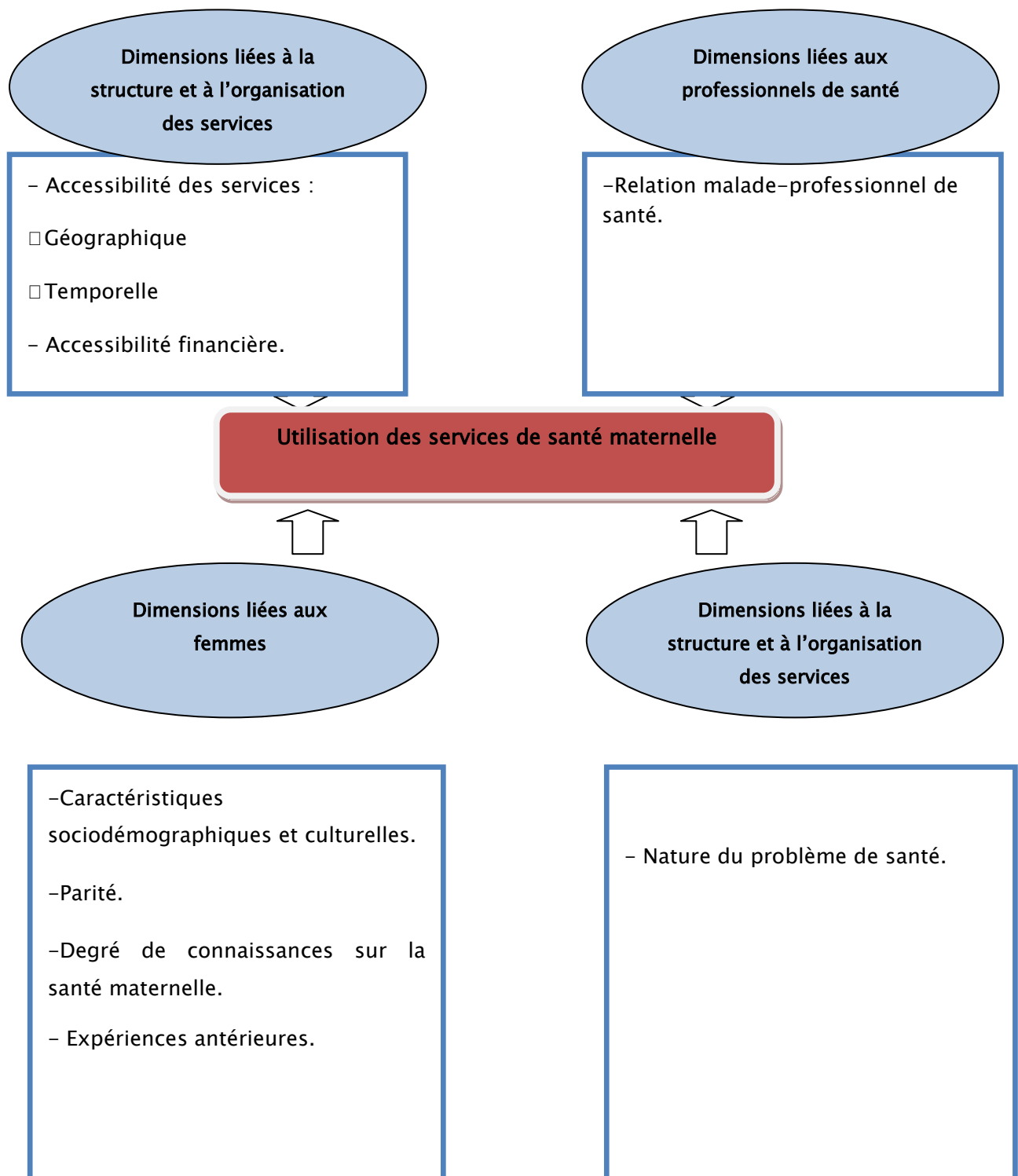


Figure 1 :Modèle conceptuel des déterminants qui influencent l'utilisation

des services de santé maternelle



***PARTICIPANTES
ET
METHODES***

I. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale de type enquête connaissances, attitudes et pratiques.

II. Population cible :

Notre étude a visé les femmes en activité génitale, âgées de plus de 15 ans et résidentes dans la commune de Zerkten.

III. Echantillon :

Le recrutement des participantes à l'étude a été effectué par deux méthodes :

- Echantillon exhaustif à partir des femmes enceintes venant au centre de santé de la commune de Zerkten pour le suivi de leur grossesse dans le cadre des caravanes sanitaires organisées en parallèle à la même étude.
- Echantillon accidentel par la visite des ménages de quatre sites diversifiés de la commune (Imtsen, Ait Manssour, Tabahougat, Anamer) par la méthode du porte-à-porte.

La taille de l'échantillon était de : 87 femmes.

IV. Variables étudiées :

Les variables de notre étude ont été réparties en:

Données sociodémographiques : Age, Niveau d'instruction, Profession, Statut marital, Mode de vie, Couverture sanitaire.

Connaissances, Attitudes et Pratiques :

- Planification familiale : Connaissance des méthodes contraceptives, Nombre idéal d'enfants, Intervalle inter génésique, Utilisation d'un moyen contraceptif.
- Grossesse : Signes de grossesse, Signes de danger au cours de la grossesse, Surveillance de la grossesse, Recours à la CPN, Types de prestations reçues.
- Accouchement : Signes de début du travail, Lieu d'accouchement.
- Post-partum : Signes de danger dans la période postnatale, Recours à la consultation postnatale.

V. Collecte de données :

La collecte des données s'est déroulée durant les mois de Mars et Avril 2014. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire conçu et traduit en arabe dialectal marocain par le laboratoire d'épidémiologie médicale de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech. (Annexe 2)

L'Administration s'est faite en face à face par des enquêtrices parlant Amazigh vu la spécificité culturelle de la région. Ces dernières qui étaient des étudiantes en médecine et au nombre de 15, ont été formées sur la manière de remplir un questionnaire pour savoir communiquer avec la participante et conduire l'entretien avec elle.

L'outil constitué de 07 pages, et testé auparavant était composé des sections suivantes :

- Connaissances, attitudes et pratiques concernant la planification familiale, le déroulement et la surveillance de la grossesse et de l'accouchement, et la période du post-partum.
- Caractéristiques sociodémographiques : âge, situation familiale et économique, couverture sociale.
- Accessibilité et recours aux soins.

Le temps nécessaire à l'administration du questionnaire variait de 20 minutes à 30 minutes.

VI. Analyse de données :

La saisie des données recueillies a été faite sur le logiciel SPSS version 16.0 au laboratoire d'épidémiologie médicale de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, université CADI AYYAD.

Les analyses statistiques essentiellement de type descriptif, ont fait appel au :

- Calcul des effectifs et des pourcentages, pour les variables qualitatives.
- Calcul des mesures de tendances centrales (moyennes et médianes) et des mesures de dispersion (écart type ou étendu) pour les variables quantitatives.

Les analyses bi-variées ont fait appel à la comparaison de 2% par le test de Khi deux ou le test de Fisher, et/ou un test non paramétrique de Mann-Whitney pour la comparaison de 2 moyennes.

Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

VII. Aspects éthiques :

L'équipe de travail a veillé sur l'information des participantes des objectifs de l'étude. Ainsi, le consentement oral, l'anonymat et la confidentialité des informations recueillies étaient des éléments de rigueur pour notre étude.

VIII. Aspects réglementaires :

Les autorisations pour la collecte des données ont été obtenues au niveau de la délégation du Ministère de santé de la province d'Al Haouz, ainsi que les autorités locales de la commune de Zerkten.

IX. Echéancier de l'étude:

Notre étude s'est déroulée sur une période de 24 mois, du mois Janvier 2014 jusqu'au mois de Décembre 2015, en suivant 8 étapes (Tableau 1) :

Tableau I : Le chronogramme détaillé de notre étude

	2014												2015											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revue de littérature	[Orange bar]																							
Préparation et validation du questionnaire	[Yellow bar]																							
Autorisations locales et préparation du terrain	[Yellow bar]																							
Formation des enquêtrices	[Yellow bar]																							
Enquête			[Blue bar]																					
Validation et saisie des données				[Green bar]																				
Analyse des données								[Green bar]																
Communication des résultats											[Green bar]													
												[Brown bar]												

X. Difficultés rencontrées :

Malgré la méthode du « porte à porte », le recrutement de plus de participantes était plus difficile vu la dispersion des ménages et le caractère montagnard de la commune de Zerkten.

La difficulté de compréhension des questions par certaines participantes a constitué un frein de communication limitant ainsi la qualité des données recueillies.

La difficulté de recrutement des enquêtrices (étudiantes en médecine) étant donné que « le volontariat » était parmi nos critères de choix.



RESULTATS

I. Caractéristiques socio-démographiques:

1. Toutes les participantes :

1.1. Age:

La médiane de l'âge de notre échantillon était de 24 ans, avec des extrêmes allant de 15 à 60 ans.

1.2. Etat matrimonial :

Dans notre échantillon (N=87), 75,9% des participantes étaient mariées, vingt (23%) étaient célibataires et une femme (1,1%) était veuve.

1.3. Niveau d'instruction:

On a constaté que plus de la moitié de nos participantes étaient instruites, dont 50% avaient un niveau primaire.

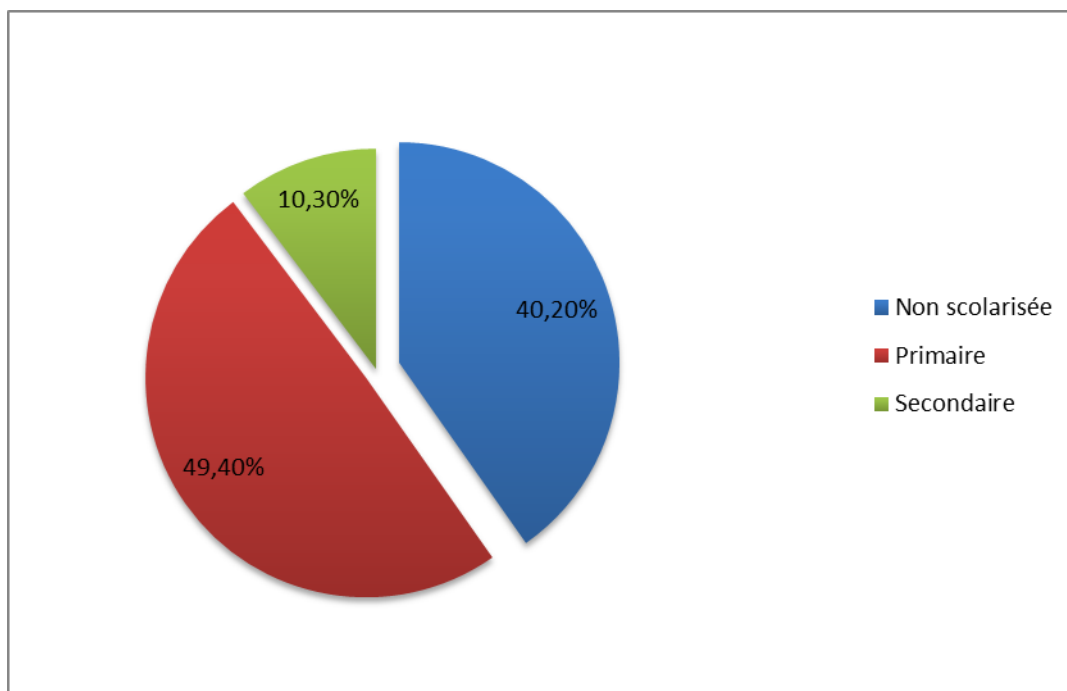


Figure 2 : Répartition des participantes selon le niveau d'étude.(N=87)

1.4. Activité professionnelle :

Concernant l'emploi, 84,9% des participantes étaient des femmes au foyer contre seulement 2,3% qui avaient une profession rémunérée. Cependant, 12,8% des participantes étaient des élèves.

1.5. Mode de vie :

On a remarqué que 47,1% de notre échantillon (N=87) vivaient en famille nucléaire.

1.6. Caractéristiques d'accès aux soins:

Dans notre étude, plus de trois quarts de nos participantes ne bénéficiaient pas d'une couverture médicale. Ainsi, la majorité des participantes parcouraient plus d'une heure pour atteindre le centre de santé le plus proche, avec la marche comme moyen de transport chez 52,9% des personnes enquêtées.

Tableau II :Répartition des participantes selon les caractéristiques du recours aux soins

Caractéristiques	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Couverture sanitaire	17	19,5
Moyen pour arriver au centre		

de santé le plus proche		
• A pieds	46	52,9
• Transport commun	41	47,1
Temps pour y arriver (N=75)		
• < 30 min	5	6,7
• 30 min – 2heures	64	85,3
• Plus de 2heures	6	8
Recours au centre de santé en cas de problème de santé	51	59,3

2. Les femmes mariées :

2.1. Age au premier mariage :

Parmi les femmes mariées dans notre échantillon(N=67), 49,2% ont été mariées avant 18 ans et 29,9% entre 19 et 30 ans. Par ailleurs, 20,9% des femmes ne se souviennent pas de leur âge du mariage.

2.2. Consanguinité :

Parmi les femmes mariées dans notre échantillon, on a trouvé que la proportion du mariage consanguin était de 29,9%.

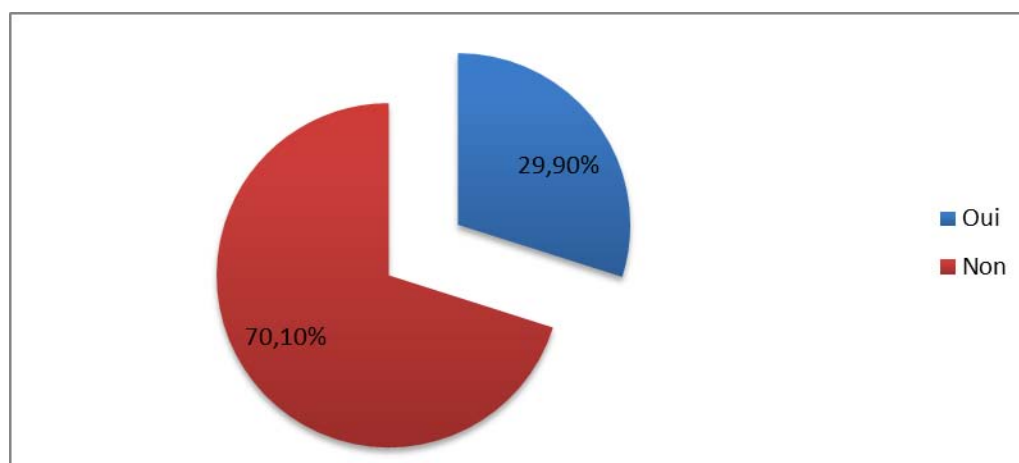


Figure 3 : Répartition des femmes selon le lien de parenté avec leurs conjoints(N=67)

2.3. Caractéristiques socio-démographiques des conjoints :

Dans notre échantillon, les conjoints de nos participantes mariées avaient une médiane d'âge de 34 ans avec des valeurs extrêmes allant de 22 ans à 70 ans. La quasi-totalité des maris avaient une profession et plus d'un tiers (36,9%) avaient un niveau d'instruction primaire.

Tableau III: Répartition des conjoints selon les caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Fréquence	%
Age (En années) N=67		
• 20-29	14	15,9
• 30-45	21	23,9
• >45	5	12,5
• Méconnu par la femme	27	54
Niveau d'instruction N=65		
• Aucun	26	40
• Ecole coranique	12	18,5
• Primaire	24	36,9
• Secondaire	3	4,6
Profession N=66		
• Sans profession rémunérée	6	9,1
• Avec profession rémunérée	60	90,9

2.4. Femmes enceintes au moment de l'étude :

Dans notre étude(N=87), il est à noter que 46 (52,9%) des femmes mariées étaient enceintes, dont 11,7% en 1^{er} trimestre, 48,9% en 2^{ème} trimestre et 39,6% en 3^{ème} trimestre.

2.5. Parité :

Dans notre échantillon, la proportion des femmes mariées(N=67) ayant mis au monde 2 enfants ou plus était de presque une femme sur deux (51,6%).

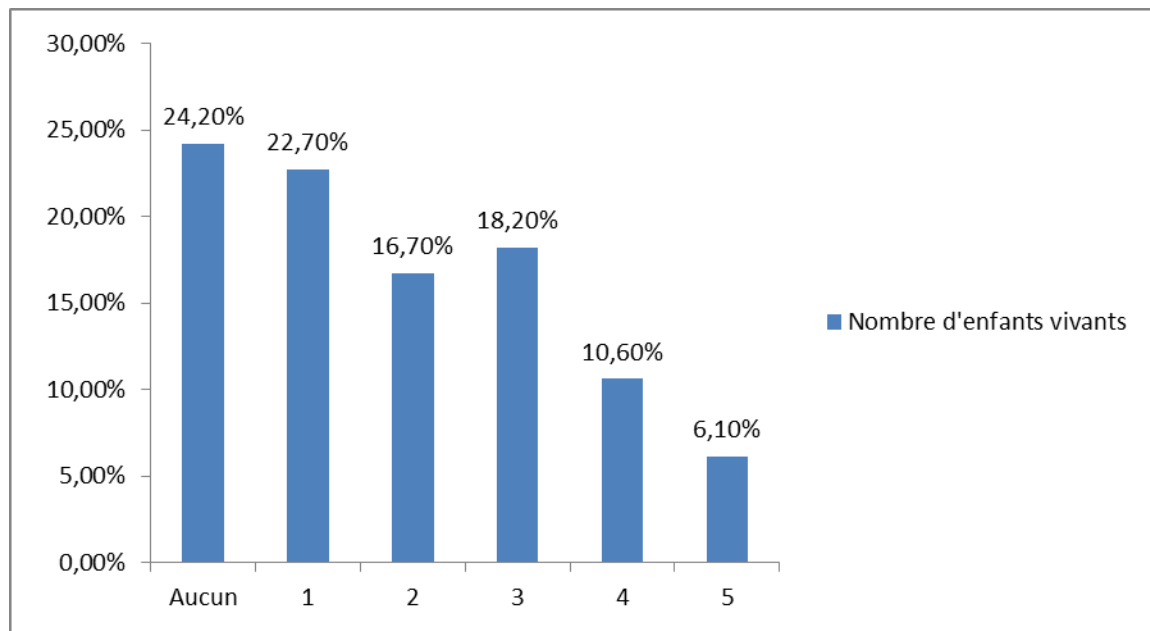


Figure 4 : Répartition des femmes mariées selon le nombre d'enfants vivants

II. Planification familiale :

1. Connaissances des participantes des méthodes contraceptives :

La collecte des informations relatives à la connaissance des méthodes contraceptives avait montré que 88,6% de nos participantes connaissaient juste la pilule comme moyen contraceptif.

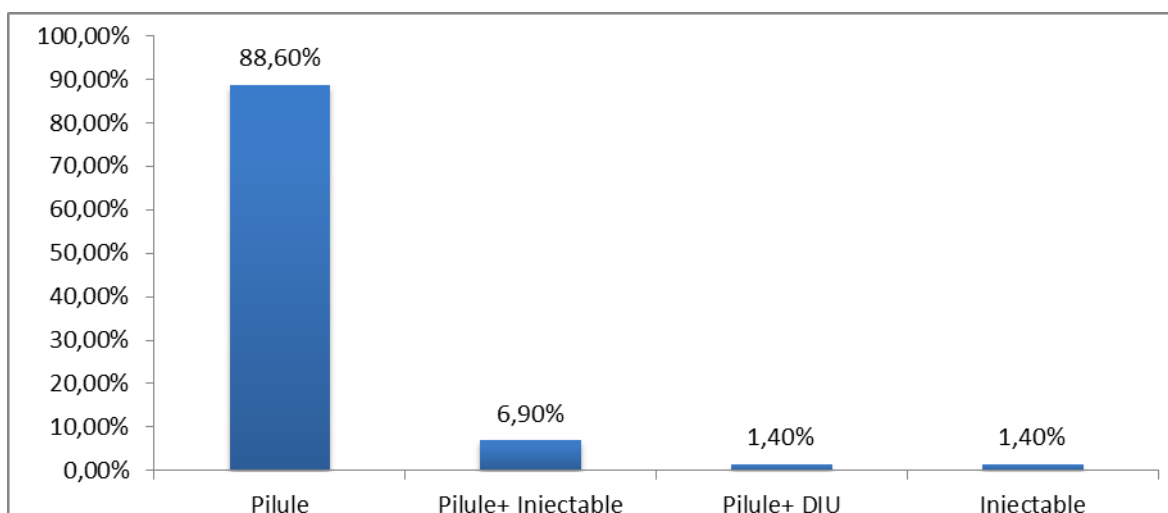


Figure 5 :Connaissances des participantes des méthodes contraceptives(N=87)

2. Utilisation actuelle des méthodes contraceptives :

Dans notre étude, parmi les femmes mariées (N=67) ; seules 24,2% utilisaient une méthode contraceptive et plus précisément la pilule.

3. Avis du mari vis-à-vis de la planification familiale :

Parmi les femmes mariées (N=67), on a noté que la proportion des maris qui étaient d'accord avec l'utilisation de moyens contraceptifs était de l'ordre de 61,5%, contrairement à 9,2% qui n'en acceptaient pas.

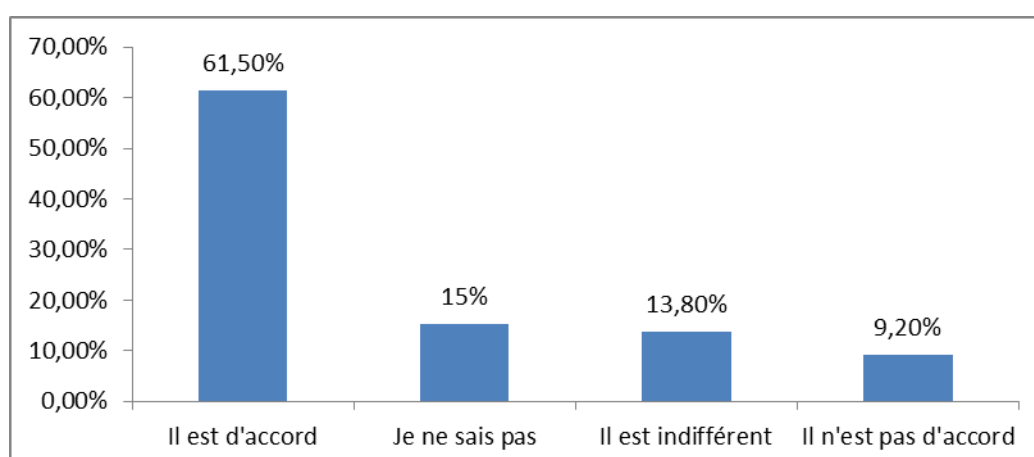


Figure 6 : Avis du mari vis-à-vis de la planification familiale(N=67)

4. Nombre idéal d'enfants :

Dans notre étude, on a constaté que la proportion des femmes(N=83) qui désiraient trois enfants ou moins dépasse 73,5%, contre seulement 26,5% qui désirent quatre enfants ou plus.

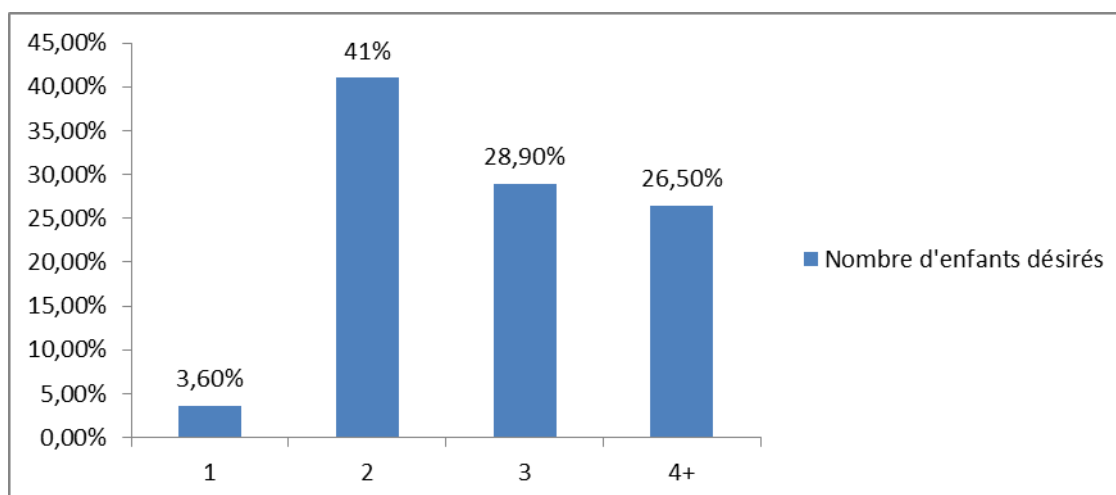


Figure 7 : Répartition des participantes selon le nombre idéal d'enfants désirés(N=83)

5. Intervalle intergénéscique :

On a constaté que l'intervalle intergénéscique idéal pour 31% des participantes (N= 84) était de 2 ans.

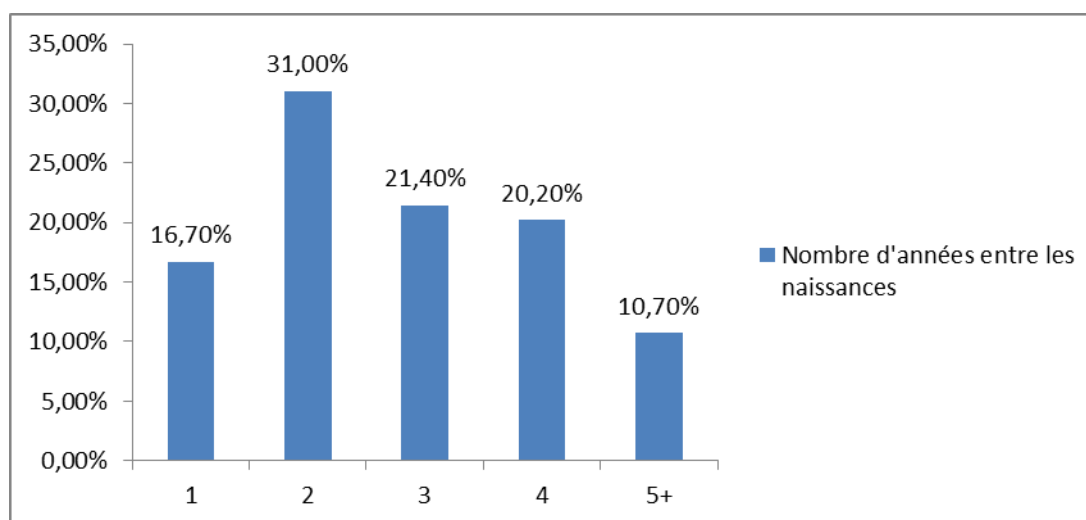


Figure 8 : Répartition des participantes selon leur opinion sur l'intervalle intergénéscique idéal entre les naissances(N=84)

III. Soins prénatals :

1. Connaissances des participantes à propos de la consultation prénatale :

1.1. Signes de grossesse :

Dans notre échantillon(N=87), 75 participantes (87,2%) ont déclaré savoir les signes sympathiques de grossesse, selon la répartition suivante :

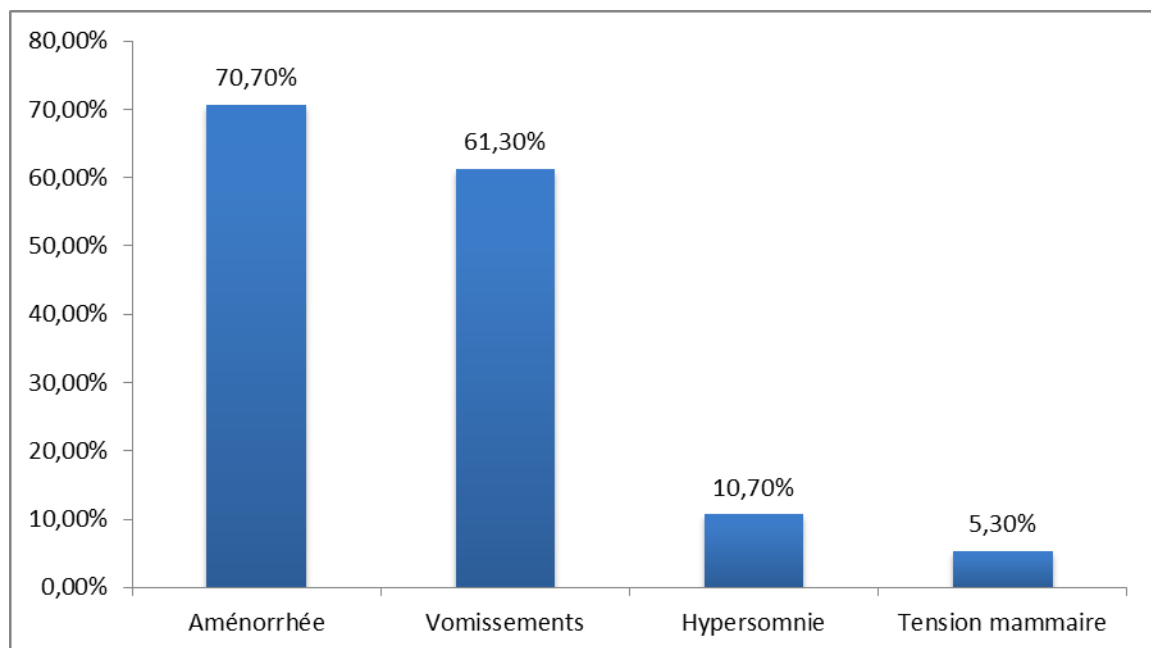


Figure 9 : Répartition des participantes selon leur connaissance à propos des signes sympathiques de grossesse(N=87)

1.2. Signes d'alarme au cours de la grossesse :

Dans notre étude(N=87), seulement 36% des participantes qui connaissaient les signes d'alarme à guetter pendant la grossesse, avec une proportion de 50% pour le signe d'hémorragie.

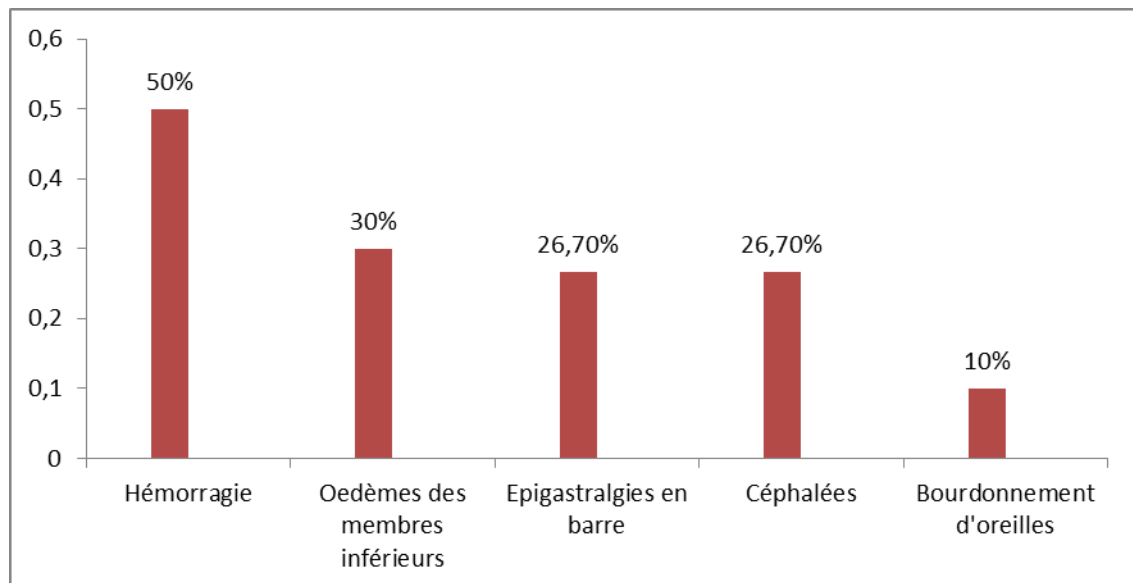


Figure 10 : Répartition des participantes selon leur connaissance des signes d'alarme au cours de la grossesse(N=87)

1.3. Qui doit surveiller la grossesse ?

Plus de deux tiers de nos participantes (N=87) ont affirmé que la grossesse doit être suivie par un professionnel de santé, contre 10,3% qui ont déclaré qu'il n'y a pas d'intérêt de surveiller la grossesse.

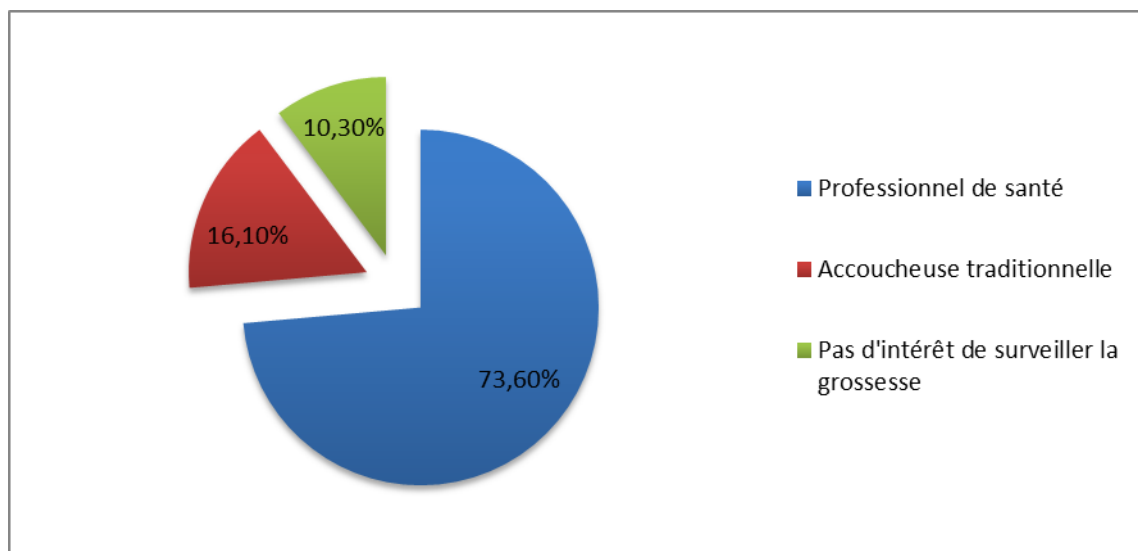


Figure 11 : Répartition des participantes selon leur connaissance de qui doit surveiller la grossesse(N=87)

1.4. Nombre de CPN au cours de la grossesse :

Sur 87 participantes, 46 parmi elles (54,1%) ont déclaré savoir le nombre de consultations prénatales nécessaires pendant la grossesse selon la répartition ci-dessous :

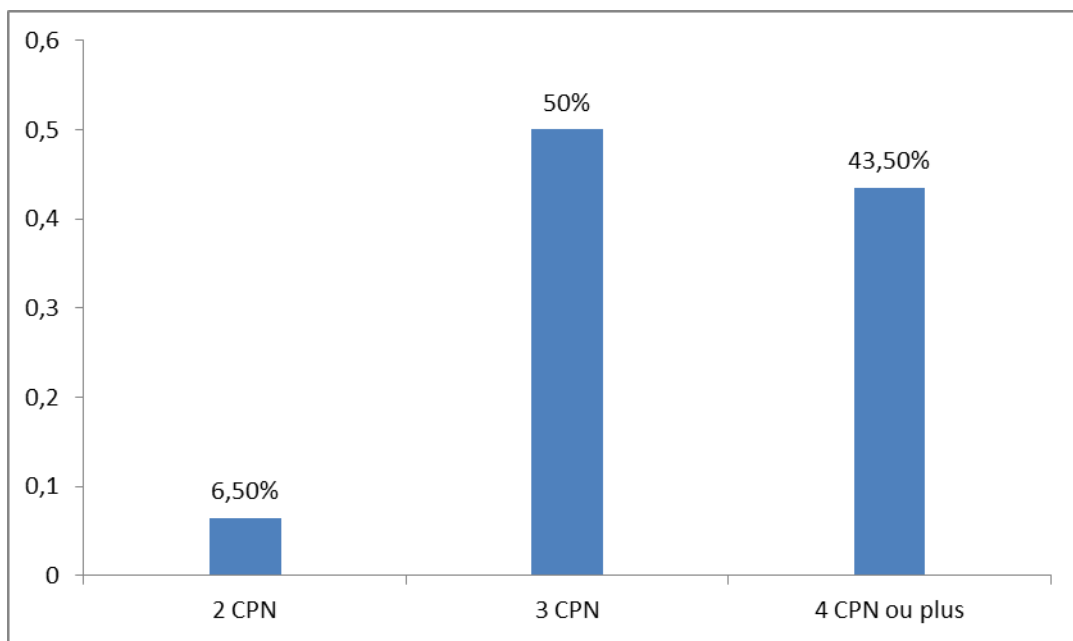


Figure 12 : Répartition des participantes selon le nombre de consultations nécessaires pendant la grossesse(N=87)

2. Attitudes et Pratiques de la consultation prénatale :

Dans notre échantillon (N=87), on avait noté 53 femmes qui étaient enceintes auparavant, dont seulement 20 participantes (35,8%) ont consulté chez un professionnel de santé durant leur dernière grossesse. On a constaté que parmi ces 20 femmes, uniquement 3 (15%) naissances ont fait l'objet de 4 visites prénatales ou plus.

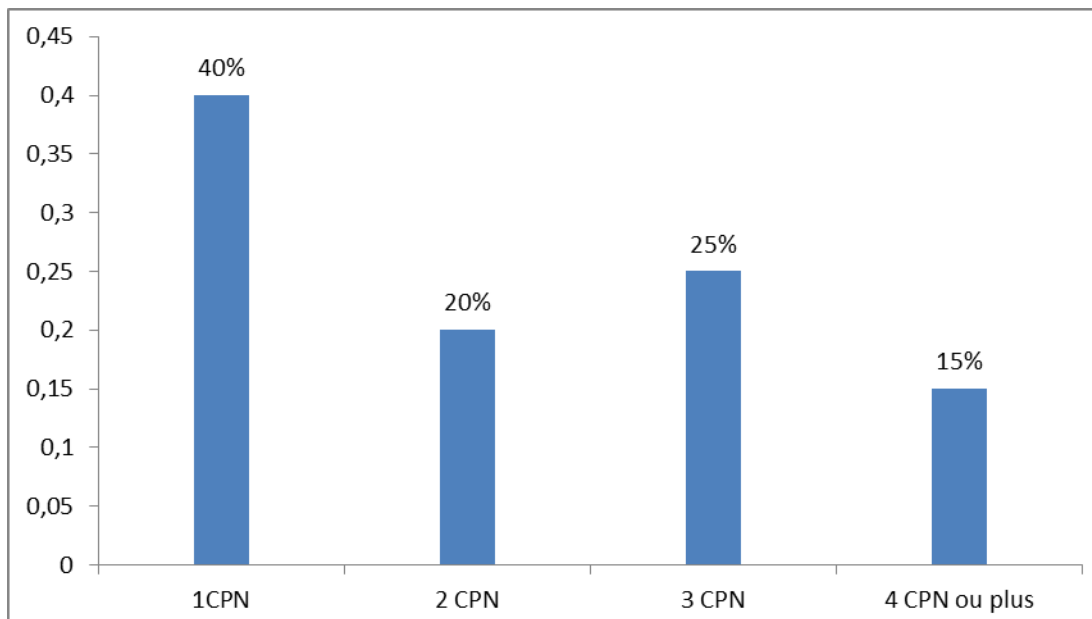


Figure 13 : Répartition des femmes ayant reçu des soins prénatals selon le nombre de CPN faites durant leur dernière grossesse(N=20)

2.1. Lieu de visite lors des CPN :

Par ailleurs, on a constaté que 75% des femmes qui ont reçu des soins prénatals (N=20) ont bénéficié de la CPN dans les structures de soins publiques(N=20).

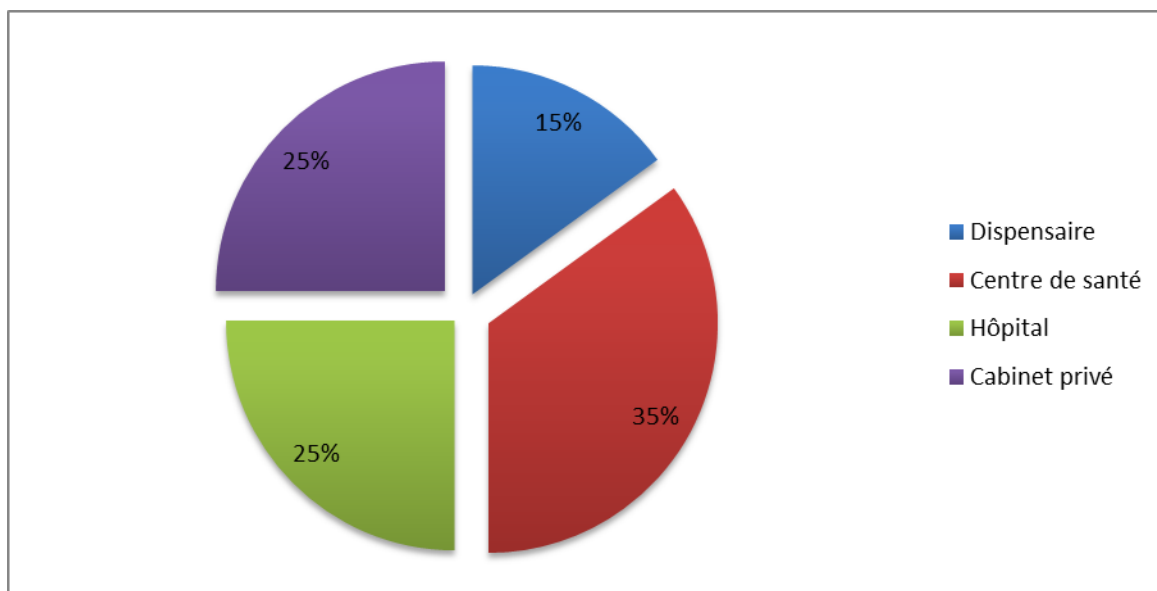


Figure 14 : Répartition des femmes ayant reçu des soins prénatals selon le lieu de visite(N=20)

2.2. Type de soins prénatals :

Concernant les prestations reçues lors des consultations prénatales, on a constaté que l'examen le plus fréquemment réalisé était l'échographie (64,3%), suivi par la mesure de la hauteur utérine (60%) et la mesure du poids dans 46,7% des cas. Cependant, les analyses biologiques n'ont été faites que dans 21,4%.

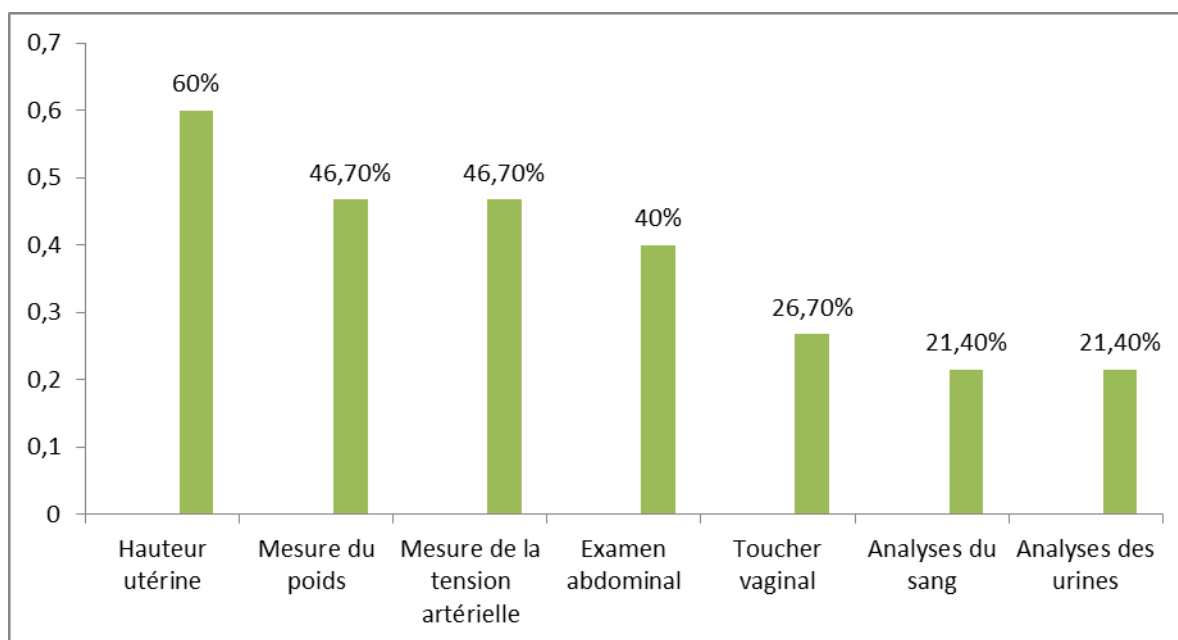


Figure 15 : Répartition des femmes ayant reçu des soins prénatals selon la nature des examens reçus (N=20)

2.3. Raisons de non recours à la CPN :

Il est à noter que les motifs avancés par les femmes qui n'ont pas reçu de soins prénatals (N=33), sont représentés principalement par l'absence de problème de santé rapporté par 36,4% des femmes, suivi par la non disponibilité du service par 27,3%, et le manque de confiance dans les prestataires de soins chez 18,2%.

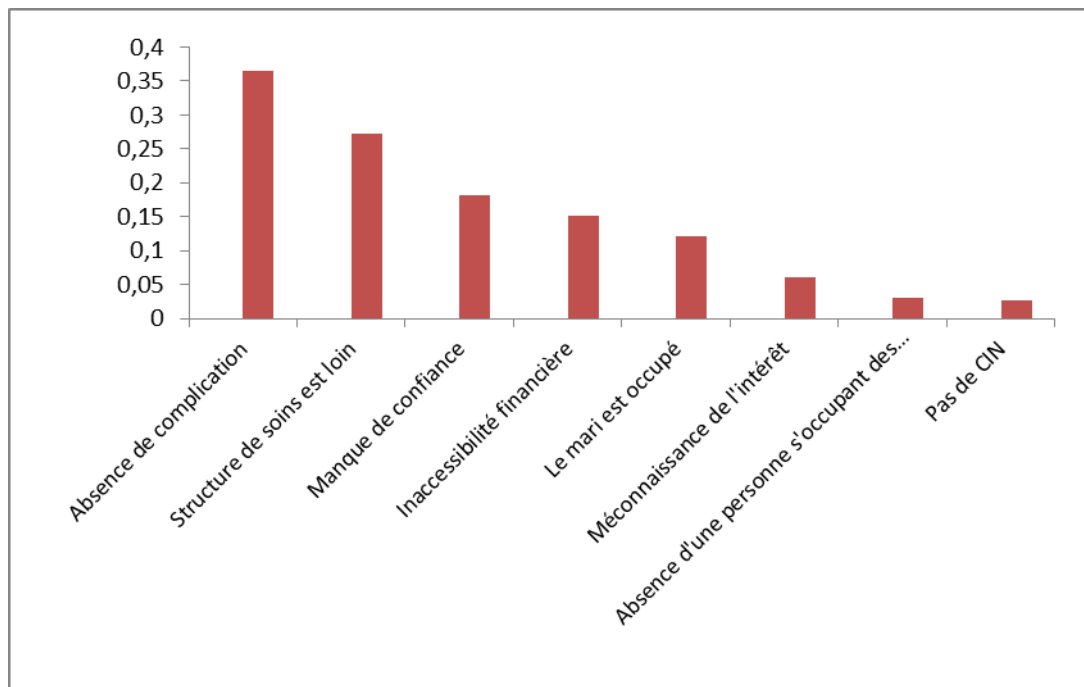


Figure 16 : Répartition des femmes mariées déjà enceintes selon les raisons de la non utilisation de La CPN (N=33)

2.4. Problèmes de santé rencontrés par les femmes au cours de la grossesse :

Sur 53 femmes mariées et déjà enceintes, on trouve que 12 parmi elles (25,5%) ont présenté un problème de santé durant leur dernière grossesse, dont l'anémie était le problème le plus fréquent (25%), suivie de l'hémorragie chez 16,7%.

IV. Accouchement :

1. Connaissances des participantes à propos de l'accouchement :

Dans notre échantillon (N=87), 94,3% des participantes ont affirmé leur connaissance de la durée d'une grossesse normale. A noter que 60 enquêtées (69%) ont déclaré savoir les signes de début du travail.

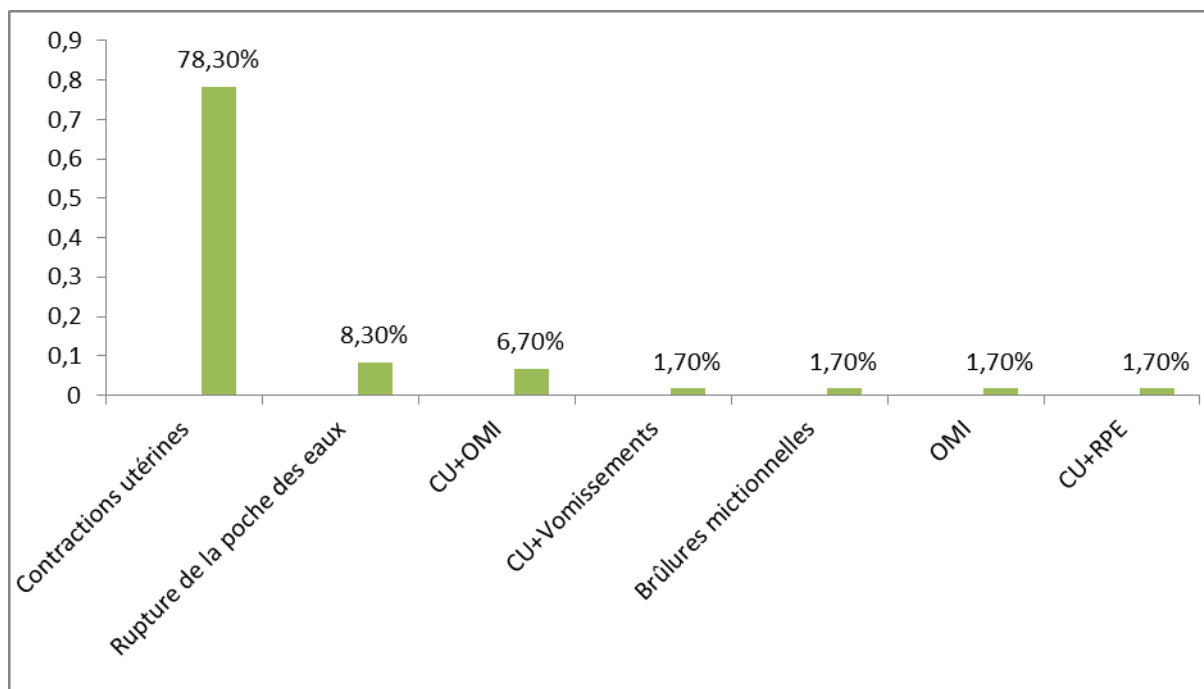


Figure 17 : Répartition des participantes selon leur connaissance des signes présument l'accouchement (N=87)

Par ailleurs, 79,3% des participantes(N=87)ont déclaré que les femmes dans leur entourage préféreraient accoucher dans leurs maisons pour les raisons suivantes : la disponibilité (56,9%), suivie de la proximité (31,9%), puis la qualité d'accueil (19,4%) et la gratuité (18,1%).

2. Attitudes et Pratiques de l'accouchement :

2.1. Lieu d'accouchement :

Parmi les 53 femmes mariées déjà enceintes, on avait noté que 65,4% des naissances ont eu lieu à domicile, contre seulement 34,6% en milieu hospitalier principalement dans les établissements publics.

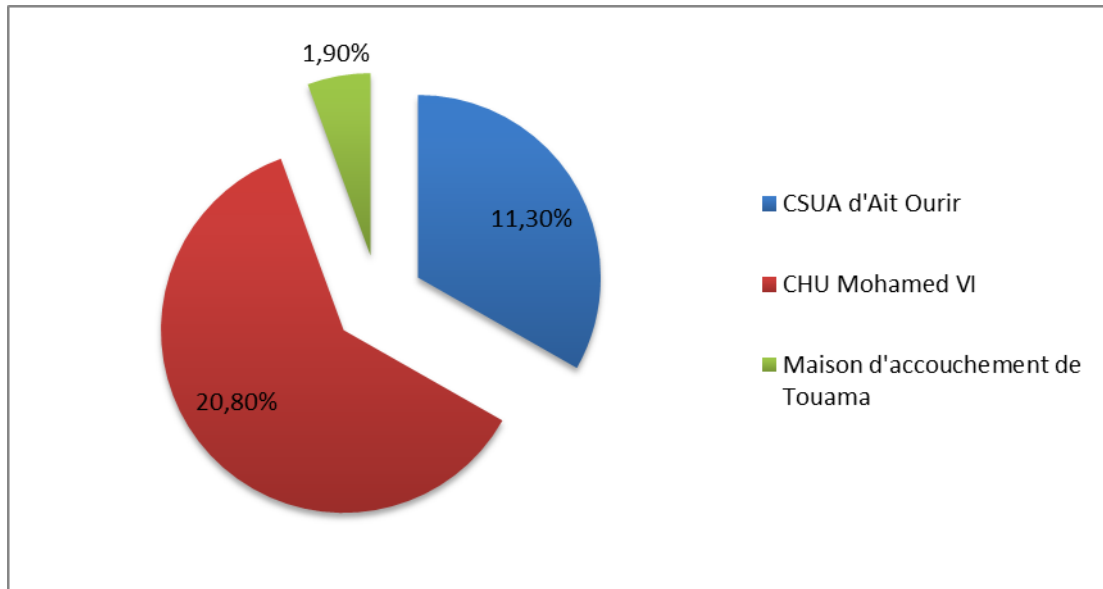


Figure 18 : Répartition des femmes mariées déjà enceintes selon le lieu d'accouchement (N=18)

2.2. Raisons de non recours à une structure hospitalière pour l'accouchement :

Il est à souligner que l'absence de complication et la non disponibilité d'une structure de soins proche étaient les principaux motifs des femmes pour accoucher à domicile (29,4% chacune), suivies du manque de confiance dans les prestataires de soins rapporté par 26,5%.

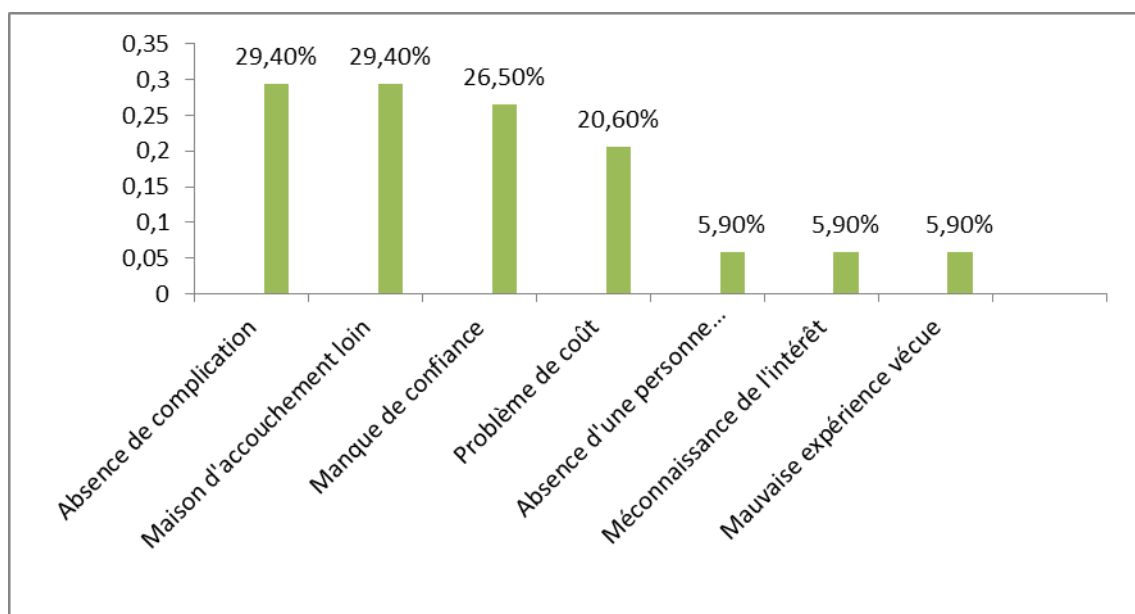


Figure 19 : Répartition des femmes ayant donné une naissance à domicile selon leur motif principal (N= 34)

V. Soins du postpartum :

A. Connaissances des participantes de la consultation postnatale :

1.1. Est-ce qu'il y a le risque de complications au cours du post-partum ?

Dans notre étude (N=87), on a constaté que seulement 27,6% des participantes qui ont affirmé la possibilité de complications pendant la période du post-partum. La complication la plus fréquemment rapportée était l'hémorragie (20%).

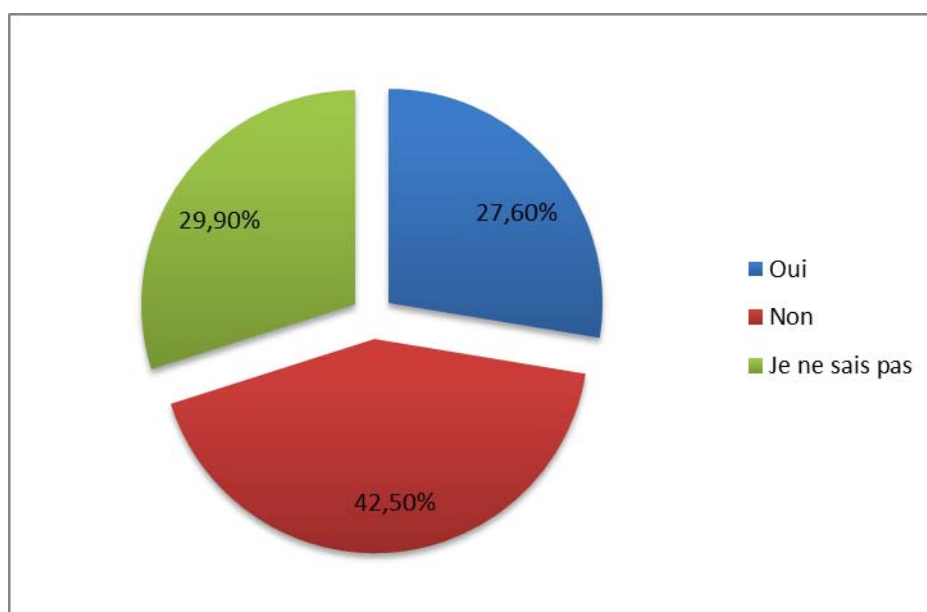


Figure 20 : Répartition des participantes selon leur connaissance du risque de complications durant le post-partum (N=87)

B. Attitudes et Pratiques de la consultation postnatale :

1. Est-ce que la femme doit consulter en post-partum ?

On a constaté que parmi nos participantes (N=87), 35,6% ont affirmé que la femme ne doit pas consulter en post-partum.

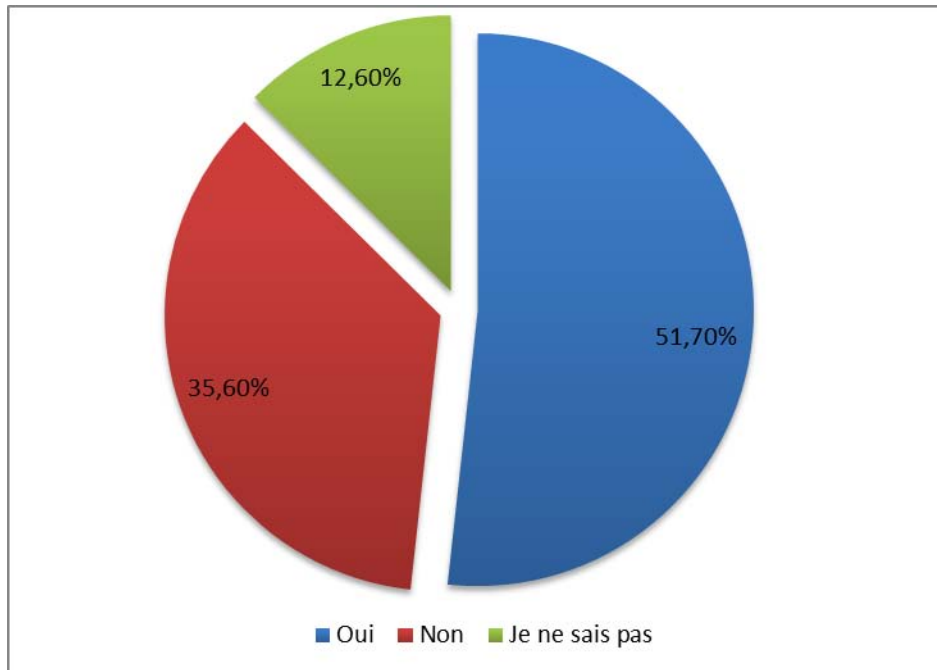


Figure 21 :Répartition des participantes selon leur attitude à propos de la consultation postnatale

2. Est-ce que vous avez consulté en post-partum ?

Parmi les femmes mariées déjà enceintes (N=53), on a trouvé que presque trois quarts (78,4%) n'ont pas consulté en post partum, contre 21,6% seulement qui ont fréquenté une structure de soins en postnatal pour 2 raisons principales : Vaccination du nouveau-né ou contrôle (45% chacune).

3. Raisons du non recours à la consultation post-partum :

Le non recours aux soins postnatals a été justifié par l'ignorance de l'importance de la consultation postnatale (40%), suivie par l'absence de complication et le manque de confiance des prestataires de soins rapportés respectivement par 35% et 15% des femmes.

**Tableau IV :Répartition des femmes mariées qui n'ont pas reçu des soins postnatals
durant leur dernier accouchement selon les motifs du non recours (N=40)**

Raisons du non recours à la CPP	Effectif	Pourcentage (%)
Méconnaissance de l'intérêt	16	40
Absence de complication	14	35
Manque de confiance	6	15
Eloignement du centre de santé	4	10
Problème du coût	3	7,5

VI. Déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle chez les femmes mariées :

1. Utilisation des services de la consultation prénatale :

Dans notre étude, l'utilisation des services de soins prénatals était significativement associée au niveau d'instruction du conjoint ($p= 0,005$), à l'âge de la femme (0,011), et à la connaissance des femmes à propos des signes d'alarme pendant la grossesse ($p= 0,01$).

Tablea V :Répartition des facteurs personnels, d'accessibilité et des connaissances chez les femmes ayant bénéficié d'au moins une CPN.

	Utilisation des services de CPN (%)		P*
Niveau d'instruction de la femme • Analphabète ou Mssid • Scolarisée	29 45,5		0,21
Niveau d'instruction du conjoint • Analphabète ou Mssid • Scolarisé	21,9 60		0,005
Mode de vie • Famille nucléaire • Autre	40 32,1		0,55
Temps pour arriver au centre de santé le plus proche • 60 min ou plus • Moins de 60 min	25 47,4		0,12
Connaissances des signes de grossesse • Oui • Non	36,2 40		0,01
Connaissances des signes d'alarme au cours de la grossesse • Oui • Non	57,1 22,6		0,01
Qui doit surveiller la grossesse ? • Professionnel de santé • Autre	41,2 26,3		0,27
Age de la femme (Rang moyen)	Oui (N=18)	Non (N=32)	0,011
	18,56	29,41	
Age du conjoint (Rang moyen)	Oui (N=13)	Non (N=19)	0,052
	12,62	19,16	

* : Degré de signification

2. Recours à l'accouchement assisté par un professionnel de santé :

Quant au recours à l'accouchement médicalisé, il était significativement associé à l'âge de la femme (0,013), à son niveau d'instruction (p= 0,027) et à l'attitude positive à l'égard de l'intérêt de surveiller la grossesse par un professionnel de santé (p = 0,006).

Tableau VI :Répartition des facteurs personnels, d'accessibilité et des connaissances chez les femmes ayant accouché en milieu surveillé.

	Accouchement en milieu surveillé (%)		P*
Niveau d'instruction de la femme			0,027
• Analphabète ou Mssid	22,6		
• Scolarisée	52,4		
Niveau d'instruction du conjoint			0,43
• Analphabète ou Mssid	31,2		
• Scolarisé	42,1		
Temps pour arriver au centre de santé le plus proche			0,06
• 60 min ou plus	25		
• Moins de 60 min	52,6		
Connaissance de la possibilité de complications en post-partum			0,329
• Oui	42,9		
• Non	31,6		
Qui doit surveiller la grossesse ?			0,006
• Professionnel de santé	48,5		
• Autre	10,5		
Recours au centre de santé en cas de problème de santé			0,17
• Oui	40,5		
• Non	21,4		
Age de la femme (Rang moyen)	En hospitalier (N=17)	A domicile (N=32)	0,013
	18,09	28,67	
Age du conjoint (Rang moyen)	En hospitalier (N=15)	A domicile (N=17)	0,256
	14,5	18,26	

* : Degré de signification

3. Utilisation des services de la consultation postnatale :

L'utilisation des services de la consultation posnatale a été plus observée chez les femmes qui étaient scolarisées, et qui avaient un accès au centre de santé de moins de 60 minutes, malgré que nos tests statistiques n'étaient pas significatifs.

Tableau VII :Répartition des facteurs personnels, d'accessibilité et des connaissances chez les femmes ayant bénéficié d'une consultation postnatale.

	Utilisation des services de CPP (%)		P*
Niveau d'instruction de la femme			0,5
• Analphabète ou Mssid	20		
• Scolarisée	23,8		
Niveau d'instruction du conjoint			0,59
• Analphabète ou Mssid	22,6		
• Scolarisé	21,1		
Mode de vie			0,67
• Famille nucléaire	32		
• Autre	37		
Temps pour arriver au centre de santé le plus proche			0,14
• 60 min ou plus	13		
• Moins de 60 min	31,6		
Connaissances des signes d'alarme au cours de la grossesse			0,64
• Oui	20		
• Non	20		
Connaissance de la possibilité de complications en post-partum			0,13
• Oui	35,7		
• Non	16,7		
Qui doit surveiller la grossesse ?			0,6
• Professionnel de santé	21,9		
• Autre	21,1		
Recours au centre de santé en cas de problème de santé			0,63
• Oui	22,2		
• Non	21,4		
Age de la femme (Rang moyen)	Oui (N=11)	Non (N=37)	0,787
	25,5	24,2	
Age du conjoint (Rang moyen)	Oui (N=7)	Non (N=25)	0,437
	18,93	15,82	

* : Degré de signification

4. Utilisation des services de soins en dehors de la grossesse :

Le recours au centre de santé de la commune en cas de problème de santé était fréquent chez les femmes avec un rang moyen de 46,07 sans que le test statistique soit significatif.

Tableau VIII :Répartition des facteurs personnels, d'accessibilité et des connaissances chez les femmes ayant recours au centre de santé en dehors de la grossesse.

	Recours au centre de santé en cas de problème de santé (%)		P*
Niveau d'instruction de la femme • Analphabète ou Mssid • Scolarisée	64,7 65,5		0,93
Niveau d'instruction du conjoint • Analphabète ou Mssid • Scolarisé	68,4 65,4		0,79
Mode de vie • Famille nucléaire • Autre	61,5 67,5		0,61
Temps pour arriver au centre de santé le plus proche • 60 min ou plus • Moins de 60 min	66,7 68,2		0,9
Connaissances des signes d'alarme au cours de la grossesse • Oui • Non	65,2 66,7		0,9
Age de la femme (Rang moyen)	Oui (N=48)	Non (N=35)	0,071
	46,07	36,41	
Age du conjoint (Rang moyen)	Oui (N=25)	Non (N=14)	0,736
	19,54	20,82	

* : Degré de signification



DISCUSSION

I. L'utilisation des services de soins maternels:

1. Planification familiale :

La planification familiale représente l'un des moyens les plus efficaces pour améliorer la santé et le taux de survie des femmes et des enfants(19). Cependant ; on estime à 225 millions le nombre de femmes dans les pays en développement qui souhaiteraient retarder le moment d'avoir un enfant ou ne plus avoir d'enfants mais qui n'utilisent aucun moyen de contraception (20) ; notamment pour les raisons suivantes:Accès difficile à la contraception- Peur d'effets secondaires- Opposition culturelle ou religieuse- Qualité médiocre des services disponibles.(19)

Parmi les avantages de la planification familiale(21) ; on cite :

- ✚ Minimisation des grossesses précoces étant associée à un risque élevé de problèmes de santé et de décès.
- ✚ Réduction du taux de grossesses non désirées, et donc limiter le besoin de recourir aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité.
- ✚ Prévention des infections sexuellement transmissibles notamment avec les préservatifs.
- ✚ Réduction de la mortalité infantile par prévention des grossesses et des naissances trop rapprochées et survenant à un moment inopportun.

2. Santé maternelle :

La santé maternelle ne se contente pas juste de la survie des femmes enceintes et des mères. Mais pour chaque femme qui meurt de causes liées à la grossesse et à l'accouchement, une trentaine d'autres tombent malades et souffriront de séquelles(22).

Ainsi, en abaissant le risque de mortalité et de morbidité de la mère, on améliore directement les chances de survie de l'enfant. En effet ; plusieurs études dans le monde ont montré que dans les pays en développement, les bébés dont la mère meurt pendant les six premières semaines de vie,risquent beaucoup plus de décéder avant leur deuxième anniversaire

que ceux dont la mère a survécu(23).

2.1. La grossesse :

Au cours de la grossesse, la femme comme son enfant se trouvent confrontés à divers risques sanitaires. Pour cette raison, il est important que toutes les femmes enceintes soient suivies par des agents de santé qualifiés, et devraient bénéficier d'au moins quatre visites de soins prénatals de qualité selon des recommandations bien structurées :(24)

Tableau IX: Recommandations de surveillance de la grossesse selon la HAS

La première visite :(avant la 12 ^{ème} semaine d'aménorrhée)	La deuxième visite :(avant la la 26 ^{ème} semaine d'aménorrhée)
<p>Après confirmation de la grossesse, un dossier obstétrical sera établi comportant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'identification de la femme, sa situation socio-économique et ses antécédents . - Un examen clinique complet avec prise du poids, de la taille, de la tension artérielle, recherche des anomalies du squelette et auscultation cardiaque. - Un examen obstétrical complet avec examen des seins sans oublier l'importance de l'examen au spéculum (état du col, infection génitale, IST) - Des examens paracliniques notamment : <ul style="list-style-type: none"> ➢ L'échographie obstétricale. ➢ Le groupage sanguin et Rhésus. ➢ Recherche d'agglutinines irrégulières. ➢ Le « labstix » des urines à la recherche d'une protéinurie ou d'une glycosurie. ➢ Les examens sérologiques (rubéole, toxoplasmose et syphilis). ➢ Un hémogramme à la recherche d'anémie en cas de facteurs de risque. ➢ La sérologie HIV à proposer systématiquement. ➢ Un frottis cervical de dépistage des dysplasies cervicales s'il date de plus de 2 à 3 ans. <p>Cette première visite sera mise à profit pour les actions préventives périodiques, telles que : La vérification de la vaccination antitétanique et les conseils hygiéno-diététiques .</p>	<p>Elle comportera :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ L'examen clinique avec prise du poids, la TA, et la hauteur utérine. ➢ L'examen obstétrical sans oublier la vitalité fœtale (BCF, mouvements actifs). ➢ Le « labstix » des urines (protéinurie, glycosurie) ➢ La sérologie de la toxoplasmose et de la rubéole sont répétées s'elles sont négatives. ➢ L'échographie obstétricale. ➢ Proposer le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales.

En cas de grossesse à risque ; orienter la femme vers un service spécialisé.

Tableau X: Recommandations de surveillance de la grossesse selon la HAS (Suite)

La troisième visite : (entre le 4ème et le 8ème mois)	La quatrième visite :(au 9ème mois)
<p>Elle comportera :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'examen clinique avec prise du poids, de la TA et la hauteur utérine. ➤ L'examen obstétrical appréciant la vitalité fœtale. ➤ L'échographie obstétricale. ➤ Le « labstix » des urines (protéinurie, glycosurie). ➤ RAI : si Rhésus D négatif à toutes les femmes, et si Rhésus D positif aux femmes avec un passé transfusionnel. ➤ La sérologie de la toxoplasmose et de la rubéole sont répétées s'elles sont négatives. ➤ L'hépatite B est recherchée au sixième mois ➤ La numération sanguine si anémie. ➤ Le dépistage du diabète gestationnel. <p>Cette visite sera mise à profit pour sensibiliser la femme à l'accouchement en milieu assisté et à l'allaitement maternel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réaliser un examen clinique général et obstétrical :Poids, prise de la tension artérielle,recherche des signes fonctionnels urinaires. Mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux, recherche des contractions utérines, présentation fœtale(contrôle échographique encas de doute). ➤ Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement). ➤ Glycosurie et protéinurie. ➤ Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente. <p>Toute anomalie découverte à l'un de ces éléments fera adresser la femme en milieu spécialisé.</p> <p>Cette visite sera également mise à profit pour sensibiliser la future mère à l'accouchement en milieu assisté et à l'importance de l'allaitement maternel.</p>

2.2. L'accouchement :

C'est la phase la plus critique, puisque la majorité des décès surviennent à ce moment. Toute femme doit bénéficier lors de l'accouchement de l'assistance d'une personne qualifiée (sage-femme, médecin ou infirmière) et doit avoir rapidement accès à des soins spécialisés en cas de complications.

2.3. La période du postpartum :

Pour la survie et la santé de la mère et du nouveau-né, il est important qu'un soignant qualifié prodigue des soins postnatals de qualité(25).

Tableau XI : Surveillance de la femme pendant la période du postpartum

Pendant le séjour à la maternité :	Consultations post-natales :
<p>Quelques conseils hygiéno-diététiques seront donnés à l'accouchée, en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Hygiène.➤ Allaitement maternel.➤ Espacement des naissances.	<p>De manière systématique entre le 8ème jour après l'accouchement et le 42ème jour.</p> <p>Si une manoeuvre obstétricale a été pratiquée, s'il y a eu épisiotomie ou suture, ou encore en cas d'une quelconque anomalie au cours de l'accouchement ou des suites de couches immédiates, un examen doit être pratiqué le 8ème jour à la recherche :</p> <ul style="list-style-type: none">✓ D'une infection détectable.✓ De signes d'hémorragie anormale.✓ D'anomalies de la cicatrisation des plaies (épisiotomie, lésions périnéales).✓ Un examen des seins. <p>Un nouvel examen sera pratiqué de manière systématique dans tous les cas (femmes revues au 8ème jour ou non) au 40ème jour visant la recherche :</p> <ul style="list-style-type: none">✓ De signes cliniques d'anémie.✓ D'une infection détectable.✓ D'anomalies des plaies.✓ D'anomalies dans l'involution utérine.

II. Modèles théoriques de l'utilisation des services de santé maternelle :

1. Modèle théorique de Thaddeus et Maine :(26)

Le modèle théorique de Thaddeus et Maine élaboré en 1994 ; relève spécifiquement de la survenue de complication et des éléments de la demande et de l'offre qui retardent l'utilisation de services et limitent l'obtention d'un service de qualité.

Il est schématisé sous trois formes de retards : le délai dans la prise de décision, le délai dans l'accès à une structure adéquate de soins et le délai dans l'accès à un soin adéquat.

Le premier délai représente les facteurs qui empêchent la prise de décision d'utiliser les services de soins dès la survenue de la complication. Ces facteurs sont regroupés autour de trois axes :

1 / Les facteurs socio-économiques et culturels.

2 / L'accessibilité financière.

3 / La qualité perçue des soins : à travers les expériences passées avec le système de soins.

Une fois la décision prise d'utiliser les services de soins, d'autres facteurs peuvent intervenir pour limiter l'accès à une structure adéquate de soins. Ceux-ci sont structurés autour de l'accessibilité géographique des services par rapport au lieu de résidence.

Enfin le troisième délai s'intéresse à la qualité des services offerts à la femme. Les facteurs qui entrent en considération concernent le système de référence, la disponibilité des médicaments, des équipements et du personnel formé.

2. Modèle de Sword :(27)

Le modèle socioécologique de Sword élaboré en 1999, schématise les comportements comme étant le résultat d'une interaction dynamique entre deux composantes : les caractéristiques personnelles de l'utilisateur et les caractéristiques des services de santé.

La première composante inclue les ressources matérielles et le temps dont les femmes disposent, qui rendent possible l'utilisation des services, ainsi que les facteurs psychologiques, les caractéristiques des réseaux sociaux et la perception des besoins.

Quant à la seconde composante, elle porte sur les facteurs externes modifiant les caractéristiques des services de santé. Ces facteurs incluent les prestataires des services de santé (compétence, connaissances et attitudes) et la disponibilité des services.

3. Modèle théorique de Gabrysch et Campbell :(28)

Basé sur les travaux de Thaddeus et Maine, le modèle théorique de Gabrysch et Campbell réalisé en 2009 est plus englobant, il conceptualise à la fois les risques de complications et les situations normales de l'utilisation des services de santé et permet de mieux comprendre les décisions de l'utilisation des services de santé maternelle dans les pays en développement.

Le cadre de Gabrysch et Campbell distingue clairement l'intention d'utiliser les soins de l'utilisation réelle des soins. Il distingue quatre groupes de facteurs qui influencent l'intention et le comportement de recourir à l'accouchement assisté par un agent de santé qualifié pour des raisons préventives ou suite à des complications. Il s'agit des caractéristiques socioculturelles, des bénéfices/besoins perçus, de l'accessibilité économique et enfin de l'accessibilité physique.

Au total, vingt variables issues aussi bien de la demande que de l'offre des soins permettent de prendre en compte ces quatre dimensions. Les facteurs socioculturels permettant à la femme de former son intention d'utiliser les services de soins. Ils comprennent les variables suivantes : l'âge de la femme, son statut matrimonial, l'ethnie, la religion, les croyances

traditionnelles, la composition familiale, le niveau d'éducation maternelle, le niveau d'éducation du conjoint et l'autonomie des femmes.

Quant aux variables qui expriment la perception des bénéfices/besoins sont au nombre de huit et regroupent : la disponibilité de l'information, les connaissances en matière de santé, grossesse désirée ou non, la perception de la qualité des soins, le recours aux soins prénatals, le recours précédent à l'accouchement dans un milieu surveillé, la parité et la survenue des complications.

En ce qui concerne l'accessibilité économique, nous avons l'occupation de la femme et de son conjoint, la possibilité de payer les frais. Le lieu de résidence, la distance et les moyens de transport rendent compte de l'accessibilité physique.

4. Modèles théoriques socio-psychologiques :

4.1. Le Health Belief Model(29)

Introduit par Rosenstock en 1966, cette théorie est fondée sur deux composantes fondamentales : la volonté d'agir et la croyance en l'efficacité de l'action entreprise.

D'après la première, une grande perception des risques d'être atteints par une maladie amène à une utilisation plus prompte aux soins de la part de l'individu.

La deuxième variable fondamentale conceptualise le fait que la personne agira également si sa perception de la guérison est élevée.

Rosenstock estime également que la décision d'utiliser les services de soins sera facilitée par des facteurs internes à l'individu (maladie d'un membre proche) ou externes (campagnes de sensibilisation...).

4.2. La Theory of Planned Behavior(30)

Un autre modèle est développé par Ajzen en 1991. La particularité de ce cadre théorique est la prise en compte de l'intention comme facteur intermédiaire entre l'attitude et le comportement : Un élément fondamental qui est absent dans le Health Belief Model.

Selon Ajzen, un comportement ne peut être ébauché s'il n'est pas motivé et intentionné. Cependant, la décision d'utiliser un service de soin dépend aussi bien du contrôle perçu, c'est-à-dire de la perception de la facilité ou de la difficulté que l'action à réaliser puisse réussir. Ces deux composantes: intention et contrôle perçu, fondent la Theory of Planned Behavior.

5. Le Modèle théorique de Kroeger : (17)

C'est un cadre basé sur une longue revue de littérature en 1983 pour les pays en développement, qui permet de comprendre les facteurs individuels de l'utilisation des services de soins en intégrant trois groupes de facteurs : les facteurs prédisposants qui peuvent être issus de caractéristiques démographiques, de la structure sociale ou de leurs croyances.

Aussi, les facteurs favorisants représentés par la disponibilité des ressources, et le dernier élément du modèle schématisé par les caractéristiques du « mal », mais surtout de la perception que les individus ont ce mal. Par exemple ; il a été démontré dans plusieurs pays en développement que les populations perçoivent l'accouchement comme un processus normal chez la femme ne nécessitant pas d'être assisté(31).

Kroeger montre enfin que ces facteurs sont inter reliés et que le résultat de leurs influences aboutit à une utilisation diverse des services de soins.

III. Discussion des résultats :

1. Principaux résultats de notre étude :

Les déterminants de l'utilisation des services de la consultation prénatale étaient :

- L'âge de la femme
- Le niveau d'instruction du conjoint
- La connaissance des signes d'alarme pendant la grossesse.

Les déterminants de l'accouchement dans un milieu surveillé:

- L'âge de la femme
- Le niveau d'instruction de la femme
- L'attitude positive à l'égard de l'intérêt de surveiller la grossesse par un professionnel de santé

Principales raisons de la non utilisation des services de santé maternelle :

- La CPN : Absence de problème de santé et l'éloignement de la structure de soins.
- L'accouchement en milieu surveillé : Absence de complication et l'éloignement de la structure sanitaire.
- La consultation postnatale : Méconnaissance de l'intérêt de la consultation et l'absence de complications.

2. Caractéristiques de notre échantillon :

2.1. Age :

Notre échantillon a touché une population jeune en pleine activité reproductive. Ce facteur-ci représente un atout aidant à influencer les connaissances et les pratiques des femmes par le biais des séances de sensibilisation en matière de santé maternelle.

2.2. Niveau d'instruction :

La moitié de notre population s'est limitée à la scolarisation primaire, alors que l'autre moitié est majoritairement illetrée. Ce constat peut être expliqué par plusieurs contraintes : la pauvreté, l'éloignement géographique des établissements scolaires et l'analphabétisme des parents.

2.3. Mode de vie :

L'environnement familial joue un rôle capital dans les processus décisionnels en matière de santé de reproduction. Dans notre contexte, plus de la moitié des participantes vivaient avec les beaux-parents, ce qui met en relief l'intérêt de l'autonomisation des femmes en rapport avec

l'utilisation des services de santé. Le même résultat est évoqué par un grand nombre d'auteurs notamment au Kenya et au Niger(32)(33).

2.4. Couverture sanitaire :

Une faible proportion bénéficiait d'une couverture sanitaire (RAMED), cela est dûprobablement au manque de sensibilisation de la part des décideurs d'un côté, et la fréquentation modérée des services de soins d'un autre côté, afin d'accéder à l'information.

2.5. Age au 1er mariage :

Le mariage précoce est un déterminant majeur de fécondité, il aboutit à la procréation à un âge jeune avec plusieurs risques encourus. On a constaté que la moitié de notre échantillon s'étaient mariées avant l'âge de 18 ans, ce qui dépasse largement le pourcentage national qui est de l'ordre de 25%(4), ceci peut être expliqué par le niveau d'instruction bas et l'existence de traditions sociales et culturelles significatives dans la commune de Zerkten.

2.6. Consanguinité :

La proportion du mariage consanguin dans notre échantillon est de l'ordre de 29,9%, ce qui avoisine le taux rapporté par une étude qui a eu comme site le haut atlas Marocain qui était de 28% (34), ceci semble dû à l'ignorance des femmes des risques encourus par la consanguinité.

2.7. Parité :

Dans notre étude, 51,6% des femmes mariées étaient des multipares, cette multiparité est connue par plusieurs auteurs comme étant un facteur favorisant l'accouchement à domicile(35)(36). Ce résultat peut être expliqué par le fait que ces femmes considéraient la grossesse comme un processus normal ne menaçant pas leur vie. De même, la violation de leur intimité lors des consultations préventives peut freiner l'utilisation des services de soins(37)(38). Cependant, l'expérience d'un décès néonatal ou la survenue d'une complication maternelle antérieure peuvent conduire la femme à accoucher dans une structure de santé(39)(40).

3. Planification familiale :

3.1. Connaissances:

La quasi-totalité de la population connaissaient uniquement la pilule comme moyen contraceptif similairement à une étude faite au Niger(41). Notre constat peut être expliqué par les campagnes de sensibilisation qui ont été entreprises par le Ministère de santé, et dont la pilule était au centre des méthodes de prévention, mais également par sa disponibilité au sein des centres de santé.

3.2. Attitudes et Pratiques :

Si le niveau de connaissance des méthodes contraceptives est globalement satisfaisant, celui des pratiques laisse encore à désirer. Car le taux d'utilisation de contraception était de 24,2% au moment de l'étude, ceci est expliqué par le nombre important de femmes enceintes (46) durant l'enquête.

4. Grossesse :

4.1. Connaissances :

La majorité de notre population était inconsciente des signes d'alarme à guetter pendant la grossesse. Tandis que la faible proportion qui en était consciente, n'est au courant particulièrement que de l'hémorragie. Ce taux critique est justifié par une insuffisance d'information nécessitant des séances d'éducation maternelle dès l'âge précoce.

4.2. Attitudes et Pratiques :

Quant à la pratique de la CPN, la proportion des femmes ayant consulté pendant leur dernière grossesse était de 35,8% (N=53), contre 77,1% au niveau national (42).

Seules 15% des femmes ont assuré un suivi régulier de leur grossesse avec quatre visites comme ce qui est recommandé par l'OMS (43), ce résultat dépasse largement le taux de CPN enregistré en Malawi et la République du Timor Oriental (40% et 55% respectivement) (44)(45) ;

A cet égard, la faiblesse de l'utilisation de la CPN est fortement liée à la mauvaise qualité de ces visites préventives. En effet, le toucher vaginal, malgré son importance dans le dépistage des anomalies présumant le pronostic de la grossesse et de l'accouchement, n'est fait que dans 26,7% des visites. Ce résultat est expliqué par la présence d'un professionnel de santé du genre masculin au sein du centre de santé de la commune. Le même constat est souligné dans des études intéressant les vallées du Haut Atlas Occidental Marocain (46)(47).

De même, les analyses biologiques qui présentent un grand intérêt ne sont effectuées que chez 21,4% des femmes, en raison de leurs coûts et de l'absence du laboratoire d'analyses médicales.

Par ailleurs, parmi les femmes qui n'ont pas consulté pendant leur dernière grossesse (N=34), 36,4% ont affirmé qu'il n'y avait pas de cause évidente pour utiliser les services de soins prénatals ; ce qui peut conclure à l'ignorance des femmes quant à l'importance de la surveillance de leur grossesse. On a constaté également que des barrières structurelles existent chez notre population, telles que le manque de confiance rapporté par 18,2%, et l'éloignement de la structure de soins cité par 27,3% des femmes. Ce facteur qui influence négativement l'utilisation des services de santé maternelle est récurrent dans plusieurs études(48)(49).

Concernant le problème financier, il a été évoqué chez 15,2% des femmes non consultantes, c'est un obstacle qui conditionne la décision de recourir aux services de CPN chez les pauvres (50)(51), et même dans les pays les plus développés (52)(53). A l'instar de la gratuité des CPN dans les centres de santé publiques, les femmes trouvent des difficultés pour s'approvisionner des médicaments ou effectuer les analyses médicales indispensables au suivi de leur grossesse.

5. Accouchement :

5.1. Connaissances :

La plupart des enquêtées ont fait preuve d'une connaissance assez développée des signes de début de travail (les contractions utérines rapportées par 78,3%), ce qui leur permet

d'échapper à de nombreuses complications ultérieures. Contrairement à un travail mené au Cameroun où la rupture de la poche des eaux (62,5%) était le signe le plus significatif (54).

5.2. Attitudes et Pratiques :

Relativement aux attitudes, 79,3% des participantes ont exprimé leur désir d'accoucher à domicile en raison de la disponibilité et de la proximité évoquées respectivement chez 56,9% et 19,4% des femmes. Cette intention s'inscrit dans une exigence sociale face aux dépenses nécessaires pour le coût du transport, des médicaments et éventuellement de prise en charge de la parturiente en cas de référence au CHU de Marrakech. Cette décision de transfert qui présente une menace pour la femme et ses accompagnants, est interprétée par les gens de la commune comme étant un état de honte et de déshonneur.

L'accouchement à domicile demeure, malheureusement, dominant dans la commune de Zerkten. En effet, 65,4% des femmes ont accouché dans leurs maisons. Tandis que la proportion de l'accouchement assisté par un personnel qualifié au Maroc était de l'ordre de 73,6% et de 70,7% au niveau de la région Marrakech-Tensift-AlHaouz pour l'an 2011 (42).

Autre que l'éloignement de la maison d'accouchement (23 Km) cité par 29,4%, l'absence de complication a été rapportée par un tiers des femmes. Ce résultat est concordant avec l'étude faite à l'Ouganda concluant que plusieurs femmes affirmaient ne plus accoucher dans une formation sanitaire si la grossesse est considérée comme normale lors des visites prénatales(11). Des résultats similaires sont obtenus au Bangladesh où les auteurs avaient démontré qu'une femme qui a eu des complications a trois fois plus de chances de recourir à l'accouchement auprès d'un personnel qualifié(55).

6. Post partum :

6.1. Connaissances et Attitudes :

En post-partum, 35,6% des participantes ont jugé qu'il n'est pas nécessaire d'effectuer la consultation post-natale et 72,4% méconnaissaient la possibilité de complications, cela sous

entend que certaines femmes n'accordent aucune attention à la consultation postnatale bien que le risque de complications soit toujours présent durant cette période.

6.2. Pratiques :

En effet, les femmes ayant déclaré avoir consulté une structure de santé en postnatal représentent 21,6% de l'échantillon étudié. Ce pourcentage avoisine celui au niveau national qui est de 22% (4) et au Bangladesh qui est de 28% (56) . Cependant, il s'agit dans notre étude, des femmes ayant fréquenté le centre de santé quelque soit le motif : soit pour la consultation de la femme elle-même, soit pour la vaccination du nouveau-né.

Par ailleurs, les femmes n'ayant pas consulté en post partum ont rapporté comme motif principal : la méconnaissance de l'existence et de l'importance des soins postnatals (40%) même si c'est une prestation gratuite au niveau des structures de santé publiques. Cet obstacle est évoqué par plusieurs études(57)(58)(59).

7. Déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle chez les femmes mariées :

7.1. Consultation prénatale :

- Age de la femme : Il est considéré comme un facteur déterminant dans l'utilisation des services de soins prénatals. En effet, plusieurs études (60)(61) ont démontré que les femmes qui avaient plus de 25 ans fréquentaient plus les services de soins pour le suivi de leur grossesse. Inversement à ces résultats, notre étude a objectivé que les femmes qui avaient un âge plus jeune ont plus de chance d'accéder à la consultation prénatale, sous prétexte que les femmes âgées acquièrent une certaine expérience lui procurant un faux sentiment de sécurité (62).
- Niveau d'instruction du conjoint : Comparé au niveau d'instruction de la femme, qui a été démontré comme un déterminant majeur dans le recours aux visites prénatales par

un grand nombre d'auteurs(63)(64)(65)(66), celui du conjoint reste controversé. Il semble jouer un rôle majeur en philippines (60), comme chez notre population. Cependant, il est moins significatif au Bangladesh (55), ceci peut être lié au niveau socioéconomique de la famille, chose que nous n'avons pas pu objectiver à cause de la réticence des femmes à répondre à une question aussi sensible dans notre contexte.

- Connaissances des signes d'alarme au cours de la grossesse : les femmes enquêtées qui ont été averties par les signes de danger possibles durant la grossesse avaient plus de chances d'utiliser les soins prénatals, comme ce qui a été indiqué en Inde, au Pakistan et en Ecuador(67)(68)(69). Ceci met toujours en valeur et incite à développer les messages éducatifs véhiculés par les prestataires de soins durant les consultations.

7.2. Accouchement assisté par un personnel qualifié

- Age de la femme :L'effet de l'âge sur le recours à l'accouchement assisté est toujours débattu. En effet, certains auteurs affirment que plus la femme est âgée, plus elle accouche dans un milieu surveillé (70)(71), contrairement aux résultats de notre étude. Ceci est dû probablement au fait que l'âge de la femme est fortement lié à la parité, en plus du niveau d'instruction et le socioéconomique, et donc cela nécessite une analyse multi-variée des différents facteurs.
- Niveau d'instruction de la femme : Le fait d'avoir un niveau scolaire chez notre population a été un déterminant capital pour recourir à l'accouchement en milieu surveillé, comme ce qu'il a été démontré dans de nombreux pays (72)(73), étant donné que l'éducation procure à la femme énormément de connaissances concernant la santé maternelle, une certaine autonomie ainsi qu'un pouvoir décisionnel important en dehors des rôles socialement attribués (74)(75).
- Attitude à l'égard de l'intérêt de surveiller la grossesse par un professionnel de santé : Cette variable a été un facteur déterminant du recours à l'accouchement en milieu médicalisé dans notre étude. En effet, plusieurs études avaient comme enjeu, le fait de

prédire un comportement à partir d'une simple déclaration, et ce n'est qu'en 1977, que Ajzen et Fishbein ont démontré qu'il existe un lien fort entre ces 2 composantes et seule une attitude précise permet de prédire de manière effective un comportement précis(76).

IV. Avantages et limites de l'étude :

Les traits de particularité de notre étude se voient clairement au niveau des conditions d'accès à l'information vu la nature montagnarde et accidentée du site de la présente recherche. Par ailleurs, notre étude a permis de :

Participer au diagnostic de la situation des femmes vis-à-vis de la santé maternelle.

Donner la parole aux femmes de la commune pour exprimer leurs sentiments et leurs connaissances à propos d'une thématique qui les concerne en premier, qui est la santé maternelle.

Mettre le point sur des lacunes d'informations et de connaissances, ce qui a servi à l'élaboration des messages éducatifs destinées aux femmes lors des caravanes médicales organisées pour le suivi de leur grossesse.

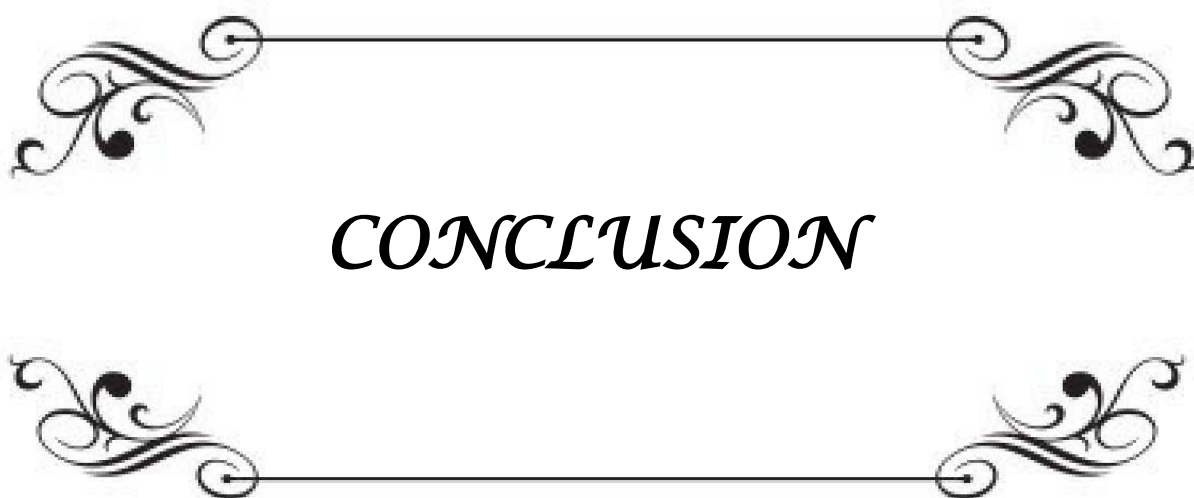
Déceler les comportements en matière de santé maternelle chez cette population afin de mettre en oeuvre des politiques et des stratégies sanitaires adaptées à leur contexte.

La limite majeure de notre étude était la faible taille de l'échantillon, qui a été due principalement au lancement de caravanes médicales incluant des séances de sensibilisation en matière de santé maternelle qui se sont tenues 1 mois d'après. Afin que l'étude ne soit affectée par l'impact de ces séances sur les connaissances des participantes, on a été dans l'obligation d'arrêter l'enquête. Ainsi, la qualité des données recueillies a été influencée par le frein de langage car l'administration de certaines questions, même en Amazigh, n'étaient pas bien assimilées par nos participantes.

V. Recommandations :

Les résultats auxquels nous sommes parvenus nous ont permis de mettre en évidence les propositions suivantes :

- ✓ Renforcer l'offre sanitaire et élargir la couverture médicale des habitants de la commune.
- ✓ Améliorer la qualité des services obstétricaux à travers la qualité non seulement de l'accueil mais aussi, de la prise en charge des parturientes.
- ✓ Réorganiser les structures de consultations préventives pour les réadapter aux spécificités des femmes de la région.
- ✓ Assurer la formation continue des prestataires responsables des consultations pré- et postnatales.
- ✓ Développer les campagnes d'éducation et de communication au profit des femmes au niveau des centres de santé et dispensaires pour le changement de comportement en matière de santé maternelle et reproductive.
- ✓ Intégrer les leaders de la commune, dans le cadre d'une approche participative, pour une meilleure sensibilisation de la population sur la santé maternelle et reproductive.
- ✓ Impliquer davantage les maris et les belles-mères dans le suivi de la grossesse.



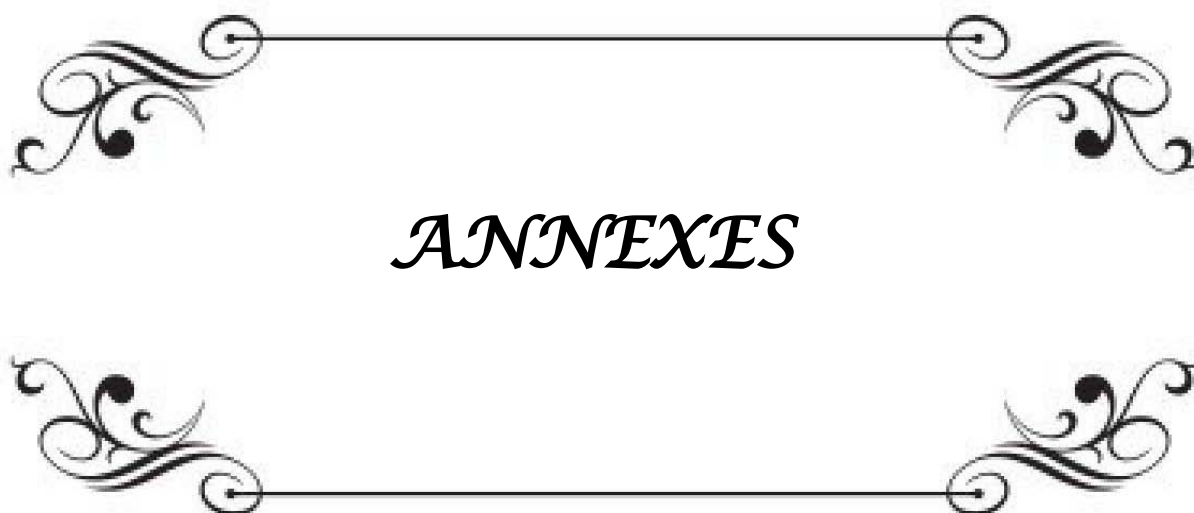
CONCLUSION

La santé maternelle attire l'attention sans aucun doute de plusieurs chercheurs dans le monde. De ce fait, les recours aux soins obstétricaux forment aujourd'hui une variable décisive dans l'amélioration de la santé des mères.

Notre étude s'est inscrite dans la même orientation visant ainsi une meilleure assimilation de l'aspect aussi bien intentionnel que comportemental des femmes. Ce travail donc pourra servir de base à mieux cerner la problématique.

Certes, les femmes ont montré un certain niveau d'acquisition de connaissances à ce propos, mais cela n'empêche de rappeler qu'elles sont insuffisamment informées, et font appel d'urgence à une éducation et à un suivi portant massivement sur toutes les composantes de la santé maternelle auprès des prestataires de soins. Sans oublier de tenir en compte les attitudes arriérées des femmes vis-à-vis cette thématique et qui sont liées à des facteurs socioculturels qu'il importe de corriger.

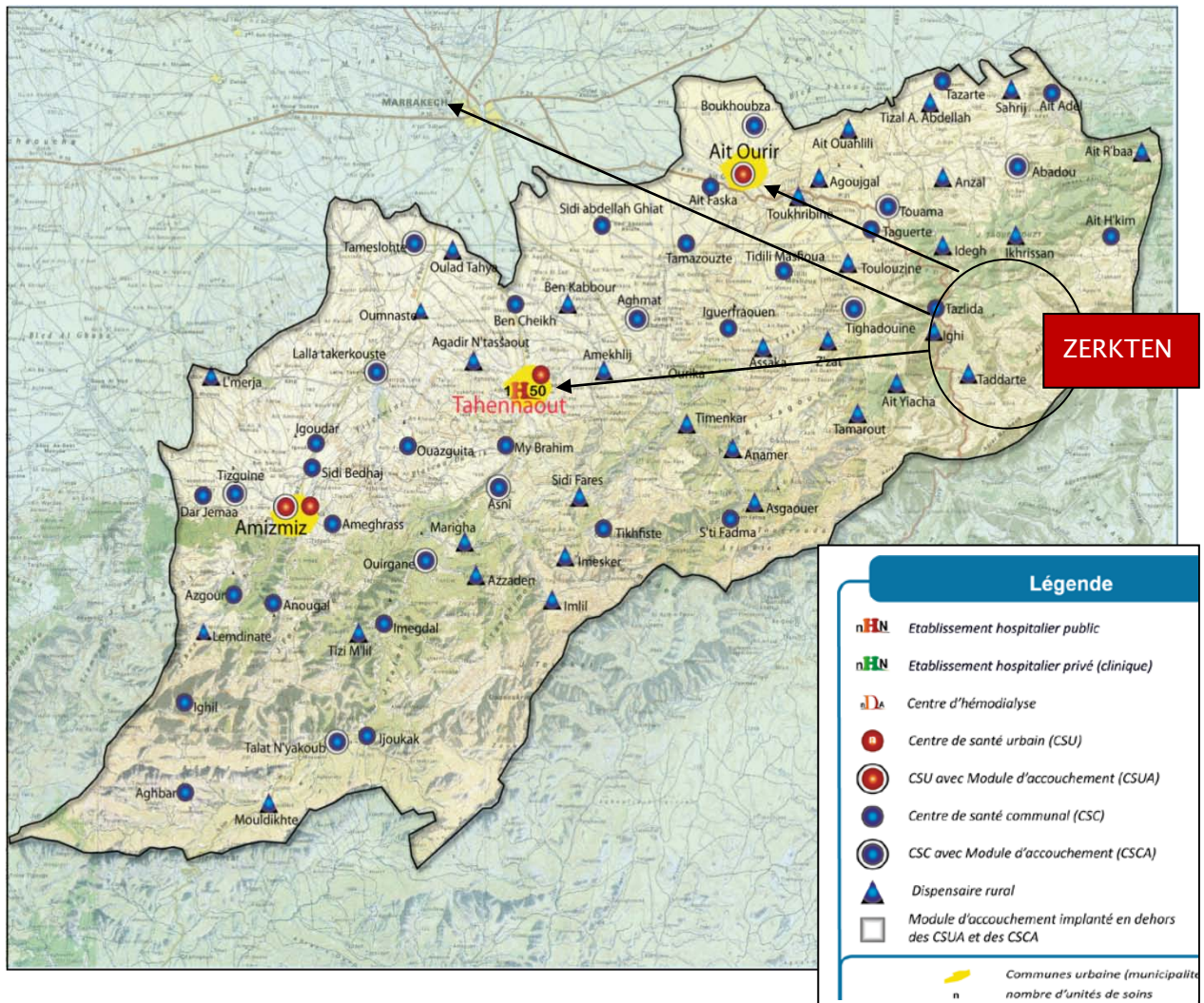
C'est dans cet esprit alors, que nous sollicitons tout organisme, public qu'il soit ou privé, à déployer des efforts intenses afin d'aider au décloisonnement des ménages, et au rayonnement des services de santé maternelle de la présente commune. On peut avancer donc que notre défi ne représente guère une affaire locale, mais plutôt une mission nationale à accomplir surtout que la santé du couple mère/enfant est un pilier important pour le développement de tout pays.



ANNEXES

Annexe 1 :

Carte sanitaire de la province d'Al Haouz



Annexe 2 :

Questionnaire de l'étude

استبيان حول الصحة الإنجابية

الرقم الترتيبي رقم الملف الصحي.....

اسم المحقق.....

- A الهوية:-

□ الاسم الكامل..... :

1-مشيخة : دوار رقم الهاتف.....

2-تاريخ الازدياد السن.....

3-مكان الازدياد(مشيخة / دوار / جماعة.....)

4-الحالة العائلية - 1 : مزوجة - 2 أرملة - 3 مطلقة - 4 عازبة

- B الحياة الإنجابية للمرأة:-

1-واش باقي تتجيك حق الشهر ؟ - 1 نعم - 2 لا

2-إلا كان الجواب بلا ، من إمتا ؟ سنة

3-إلا كان الجواب بنعم ، واش حامله دابا ؟ - 1 نعم - 2 لا

4-إلا حامله ، شحال من شهر دابا؟.....

5-شحال كان فعمرك فاش تزوجتي أول مرة ؟ سنة

6-شحال من مرة حملتي؟.....

7-شحال من وليدات عايشين ليك؟.....

8-شحال فعمر ولدك / بنتك الكبيرة؟.....

9-واش درتي التلقيح ضد الكزاز(في 15 عام أو في الحمل ديالك) ؟ - 1 نعم - 2 لا - 4 ماعرفتش

- C تنظيم الأسرة:-

1-واش عارفة بلي ممكن نتحكموا فعدد الحملات عند المرأة ؟ - 1 نعم - 2 لا

2-إلا كان الجواب بنعم، واش متافقة تحكمي في عدد المرات اللي تحملي ؟ - 1 نعم - 2 لا

3-شحال هو العدد المثالي للأولاد والبنات؟.....

4-شحال هي الفترة المثالية بين 2 حملات ؟ شهر

5-واش كتعرفي شي وسيلة لمنع الحمل ؟ - 1 نعم - 2 لا

6-إلا كان الجواب بنعم، شنو هي هاذ الوسائل؟.....

إلا كنت ما مزوجاش، سيرى السؤال D1 ، أما إلا كنتي مزوجا كملتي على الاسئلة الأخرى.

7-إلا كنتي مزوجة، شحال عدد الوليدات اللي بغا راجلك؟.....

8-اشنو موقف راجلك من تنظيم النسل؟ - 1 موافق - 2 ما موافقش - 3 غير مبال - 4 معرفتش

9-واش كتهضري على تنظيم النسل مع ناس آخرين ؟ - 1 نعم - 2 لا

11-إلا كان الجواب بنعم، شكون هاذ الناس ؟

1-صاحبتك - 6 الواليدة ديالك - 9 الأم ديال راجلك - 3 أختك - 2 طبيب / فرملي - 4 جواب آخر.....

11-واش عمر شي طبيب ولا فرملي تكلم ليك على وسائل منع الحمل ؟ - 1 نعم - 2 لا

12-إلا كان الجواب بنعم، شنو هما الوسائل علاش تكلم ليك؟.....

13-واش عندك مصدر معلومات آخر على وسائل منع الحمل ؟ - 1 نعم - 2 لا

14-إلا كان الجواب بنعم، شنو هو هاذ المصادر؟(التلفزة ، الراديو.....).....

15- واش كنتستعملي دابا شي وسيلة لمنع الحمل ؟ 1- نعم -2 لا
إلى لا، سيرى السؤال C18

16- إلا كان الجواب بنعم ، شنو هي هاذ الوسيلة؟.....

17- إلا كانت وسيلة عصرية ، منين كتأخذها ؟ 1- مركز صحي -4 الصيدلة - 32 جواب آخر.....

18- إلا ما كنتيش كنتستعملي وسيلة لمنع الحمل دابا ، علاش؟.....

19- واش سبق ليك ستعلمتي شي وسيلة لمنع الحمل ؟ 1- نعم -2 لا

إلى لا، سيرى السؤال D1

21- إلا كان الجواب بنعم ، شنو هي هاذ الوسيلة؟.....

21- علاش ميقيتيش تاتستعملي وسيلة لمنع الحمل دابا؟.....

D- الحمل:

1- واش كتعرفي علامات الحمل ؟ 1- نعم -2 لا

2- إلا كان الجواب بنعم، شنو هو ما هاذ العلامات ؟

1- توقعات عليك حق الشهر 2- التقىء 4- كثرة النعاس 8- انتفاخ الثدي 16- جواب آخر.....

3- واش كتعرفي علامات الخطر فالحمالة ؟ 1- نعم -2 لا

4- إلا كان نعم واش:

1- نفاخ الرجلين 4- آلام الرأس 6- تصفرار في الودنين 8- السخانة 5- آلام في المعدة 3- نزيف (فيضة)

64- جواب آخر.....

5- فنظرك ، شكون خاص يتبع المرأة الحاملة ؟

1- طبيب / فرملي 2- القابلة التقليدية 4- مانحتاجوش نتبعو الحمل 8- جواب آخر.....

6- واش كتعرفي شحال من مرة خاص المرأة الحاملة تمشي للسيطار على قبل الحمالة ؟ 1- نعم -2 لا

7- شحال من مرة؟.....

8- في الدوار ولا المعارف ديالك، واش كتعرفي شي مرا وقع ليها شي مشكل صحي فالحمل؟

1- نعم -2 لا

9- إلا كان الجواب بنعم ، شنو هو هاذ المشكل؟.....

11- شنو دارت فهاذ المشكل؟.....

11- باش سالات هاديك الحمالة ؟

1- ولادة عادية 2- موت التربية 4- موت الأم 8- جواب آخر.....

للنساء الي سبق ليهم الزواج

12- واش كنتي حاملة من قبل ؟ 1- نعم -2 لا

إلى ما كنتيش حاملة سيرى ل E1

13- واش مشيتي للسيطار فالحمالة الأخيرة ديالك ؟ 1- نعم -2 لا

14- إلا كان الجواب لا ، علاش؟

1- ما كاينش سبب 2- بعد الصبيطار 7- قلة النقة فالسيطار 8- ماكاينش السيطار

16- ماكاينش اللي يقابل الدار والدراري 32- مشكل مادي 6- راجلي ما مساليش 28- ما عرفتش واش حاصني نتبع

15- ماشي أنا اللي تنقرر - 512 جواب آخر.....

15- إلا كان الجواب نعم ، علاش مشيتي ؟

1- مراقبة الحمالة 2- المرض 4- جواب آخر.....

16- عند من مشيتي فاش عرفتي أنك حاملة ؟

1- طبيب / فرملي 2- القابلة التقليدية 4- الصيدلية 8- جواب آخر.....

17- إلا كانت القابلة التقليدية:

1- شنو دارت ليك؟.....

- 18-إلا كنتي مشيتي عند الطبيب ، شحال من مرة مشيتي؟.....
- 19-فيينا بلاصة مشيتي دوزتي ؟
- 1-مستوصف 2- مركز صحي 6- صبيطار كبير - 7 عيادي خاصة
- 415-جواب آخر.....
- 21-شحال بعيدة هاد البلاصة من الدار؟ كيلوميتر
- 21-شحال ديال الوقت باش توصلني ؟ ساعة
- 22-فاش كاتركي؟.....
- 23-بشحال كتخلصي هاذيك وسيلة النقل ؟ درهم
- 24-شكون مشا معاك؟.....
- 25-شنو دارو ليك فالبلاصة لاش مشيتي ؟
- 1-قياس الوزن 2- قياس الطول 4- قياس الطونسيو 3- عبرو ليك كرشك 6- دقات قلب التربية
- 8-قلبو ليك كرشك - 5 قلبو ليك فم الوالدة - 24 جواب آخر.....
- 26-شكون اللي شافك فهاديك البلاصة ؟ - 1 القابلة ديال السبيطار - 2 الطبيبة 4 -الفرملي (ة) - 6 معرفتش
- 27-عمرك درتي تحاليل الدم فالحمالة ؟ 1- نعم - 2 لا
- 28-عمرك درتي تحليلة البولة فالحمالة ؟ 1- نعم - 2 لا
- 29-عمرك درتي التلفزة فالحمالة ؟ 1- نعم - 2 لا
- 31-فاش كنتي فالصبيطار ، شحال تسنيتي ديال الوقت باش دوزتي..... دقيقة.
- 31-واش علمك الطبيب / الفرملي على تطور الحمل دبالك ؟ 1- نعم - 2 لا
- 32-واش علمك الطبيب / الفرملي على الموعد الجاي فاش ترجعي ؟ 1- نعم - 2 لا
- 33-واش عمرك تلقيتي التوعية الصحية على الحمالة ؟ 1- نعم - 2 لا
- 34-إلا كان الجواب بنعم ، شنو هو المواضيع اللي تلقيتي فيهم التوعية ؟
- 1-الأكل 2- مضاعفات الحمل - 4 أهمية الولادة في مركز صحي - 6 جواب آخر.....
- 35-واش عمرك خديتي الدوا ديال فقر الدم؟ 1- نعم - 2 لا - 4 ماعرفتش
- 36-واش كانوا عندك شي مشاكل صحية أثناء الحمل ؟ 1- نعم - 2 لا
- 37-إلا كان الجواب بنعم : شنو هو هاذ المشاكل؟
- 1-تصفار فالودنين 2- نفاخ الرجلين 4- ألام الرأس 8- السخانة 6- ألام المعدة 3- الفيضة (نزيف)
- 7-بوصفير - فقر الدم - 5 حريق البولة 512 جواب آخر.....
- 38-إلا كان الجواب بنعم : عند من مشيتي تاخدي الدوا ؟
- 1-الفقيه 2- العشاب 4- الفراكة 8- الصيدلة 3- العائلة والأصدقاء - 6 كان عندك الدوا فالدار
- 12-مركز صحي 26- القابلة التقليدية - 512 جواب آخر.....
- 39-شنو عطاك فالدوا؟.....
- 41-واش وجدتي للولادة دبالك ؟ 1- نعم - 2 لا
- 41-شنو وجدتي ؟
- 1-حوايح دبالك - 2 الفلوس 4- حوايج التربية 3- السبوع - 512 جواب آخر.....
- E-الولادة:**
- 1-واش كتعرفي على شحال من شهر تتكون الولادة؟ 1- نعم - 2 لا
- 2-إلا كان الجواب بنعم ، قولي شحال ؟ شهر
- 3-واش كتعرفي العلامات ديال أن الولادة قربات ؟ 1- نعم - 2 لا
- إلا كان الجواب بنعم ، شنو هو هاذ العلامات؟.....
- 4-شنو هو طرق الولادة الممكنة ؟ 1- ولادة عادية 2- ولادة بالغرراز - 12 ولادة بالفتيح

- 5-فالدوار والمعارف ديالك، فين كيفضلو العيالات يولدو -1 : فالدار -2 فالسبيطار 5- ماعرفتش
6-شنو هو السبب ؟
- 1-متوفر -2 جودة الاستقبال -4 القرب 23 بالمجان - 451 جواب آخر.....
- 7-فالدوار والمعارف ديالك ، واش كتعرفي شي مرا وقع ليها مشكل فالولادة ؟ -1 نعم -2 لا
- 8-إلا كان الجواب بنعم، شنو هو هاذ المشكل ؟.....
إلا معمرك حملتي دوزي للأسئلة
- 9-فين ولدتي ؟ -1 مركز صحي -2 الدار -3 جواب آخر.....
- 11-إلا ولدتي فالدار، علاش ؟ -1 غياب المضاعفات -2 بعد المركز الصحي -4 قلة الثقة في السبيطار
- 8 جهل الأهمية -6 غياب شخص يقابل الدار والأولاد -9 مشكل مادي
11-دوزت تجرية خايبة - 128 جواب آخر.....
- 12-إلا كان الولادة فمركز صحي ، فين بالضبط ؟ -1 مركز توأمة -2 صبيطار تحنوت -4 صبيطار المامونية
23-مصحة خاصة - 67 المستشفى الجامعي محمد السادس - 567 جواب آخر.....
- 13-المسافة كيلومتر
14-الوقت الكافي للوصول : ساعة
15-وسيلة النقل المستعملة.....:
16-ثمن وسيلة النقل المستعملة..... : درهم
17-كيف دازت الولادة ديالك؟ -1 عادية -2 ولادة صعبة بزاف -3 وقعوا ليا المشاكل
18-إلا كانت صعبة ،كيفاش ؟.....
19-اشنو درتي باش ولدتي ؟.....
20-إلا كانت مضاعفات أشنو هي -1 : نزيف حاد -4 تمزق -8 تعفن
32-جواب آخر..... :
21-شنو دارتو قدام هاذ المشكل
مشيتو عند الطبيب -2 مشيتو عند القابلة التقليدية -5 العائلة / الأصدقاء-8 بوحدي - 32 جواب آخر.....
- فما بعد الولادة:**
- 1-فنظرك المرأة فاش كتولد، واش تيكونو عندها مخاطر بعد الولادة ؟ -1 نعم -2 لا -4 ماعرفتش
2-إلا كان الجواب بنعم، شنو هو ما هاذ المخاطر ؟.....
3-فالدوار والمعارف ديالك ؟ واش العيالات تيمشيو للطبيب مورا الولادة ؟ -1 نعم -2 لا
4-فنظرك، واش المرا خاصها تشوف الطبيب من بعد الولادة ؟
1-نعم -2 لا -4 ماعرفتش
هاد الأسئلة للعيالات الي فات ليهم ولدو، وإلا لا يدوزوا للأسئلة
- 5-معمرك شفتي الطبيب مورا الولادة ؟ -1 نعم -2 لا
6-إلا كان الجواب بنعم، علاش ؟ -1 مضاعفات -2 مراقبة -4 تنظيم الأسرة -7 تلقيح التريبة
7-شنو قلبو ليك ؟
1-التدي -2 دم النفاس -8 ضغط الدم -6 دقات القلب -3 درجة الحرارة - 128 جواب آخر.....
8-إلا كان الجواب لا، علاش ؟
- 1 غياب مضاعفات - 2 بعد المركز الصحي - 4 قلة الثقة فصبيطار - 8 جهل بالأهمية - 16 غياب شخص يقابل الدار والأولاد
32-مشكل مادي -64 جواب آخر.....
9-كانو عندك شي مشاكل صحية مورا الولادة ؟ -1 نعم -2 لا
11-إلا كان الجواب بنعم ، شنو هو ما هاذ المشاكل؟
1-نزيف -2 السخانة -4 تعفن الوالدة -8 تعفن الثدي - 64 جواب آخر.....

- 1-نزيف -2 السخانة -4 تعفنالودة -8 تعفنالثدي - 64 جوابآخر.....
 11-شئودر توقدامهاذاالمشكل؟
 1-شفتوالطبيب -2 شفتوالقابلةالتقليدية -5 العائلة / الصديقة -8 بوحدى
 12-منبعالولادة،واشخديتيشيوسيلةمنعالحمل؟ -1 نعم -2 لا
 13-إلاكانالجوابينعم،شئوهيالوسيلةالليخديتي؟.....
 14-إلاكانالجوابينعم،إمتابديتيهابالضبط؟.....
 15-إلاكانالجواببلا،علاش؟.....


G-الرضيع:

- هادالأسئلةللعياالاتالليبعندهمطفل 24 شهر أوأقل
 هادالأسئلةتتعلقبالوداأو البنتالأخيرة
 1-شحالفعمر ولدك / بنتكالصغير (ة) ؟ شهر
 2-كيفاشتتعتولويةالسرعةفالزيادة؟ -1 زيزوارمستعمل -2 زيزوارجديد -6 مقص - 9 ماعقلتش
 22-جوابآخر.....
 3-واشكانفيهاالفاصمةعلبالسرعةمورالزيادة؟ -1 نعم -2 لا -4 ماعقلتش
 4-واشدر تيشيحاجةللسرعةباشتطيع؟ -1 نعم -2 لا
 5-إلاكانالجوابينعم،واش : 1 : الدوالحمر -2 الكحل -6 اعشاب -239 جوابآخر.....
 6-واشالتر بيبهكانواعندهاشيمشاكلصحيةموارالزيادة؟ -1 نعم -2 لا
 7-إلاكانالجوابينعم،واش:
 1-تعفنالودة -2 ميعاشيررضع -4 تعفنالفالعنين -5 بوصفير -8 جوابآخر.....
 8-شئودر توقدامهاذاالمشكل:
 1-بقيتوفالدار -2 مشيتوعندالطبيب / الفرملى -4 الفراكة -5 الصيدلة
 - 6 عطيتهدواكانعندكفالدار -8 جوابآخر.....
 9-كيفاشكنتيكتنرضعياالتر بيبهفالزيادة؟
 1-حليبالأم -2 حليبآخر -6 حليبالأم + حليبآخر - 34 جوابآخر.....
 11-حددنوعالحليب؟ -8 حليبمبستر -6 حليبالبقر -9 حليبالماعز -4 حليبالصيدلية
 11-إلاكانالجوابينعم،واشعطيتهشيسانآخر 3 أيامموارالزيادة؟ -1 نعم -2 لا
 12-إلاكانالجوابينعم،واش:
 1-الماء -2 العسل -3 الماءفيهاالسكر - 18 اللوزية - 34 جوابآخر.....
 13-إمتابديتيكتنرضعياالتر بيبه؟ -1 أقلمن 24 ساعة -2 أكثرمن 24 ساعة
 14-شحالكانفعمر ولدك / بنتكالمليديتيكتاعطيهاالماكلة : شهر
 15-شحالكانفعمر ولدك / بنتكالمليديتيعليهاالرضاعة؟ شهر
 16-علاشحيستعليهاالرضاعة؟
 1-وصلالعمر المناسب -2 الحمل -6 مابقاشبغاالرضاعة - 18 مرضالأم -46 عدموجودالأم
 34-جوابآخر.....
 17-واشعمر كاستعملتياالرضاعة؟ -1 نعم -2 لا
 18-واشعمر كتلقيتياالتوعيةعليحليبالأمالرضاعةالطبيعية؟ -1 نعم -2 لا
 19-إلاكانالجوابينعم،شكونعطاكالمعلومة؟.....
 21-واشولدك / ابنتكدايرالتلقيحديالو؟ -1 نعم -2 لا
 21-إلاكانالجواببلا،علاش؟.....

H-وفاةالأموالطفل:

- 1-فالداروالمعارفديالك،واشكابينتشيمر اماتتو هيحاملة،ولافالولدقولا في 41 يوم

- 2-إلا كان الجواب نعم ، فين ماتت ؟.....
- 3-شئو كان سبب الوفاة ؟.....
- 4-ففظرك / كان ممكن نتفاداو سبب هاذا الوفاة(تتعتق هاديك المرا)؟ - 1 نعم - 2 لا - 4 ماعرفتش
- 5-إلا كان الجواب بنعم كيفاش ؟.....
- 6-فالدوار والمعارف ديالك، واش كايئة شي تربية ماتت فالزيادة ولا 31 يوم بعد الزيادة؟
- 1-نعم - 2 لا - 4 ماعرفتش
- 7-إلا كان الجواب بنعم ، فين ماتت ؟.....
- 8-شئو كان سبب الوفاة ؟.....
- 9-ففظرك كان ممكن نتفاداو سبب الوفاة(تتعتق هاديك التربية)؟.....
- 11-إلا كان الجواب بنعم ، كيفاش ؟.....
- إعطيات سوسيو ديمو غرافية:**
- 1-المستوى الدراسي - 1 : لا شيء - 2 المسجد - 3 الابتدائي - 4 الثانوي - 5 الجامعي
- 2-عدد سنوات الدراسة :
- 3-المهنة..... :
- 4-عدد مرات الزواج..... :
- 5-العمر الحالي للزوج..... سنة :
- 6-المستوى الدراسي للزوج - 1 : لا شيء - 2 المسجد - 3 الابتدائي - 4 الثانوي - 5 الجامعي
- 7-مهنة الزوج..... :
- 8-مكان عمل الزوج..... :
- 9-واش كايئة شي قرابة مع الزوج ؟ - 1 نعم - 2 لا
- 11 - 1-شئو تا بييجك راجلك؟ 2 cousin 1er degré - 1 cousin 2ème degré
- 3-جواب آخر..... :
- 11-السكن - 1 : كراء - 2 رهن - 3 ملك - 6 ساكنين مع العائلة - 41 جواب آخر.....
- 12-عدد الغرف فاليبيت..... :
- 13-عدد الأشخاص فاليبيت..... :
- 14-عدد العائلات فاليبيت..... :
- 15-عدد الأطفال فاليبيت..... :
- 16-شحال كتصرفوا في الشهر درهم
- 17-نمط العيش - 1 : أسرة صغيرة - 2 مع أم الزوج - 4 مع الوالدين - 7 جواب آخر.....
- 18-التغطية الصحية - 1 : نعم - 2 لا
- 19-إلا كان الجواب بنعم ، واش ؟ - 1 راميد - 2 جواب آخر.....
- 21-المركز الصحي الأقرب..... :
- 21-وسيلة الولوج..... :
- 22-الوقت الكافي للولوج..... :
- 23-واش كتمشي لهاذ المركز ؟ - 1 نعم - 2 لا
- 24-إلا كان الجواب بلا ، علاش ؟.....
- 25-إلا كان عندك شي مشكل صحي ، فين كاتمشي ؟ - 1 مستوصف - 2 صبيطار - 84 عيادة خاصة - 88 الصيدلة
- 128 جواب آخر.....



RESUMES

RESUME :

Objectifs : Décrire les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des femmes en âge de procréation à l'égard de la santé maternelle, et identifier les déterminants de l'utilisation de ses services de soins.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale (étude CAP) menée dans une zone montagneuse à 78 Km de Marrakech. L'enquête descriptive a recruté 87 participantes par deux méthodes d'échantillonnage (Le porte-à-porte et les femmes venant à des caravanes sanitaires pour le suivi de leur grossesse). La collecte de données (Mars-Avril 2014) était par questionnaire traduit en dialectale et administré par des enquêtrices parlant Amazigh. L'analyse des données quantitatives était descriptive et bivariée (Seuil de signification statistique à 5%).

Résultats :La médiane de l'âge était 24 ans [15 à 60 ans]. Près de 87% rapportaient connaitre un moyen contraceptif. Parmi les 67 femmes mariées, uniquement 24,2% utilisaient la pilule au moment de l'étude. Seules 36% des participantes ont reconnu les signes d'alarme encourus pendant la période prénatale et plus de 2 tiers (78,6%) ont reconnu l'intérêt de surveiller la grossesse par un professionnel de santé. Le non recours à la consultation prénatale a été noté chez 35,8% (N= 53) dont 36,4% par absence de problème de santé. Concernant l'accouchement, 65,4% (N=53) des naissances ont eu lieu à domicile pour 2 raisons principales : l'absence de complication et l'éloignement de la maison d'accouchement (29,4% chacune). Quant à l'utilisation des services de la consultation postnatale, 72,4% des enquêtées méconnaissaient le risque de complications en post-partum, et seulement 21,6% (N=53) des femmes ont fréquenté la structure de soins dans cette période. Le motif principal des non-utilisatrices de cette prestation était l'ignorance de son existence et de son intérêt rapporté par 40%. Le niveau d'instruction ($p=0,005$), l'âge de la femme ($p=0,011$) et la connaissance des signes d'alarme

possibles pendant la grossesse ($p=0,01$) étaient des facteurs associés à l'utilisation de la consultation prénatale. Quant au recours à l'accouchement médicalisé, il était significativement associé à l'âge de la femme ($p=0,013$), à son niveau d'instruction ($p=0,027$) et à l'attitude positive à l'égard de l'intérêt de surveiller la grossesse par un professionnel de santé ($p=0,006$). Les barrières relevées étaient d'ordre géographique, culturel et socioéconomique.

Conclusion: Des séances d'éducation et de communication semblent nécessaires pour changer les comportements des femmes, ainsi que le développement des prestations de soins au sein de la commune afin d'améliorer la santé de la mère, qui est le pilier de développement de tout pays.

ABSTRACT:

Objectives: To describe the knowledge, attitudes and practices (KAP) of women in reproductive age in relation to maternal health, and to identify the determinants of the use of their health services.

Methods: This was a cross-sectional descriptive study (KAP study) conducted in a mountainous area 78 km from Marrakech. The descriptive survey recruited 87 participants with two sampling methods (The door-to-door and women coming to sanitary caravans for monitoring pregnancy). Data collection (March-April 2014) was translated into dialectal questionnaire and managed by interviewers speak Amazigh. The quantitative data analysis was descriptive and bivariate (Threshold for statistical significance at 5%).

Results: The median age was 24 years [15-60 years]. Nearly 87% reported knowing a contraceptive. Among 67 marriedwomen, only 24.2% used the pill at the time of the study. Only 36% of participants have recognized the warning signs incurred during the prenatal period and more than two thirds (78.6%) recognized the importance of monitoring the pregnancy by a health professional. The non-use of prenatal consultation was noted in 35.8% (N = 53), 36.4% of them for lack of health problem.Regarding childbirth, 65.4% (N = 53) of births took place at home for 2 main reasons: lack of complication and the remoteness of the birthing home (29.4% each). As for the use of the services of postnatal consultation, 72.4% of respondents were unaware of the risk of postpartum complications, and only 21.6% (N = 53) of women attended the health facility in this period . The main reason for non-users of this service was the ignorance of its existence and interest reported by 40%. The level of education ($p = 0.005$), age of women ($p = 0.011$) and the knowledge of the possible warning signs during pregnancy ($p = 0.01$) were factors associated with the use of prenatal care. As for the use of medicalized

childbirth it was significantly associated with age of women ($p = 0.013$), her education ($p = 0.027$) and positive attitude towards the interest to monitor the pregnancy by a health professional ($p = 0.006$). The barriers identified were geographical, cultural and socioeconomic.

Conclusion: Education and communication sessions seem necessary to change women's behavior and development in the municipality care services to improve the health of the mother, which is the pillar of development of any country.

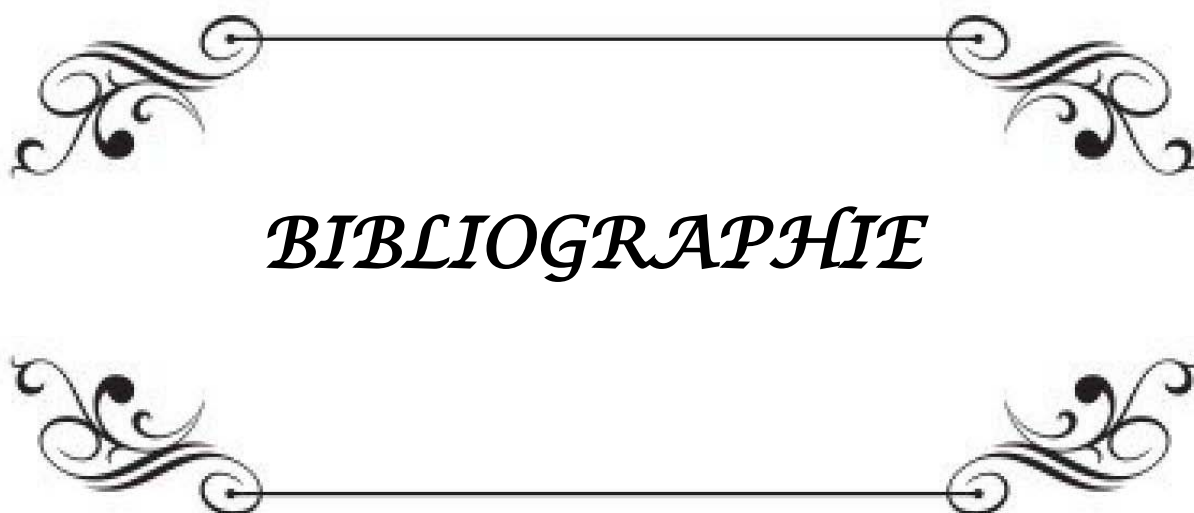
ملخص

الأهداف: وصف معارف ومواقف وممارسات النساء في سن الإنجاب فيما يتعلق بصحة الأم، وتعريف محددات استخدام الخدمات الصحية

وسائل: هي دراسة وصفية عرضية أجريت في منطقة جبلية تبعد ب 78 كلم عن مدينة مراكش. تم فيها توظيف 87 مشاركة من أجل أخذ عينات بطريقتين (طرق الأبواب، وقدم النساء للقوافل الطبية من أجل متابعة حملهن). جمع المعطيات (مارس وأبريل 2014) كان عبر استبيان مترجم للدارجة المحلية، وتمت ادارته من طرف محادثات يتكلمن اللغة الأمازيغية. تحليل البيانات الكمية كان وصفيا ومتغيرا (عتبة الدلالة الاحصائية 5%)

نتائج: كان متوسط عمر النساء هو 24 سنة (15 ل 60 سنة)، مايقرب من 87% ذكرن معرفتهن بوسيلة لمنع الحمل. من 67 امرأة متزوجة، ما يقارب الثلث أكدن استعمالهن لحبوب منع الحمل أثناء إجراء الدراسة. فقط 36% من المشاركات عرفن علامات تحذيرية خلال فترة ما قبل الولادة وأكثر من الثلثين (78.6%) اعترفن بأهمية مراقبة حملهن من طرف مهني صحة. لوحظ عدم اللجوء للاستشارة الطبية ما قبل الولادة عند 35.8% (53 امرأة)، منهم 36.4% بسبب غياب أي مشكل صحي. فيما يتعلق بالولادة، 65.4% من الولادات تمت في المنزل، وذلك لسببين أساسيين: عدم وجود مضاعفات و بُعد دار الولادة (29.4% لكل سبب). أما بالنسبة لاستعمال خدمات الاستشارات ما بعد الولادة، 72.4% من المستجوبات لا تعرفن خطر مضاعفات ما بعد الولادة، و فقط 21.6% من النساء زرن المرافق الصحية في هاته الفترة. وكان السبب الرئيسي لعدم الاستفادة من هاته المرافق هو الجهل بتواجدها والهدف منها، وهذا ما أكدته 40% من النساء. المستوى التعليمي وسن النساء ومعرفة العلامات التحذيرية الممكنة أثناء الحمل هي العوامل الأساسية المحددة لاستشارات ما قبل الولادة. أما بالنسبة للجوء لولادة مجهزة طبية، فهو مرتبط أساسا بعمر المرأة ومستواها التعليمي والموقف الايجابي تجاه الفائدة من مراقبة الحمل من طرف مهني الصحة. كانت الحواجز التي حددت جغرافية وثقافية واقتصادية واجتماعية.

خلاصة: تعتبر حصص التوعية والتواصل ضرورية من أجل تغيير سلوكيات النساء، بالإضافة لتنمية خدمات الرعاية الطبية المحلية من أجل تحسين صحة الأم التي تعتبر أساس التنمية في جميع البلدان



BIBLIOGRAPHIE

1. **WORLD HEALTH ORGANIZATION**
WHO | 10 facts on maternal health [Internet].
[cité 19 juin 2016]. Disponible sur:
http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/en/
2. **United Nations Development Programme**
Rapport sur le développement humain 2011 [Internet].
[cité 19 juin 2016]. Disponible sur:
http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2011_fr_complete.pdf
3. **Ministère de la santé du Maroc**
Etat de santé de la population marocaine, 2012.
4. **Ministère de la santé du Maroc**
Enquête Nationale Sur La Population Et La Santé Familiale (ENPSF-2011) [Internet].
[cité 19 juin 2016]. Disponible sur:
<http://www.sante.gov.ma/Documents/Enqu%C3%AAt%20.pdf>
5. **Ministère de la santé du Maroc**
Plan d'action 2012 - 2016 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale [Internet].
[cité 19 juin 2016]. Disponible sur: http://www.unicef.org/morocco/french/PA-MMN_Fr.pdf
6. **Kahn-Jochimek A.**
Le programme de développement durable [Internet]. Développement durable.
[cité 19 juin 2016]. Disponible sur:
<http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/development-agenda/>
7. **Ministère de la santé du Maroc**
Stratégie sectorielle de santé 2012-2016 [Internet].
[cité 19 juin 2016]. Disponible sur:
<http://www.sante.gov.ma/Docs/Documents/secteur%20sant%C3%A9.pdf>
8. **Audibert M, de Roodenbeke E, others.**
Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali: analyse de la situation et perspectives.

- Banq Mond Région Afr Dép Dév Hum. 2005;
9. **Yakoob MY, Ali MA, Ali MU, Imdad A, Lawn JE, Van Den Broek N, et al.**
The effect of providing skilled birth attendance and emergency obstetric care in preventing stillbirths.
BMC Public Health. 2011;11(3):1.
 10. **Zanconato G, Msolomba R, Guarenti L, Franchi M.**
Antenatal care in developing countries: the need for a tailored model. In: Seminars in Fetal and neonatal Medicine [Internet].
Elsevier; 2006 [cité 19 juin 2016]. p. 15-20. Disponible sur:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744165X05000818>
 11. **Amooti-Kaguna B, Nuwaha F.**
Factors influencing choice of delivery sites in Rakai district of Uganda.
Soc Sci Med. 2000;50(2):203-13.
 12. **MUNYAMAHORO M, NTAGANIRA J.**
Determinants de l'utilisation des services de santé par les ménages du district de Rubavu.
2013
[cité 19 juin 2016]; Disponible sur:
<https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/41169>
 13. **Haut-Commissariat au Plan du Royaume du Maroc.**
Niveau de vie et pauvreté.
[cité 19 juin 2016]. Disponible sur: http://www.hcp.ma/downloads/Niveau-de-vie-et-pauvrete_t11884.html
 14. **Ministère de la santé du Maroc.**
Carte sanitaire de la province d'Al Haouz [Internet].
[cité 19 juin 2016]. Disponible sur:
<http://cartesanitaire.sante.gov.ma/offresoins/provincial.aspx?id=41>
 15. **Gage AJ.**
Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali.
Soc Sci Med. 2007;65(8):1666-82.
 16. **Magadi M, Diamond I, Madise N, Smith P.**
Pathways of the determinants of unfavourable birth outcomes in Kenya.
J Biosoc Sci. 2004;36(02):153-76.

17. **Kroeger A.**
Anthropological and socio-medical health care research in developing countries.
Soc Sci Med. 1983;17(3):147-61.
18. **Assarag B, Nassiri K, Kharbach A.**
Les déterminants de l'utilisation de la consultation postnatale à la préfecture de Skhirat-Témara, Maroc.
Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 2014;62:S175-6.
19. **UNFPA – United Nations Population Fund**
Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges | [Internet]. [cité 19 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.unfpa.org/publications/universal-access-reproductive-health-progress-and-challenges>
20. **Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding it up.**
The costs and benefits of investing in sexual and reproductive health 2014. 2014 [cité 15 avr 2016]; Disponible sur: <http://www.popline.org/node/637887>
21. **Organisation Mondiale de la Santé**
Planification familiale/Contraception [Internet]. WHO. [cité 15 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>
22. **Public choices, private decisions:**
sexual and reproductive health and the millennium development goals [Internet]. [cité 19 juin 2016]. Disponible sur:
http://www.unmillenniumproject.org/documents/MP_Sexual_Health_screen-final.pdf
23. **La situation des enfants dans le monde 2009**
[cité 19 juin 2016]. Disponible sur:
http://www.unicef.org/french/publications/files/SOWC_2009_Main_Report_LoRes_PDF_FR_USLetter_03112009.pdf
24. **Haute Autorité de Santé**
Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées . [cité 19 juin 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
25. **World Health Organization**
Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care.
Department of Making Pregnancy Safer. World Health Organization; 2010.

26. **Thaddeus S, Maine D. Too far to walk:**
maternal mortality in context.
Soc Sci Med. 1994;38(8):1091-110.
27. **Sword W.**
A socio-ecological approach to understanding barriers to prenatal care for women of low income.
J Adv Nurs. 1999;29(5):1170-7.
28. **Gabrysch S, Campbell OM.**
Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use.
BMC Pregnancy Childbirth. 2009;9(1):1.
29. **Rosenstock IM.**
Why people use health services.
Milbank Q. 2005;83(4):Online - only.
30. **Ajzen I.**
The theory of planned behavior.
Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179-211.
31. **Beninguisse G, Nikièma B, Fournier P, Haddad S.**
L'accessibilité culturelle: une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique. 2004
[cité 25 févr 2016]; Disponible sur: <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/5835>
32. **Fotso J-C, Ezeh AC, Essendi H.**
Maternal health in resource-poor urban settings: how does women's autonomy influence the utilization of obstetric care services?
Reprod Health. 2009;6(1):1.
33. **Doctor HV, Bairagi R, Findley SE, Helleringer S, Dahiru T.**
Northern Nigeria maternal, newborn and child health programme: selected analyses from population-based baseline survey.
Open Demogr J. 2011;4(11-12):11.
34. **Cherkaoui M, Baali A, Larrouy G, Sevin A, Boëtsch G.**
Consanguinity, fertility of couples and mortality of children in the high Atlas population (commons of Anougal and Azgour, Marrakesh, Morocco).
Int J Anthropol. 2005;20(3-4):199-206.

35. **Mbonye AK.**
Risk factors associated with maternal deaths in health units in Uganda.
Afr J Reprod Health. 2001;47-53.
36. **Friedman SH, Heneghan A, Rosenthal M.**
Characteristics of women who do not seek prenatal care and implications for prevention.
J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2009;38(2):174-81.
37. **Telfer ML, Rowley JT, Walraven GE.**
Experiences of mothers with antenatal, delivery and postpartum care in rural Gambia.
Afr J Reprod Health. 2002;74-83.
38. **Adekunle LV.**
Problems and Progress of Obstetric Care in Nigeria: Home or Hospital Delivery? Views
from a Rural Community.
Trop J Obstet Gynaecol. 2002;19(2):82-5.
39. **Faye A, Faye M, Bâ IO, Ndiaye P, Tal-Dia A.**
Facteurs déterminant le lieu d'accouchement chez des femmes ayant bénéficié au moins
d'une consultation prénatale dans une structure sanitaire (Sénégal).
Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 2010;58(5):323-9.
40. **El Hamdani FZ, Vimard P, Baali A, Zouini M, Cherkaoui M.**
[Prenatal care in the city of Marrakech].
Med Sante Trop. 2013;23(2):162-7.
41. **Bara I.**
Analyse des connaissances, attitudes, perceptions et pratiques des populations en
matière de santé de la mère et de l'enfant dans le département de Gaya. 2012
[cité 19 juin 2016]; Disponible sur: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JJBH.pdf
42. **Minsitère de la santé, Royaume du Maroc, ENPSF 2011**
Principaux indicateurs régionaux-. [Internet].
[cité 20 juin 2016]. Disponible sur:
http://www.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/Indicateurs%20regionaux_ENPSF-2011.pdf
43. **Organisation mondiale de la Sante´.**
Antenatal care: Report of a Technical Working Group, 1994.WHO/FRH/MSN/96.8.
Geneva : WHO, 1996 ; .

[cited 2016 June 20]. Consultable a` l`adresse: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/MSN_96_8/MSN_96_8chapter1.

44. **Kambala C, Lohmann J, Mazalale J, Brenner S, De Allegri M, Muula AS, et al.**
How do Malawian women rate the quality of maternal and newborn care? Experiences and perceptions of women in the central and southern regions.
BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15(1):1.
45. **Khanal V, da Cruz JLNB, Mishra SR, Karkee R, Lee AH.**
Under-utilization of antenatal care services in Timor-Leste: results from Demographic and Health Survey 2009-2010.
BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15(1):1.
46. **Zouini M, Baali A, Cherkaoui M, Amor H, Hilali MK, Vimard P, et al.**
Maternal morbidity and health care seeking in the western high Atlas mountains in Morocco (Azgour, Anougal and Imnane valleys, Al Haouz Province, Marrakech District).
Biom Hum Anthropol. 2009;27(3/4):165-72.
47. **Zouini M, Cherkaoui M, Baali A, Amor H, Hilali MK, El Hamdani FZ, et al.**
[Obstetric care: Supply and demand care in three valleys of the western High Atlas region of Morocco (Anougal, Azgour and Imnane).].
Sante Montrouge Fr. 2010;20(4):225-31.
48. **Gage AJ, Guirlène Calixte M.**
Effects of the physical accessibility of maternal health services on their use in rural Haiti.
Popul Stud. 2006;60(3):271-88.
49. **M\`a alqvist M, Sohel N, Do TT, Eriksson L, Persson L-\AAke.**
Distance decay in delivery care utilisation associated with neonatal mortality. A case referent study in northern Vietnam.
BMC Public Health. 2010;10(1):1.
50. **Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Hafizur Rahman M.**
Poverty and access to health care in developing countries.
Ann N Y Acad Sci. 2008;1136(1):161-71.
51. **Perkins M, Brazier E, Themmen E, Bassane B, Diallo D, Mutunga A, et al.**
Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries.
Health Policy Plan. 2009;24(4):289-300.

52. **Mc Quide P, Delvaux T, Buekens P.**
The study group on Barriers and Incentives to Prenatal Care in Europe. Prenatal Care Incentives in Europe.
J Pub Health Policy. 1998;19:203.
53. **Phillippi JC.**
Women's perceptions of access to prenatal care in the United States: a literature review. J Midwifery Women's Health. 2009;54(3):219-25.
54. **Fabrice Romain KAMDEM**
Evaluation des connaissances des femmes enceintes relatives aux consultations prénatale [Internet]. Memoire Online.
[cité 20 juin 2016]. Disponible sur:
http://www.memoireonline.com/10/13/7659/m_Evaluation-des-connaissances-des-femmes-enceintes-relatives-aux-consultations-prenatales7.html
55. **Paul BK, Rumsey DJ.**
Utilization of health facilities and trained birth attendants for childbirth in rural Bangladesh: an empirical study.
Soc Sci Med. 2002;54(12):1755-65.
56. **Anwar I, Sami M, Akhtar N, Chowdhury ME, Salma U, Rahman M, et al.**
Inequity in maternal health-care services: evidence from home-based skilled-birth-attendant programmes in Bangladesh.
Bull World Health Organ. 2008;86(4):252-9.
57. **Kouanda S, Boina T, Nikièma L, Doulougou B, Meda B, Sondo B.**
Facteurs liés à la sous utilisation de la consultation post natale dans un district rural au Burkina Faso.
ResearchGate. 31 déc 2007;Vol. 30(n°s 1 et 2):97-103.
58. **Islam MR, Odland JO.**
Determinants of antenatal and postnatal care visits among Indigenous people in Bangladesh: a study of the Mru Community.
Rural Remote Health. 2011;11(2):1672.
59. **Titaley CR, Hunter CL, Heywood P, Dibley MJ.**
Why don't some women attend antenatal and postnatal care services?: a qualitative study of community members' perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia.
BMC Pregnancy Childbirth. 2010;10(1):1.

60. **Miles-Doan R, Brewster KL.**
The impact of type of employment on women's use of prenatal-care services and family planning in urban Cebu, the Philippines. *Stud Fam Plann.* 1998;69-78.
61. **Ciceklioglu M, Soyer MT, Öcek ZA.**
Factors associated with the utilization and content of prenatal care in a western urban district of Turkey.
Int J Qual Health Care. 2005;17(6):533-9.
62. **Mathole T, Lindmark G, Majoko F, Ahlberg BM.**
A qualitative study of women's perspectives of antenatal care in a rural area of Zimbabwe. *Midwifery.* 2004;20(2):122-32.
63. **Celik Y, Hotchkiss DR.**
The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. *Soc Sci Med.* 2000;50(12):1797-806.
64. **Simkhada B, Teijlingen ER van, Porter M, Simkhada P.** Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature.
J Adv Nurs. 2008;61(3):244-60.
65. **Furuta M, Salway S.**
Women's position within the household as a determinant of maternal health care use in Nepal.
Int Fam Plan Perspect. 2006;17-27.
66. **Lino Y, Sillabutra J, Chompikul J.**
Factors related to the perception of pregnant women regarding antenatal care in Nakonpathom province, Thailand.
Jour Pub Hea Dev. 2011;9:105-16.
67. **Matthews Z, Mahendra S, Kilaru A, Ganapathy S.**
Antenatal care, care-seeking and morbidity in rural Karnataka, India: results of a prospective study.
Asia Pac Popul J. 2001;16(2):11-28.
68. **Nisar N, White F.**
Factors affecting utilization of antenatal care among reproductive age group women (15-49 years) in an urban squatter settlement of Karachi.
JPMA J Pak Med Assoc. 2003;53(2):47-53.

69. **Paredes I, Hidalgo L, Chedraui P, Palma J, Eugenio J.**
Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women.
Int J Gynecol Obstet. 2005;88(2):168-72.
70. **Burgard S.**
Race and pregnancy-related care in Brazil and South Africa.
Soc Sci Med. 2004;59(6):1127-46.
71. **Navaneetham K, Dharmalingam A.**
Utilization of maternal health care services in Southern India.
Soc Sci Med. 2002;55(10):1849-69.
72. **Babalola S, Fatusi A.**
Determinants of use of maternal health services in Nigeria—looking beyond individual and household factors.
BMC Pregnancy Childbirth. 2009;9(1):1.
73. **Gitimu A, Herr C, Oruko H, Karijo E, Gichuki R, Ofware P, et al.**
Determinants of use of skilled birth attendant at delivery in Makueni, Kenya: a cross sectional study.
BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15(1):1.
74. **Elo IT.**
Utilization of maternal health-care services in Peru: the role of women's education.
Health Transit Rev. 1992;49-69.
75. **Raghupathy S.**
Education and the use of maternal health care in Thailand.
Soc Sci Med. 1996;43(4):459-71.
76. **Ajzen I, Fishbein M.**
Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research.
Psychol Bull. 1977;84(5):888.

قَسَمِ الطَّبِيبِ

اقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَر_اقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ
وَالْأَحْوَالِ بَادِلَةً وَسَعِي فِي اسْتِنْقَازِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.
وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كَرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.
وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بَادِلَةً رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ
وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، أُسَخِّرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ .. لَا لِأَذَاهِ.
وَأَنْ أُوقِّرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرُنِي، وَأَكُونَ أَخْتًا لِكُلِّ زَمِيلٍ
فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبِيَّةِ مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.
وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي ،
نَقِيَّةً مِمَّا يَشِينُهَا تَجَاهَ اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ

محددات استخدام مصالحي صحة الأم بجماعة زرقطن، إقليم الحوز الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 14 / 07 / 2016

من طرف

السيدة وفاء قدي

المزداة 16 يونيو 1990 ب: ابن سليمان

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

استخدام خدمات الرعاية - صحة الأم - محددات

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

السيد م. الصبيحي

أستاذ في طب الأطفال

السيد م. أمين

أستاذ في علم الأوبئة و الأبحاث السريرية

السيد ي. آيت بنقصور

أستاذ مبرز في علم أمراض النساء و التوليد

السيد ل. بوخني

أستاذ مبرز في علم أمراض النساء و التوليد