

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

N°

THESE

L'INTEGRATION DES SERVICES DE PLANNING FAMILIAL DU
POST-PARTUM /SANTE MATERNELLE, NEONATALE, INFANTILE
ET NUTRITION : CAS DE L'UNITE DE CONSULTATION POST-
NATALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE V DU DISTRICT BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le 15/07/2026 devant le Jury de la Faculté
de Médecine et d'Odonto-Stomatologie par :

Mme KADIATOU BERTHE

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Jury

Président : M. Soumana Oumar TRAORE, Maître de conférences

Membres : M. Issa Souleymane GOITA, Maître de conférences

M. Saleck DOUMBIA, Gynécologue obstétrique

Directeur : M. Alassane TRAORE, Maître de conférences

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** -PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mr Mamadou Lamine DIAKITE** – PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2	Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryologie
3	Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie Réanimation
4	Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
5	Mr Ibrahim I MAIGA	Bactériologie - Virologie
6	Mr Bouba DIARRA	Bactériologie - Virologie
7	Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie - Virologie
8	Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
9	Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
10	Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
11	Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
12	Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
13	Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
14	Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
15	Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
16	Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
17	Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
18	Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
19	Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
20	Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
21	Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
22	Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
23	Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
24	Mme Hawa THIAM	Dermatologie
25	Mr Somita KEITA	Dermatologie-Léprologie
26	Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
27	Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
28	Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
29	Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
30	Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
31	Mr Moussa Y MAIGA	Gastro-Entérologie - Hépatologie
32	Mr Amadou DOLO	Gynécologie/Obstétrique
33	Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie/Obstétrique
34	Mr Issa DIARRA	Gynécologie/Obstétrique
35	M. Mamadou TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
36	Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
37	Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique

38	Mme SY Assitan SOW	Gynécologie/Obstétrique
39	Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
40	Mr Amadou TOURE	Histo-Embryologie
41	Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
42	Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
43	Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
44	Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
45	Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
46	Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
47	Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
48	Mr Cheick Oumar GUINTC	Neurologie
49	Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
50	Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
51	Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
52	Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
53	Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
54	Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
55	Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
56	Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie
57	Mr Adama SANGARE	Orthopédie-Traumatologie
58	Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
59	Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
60	Mr Abdourahmane S MAIGA	Parasitologie
61	Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
62	Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
63	Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
64	Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
65	Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
66	Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
67	Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
68	Mr Issa TRAORE	Radiologie
69	Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
70	Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
71	Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
72	Mr Mamadou Sounalo TRAORE	Santé Publique
73	Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
74	Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
75	Mr Aly TEMBELY	Urologie
76	Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
77	Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
78	Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Aladji Seidou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Broulays Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
3	Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
4	Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
5	Mr Youssout COULIBALY	Anesthésie-Réanimation

6	Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef de DER
7	Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
8	Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
9	Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
10	Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
11	Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
12	Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
13	Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
14	Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
15	Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
16	Mr Tioukani THERA	Gynécologie/Obstétrique
17	Mr Youssef TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
18	Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
19	Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
20	Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
21	Mme Kadidiatou SINGARE	ORL
22	Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
23	Mr Honore Jean Gabriel BERTHE	Urologie
24	Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoul Hamidou AL MEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
3	Mr Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation
4	Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
5	Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie-Réanimation
6	Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie-Réanimation
7	Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
8	Mr Seydina. Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
9	Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie-Réanimation
10	Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
11	Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
12	Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
13	Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
14	Mr Brehima BENGALY	Chirurgie Générale
15	Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
16	Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
17	Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
18	Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
19	Mr Sekou Brahim KOUARI	Chirurgie Générale
20	Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
21	Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
22	Mr Issa AMADOL	Chirurgie Pédiatrique
23	Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
24	Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25	Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
26	Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique

27	Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
28	Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
29	Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
30	Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
31	Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
32	Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
33	Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
34	Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
35	Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
36	Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
37	Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
38	Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
39	Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
40	Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
41	Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
42	Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
43	Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
44	Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
45	Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
46	Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
47	Mr Siaka SOUMAORO	ORL
48	Mr Youssouf SIDIBE	ORL
49	Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
50	Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie-Traumatologie
51	Mr Layes TOURE	Orthopédie-Traumatologie
52	Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
53	Mr Bougady Coulibaly	Prothèse Scellée
54	Mr Alphousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo - Faciale
55	Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo - Faciale
56	Mr Alkadri DIARRA	Urologie
57	Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
58	Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
59	Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
60	Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Fadima Koréissy TALI	Anesthésie Réanimation
2	Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
3	Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4	Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
5	Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
6	Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
7	Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
8	Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
9	Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

L'intégration des services de planning familial du post-partum /sante maternelle, néonatale, infantile et nutrition : cas de l'unité de consultation post-natale du centre de sante de référence de la commune V du district Bamako

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Lvdia B. SITA	Stomatologie

D.E.R.DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
2	Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
3	Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
4	Mr Bakary MAIGA	Immunologie
5	Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie
6	Mme Safiatou NIARE	Parasitologie-Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
2	Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
3	Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4	Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
5	Mme Djénéba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6	Mr Ousmane MAIGA	Biologie Entomologie Parasitologie
7	Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8	Mr Mamadou BA	Biologie Parasitologie Entomologie Médicale
9	Mr Moussa FANE	Biologie Santé public Santé-Environnement
10	Mr Adama DAO	Entomologie médicale
11	Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
12	Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
13	Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
14	Mr Yava KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
15	Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
16	Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie- Mycologie
17	Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
18	Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
2	Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
3	Mr Saïdou BALAM	Immunologie
4	Mr Sidy BANE	Immunologie
5	Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
6	Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE

1	Mr Tata TOURE	Anatomie
2	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3	Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
4	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie Parasitologie Médicale
5	Mme Nadie COULIBALY	Microbiologie Contrôle Qualité

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
2	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
3	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie-Vénérologie
4	Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
5	Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6	Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
7	Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
8	Mr Youssoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
9	Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
10	Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
11	Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
12	Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
13	Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
14	Mr Souleymane COULIBALS	Psychologie
15	Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
16	Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
3	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
4	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
5	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
6	Mr Ilo Bella DIALI	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
13	Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
16	Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-Entérologie

18	Mme Hourouma SOW	Hépatogastro-Entérologie
19	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépatogastro-Entérologie
20	Mme Sanra Déborah SANOGC	Hépatogastro-Entérologie
21	Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
22	Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
23	Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24	Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25	Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
26	Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
27	Mr Djibril SY	Médecine Interne
28	Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
29	Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
30	Mr Seydou SY	Néphrologie
31	Mr Guida LANDOURE	Neurologie
32	Mr Seybou HASSANE	Neurologie
33	Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
34	Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
35	Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
36	Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie
37	Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
38	Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
39	Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
40	Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
41	Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
42	Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
43	Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
44	Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
45	Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
46	Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
48	Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
49	Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
50	Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
51	Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
52	Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
53	Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
54	Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
2	Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3	Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
4	Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille Communautaire
5	Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie

7	Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8	Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
9	Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
10	Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
11	Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
12	Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
13	Mr Djigui KEITA	Rhumatologie

ASSISTANTS /ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS /DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2	Mr Sory Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
3	Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
4	Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique Chef de D.E.R.

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
2	Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique
3	Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4	Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
5	Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
6	Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
7	Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
8	Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
9	Mr Birama Apho LY	Santé Publique

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie
3	Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
4	Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
5	Mr Cheick Papa Oumar SANGARI	Nutrition
6	Mr Bakary DIARRA	Santé Publique
7	Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
8	Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
9	Mr Ousmane LY	Santé Publique
10	Mr Ilo DICKO	Santé Publique

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie - Bibliographie
3	Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques
4	Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
5	Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6	Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
7	Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire
8	Mme Diénéba DIARRA	Santé de la reproduction
9	Mme Niéle Hawa DIARRA	Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Babou BAH	Anatomie
2	Mr Nicolas GUINDO	Anglais
3	Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
4	Mr Madani MARICO	Chimie générale
5	Mr Blaise DACKOOU	Chimie organique
6	Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
7	Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
8	Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie odontologie légale
9	Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
10	Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
11	Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
12	Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
13	Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique - Déontologie
14	Mr Issa COULIBALY	Gestion
15	Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
16	Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
17	Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
18	Mr Brahim DICKO	Médecine Légale
19	Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
20	Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
21	Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
22	Mr Ibrahima FALL	OCE
23	Mr Abdoul Karim TOGO	OCE
24	Mr Abdrahamane A.N. CISSE	ODF
25	Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
26	Mr Amsalla NIANG	Odontologie Préventive et Sociale
27	Mr Madani LY	Oncologie
28	Mr Lamine TRAORE	PAP/PC
29	Mr Souleymane SISSOKO	PAP/ PC/Implantologie
30	Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
31	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
32	Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
33	Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
34	Mr Morodian DIALLO	Physique

L'intégration des services de planning familial du post-partum /sante maternelle, néonatale, infantile et nutrition : cas de
l'unité de consultation post-natale du centre de sante de référence de la commune V du district Bamako

35	Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
36	Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
37	Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie
38	Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

-A MON PERE : KOUTAN MICHEL BERTHE

Ce travail est le fruit de vos efforts et sacrifices. Vous avez toujours été pour nous un exemple du pere respectueux, honnête, méticuleuse, je tiens à honore l'homme que vous êtes. Votre rigueur et exigence dans notre éducation, vos encouragements, votre dévouement, vos soucis permanents de notre bien-être, vos bénédictions et soutiens pour ne citer que ceux-ci m'ont permis d'être là aujourd'hui, grâce à vous père, j'ai appris le sens du travail et de la responsabilité. Je voudrais vous remercier pour votre amour, votre générosité, votre soutien fut une lumière dans tout mon parcours. Cher père, je suis très heureuse de présenter ce travail a votre présence, aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime et le respect que j'ai toujours eu pour vous.

JE T'AIME PAPA ET MERCI MERCI POUR LA PERSONNE QUE JE SUIS AUJOURD'HUI
puisse Allah vous donne longue vie

-A MA MERE : feu AMINATA FOFANA

J'aurais voulu que vous assistez à cette cérémonie, hélas Allah en a décidé autrement.

Chère Mère, les mots me manquent pour exprimer ma profonde reconnaissance envers vous. Tu as été et tu le resteras l'exemple de la femme battante, courageuse, respectueuse, aimante tolérante, ainsi vertueuse pour moi. Certes, vous m'avez donné la vie, mais vous avez aussi contribué à la rendre plus agréable. Merci pour votre amour, votre confiance et votre protection. Vos bénédictions et prières m'ont accompagné et m'accompagneront tout au long de ma vie. Je vous remercie pour tous les efforts et les sacrifices que vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon instruction. Malgré tant d'épreuves, vous n'avez jamais cessé de croire en vos enfants. Merci d'avoir façonné la personne que je suis devenue, j'espère que de là où vous êtes-vous êtes fière de votre LAKARE .

J'IMPLORE ALLAH DE VOUS ACCUEILLIR DANS SON IMMENSE PARDIS.

REMERCIEMENTS :

A ALLAH Le protecteur de celui qui cherche la protection, La gloire de l'espoir Le gardien de l'humanité Toi qui nous procure la sagesse, la sagesse qui brille et qui ne se flétrit pas La sagesse qui se laisse voir aisément par ceux qui l'aiment et trouver par ceux qui la cherchent ; elle devance ceux qui la désirent en se faisant connaître la première. La sagesse qui nous aide à combattre l'opulence car l'opulence attriste et assèche le cœur de l'homme. La sagesse qui nous apprend à connaître les tendances et les instincts que nous portons en nous et savoir les hiérarchiser et les dominer à notre profit. La sagesse qui nous permet de conserver la clairvoyance dans un monde hypertrophié et hémiplegique La sagesse qui nous apprend à nous connaître par une introspection régulière. Car se connaître, c'est avoir les moyens de se gouverner sans passion, c'est aussi avoir une personnalité bien trempée et un équilibre lucide, une personnalité qui nous permet de réfléchir sur nos actes sur les motifs secrets de notre conduite et cela avec une dose d'objectivité. Oh, toi seigneur, toi qui nous as permis de voir ce beau jour nous nous prosternons devant toi pour implorer ta bénédiction afin que ta sagesse pèse sur nos vérités ici-bas.

Au prophète Mohamed (paix et salut sur lui) : que la paix et la bénédiction de Dieu soit sur lui et tous ses fidèles compagnons.

-A mes adorables frères et sœurs

On a l'habitude de dire qu'on ne choisit pas sa famille, aujourd'hui, j'ai la ferme conviction que s'il m'avait été donné de faire ce choix, je n'aurai pu mieux faire. Vous représentez énormément pour moi et le quotidien que nous avons partagé à forger ma personnalité. Ensemble nous avons traversé les moments agréables, parfois pénibles mais nous nous en sommes sortis encore plus forts et plus soudés. **A chacun de vous : NIOUMA, ASSETOU, OUMAR, ALLASSANE, FOUSSEYNI, HAWA, DJENEBA, FATOUMATA, ARAMATA, KADIA**

Je vous souhaite le meilleur sous la houlette du seigneur. Ce travail est le fruit des sacrifices que vous avez consentis dignement et humblement ; c'est l'occasion pour moi de vous remercier.

-Mes tantes : De crainte d'en oublier, je n'ai pas cité les noms.

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis mon jeune âge. Je vous en serai toujours reconnaissant et prie pour le repos de l'âme de ceux qui ne sont pas parmi nous aujourd'hui.

A mes merveilleuses amies : DR AMINATA KONE, DR TENE KEITA, SASSO SIDIBE, FANTA YATTARA Vous avez été infatigable, généreux et des conseillers extraordinaires. Vous avez été là tout au long de ce parcours de combattant. J'ose croire que le tout puissant vous a mis sur mon chemin pour tout mon bonheur. Que l'avenir soit pour Nous soulagement et satisfaction. Amen !!

A mon groupe d'exposé : SEKOU, YAMADOU, AGUERA, IBRAHIM merci pour votre soutien et votre présence à mes cotes.

A mes encadreur :

Pr Soumana Oumar Traore, Dr Oumar Moussokoro Traore, Dr Saoudatou Tall, Dr Niagalé Sylla, Dr Nouhoum Diakité, Dr Mamadou A Traoré, Dr Saleck Doumbia, Dr Ba Berthe,

Merci pour la qualité de l'enseignement, et de la disponibilité constante tout au long de notre formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères de bonheur, de longévité, et de réussite dans toutes vos entreprises.

A tous les personnels du service de gynécologie obstétrique du Centre de Sante de Référence de la Commune V grâce à vous j'ai appris la bonne conduite, la sagesse, et le respect dans le travail en équipes. Je n'oublierai jamais ces moments agréables que nous avons passés ensemble

A tous les **internes** du centre de sante de référence de la commune V du district Bamako et particulièrement mon équipe de garde (**SAMBA S SIDIBE , SINALY DEMBELE, TIEKOURA DIARRA, KADIDJATOU AKOHO, MAYER KEMBOU, KARBA SANOGO, KAMAGATE YOUSOUF, VAMARA BENGALY**) ; mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes côtés pour des échanges scientifiques et autres, pour vos soutiens et A vous **mes aînés encadreur du CS Réf CV : Dr SACKO ALOU, Dr ALFOUSSEYNI COULIBALY, Dr AMADOU KONE, Dr ABDOUL KADRI DIABY, Dr FRANCISS DEMBELE, Dr SALIMATA COULIBALY, Dr ASSANATOU T TRAORE, Dr BARAKISSA COULIBALY, Dr JONATHAN COULIBALY, DR N'TJO BALLO et Dr SALIMATA KONE ,ET TOUT(e) les DES en gynecologie-obstetrique** tous ceux qui n'ont pas leurs noms ici. Conseils. Soyez-en ici remerciés.

A toutes les sages-femmes et infirmières du centre de sante de référence de la commune V du district Bamako,

A tout le personnel du bloc opératoire du centre de sante de référence de la commune V du district Bamako,

**A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé à la réalisation de ce travail. Je vous dit
MERCI**

**A Dr DIARRA MAMADOU, DR DOUMBIA SOULEYMANE ET TOUS LES
PERSONNELS DE LA CLINIQUES RENAISSANCES :** Merci pour vos soutiens,
qu'Allah Nous donne une longue vie

A MON EQUIPE DE GARDE de l'ASACOMA et tous les personnels **MERCI**, merci pour
la confiance

-A MA CHER PATRIE LE MALI :

Que la paix et la prospérité puisse de couvrir, merci de m'avoir façonné à ton
image MALIBA

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maitre et Président du jury

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- ✓ Maître de Conférences en Gynécologie Obstétrique à la FMOS,
- ✓ Praticien hospitalier au Centre de Santé de référence de la Commune V,
- ✓ Certifié du programme GESTA international PGI de la société obstétricien et gynécologue du Canada (SOGOC),
- ✓ Leader d'opinion locale de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) en commune V du District de Bamako

Honorable maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant généreusement de présider ce travail malgré vos multiples occupations. Votre savoir-faire, votre rigueur pédagogique et vos qualités humaines font de vous l'un des meilleurs maitres. Grande est notre chance de pouvoir profiter en ce jour de vos enseignements. C'est l'occasion pour nous de vous remercier cher maitre et de prier afin que DIEU vous accorde santé et longévité.

À notre Maître et juge

Professeur Issa Souleymane GOITA

- Maître de conférence à la faculté de médecine et d'odontostomatologie.
- Spécialiste en Médecine de famille /Médecine communautaire,
- Diplômé Universitaire de Drépanocytose à la FMOS,
- Diplômé Universitaire en gestion et analyse des données de santé à l'Institut de Formation et de Recherche Inter Disciplinaire en Sciences de la Santé et de l'Education à Ouagadougou,
- Détenteur d'un master 2 en santé publique option santé communautaire et épidémiologie à l'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaire en Sciences de la Santé et de l'Education (IFRISSE)

Cher Maître,

Vous avez spontanément accepté de siéger parmi les membres du jury et nous vous sommes très reconnaissant de vouloir porter intérêt à ce travail. La qualité et la clarté de votre enseignement ainsi que vos qualités scientifique et humanitaire font de vous un Maître incontesté. Les mots nous manquent pour vous exprimer toute notre gratitude.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Docteur Saleck Doumbia

- ✓ Gynécologue – Obstétricien ;
- ✓ Praticien hospitalier au Centre de Santé de référence de la Commune V du district de Bamako ;
- ✓ Détenteur d'un DIU en VIH obtenu à la FMOS ;
- ✓ Détenteur d'un DU en sénologie a la FMOS
- ✓ Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie ;
- ✓ Détenteur d'un DU en Epidémiologie–Biostatistique à l'Institut Africain de Santé Publique de OUAGADOUGOU

Cher Maître,

Votre rigueur dans le travail, votre souci de bien faire, votre disponibilité et votre sens social élevé sont des qualités en vous qui nous ont beaucoup séduits. Cher Maître vous nous avez cultivé l'esprit d'équipe. Vous avez guidé et suivi ce travail, s'il est accepté, le mérite vous revient entièrement. Cher Maître l'éternel s'aura vous remercier. Soyez rassuré de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Alassane Traoré

- Maître de conférences en gynécologie-obstétrique à la FMOS
- Chef de service de gynécologie de l'hôpital du Mali
- Membre de la Société Malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO).

Honorable Maître,

Nous sommes très touchés et reconnaissants de l'honneur que vous nous faite en nous confiant ce travail ; d'y avoir consacré une partie de votre temps précieux et de m'avoir guidé avec rigueur et bienveillance. Nous garderons de vous, l'image d'un Maître généreux de son savoir, d'un médecin humaniste, d'un scientifique assoiffé de savoir. Soyez rassuré de notre estime, notre profonde gratitude et notre entière confiance.

Que Dieu vous donne une santé de fer et vous garde longtemps à nos côtés afin que nous profitons de vos connaissances.

Liste des sigles et abréviations

CCV	: Contraception chirurgicale volontaire
CE	: Consultation externe
CGO	: Consultation gynéco-obstétricale
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CNTS	: Centre national de transfusion sanguin
COC	: Contraceptifs oraux combinés
CPN	: Consultation prénatale
CPON	: Consultation postnatale
CSCOM	: Centre de santé communautaire
CSRef	: Centre de santé de référence
CSRef CV	: Centre de santé de référence de la Commune V
DCC	: Dépistage du cancer du col
DES	: Diplôme d'études spécialisées
DIU	: Dispositif intra-utérin
EDSM	: Enquête démographique et de sante au Mali
GP	: Grossesse pathologique
MAMA	: Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation mondiale de la Santé
OSC	: One Stop Center
PF	: Planification familiale
PFPP	: Planification familiale du post-partum
PMI	: Protection maternelle et infantile
PTME	: Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
SA	: Salle d'accouchement
SAA	: Soins après avortement
SDC	: Suites de couches
SMNI	: Santé maternelle, néonatale et infantile
SPN	: Soins postnatals
USTTB	: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Organisation des services au niveau de la structure : prestataire unique, prestataires Co-localisés et réseau de prestataires.....	6
Figure 2 : Intégration SR/PF, SMNI et nutrition avec composante communautaire.	8
Figure 3. Organigramme du service de gynécologie-obstétrique du CSRef de la commune V.	19
Figure 4. Répartition des patientes selon l'âge.	24
Figure 5. Répartition des patientes selon le moment de la consultation postnatale.	27
Figure 6. Répartition des patientes selon les domaines de l'intégration.	32

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Principales méthodes contraceptives du post-partum et moment recommandé d'initiation.....	12
Tableau II. Répartition des patientes selon les caractéristiques sociodémographiques.....	25
Tableau III : Répartition des mères selon l'état des suites de couches	28
Tableau IV : Répartition des nouveau-né selon l'examen général réalisé.....	28
Tableau V : Répartition des nouveau-nés selon le mode l'alimentation.....	29
Tableau VI. Répartition des patientes selon les composantes des services intégrés offertes en consultation postnatale.....	30
Tableau VII. Répartition des patientes selon le nombre d'orientée.....	31
Tableau VIII. Caractéristiques professionnelle des prestataires implique dans la CPON.....	31
Tableau IX. Répartition des patientes selon les explications des signes de danger post-partum	32
Tableau X. Répartition des patientes selon le score final d'intégration et son niveau catégorisé.	33
Tableau XI : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement	34

SOMMAIRE

A ALLAH.....	XIII
1 INTRODUCTION	1
2 OBJECTIFS.....	4
2.1 Objectif général.....	4
2.2 Objectifs spécifiques	4
3 GÉNÉRALITÉS	6
3.1 Modèles d'intégration des services	6
3.2 Intégration des services de PFPP, de SMNI et de nutrition.....	7
3.3 Définition des concepts :	9
3.4 Soins postnatals.....	9
3.5 Planification familiale du post-partum.....	11
3.6 Nutrition maternelle et allaitement maternel.....	13
3.7 Counseling, éducation sanitaire et signes de danger	14
3.8 Vaccination et la consultation du nourrisson sain. :	14
Les contacts offrent également l'opportunité d'expliquer l'importance de la vaccination et de la consultation des nourrissons/enfants aux femmes enceintes afin qu'elles se préparent. Encourager la mère pour la vaccination du bébé conformément au calendrier vaccinal.....	
3.9 Interventions complémentaires selon le contexte clinique et préventif	16
3.10 La prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)	16
3.11 Dépistage du cancer du col et du sein	16
▪ Conseiller et dépistage du cancer du col de l'utérus à partir de j42 du post-partum	17
▪ Conseiller et dépistage du cancer de sein	17
4 METHODOLOGIE	19
4.1 Cadre et lieu d'étude	19
4.2 Type d'étude	20
4.3 Période d'étude.....	20
4.4 Population d'étude :	20
4.5 Collecte des données	20
4.6 Variables étudiées.....	21
4.7 Traitement et analyse des données	21
4.8 Considérations éthiques.....	22
4.9 Définitions opérationnelles	22
5 RESULTATS.....	24
Moment de la consultation postnatale.....	27

Le lait maternel était l'alimentation des nouveau-nés dans 77,5%.....	29
Prestations intégrées offertes au cours de la consultation postnatale.....	30
Caractéristiques des prestataires impliqués dans la consultation postnatale	31
Domaines finaux de l'intégration des services	32
6 Commentaires et discussion	36
6.1 Forces et limites de l'étude.....	36
6.2 Profil sociodémographique et obstétrical des patientes	36
6.3 Composantes des services effectivement offertes au cours de la consultation postnatale	37
6.4 Niveau global d'intégration des services	38
6.5 Facteurs associés au niveau d'intégration	39
7 CONCLUSION	43
RECOMMANDATION	45
8 REFERENCES	47
9 ANNEXES.....	52
FICHE SIGNALÉTIQUE DE LA THÈSE	59

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

D'une manière générale, l'intégration renvoie à la volonté de mettre en place une interdépendance étroite entre les parties d'un être vivant ou les membres d'une société. Elle consiste à renforcer les liens entre les acteurs ou les composantes d'un ensemble organisé afin d'atteindre des objectifs jugés souhaitables [1]. Dans le domaine de la santé, il consiste à organiser, de manière durable dans le temps, une cohérence entre un système de valeurs, une gouvernance et un système clinique, afin de créer un espace dans lequel les acteurs (organisations) trouvent un intérêt et un sens à coordonner leurs pratiques dans un contexte particulier [2]. Elle fait référence à la coordination, à l'organisation et à la combinaison de plusieurs services (préventifs, curatifs, éducatifs, sociaux, etc.) de manière cohérente et centrée sur les besoins du patient, dans le but d'améliorer la qualité, la continuité et l'efficacité des soins. Elle constitue une opportunité d'améliorer les indicateurs de santé maternelle et infantile, de nutrition, et d'accélérer l'adoption de la planification familiale à travers l'intégration à grande échelle des services de PFPP-SMNI-Nutrition en Afrique de l'Ouest. L'amélioration de la santé maternelle et infantile demeure une priorité et un engagement pour tous les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre [2]. Dans les pays développés, l'intégration et la dynamisation de cette dimension des soins permettent aujourd'hui de retarder et/ou de réduire de façon significative les complications chez de nombreux patients [3]. Selon l'OMS, sur les 500 000 décès maternels enregistrés chaque année dans le monde, environ 150 000, soit plus du tiers, concernent l'Afrique [4]. En Afrique de l'Ouest francophone, les femmes continuent de mourir chaque jour de causes évitables. Les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile comptent parmi les plus élevés du monde, et la région accuse un important retard par rapport aux autres régions [2]. La mortalité maternelle fait référence aux décès dus à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. De 2000 à 2023, le ratio mondial de mortalité maternelle (MMR) a diminué de 40 % – passant de 328 décès à 197 décès pour 100 000 naissances vivantes, selon les estimations inter-agences de l'ONU [5]. Cela se traduit par un taux annuel moyen de réduction de 2,2 %. Bien que ce soit substantiel, atteindre l'Objectif de développement durable (ODD) de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030 nécessitera une réduction annuelle de près de 15 % au cours des 7 prochaines années (2024-2030) [5].

Au Mali, la situation est similaire à celle des autres pays de la sous-région. Le taux de mortalité maternelle est estimé à 325 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDSM 2018)

et le taux de mortalité néonatale à 29 pour 1 000 naissances vivantes (EDSM 2023-2024) [6,7]. Le taux de mortalité maternelle (TMM) va de :

- 347 décès pour 100 000 naissances vivantes ont été enregistrés en 2021 dans la région Afrique de l'Ouest et du Centre ;
- 31 nourrissons sur 1 000 ne survivent pas à leurs 28 premiers jours de vie ;

Les besoins non satisfaits en planification familiale (PF) restent importants : seulement 43 % des femmes ont leurs besoins en PF satisfaits [2].

L'intégration des soins de PFPP/SMNI et de Nutrition consiste à coordonner de façon durable les pratiques cliniques autour des problèmes de santé du couple mère-enfant [8]. Selon l'OMS, le post-partum débute à la naissance de l'enfant et dure six semaines après l'accouchement [9]. La période du post-partum s'étend environ sur les six (6) semaines suivant l'accouchement. Elle se termine par le retour de la menstruation ou « retour de couches », sauf dans les cas d'aménorrhée physiologique chez les nourrices. À cette période, l'organisme retrouve progressivement son état de non-gravidité et, généralement, le retour de l'ovulation rend possible une nouvelle grossesse [10]

- **Post-partum immédiat** : il correspond aux deux heures suivant la délivrance [11].
- **Post-partum tardif** : cette période s'étend des deux heures suivant l'accouchement jusqu'à six semaine après celui-ci, période au cours de laquelle survient le retour de couches dans la majorité des cas. [12]. Il constitue également un moment privilégié pour le conseil en contraception. L'utilisation non optimale des services de consultations postnatales (CPON) limite le continuum des soins, maillon essentiel dans la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et périnatale, et contribue aux taux élevés de complications liées aux accouchements non pris en charge[13]. Ces dernières années ont vu naître un intérêt croissant pour l'évaluation de la satisfaction des patients vis-à-vis des soins médicaux, paramédicaux et des services de santé [14]. C'est ainsi qu'à l'instar des CSRef , une étude portant sur la mise en œuvre de l'intégration des services dans l'unité de consultation post-natale a été initiée au CSRef de la Commune V

OBJECTIFS

2 OBJECTIFS

2.1 Objectif général

Étudier l'intégration des services de planning familial du post-partum, de santé maternelle, néonatale et infantile, et de nutrition au sein de l'unité de consultation postnatale du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

2.2 Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer la proportion des patientes vues en consultation post-natale au CSRef CV
- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes vues en post-natale
- ✓ Déterminer l'offre et la réalisation effective des composantes des services PFPP–SMNI/Nutrition au cours des consultations post-natale.
- ✓ Déterminer le niveau d'intégration des services PFPP/SMNI et nutrition à partir de la CPON
- ✓ Déterminer les caractéristiques professionnelles des prestataires impliqués dans la CPON.

GENERALITES

3 GÉNÉRALITÉS

3.1 Modèles d'intégration des services

Le cadre OMS sur les services intégrés et centrés sur la personne ne propose pas un modèle unique d'intégration applicable à tous les contextes [15]. Il souligne au contraire que les modalités d'intégration dépendent des systèmes de santé, des ressources disponibles et des besoins des populations [15]. En pratique, cette intégration peut prendre la forme d'une offre de plusieurs prestations dans un même lieu, d'une coordination entre plusieurs points de service, ou d'une prise en charge par un même prestataire formé à plusieurs composantes du paquet de soins [15,16].

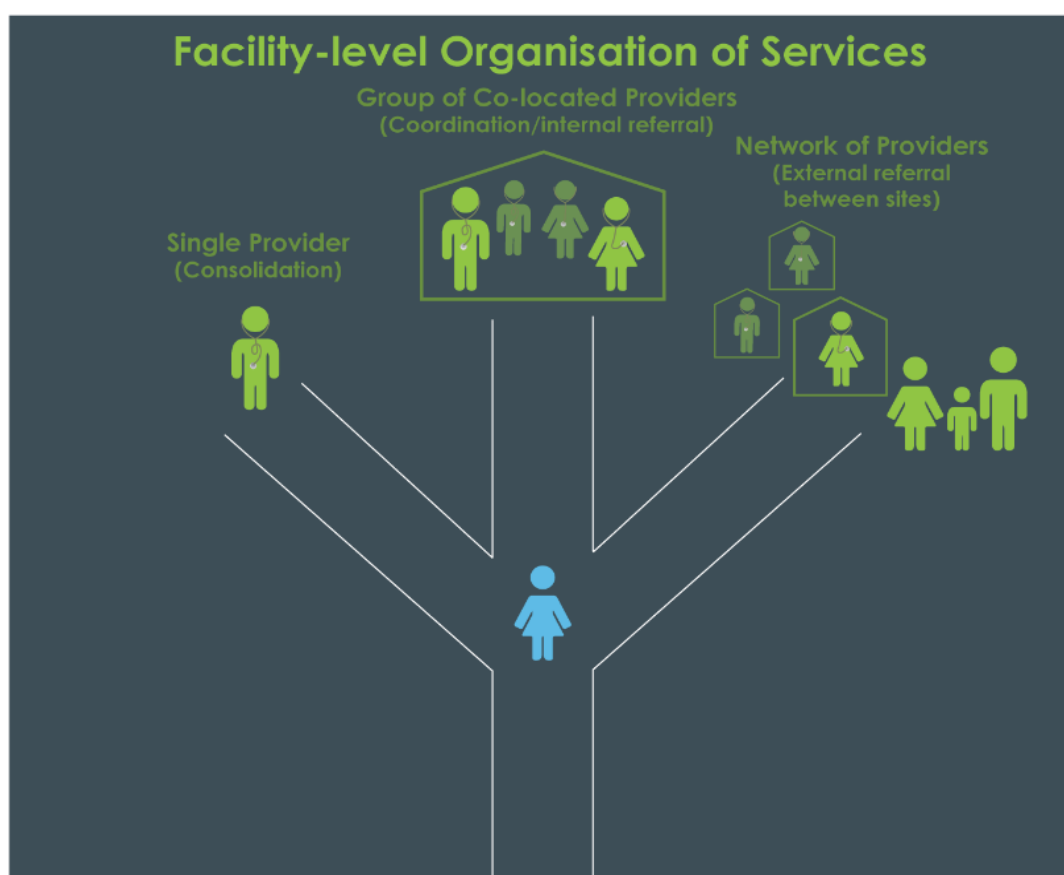


Figure 1. Organisation des services au niveau de la structure : prestataire unique, prestataires Co-localisés et réseau de prestataires [17].

Ces différentes modalités organisationnelles peuvent ensuite être appréhendées selon des niveaux croissants d'articulation entre les services [18–20]:

- **Niveau 1 : intégration physique**

Elle correspond à la disponibilité de plusieurs services dans un même centre de santé et/ou dans une même salle.

- **Niveau 2 : intégration temporelle**

Elle renvoie à l'offre de plusieurs soins au cours d'une même période de fonctionnement, par opposition à une offre cloisonnée ou limitée à des moments distincts.

- **Niveau 3 : intégration au niveau du prestataire**

Elle correspond à la situation dans laquelle un même professionnel de santé offre plus d'un service au cours d'une même consultation, qu'il s'agisse de soins proposés de manière proactive ou sollicités par l'utilisateur.

- **Niveau 4 : intégration fonctionnelle**

Elle désigne la situation dans laquelle plusieurs soins, demandés ou non au départ, sont effectivement délivrés au cours d'une même visite, soit par un seul prestataire, soit par plusieurs prestataires agissant de manière coordonnée.

Ainsi, l'intégration ne se réduit pas à la juxtaposition de services dans un même lieu ; elle suppose un degré variable d'organisation, de coordination et de continuité dans la prise en charge. Plus cette intégration progresse d'un niveau physique vers un niveau fonctionnel, plus la réponse apportée tend à devenir complète, cohérente et centrée sur les besoins réels de la femme et du nouveau-né

3.2 Intégration des services de PFPP, de SMNI et de nutrition

3.2.1 Définition de l'intégration PFPP/SMNI/Nutrition

L'intégration de la planification familiale du post-partum (PFPP) aux services de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et de nutrition repose sur l'idée qu'un même contact avec le système de santé doit permettre d'aborder plusieurs besoins complémentaires de la femme et de l'enfant [16,21]. L'OMS précise que la PFPP doit être conçue comme une composante intégrée des stratégies existantes de santé maternelle et infantile et non comme un programme isolé [21].

3.2.2 Approches d'intégration des services :

- ❖ **Guichet unique** : appelé modèle consolidé ou totalement intégré : les soins PFPP/SMNI/nutrition sont offerts par le même prestataire à la même consultation (prestataire à compétences multiples) ou par différents prestataires au même poste ;

- ❖ **Co-localisé ou partiellement intégré** : les soins PFPP/SMNI/NUTRITION sont offerts dans différents services d'une même structure à travers un mécanisme de référence/aiguillage des usagers.
- ❖ **Réseaux de structures (référence externe)** : ce modèle d'intégration consiste à organiser plusieurs structures dans un réseau d'offre de soins avec un mécanisme formel de référence des usagers d'une structure à l'autre suivant les besoins

En Afrique, les deux modèles les plus développés sont le guichet unique et le Co-localisé

3.2.3 Opportunités d'intégration aux différents points de contact

Les points de contact exploitables pour cette intégration incluent notamment les soins prénatals, l'accouchement, les soins postnatals, l'immunisation et le suivi de l'enfant [21,22].

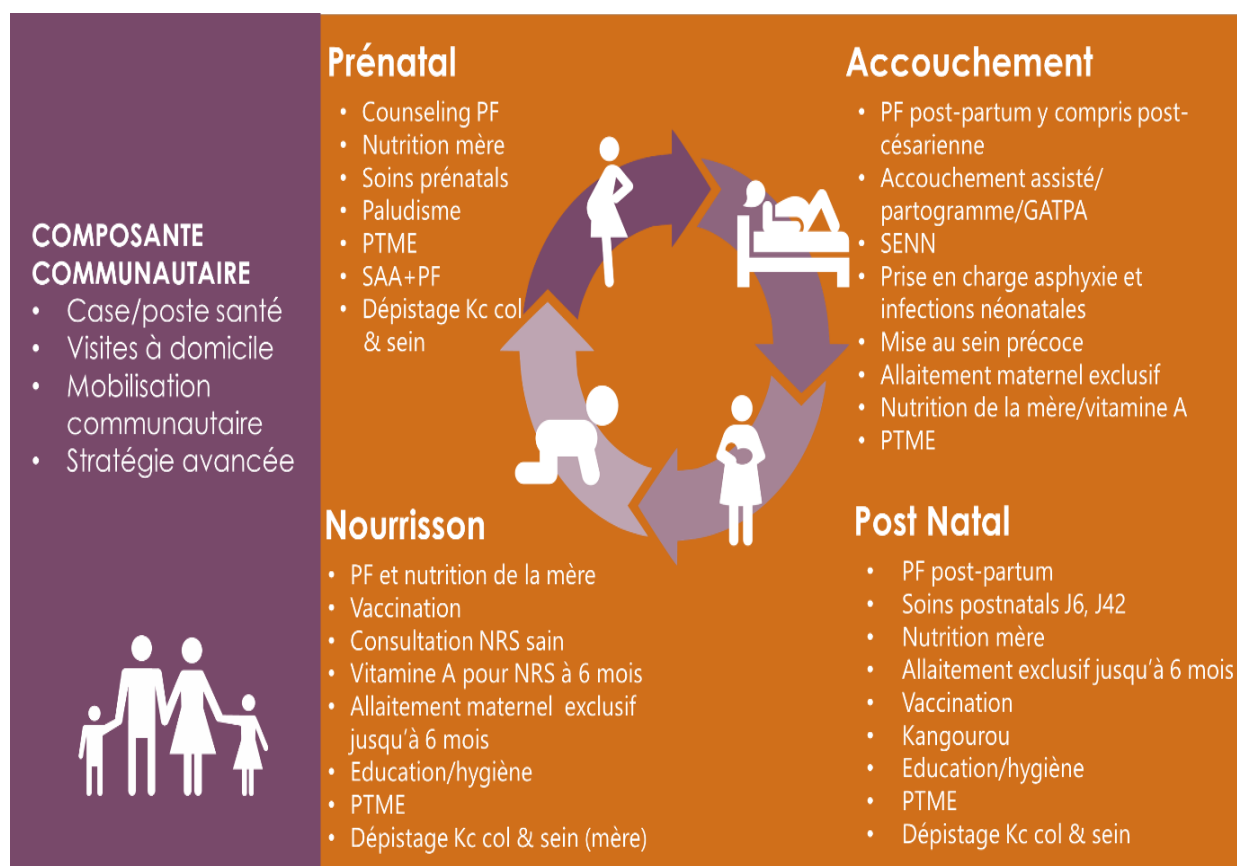


Figure 2 : Intégration SR/PF, SMNI et nutrition avec composante communautaire [23].

3.3 Définition des concepts :

❖ Consultation post natale (CPON) :

La consultation postnatale est un suivi médical essentiel qui doit être réalisé entre 6 et 8 Semaines après l'accouchement pour évaluer la santé de la mère et du nouveau-né.

❖ Le post-partum ;

Selon l'OMS, la période du post-partum s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour des couches (6 à 8 semaines après l'accouchement).

🌈 -Les différentes modifications du post-partum

a. Les modifications anatomiques Durant le post-partum a lieu l'involution utérine.

Celle-ci est rapide durant les deux premières semaines puis elle se fait progressivement, l'utérus retrouve ainsi son état pré-gravide au bout de deux mois. Le segment inférieur lui disparaît en deux jours. Quant au col utérin, il retrouve sa consistance ferme et sa longueur en une semaine. Son orifice interne se ferme au bout d'une semaine contrairement à son orifice externe qui reste perméable pendant les trois semaines suivant l'accouchement. L'endomètre évolue en quatre phases. La première phase est celle de régression dans les cinq jours suivant l'accouchement.

Vient ensuite la phase de cicatrisation qui a lieu du sixième au 25ème jour. La troisième phase correspond à la phase de prolifération du 25ème au 45ème jour, elle est suivie par une hémorragie de privation qui signe la reprise du cycle menstruel.

Le vagin ne retrouve sa trophicité qu'à partir du 25ème jour en raison de la stimulation hormonale. La vulve est béante le premier jour puis reprend sa tonicité par la suite [24].

b. Les modifications hormonales

Le taux d'œstrogènes s'effondre le lendemain de l'accouchement. Si la femme n'allait pas, celui-ci va progressivement augmenter à partir du 25ème jour. En cas d'allaitement maternel cette augmentation se produira entre le 35ème et le 45ème jour. Le taux de prolactine augmente aussitôt après l'accouchement en raison de la levée de son inhibition par les œstrogènes. En cas d'allaitement artificiel celui-ci commence à diminuer après le 15ème jour puis se normalise en quatre à six semaines [24].

3.4 Soins postnatals

3.4.1 Soins maternels postnatals

Les soins maternels postnatals correspondent à l'ensemble des prestations destinées à surveiller l'état de santé de la mère après l'accouchement, à dépister précocement les complications, à informer sur les signes d'alerte, ainsi qu'à accompagner la récupération physique et

psychologique de la femme. Ils comprennent notamment l'évaluation de l'état général, la recherche de complications hémorragiques, infectieuses ou hypertensives, l'examen des plaies ou cicatrices opératoires, ainsi que l'accompagnement des besoins individuels de la femme dans une perspective de soins postnatals de qualité [25].

Selon l'OMS, les soins postnatals devraient comprendre au moins quatre contacts : un premier dans les 24 premières heures après l'accouchement, un deuxième entre 48 et 72 heures, un troisième entre le 7^e et le 14^e jour, puis un quatrième à la sixième semaine post-partum. Dans cette perspective, les contacts postnatals constituent des temps privilégiés de réévaluation clinique, de prévention et d'accompagnement. Dans le cadre de la présente étude, les temps de J7 et de J42 revêtent une importance particulière : le premier permet surtout de rechercher les complications précoces et d'apprécier l'évolution des suites de couches, tandis que le second autorise une évaluation plus globale de la récupération maternelle, de la santé reproductive et des besoins persistants de suivi ou d'orientation [25].

3.4.2 Soins néonataux essentiels

Les soins néonataux essentiels désignent l'ensemble des interventions de base visant à assurer l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine, à apprécier son état général, à prévenir les complications précoces et à favoriser sa survie. Ils comprennent notamment l'examen clinique du nouveau-né, la surveillance de son état, la prévention de l'hypothermie, l'appui à l'alimentation et l'identification rapide des situations nécessitant une prise en charge complémentaire [25].

La vaccination du nouveau-né s'inscrit dans cette logique de prévention précoce. Elle constitue une composante essentielle des soins préventifs du nourrisson et s'intègre aux recommandations de l'OMS sur l'immunisation de routine de l'enfant, lesquelles servent ensuite de base à l'élaboration des calendriers vaccinaux nationaux [26].

- **-Composantes des soins postnatals :**

Pour la mère :

- Surveillance des saignements, de la température et de l'état général
- Examen des plaies ou points de suture (en cas de césarienne ou épisiotomie)
- Prévention des infections
- Soutien à l'allaitement
- Conseils sur la contraception
- Dépistage de la dépression post-partum

Pour le nouveau-né :

- Examen complet (température, respiration, réflexes)
- Allaitement précoce
- Vaccination (BCG, polio, hépatite B selon les pays)
- Prévention de l'hypothermie
- Surveillance du poids et de l'alimentation

3.5 Planification familiale du post-partum

La planification familiale désigne la possibilité, pour les individus et les couples, de choisir librement le nombre de leurs enfants, le moment de leur survenue et l'intervalle entre les naissances, grâce au recours à des méthodes contraceptives appropriées [27]. Dans le contexte postnatal, la planification familiale du post-partum vise plus spécifiquement à prévenir les grossesses non désirées ou trop rapprochées après l'accouchement [27,28].

La PFPP repose sur l'information, le counseling et l'offre adaptée de méthodes contraceptives selon le moment du post-partum, le contexte clinique et le statut d'allaitement de la femme. Les documents normatifs de l'OMS soulignent qu'elle ne doit pas être conçue comme une intervention isolée, mais comme une composante intégrée des services de santé maternelle et infantile, afin de réduire les occasions manquées de prévention reproductive et de renforcer la continuité des soins après la naissance [28].

Tableau I. Principales méthodes contraceptives du post-partum et moment recommandé d'initiation.

Méthodes	Quand commencer	
MAMA	Immédiatement après l'accouchement	
Méthodes naturelles (collier)	Après le retour de couche	
DIU	Immédiatement après accouchement, après la délivrance Dans les 48 heures post partum ou Pendant la césarienne ou Après 6 semaines post partum ou	
Contraceptifs à seul progestatif	Injectables Noristérat, - DMPA/IM (Dépo-provera, DMPA/SC (Sayanapress)	Si pas allaitement, débiter immédiatement si allaitement, éviter avant 6 semaines post partum
	Implants et pilules progestatives : Jadelle : Microlut Implanon	Immédiatement
COC Pilule combinée ; microgynon	Si pas allaitement, débuté à partir de la 3^{ème} semaine du post partum 4 à 6 mois après l'accouchement si elle allaite ; Immédiatement ou dans les 7 premiers jours après un avortement ou une fausse couche ou après un accouchement si elle n'allait pas	
Méthodes de Barrières : préservatif masculin et féminin	A n'importe quel moment	
CCV : Ligature des trompes vasectomie	Chez la femme : Immédiatement ou dans les sept (07) premiers jours du post partum ou après 6 semaines du post partum Chez l'homme à n'importe quel moment	

Elle assure la prévention des grossesses non désirées ou très rapprochées durant la période qui suivent l'accouchement. C'est l'initiation et l'utilisation des méthodes de PF durant les 24 premiers mois après l'accouchement dans des périodes cruciales que sont :

- La période Post – placentaire : Dans les dix minutes qui suivent l'expulsion du placenta
- La période du Post-partum immédiat : dans les 48 heures qui suivent l'accouchement
- La période du Post-partum tardif : de 48 heures à 6 semaines après l'accouchement
- La période du Post-partum prolongé : de 6 semaines à 2 ans après l'accouchement [29]..

Justification de la planification familiale du post partum

Il s'avère que, les femmes qui se trouvent dans la période du post-partum comptent parmi celles qui ont le plus besoin des services de planification familiale. Or, bien souvent, elles ne bénéficient pas des prestations nécessaires pour prolonger l'intervalle entre les naissances ou éviter les grossesses non désirées et leurs conséquences. Il y a des évidences scientifiques qui expliquent le bien fondé des interventions ciblant cette période [29].

a- Contraception :

C'est l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non, mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu [30].

b- Counseling :

Le counseling est un processus de communication interpersonnelle par lequel le prestataire aide un (e) client(e) à choisir une méthode de contraception qui lui convient. Il est efficace si le prestataire a pu établir et maintenir un dialogue basé sur la confiance. Le counseling est une partie vitale de la planification familiale qui aide les client(e)s à arriver à un choix éclairé concernant leur option en matière de reproduction et à utiliser la méthode choisie en toute sécurité et de manière efficace [30].

3.6 Nutrition maternelle et allaitement maternel

La nutrition maternelle en période postnatale renvoie à l'ensemble des mesures destinées à soutenir les besoins nutritionnels de la femme après l'accouchement, en tenant compte de sa récupération physiologique, de ses pertes nutritionnelles et, le cas échéant, de l'allaitement. Elle participe directement au rétablissement maternel, au maintien d'un bon état général et au soutien de la lactation [25,31].

L'allaitement maternel exclusif correspond à l'alimentation du nourrisson uniquement avec du lait maternel pendant les six premiers mois de vie, sans apport d'eau, d'autres liquides ou

d'aliments, en dehors des médicaments ou suppléments prescrits si nécessaire. L'OMS recommande la mise au sein dans l'heure suivant la naissance, un allaitement exclusif pendant les six premiers mois, puis l'introduction d'aliments complémentaires adéquats à partir de six mois avec poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà [31].

3.7 Counseling, éducation sanitaire et signes de danger

Le counseling postnatal regroupe les informations, explications et conseils délivrés à la mère afin de renforcer ses connaissances, de soutenir les comportements favorables à la santé et de faciliter le recours précoce aux soins en cas de besoin. Il constitue une dimension essentielle de la qualité des soins postnatals, car il relie les composantes cliniques, préventives et éducatives de la prise en charge [25].

L'éducation sanitaire et l'hygiène s'inscrivent dans cette même logique. Elles concernent notamment l'hygiène corporelle, l'environnement domestique, la reprise progressive des activités, la prévention des infections et la reconnaissance des signes de danger chez la mère et chez le nouveau-né. Dans une approche centrée sur la personne, ces éléments ne relèvent pas d'un simple complément informatif, mais d'un véritable contenu de soins [25].

3.8 Vaccination et la consultation du nourrisson sain. :

Les contacts offrent également l'opportunité d'expliquer l'importance de la vaccination et de la consultation des nourrissons/enfants aux femmes enceintes afin qu'elles se préparent. Encourager la mère pour la vaccination du bébé conformément au calendrier vaccinal

Pour le bébé prématuré et l'enfant de faible poids de naissance il est conseillé la méthode Kangourou et des soins et alimentation particulières

C'est la prévention de certaines maladies évitables chez le nourrisson et le jeune enfant (tuberculose, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole, fièvre jaune, diphtérie, *Haemophilus influenzae*, hépatite B, méningite diarrhée) et la mère (tétanos). Les prestataires et les mères doivent veiller à ce que les enfants reçoivent tous les vaccins selon le calendrier vaccinal national.

CALENDRIER VACCINAL DE L'ENFANT DE 0 A 23 MOIS

Age	Vaccins	Maladies cibles
Naissance 	BCG	Tuberculose
	VPO 0	Poliomyélite
	HepB	Hépatite B
02 mois 	DTC- HepB- Hib 1 (Pent2)	Diphtérie ,Tétanos, Coqueluche,Hépatite B, Hémophilus Influenzae b,
	VPO 1	Poliomyélite
	Pneumo 1 (PCV13)	Infection à Pneumocoques (13 sérotypes) dose 1
	Rota 1	Diarrhée à Rota virus
03 mois 	DTC-HepB – Hib2 (Pent2)	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite B, Hémophilus Influenzae b,
	VPO 2	Poliomyélite
	Rota 2	Diarrhée à Rota virus
04 mois 	DTC – HepB – Hib3 (Pent3)	Diphtérie ,Tétanos, Coqueluche, Hépatite B, Hémophilus Influenzae b,
	VPO 3	Poliomyélite
	Pneumo 2 (PCV 13)	Infection à Pneumocoques (13 sérotypes) dose 2
	Rota 3	Diarrhée à Rota virus
	VPI	Poliomyélite
09 mois 	RR1	Rougeole +Rubéole
	VAA	Fièvre jaune
	Pneumo 3 (PCV 13)	Infection à Pneumocoques (13 sérotypes) dose 3
	VPI 2	Poliomyélite
15 mois 	RR2	Rougeole + Rubéole
	MenA (MenAfriVac)	Méningite

NB: Les enfants non vaccinés ou insuffisamment vaccinés peuvent être rattrapés jusqu'à 23 mois quelque soit l'antigène

3.9 Interventions complémentaires selon le contexte clinique et préventif

Les soins kangourou sont définis comme une méthode de prise en charge des nouveau-nés prématurés ou de faible poids de naissance fondée sur un contact peau à peau précoce, prolongé et aussi continu que possible entre le nouveau-né et sa mère, ou un autre aidant, avec un soutien étroit à l'alimentation, en particulier à l'allaitement maternel. L'OMS les recommande comme soin de routine pour les nouveau-nés prématurés ou de faible poids de naissance, avec mise en œuvre aussi tôt que possible après la naissance, en établissement de santé puis à domicile selon l'évolution clinique [32].



La position assise



La position couchée



La position debout

3.10 La prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)

Se définit comme l'ensemble des interventions visant à réduire le risque de transmission du VIH d'une mère vivant avec le VIH à son enfant pendant la grossesse, le travail, l'accouchement ou l'allaitement. En période postnatale, elle repose sur le counseling, le dépistage ou la poursuite de la prise en charge, le traitement antirétroviral lorsqu'il est indiqué, ainsi que l'accompagnement des pratiques d'alimentation recommandées. L'OMS précise par ailleurs que, dans les contextes où l'allaitement est recommandé pour les mères vivant avec le VIH, celles-ci devraient allaiter de manière exclusive pendant les six premiers mois, puis poursuivre l'allaitement avec une alimentation complémentaire appropriée tout en maintenant le traitement antirétroviral [33,34].

3.11 Dépistage du cancer du col et du sein

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est défini comme l'ensemble des activités permettant d'identifier précocement, chez des femmes asymptomatiques, des lésions précancéreuses ou cancéreuses du col, afin de permettre un traitement avant progression vers une maladie invasive. Dans une logique d'intégration, certains contacts postnatals, notamment à partir de J42, peuvent offrir une occasion opportuniste d'information, d'orientation ou de dépistage lorsque l'organisation du service le permet. Les recommandations de l'OMS structurent cette

prévention autour d'approches primaires, secondaires et tertiaires, avec une place croissante accordée aux tests HPV dans les stratégies de dépistage [35].

Le conseil et la détection précoce du cancer du sein doivent être compris, dans les contextes à ressources limitées, d'abord comme une démarche d'information, de repérage précoce des signes d'alerte, d'examen clinique et d'orientation rapide des femmes symptomatiques, plutôt que comme un dépistage mammographie systématique dans toute la population. L'OMS insiste sur l'importance du diagnostic précoce et d'un accès rapide à l'évaluation et au traitement. Dans ce cadre, les contacts postnatals peuvent être utilisés de manière opportuniste pour sensibiliser les femmes, encourager l'auto-surveillance mammaire, proposer un examen clinique selon le contexte et orienter en cas d'anomalie [36,37].

- **Conseiller et dépistage du cancer du col de l'utérus à partir de j42 du post-partum**

- ✓Prévention primaire : vaccination contre le HPV, changement de comportement

- ✓Prévention secondaire : counseling, dépistage (IVA, IVL) et traitement des lésions précancéreuses

- ✓Prévention tertiaire : traitement du cancer et prise en charge des patientes o la chirurgie, la résection, o la chimiothérapie, o thermo coagulation o la radiothérapie, o la chimiothérapie o soins palliatifs

- **Conseiller et dépistage du cancer de sein**

- Prévention/diagnostic

- ✓Autopalpation(auto-examen) des seins par la femme

- ✓examen par un agent de santé

- ✓examen radiologique : mammographie

- ✓Cytoponction, biopsie

- **Évaluation de la qualité des soins :**

C'est la mesure de la valeur des prestations ou une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixés. La qualité est d'abord un état d'esprit mais une méthode de travail rigoureux [38].

METHODOLOGIE

4 METHODOLOGIE

4.1 Cadre et lieu d'étude

La présente étude s'est déroulée au sein du service de gynécologie-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako (CSRef CV), structure de référence dans l'offre de soins maternels et néonataux de la Commune V. Le service assure notamment les consultations prénatales, les consultations gynécologiques externes, la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales, les accouchements, les soins postnatals, ainsi que certaines activités préventives telles que le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein. Son fonctionnement repose sur une activité clinique quotidienne, un système de garde permanent pour les urgences et une organisation permettant le suivi des patientes hospitalisées.

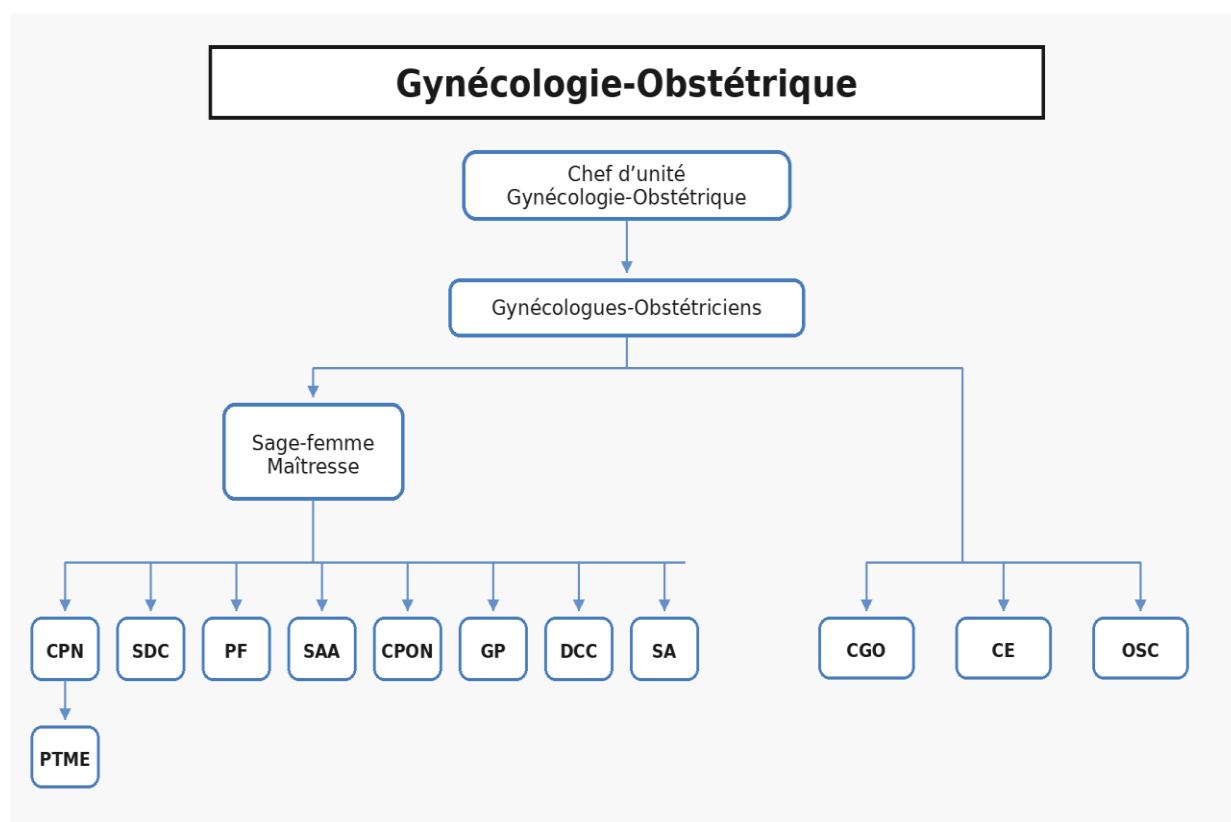


Figure 3. Organigramme du service de gynécologie-obstétrique du CSRef de la commune V.

CPN = consultation prénatale ; SDC = suites de couches ; PF = planification familiale ; SAA = soins après avortement ; CPON = consultation postnatale ; GP = grossesse pathologique ; DCC = dépistage du cancer du col ; SA = salle d'accouchement ; CGO = consultation gynéco-obstétricale ; CE = consultation externe ; OSC = One Stop Center ; PTME = prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

L'étude s'est plus spécifiquement intéressée à l'unité de consultation postnatale (CPON), envisagée comme point d'entrée stratégique pour apprécier l'intégration des services de planification familiale du post-partum (PFPP), de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et de nutrition.

4.2 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude **transversale descriptive** portant sur l'intégration des services de la planification familiale (PF), de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et de la nutrition dans le cadre des consultations postnatales

4.3 Période d'étude

Les femmes qui ont accouché dans le CSRef de la commune V et les professionnels de santé sur une période de 12mois (1 octobre 2024 – 30 septembre 2025)

4.4 Population d'étude :

Elle était constituée de toutes les femmes en post-partum venues en CPON durant la période d'étude et le personnel soignant (sages-femmes, infirmière obstétricienne)

4.4.1 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude toutes les femmes vues en consultation post-natale et ayant accepté de participer à l'étude ;

4.4.2 Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans cette étude :

- Les femmes vues en consultation post-natale n'ayant pas accepté de participer à l'étude ou ayant interrompu leur participation

4.4.3 Echantillonnage

Il s'agissait d'un échantillon exhaustif de 200 femmes en période post-partum.

4.5 Collecte des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête structurée. Le recueil reposait principalement sur l'entretien avec les patientes, complété au besoin par les informations des carnets de consultation prénatale (CPN) et des registres de consultation postnatale (CPON). Des données relatives au prestataire ayant assuré la consultation ont également été collectées par interview.

La collecte a porté sur les caractéristiques des femmes, leurs antécédents, le déroulement du post-partum, les prestations reçues lors de la consultation postnatale, ainsi que certaines caractéristiques du prestataire.

4.6 Variables étudiées

Variables sociodémographiques : l'âge, la tranche d'âge recodée, l'état matrimonial, le niveau d'instruction sous sa forme brute et regroupée, ainsi que la profession, analysée sous forme recodée puis regroupée en deux catégories.

Variables obstétricales et antécédents : la gestité et la gestité regroupée, la parité et la parité regroupée, la présence d'au moins un antécédent médical, la présence d'au moins un antécédent chirurgical, l'antécédent d'avortement, l'antécédent d'enfant décédé, l'antécédent de mort-né, ainsi que l'accouchement par césarienne.

Variables liées au parcours de soins postnatals : notamment le moment de la consultation postnatale, distinguant J7 et J42, ainsi que les différentes prestations reçues par la mère et le nouveau-né au cours de la consultation.

Variables liées au prestataire : le profil de l'agent de santé, l'ancienneté du prestataire à la fonction, la formation spécifique en intégration et l'expérience en soins d'intégration.

4.7 Traitement et analyse des données

Les données ont été saisies, nettoyées et analysées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics 25. Avant l'analyse, un travail de vérification de la cohérence des codages, de création de variables dérivées et de regroupement de certaines modalités a été réalisé.

Des variables synthétiques par domaine ont également été construites à partir des prestations documentées dans la base de données.

- Le domaine PFPP correspondait à la présence d'au moins une composante relevant de la planification familiale du post-partum.
- Le domaine counseling correspondait à la présence d'au moins une activité de counseling, notamment le counseling nutritionnel maternel ou l'explication des signes de danger du post-partum.
- Le domaine prestations complémentaires regroupait les autres prestations complémentaires intégrées au contact postnatal, en particulier la PTME, l'orientation de la patiente et le dépistage du cancer du col.

Pour chacun de ces domaines, la variable était codée Oui lorsqu'au moins une composante du domaine était présente, et Non dans le cas contraire.

L'analyse descriptive a consisté à calculer les effectifs et les pourcentages pour les variables qualitatives tandis que les variables quantitatives ont été exprimées la moyenne et l'écart type. Les graphiques ont été générés à l'aide de SPSS et d'Excel.

4.8 Considérations éthiques

L'étude a été réalisée après autorisation des responsables de la structure et du comité de thèse de la FMOS. Le recueil des données s'est effectué dans le respect des principes éthiques de la recherche en santé. Les participantes ont été informées de l'objectif de l'étude et leur participation reposait sur un consentement verbal libre et éclairé. La confidentialité des données a été respectée, sans aucune donnée nominative dans la base d'analyse ni dans le manuscrit de thèse.

4.9 Définitions opérationnelles

- **Intégration des services** : coordination de plusieurs prestations de santé afin d'offrir des soins continus

- **Dépistage du cancer** : recherche du cancer avant l'apparition de symptômes afin de permettre un diagnostic et un traitement précoce

- **Dépression post-partum** : trouble d'humeur qui survient après l'accouchement

- **Grande multi geste** : ≥ 6 grossesses

- **Signe de danger** : des symptômes qui nécessitent une consultation médicale urgente et immédiate chez la mère (saignement vaginal abondant, fièvre, écoulement vaginal malodorant, douleur abdominale ou pelvienne intense et persistante, céphalée...) nouveau-né (refuse de téter, convulsion, difficulté à respirer, fièvre, rougeur ou écoulement purulent du cordon ombilical ou des yeux)

- **Primipare** : 1^{ère} accouchement

- **Pauci pare** : 2 à 3 accouchements

- **Multipare** : 4 à 5 accouchements

- **Grande multipare** : ≥ 6 accouchements

- **Mortalité néonatale précoce** : Elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 6^{ème} jour de vie.

RESULTATS

5 RESULTATS

5.1 la proportion des femmes ayant bénéficié de l'intégration des services

Durant notre période d'étude, nous avons enregistré 1758 accouchements. Notre étude a porté sur 200 femmes accouchées parmi lesquelles 116 ont bénéficié du concept de l'intégration des PFPP/ SMNI- nutrition au cours des CPON par orientation soit une proportion de 58,0 %

5.2 Caractéristiques sociodémographiques des patientes

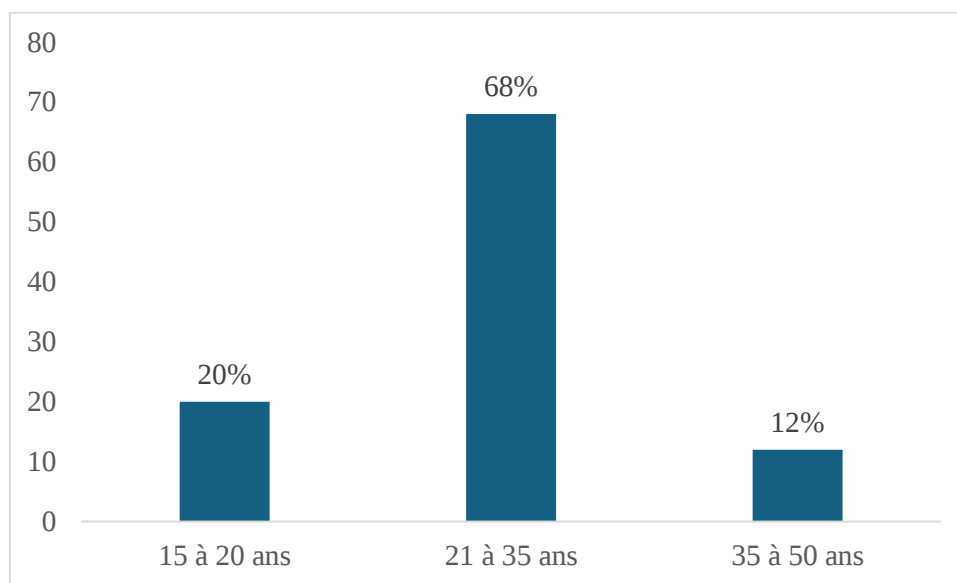


Figure 4. Répartition des patientes selon l'âge.

La distribution des âges était centrée sur les jeunes adultes, avec un pic autour de la tranche de 21 à 35 ans. L'âge moyen des patientes était de $26,68 \pm 6,87$ ans. La tranche de 21 à 35 ans représentait 68,0 % de l'effectif.

Tableau II. Répartition des patientes selon les caractéristiques sociodémographiques.

Variable	Modalités	Effectif	Pourcentage (%)
État matrimonial	Mariée	193	96,5
	Célibataire	7	3,5
Niv. Instruction	Non scolarisée	128	64,0
	Primaire	24	12,0
	Secondaire/Supérieur	48	24,0
Profession/occupation	Ménagère	147	73,5
	Élève/Étudiante	7	3,5
	Fonctionnaire/emploi salarié	17	8,5
	Commerçante	15	7,5
	Artisanat/Services informels	11	5,5
	Professionnelle de santé	3	1,5

Mariées 96,5 %, le plan scolaire, 64,0 % non scolarisées, et 24,0 % niveau secondaire ou supérieur, les ménagères 73,5 %.

Tableau III : Répartition des patientes selon les caractéristiques obstétricales et les antécédents

Variable	Modalités	Effectif	Pourcentage (%)
Gestité	Primigeste	49	24,5
	Paucigeste	75	37,5
	Multigeste	50	25,0
	Grande Multigeste	26	13,0
Parité	Primipare	61	30,5
	Paucipare	73	36,5
	Multipare	45	22,5
	Grande multipare	21	10,5
Antécédent médical	Oui	11	5,5
	Non	189	94,5
Antécédent chirurgical	Oui	41	20,5
	Non	159	79,5
Antécédent d'avortement	Oui	47	23,5
	Non	153	76,5
Antécédent d'enfant décédé	Oui	21	10,5
	Non	179	89,5
Antécédent de mort-né	Oui	10	5,0
	Non	190	95,0
Mode d'accouchement	Voie basse	161	80,5
	Césarienne	39	19,5

Moment de la consultation postnatale

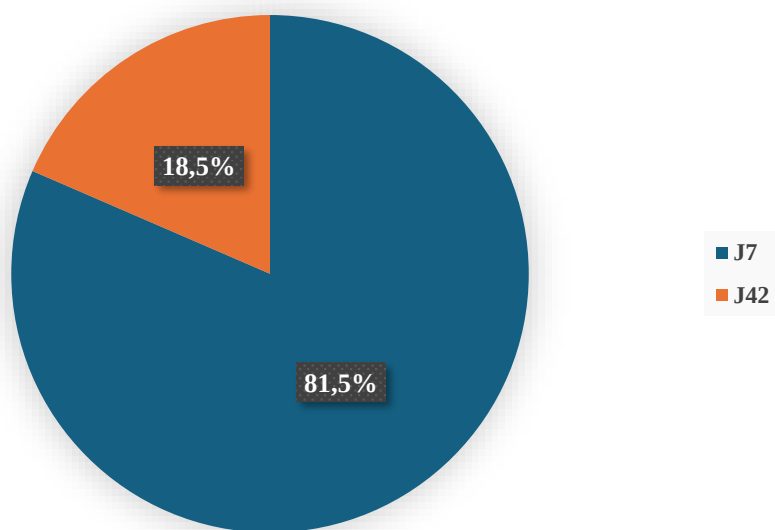


Figure 5. Répartition des patientes selon le moment de la consultation postnatale.

La consultation postnatale de J7 a représenté 81,5 %.

Tableau III : Répartition des mères selon l'état des suites de couches

Examen général réalisé	Effectifs	Pourcentage
Suites des couches à J7		
Normale	158	79,0
Non vue à J7	42	21,0
compliquée	2	
Suite des couches à J42		
Normale	40	20,0
compliquée	3	
Non vue à J42	160	80,0

Les suites de couches des mères vues à j7 et j42 étaient normales 79,0 et 20,0

Tableau IV : Répartition des nouveau-né selon l'examen général réalisé

Examen général réalisé	Effectifs	Pourcentage
Examen du nouveau-né à J7		
Normale	158	79,0
Non fait	42	21,0
Examen du nouveau-né à J42		
Normale	40	20,0
Non fait	160	80,0

La prise de la température, l'examen des conjonctives et la recherche des réflexes étaient réalisés chez tous les né à J7 et J42, normal 79,0% et 20,0%

Tableau V : Répartition des nouveau-nés selon le mode l'alimentation

Mode d'alimentation J7 ETJ42	Effectifs	Pourcentage
Lait maternel	155	77,5
Lait maternel et artificiel	45	22,5
Total	200	100,0

Le lait maternel était l'alimentation des nouveau-nés dans 77,5%

Prestations intégrées offertes au cours de la consultation postnatale

Tableau VI. Répartition des patientes selon les composantes des services intégrés offertes en consultation postnatale.

Soins dans le post natal	Effectifs	Pourcentage
PP/post-partum		
Oui	6	3,0
Non	194	97,0
Soins postnatals à j7		
Oui	155	77,5
Non	5	2,5
Non vue	40	20,0
Soins post natals à j42		
Oui	40	20,0
Non vue	160	80,0
Counselings sur la nutrition de la mère		
Oui	7	3,5
Non	193	96,5
Allaitement exclusif jusqu'a 6 mois		
Oui	200	100,0
Vaccination du nouveau ne		
Oui	200	100,0
Kangourou		
Non	200	100,0
Education/hygiène		
Non	200	100,0
PTME		
Oui	117	58,5
Non	83	41,5
Dépistage du cancer du col		
Orienté	38	19,0
Non vue	162	81,0
Dépistage du cancer du sein		
Oui	12	6,0
Non	188	94,0

La PF post-partum (3,0 %), le counseling nutritionnel maternel (3,5 %) et Aucun counseling kangourou ni aucune éducation/hygiène n'étaient notés. La PTME concernait 58,5 % des patientes, et le dépistage du cancer du col 19,0 %, sans résultat positif observé.

Tableau VII. Répartition des patientes selon le nombre d'orientée

Patiente orientée	Effectif	Pourcentage
Oui	116	58,0
Non	82	41,0
Total	200	100,0

Les patientes ont été orienté dans 58,0% vers l'intégration des services

Caractéristiques des prestataires impliqués dans la consultation postnatale

Tableau VIII. Caractéristiques professionnelle des prestataires implique dans la CPON.

Caractéristiques des prestataires	Modalités	Effectif	Pourcentage (%)
Profil	Sage-femme	177	88,5
	Infirmière obstétricienne	23	11,5
Ancienneté à la fonction	≥ 10 ans	175	87,5
	< 10 ans	25	12,5
Formation spécifique en intégration	Oui	177	88,5
	Non	23	11,5
Expérience en soins d'intégration	< 5 ans	23	11,5
	≥ 5 ans	177	88,5

Les consultations étaient assurées par des sages-femmes dans 88,5 %, une ancienneté d'au moins de 10 ans dans la fonction soit 87,5 %. Une formation spécifique en intégration était rapportée chez 88,5 %, et 88,5 % avaient au moins 5 ans d'expérience.

Tableau IX. Répartition des patientes selon les explications des signes de danger post-partum

Explication des signes danger post-partum	Effectif	Pourcentage
Oui	5	2,5
Non	195	97,5
Total	200	100,0

97,5% n'avaient pas reçu d'explication sur les signes de danger post-partum

Domaines finaux de l'intégration des services

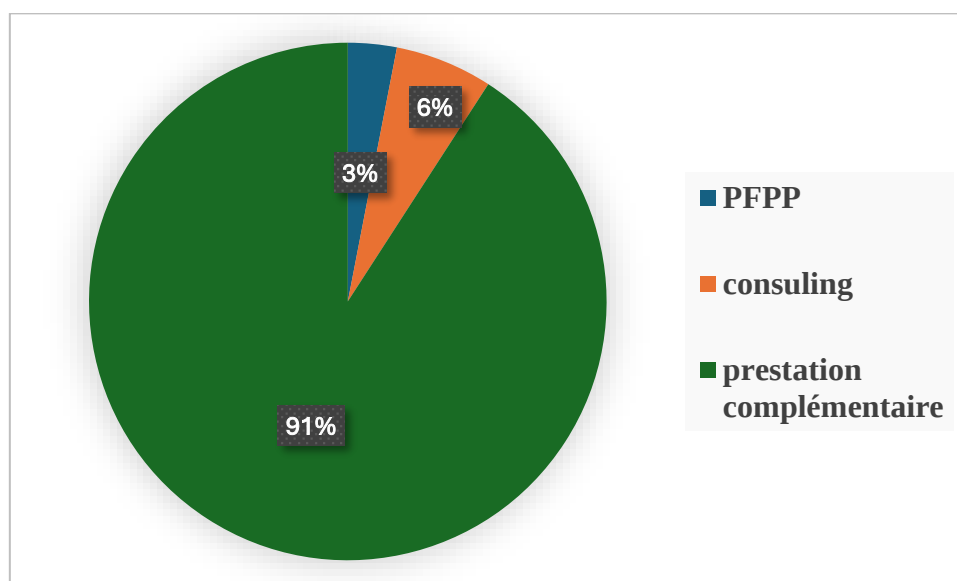


Figure 6. Répartition des patientes selon les domaines de l'intégration.

La répartition des domaines montre que le PFPP était renseigné positivement chez 3,0 % , counseling chez 6,0 %, des prestations complémentaires était 9%

Tableau X. Répartition des patientes selon le score final d'intégration et son niveau catégorisé.

Score d'intégration catégorisé	Effectif	Pourcentage (%)
Aucune composante complémentaire	17	8,5
Une composante complémentaire	89	44,5
Au moins deux composantes complémentaires	94	47,0
Total	200	100,00

Les patientes ne présentaient aucune composante complémentaire dans 8,5 % tandis que 44,5% présentaient une composante complémentaire et 47,0 % présentaient au moins deux composantes complémentaires.

Tableau XI : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	161	80,5
Césarienne	39	19,5
Total	200	100,0

L'accouchement par voie basse était de 80,0%

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6 Commentaires et discussion

6.1 Forces et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs points positifs. Elle aborde une problématique encore peu documentée dans notre contexte et s'appuie sur un indicateur synthétique du niveau d'intégration, permettant d'apprécier le contenu réel des prestations délivrées au-delà de la simple fréquentation des contacts postnatals.

Elle comporte néanmoins certaines limites. Son caractère monocentrique et la taille de l'échantillon restreignent la portée des résultats. De plus, la rareté de certaines composantes, comme la PFPP ou certains volets du counseling, a exposé à de faibles effectifs dans plusieurs modalités. Enfin, l'étude reposait sur des données documentées, avec un risque de sous-enregistrement, et les associations observées ne peuvent être interprétées comme causales.

6.2 Profil sociodémographique et obstétrical des patientes

Dans notre étude, les femmes âgées de 21 à 35 ans représentaient 68,0% de l'échantillon, 96,5% étaient mariées, 64,0% n'étaient pas scolarisées et 73,5% étaient ménagères. Sur le plan obstétrical, les Primigeste/Paucigeste représentaient 62,0% des patientes, les primipares/Paucipares 67,0%, et 19,5% des patientes avaient accouché par césarienne. Globalement, ce profil décrit une population jeune, majoritairement mariée, peu instruite et socialement dépendante, consultant en post-partum dans une structure publique de référence.

Ce profil est globalement cohérent avec d'autres travaux bamakois. Au même Centre de Santé de Référence de la Commune V, Coulibaly (2025) [39], dans une étude rétrospective portant sur 1 488 dossiers de planification familiale entre 2019 et 2023, rapportait un âge moyen de $27,2 \pm 7,2$ ans, une prédominance des femmes de 20 à 30 ans (55,4%), des femmes mariées (90,2%), des non scolarisées (40,1%) et des ménagères (53,5%). De même, au CSRéf de la Commune II, Koné (2020) [40] retrouvait 65,1% de femmes âgées de 18 à 35 ans, 33,0% de non scolarisées, 52,2% de femmes au foyer, 44,6% de paucipares et 85,02% d'accouchements par voie basse. Ces convergences suggèrent que notre population reflète assez bien le recrutement habituel des structures publiques de Bamako pour les soins postnatals, même si la proportion de femmes non scolarisées et de ménagères était encore plus élevée dans notre série, ce qui peut traduire une plus grande vulnérabilité sociale de la population effectivement vue en consultation postnatale.

Cette configuration socioprofessionnelle n'est pas neutre sur le plan clinique et programmatique. Une femme peu instruite, ménagère et fortement dépendante du système public est aussi une femme pour laquelle la consultation postnatale représente souvent une occasion privilégiée d'information, de counseling et d'orientation. Dès lors, la qualité et la complétude du contenu délivré lors de cette consultation prennent une importance majeure.

6.3 Composantes des services effectivement offertes au cours de la consultation postnatale

L'analyse de nos résultats met en évidence une dissociation nette entre les actes biomédicaux de routine et les composantes éducatives, préventives et contraceptives de la consultation postnatale. En effet, 79,0% des patientes ont été vues à J7 contre 20,0% à J42. L'explication de la PFPP n'a été documentée que dans 3,0% des cas, le counseling nutritionnel dans 3,5%, et l'explication des signes de danger post-partum dans 2,5%. À l'inverse, l'explication de l'allaitement exclusif et la vaccination du nouveau-né étaient rapportées dans 100% des cas. Par ailleurs, le domaine PFPP n'était validé que dans 3,0% des observations, le domaine counseling dans 6,0%, alors que le domaine des prestations complémentaires atteignait 89,5%. Ces résultats suggèrent que la consultation postnatale était surtout mobilisée comme espace de surveillance clinique et de certains gestes routiniers, beaucoup moins comme espace de prise en charge globale et intégrée du couple mère-nouveau-né.

Cette lecture rejoint les constats de la littérature récente. L'OMS (2022) [25] rappelle que l'objectif des soins postnatals n'est pas seulement d'améliorer la survie, mais aussi d'assurer une expérience postnatale positive, fondée sur une surveillance clinique, un soutien à l'allaitement, une information adéquate et des interventions adaptées aux besoins de la mère et du nouveau-né. À l'échelle de l'Afrique subsaharienne, Habte et al. (2023) rapportaient que la prévalence poolée d'un contenu postnatal adéquat pendant la période post-partum immédiate n'était que de 42,94%[40]. Dans 32 pays à revenu faible ou intermédiaire, Jiwani et al. (2025) montraient une couverture effective médiane des soins postnatals du nouveau-né de seulement 27,5%, avec un counseling sur les signes de danger néonataux reçu par 37,1% des mères seulement[41]. Ainsi, même lorsque le contact postnatal existe, le contenu réellement délivré reste souvent incomplet, ce qui est cohérent avec la faiblesse observée dans notre étude pour le counseling, la nutrition et la PFPP.

La faiblesse de la composante PFPP constitue l'élément le plus marquant de nos résultats. Seules 3,0% des femmes avaient reçu une explication sur la PFPP, une méthode contraceptive n'avait été proposée qu'à 1,5% des patientes, et une seule femme avait effectivement accepté

une méthode. Or, au niveau local, les données disponibles montrent que la demande contraceptive existe. À l'hôpital de district de la Commune II de Bamako, Dao et al. (2023) [42] rapportaient une prévalence contraceptive postpartum de 26,1%. Dans cette étude, 61% des counselings étaient réalisés en consultation prénatale, 8% pendant la phase de latence, 26% dans le postpartum immédiat et seulement 5% lors de la visite postnatale ; les méthodes les plus choisies étaient les implants (47,1%), le DIU (29,6%), les pilules microprogestatives (12,5%), les injectables (8%) et les préservatifs (3,2%) [42].

Au même CSRéf de la Commune V, Coulibaly (2025) montrait également que les structures de santé constituaient la principale source d'information contraceptive dans 80,3% des cas, et que les méthodes réversibles à longue durée d'action représentaient 75,1% des méthodes utilisées, avec 56,6% d'implants et 18,5% de DIU[38] . Ces deux références sont importantes : elles montrent que, dans notre contexte, les méthodes contraceptives existent, qu'elles sont utilisées, et que l'information passe surtout par les structures de santé. Dès lors, la faiblesse de la PFPP observée dans notre étude correspond moins à une absence d'offre contraceptive dans la structure qu'à une insuffisante articulation entre l'unité de planification familiale et la consultation postnatale.

Les données internationales renforcent cette interprétation. Zimmerman et al. (2019) ont montré en Éthiopie que l'intégration du counseling PFPP dans les soins postnatals constituait un moyen efficace d'augmenter l'adoption contraceptive postpartum, tout en soulignant l'existence de lacunes importantes de couverture, notamment dans le post-partum et lors de l'accouchement. La revue systématique de Mruts et al. (2022) conclut également que le counseling en planification familiale aux différents points de contact des soins maternels améliore globalement l'usage contraceptif moderne en post-partum. Ainsi, dans notre série, la très faible place de la PFPP doit être interprétée comme une occasion manquée de soins intégrés, et non comme une simple insuffisance descriptive[43],44] .

6.4 Niveau global d'intégration des services

Le niveau global d'intégration observé dans notre étude plaide en faveur d'une intégration partielle plutôt que complète. En effet, 53,0% des patientes relevaient d'un niveau faible d'intégration, contre 47,0% d'un niveau plus élevé. Ce résultat, associé à la très faible validation des domaines PFPP et counseling, montre que la consultation postnatale n'était pas systématiquement exploitée comme un véritable paquet de soins intégrés.

Cette interprétation rejoint les observations de Tougri et al. (2022), qui rapportaient, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et au Niger, une intégration insuffisante des services malgré leur disponibilité dans les structures [18]. Comme dans notre étude, les auteurs montraient que plusieurs prestations coexistaient sans être réellement articulées au cours d'une même visite : dans certaines structures, les services n'étaient disponibles que sur des jours spécifiques ; lors des séances de vaccination, les soins restaient centrés sur l'enfant sans prise en charge de la mère ; et lors des consultations postnatales, les soins demeuraient souvent centrés sur la mère sans prise en compte systématique du nouveau-né. Ainsi, dans les deux contextes, la présence de plusieurs prestations ne s'accompagnait pas d'une coordination effective au bénéfice du couple mère-enfant.

6.5 Facteurs associés au niveau d'intégration

Dans notre étude, la majorité des variables sociodémographiques et obstétricales explorées ne présentaient pas d'association statistiquement significative avec le niveau d'intégration des services. Il en était ainsi de l'âge, de l'état matrimonial, du niveau d'instruction, de la profession, de la gestité, de la parité, des antécédents médicaux, de l'antécédent d'avortement, de l'antécédent d'enfant décédé et de l'antécédent de mort-né.

Dans l'ensemble, ces résultats appellent donc une interprétation prudente. Ils suggèrent que les variations observées relèvent probablement davantage de contextes de prise en charge, de parcours de soins spécifiques ou de contraintes organisationnelles transversales que de véritables déterminants indépendants ou de différences nettes entre catégories de prestataires.

Cette prudence interprétative est d'autant plus justifiée que les grandes analyses multicentriques ou multi-pays rapportent souvent des déterminants différents. Mekonen et al. (2025) [43], dans une analyse conduite à partir des données de 20 pays d'Afrique subsaharienne, rapportaient une prévalence globale d'adéquation des soins postnatals de 27,42 %, avec une couverture plus élevée chez les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur (44,37 %) que chez celles n'ayant reçu aucune instruction (18,26 %). Dans ce contexte, l'absence d'associations robustes dans notre étude peut s'expliquer par plusieurs éléments : la taille relativement modeste de l'échantillon, la faible fréquence de certaines modalités, mais aussi la nature même de notre variable d'intérêt. En effet, notre travail ne portait pas sur l'adéquation globale des soins postnatals, mais sur l'intégration fonctionnelle de plusieurs composantes au sein d'une consultation postnatale spécifique, ce qui renvoie à une logique partiellement différente.

Au-delà de ces considérations statistiques, nos résultats invitent à une lecture plus organisationnelle du phénomène étudié. L'un des enseignements majeurs de notre travail est que la faiblesse de l'intégration observée ne semble pas pouvoir être expliquée uniquement par un déficit de ressources humaines ou par une absence d'expérience des prestataires. En effet, la majorité des patientes étaient reçues par des sages-femmes, et une forte proportion des agents disposait d'une ancienneté importante ainsi que d'une formation spécifique en intégration. Pourtant, malgré cet environnement apparemment favorable, la PFPP, le counseling nutritionnel et l'information sur les signes de danger demeuraient très faiblement délivrés. Cette discordance entre les ressources disponibles et le contenu effectivement fourni suggère que la faiblesse de l'intégration relève moins d'un défaut de compétences individuelles que d'une insuffisance dans l'organisation concrète du parcours de soins.

L'apport de Coulibaly (2025) est, à cet égard, particulièrement éclairant [38] . Dans la même structure, l'auteur décrit une unité de planification familiale organisée, disposant de deux salles distinctes, d'un matériel dédié et d'un personnel composé de quatre sages-femmes et de deux infirmières obstétriciennes. Les sages-femmes y assuraient le counseling, l'insertion et le retrait des méthodes, ainsi que le suivi des clientes. L'existence d'une telle unité fonctionnelle de planification familiale au sein du CSRéf de la Commune V montre que le faible niveau d'intégration mis en évidence dans notre étude ne relève probablement ni d'une absence de compétences, ni d'une indisponibilité technique des méthodes contraceptives. Elle suggère plutôt une articulation insuffisante entre la consultation postnatale et l'unité de PF, c'est-à-dire une faiblesse du lien opérationnel entre des composantes pourtant coexistantes dans le même établissement. En d'autres termes, le problème semble moins être celui de l'offre contraceptive en soi que celui de son insertion systématique dans le parcours postnatal.

Cette interprétation rejoint les observations de Tougri et al. (2022), qui identifiaient parmi les principaux freins à l'intégration non seulement les contraintes de ressources, mais aussi l'organisation des services, la faible fonctionnalité des références internes et l'absence de mécanismes systématiques de coordination au point de prestation [18]. Dans notre contexte, plusieurs éléments convergent vers cette lecture : dissociation entre actes cliniques de routine et interventions éducatives, faible place de la PFPP malgré l'existence d'une offre spécialisée dans la structure, absence de différence significative selon le profil du prestataire, et pouvoir explicatif limité des modèles analytiques. L'ensemble suggère qu'une standardisation insuffisante du contenu de la consultation postnatale, l'absence probable d'outils intégrateurs

tels qu'une check-list ou un circuit systématique d'orientation, ainsi qu'une exploitation incomplète des occasions de counseling expliquent une part importante des insuffisances observées. Ainsi, la faiblesse de l'intégration apparaît moins comme un problème de disponibilité que comme un problème de coordination, de continuité et de formalisation des pratiques.

CONCLUSION

7 CONCLUSION

La présente étude, réalisée dans l'unité de consultation postnatale du CSRéf de la Commune V du district de Bamako, montre que la consultation postnatale constitue un point de contact important avec le système de santé, mais que son potentiel comme cadre de prise en charge intégrée demeure encore insuffisamment exploité. Si les soins maternels et néonataux de routine étaient globalement assurés, l'intégration effective des autres composantes du paquet de services, notamment la planification familiale du post-partum, le counseling nutritionnel maternel et l'information sur les signes de danger, restait limitée. Le niveau global d'intégration observé était ainsi globalement faible à modéré, traduisant une intégration partielle plutôt que complète des services.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION

Aux personnels du Centre de Santé de Référence de la Commune V

- Mettre en place un paquet standardisé de consultation postnatale intégrée.
- Élaborer et utiliser une check-list de consultation postnatale.
- Renforcer l'articulation fonctionnelle entre l'unité de consultation postnatale et l'unité de planification familiale
- Instituer des audits cliniques réguliers sur le contenu des consultations postnatales, avec rétro-information aux équipes pour suivre les progrès de l'intégration.

Au personnel de santé de l'unité de consultation postnatale

- Renforcer le counseling nutritionnel et éducatif auprès des mères.
- Développer une approche davantage centrée sur la continuité des soins, en utilisant chaque consultation comme une opportunité de prise en charge globale du couple mère–nouveau-né.

Aux chercheurs

- Réaliser des études multicentriques afin d'apprécier plus largement le niveau d'intégration des services postnatals dans d'autres structures de santé.
- Conduire des études qualitatives auprès des prestataires et des patientes pour mieux comprendre les freins organisationnels, professionnels et socioculturels à l'intégration de la PFPP et du counseling postnatal.

REFERENCES

8 REFERENCES

1. Robert P, Rey A. Le Robert Micro Dictionnaire De LA Langue Franaise. Dictionnaires Le Robert; 1998. 1506 p.
2. Ndour M. Marguerite Ndour: Project Director, INSPiRE [Internet]. IntraHealth International; [cité le 22 août 2026]. Disponible sur: <https://www.intrahealth.org/people/marguerite-ndour>
3. Sepou A. 1er Congrès gynéco-pédiatrie 2025 au Mali. Bamako: NTRAHEALTH International/INSPiRE; 2025.
4. WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn [Internet]. [cité 2 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506649>
5. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank Group and the United Nations Population Division, Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2023 WHO, Geneva, 2025.
6. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), ICF. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 [Internet]. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA: INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF; 2019. Disponible sur: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR358/FR358.pdf>.
7. Institut National De La Statistique (Instat), Cellule De Planification Et De Statistique Du Secteur Santé, Développement Social Et Promotion De La Famille (Cps/Ss-Ds-Pf), ICF. Septième enquête démographique et de santé au mali 2023–24: indicateurs clés. Bamako, Mali and Rockville, Maryland, USA: INSTAT and CPS/SS-DS-PF and ICF; 2024.
8. INSPIRE: Formation des prestataires de soins sur l'offre de services intègres de planification familiale du post-partum, de soins maternels, néonataux, infantiles et de nutrition manuel de référence. Afrique de l'ouest. janvier 2023.
9. OMS. L'OMS préconise de prodiguer des soins de qualité aux femmes et aux nouveau-nés au cours des premières semaines décisives suivant l'accouchement [Internet]. [cité 2 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>
10. Coulibaly.S: Accouchements non assistés dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako/ Etude Cas/Témoins Thèse de Médecine 2011-97p.
11. Koné.N.T: Utilisation des méthodes contraceptives modernes à l'unité de planification familiale du centre de santé de référence de la commune VI de Bamako. Thèse de Médecine USTTB ; 2019. p92.
12. Koné.C: évaluation de la qualité de la consultation postnatale au centre de santé de référence de la commune II de Bamako : Thèse de Médecine communautaire 2020-102p.
13. Doumbia.B: connaissances attitudes et pratiques sur la consultation post natale dans koulouba. Memoire 2020.

14. Paul A. L, Lise L, Clermont B, Michel L et Micheline V-J: L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques ? Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 8, n°2, 2001, pp. 71-92.
15. World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cité 13 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>
16. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services: report by the secretariat [Report] [Internet]. Geneva: World Health Organization; avr 2016 [cité 13 avr 2026]. Report A69/39. Disponible sur: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf
17. Mackenzie D, Pfitzer A, Maly C, Waka C, Singh G, Sanyal A. Postpartum family planning integration with maternal, newborn and child health services: a cross-sectional analysis of client flow patterns in India and Kenya. *BMJ Open*. avr 2018;8(4):e018580. doi:10.1136/bmjopen-2017-018580 PubMed PMID: 29615443; PubMed Central PMCID: PMC5892750.
18. Mayhew SH, Ploubidis GB, Sloggett A, Church K, Obure CD, Birdthistle I, et al. Innovation in evaluating the impact of integrated service-delivery: the integra indexes of HIV and reproductive health integration. Vermund SH, éditeur. *PLOS ONE*. 22 janv 2016;11(1):e0146694. doi:10.1371/journal.pone.0146694
19. Tougri H, Yameogo ME, Compaoré R, Dahourou D, Belemsaga DY, Meda B, et al. Gaps and opportunities for the integrated delivery of mother-child care, postpartum family planning and nutrition services in Burkina Faso, côte d'ivoire and Niger. *J Glob Health Rep*. 29 déc 2022;6:e2022068. doi:10.29392/001c.57370
20. Organisation Mondiale De La Santé. Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne [Rapport du Secrétariat]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; avr 2016. Rapport du Secrétariat A69/39.
21. World Health Organization. Programming strategies for postpartum family planning [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cité 13 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506496>
22. World Health Organization. Postnatal care for mothers and newborns: brief: highlights from the world health organization 2013 guidelines [Policy brief] [Internet]. Geneva: World Health Organization; janv 2015 [cité 14 avr 2026]. Policy brief WHO-RHR-15-05. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15-05>
23. INSPiRE. Echos n°02: le bulletin régional d'information sur l'intégration des services de santé PFPP-SMNI-nutrition [Bulletin régional d'information]. Bureau Régional INSPiRE au Burkina Faso; juill 2019. Bulletin régional d'information n°: 2.
24. Diabaté A. Évaluation de l'utilisation de la contraception post-partum chez les femmes en postnatal dans le district sanitaire de Yopougon, Côte d'Ivoire Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan (2020).

25. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience [Guideline] [Internet]. Geneva: World Health Organization; mars 2022 [cité 14 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
26. World Health Organization. WHO recommendations for routine immunization - summary tables [Internet]. 2025 [cité 15 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/who-recommendations-for-routine-immunization---summary-tables>
27. World Health Organization. Family planning/contraception methods [Internet]. 2025 [cité 15 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
28. World Health Organization. Programming strategies for postpartum family planning [Internet]. 2013 [cité 14 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506496>
29. IntraHealh : Formation des prestataires de soins sur l'offre de services intégrés de planification familiale du post-partum, de soins maternels, néonataux, infantiles et de nutrition ,manuel de référence; janvier 2023.
30. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales : composantes communes : planification familiale IST/VIH et SIDA/PTME genre & santé, pathologies génitales et dysfonctionnements sexuels chez la femme. PNP - VOLUME 2 -juin 2019.
31. World Health Organization. Infant and young child feeding [Internet]. 2023 [cité 15 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
32. World Health Organization. Kangaroo mother care: a clinical practice guide [Clinical practice guide] [Internet]. Geneva: World Health Organization; oct 2025 [cité 15 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115910>
33. World Health Organization. Mother-to-child transmission of HIV [Internet]. 2025 [cité 15 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/prevention/mother-to-child-transmission-of-hiv>
34. World Health Organization. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV [Guideline] [Internet]. Geneva: World Health Organization; janv 2016 [cité 15 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549707>
35. World Health Organization. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention [Guideline] [Internet]. 2^e éd. Geneva: World Health Organization; juill 2021 [cité 15 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>

36. World Health Organization. Guide to cancer early diagnosis [Guide] [Internet]. Geneva: World Health Organization; févr 2017 [cité 15 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511940>
37. World Health Organization. Global breast cancer initiative implementation framework: assessing, strengthening and scaling up of services for the early detection and management of breast cancer [Publication] [Internet]. Geneva: World Health Organization; mars 2023 [cité 15 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240065987>
38. DIARRA M. Evaluation de la qualité des soins à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse médecine Bamako, 2004, 08-M-154 pages.
39. Coulibaly J. Bilan des activités de planification familiale au centre de santé de référence de la commune V du district de bamako (2019–2023) [Thèse de médecine] [Internet]. [Bamako]: Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2025 [cité 15 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/15368>
40. Koné CS. Évaluation de la qualité de la consultation postnatale au centre de santé de référence de la commune II de bamako [Thèse de médecine] [Internet]. [Bamako]: Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2020 [cité 15 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4055>
41. Jiwani SS, Bamogo A, Hazel EA, Maiga A, Wilson EB, Mady GRM, et al. Effective coverage of newborn postnatal care: assessing the service contact-content gap in 32 low- and middle-income countries using household survey data. *J Glob Health*. 1 sept 2025;15:4219. doi:10.7189/jogh.15.04219 PubMed PMID: 40888651.
42. Dao SZ, Traoré BA, Traoré T, Konaté S, Togo E, Sidibé K, et al. Postpartum family planning at the district hospital of the commune II of Bamako, mali. *Mali Med*. 2023;38(1):31-4. PubMed PMID: 38506200.
43. Mekonen EG, Workneh BS, Zegeye AF, Tamir TT. Only three out of ten women received adequate postnatal care in sub-saharan africa: evidence from 20 countries demographic and health surveys (2015–2022). *BMC Pregnancy Childbirth*. 11 févr 2025;25(1):138. doi:10.1186/s12884-025-07276-x PubMed PMID: 39934721.

ANNEXES

9 ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE

Audit de l'intégration des services de planification familiale du post-partum / santé maternelle, néonatale, infantile et nutritionnelle : cas de l'unité de consultation postnatale du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako

Numéro de fiche :	Date d'enquête :/...../.....
Nom de l'enquêteur :	Lieu : CSRéf Commune V, Bamako

Source principale des informations :

- ☐ Entretien avec la patiente
- ☐ Carnet CPN
- ☐ Registre CPON
- ☐ Observation directe
- ☐ Interview du prestataire

I. Consentement et éligibilité

1. La patiente a-t-elle été informée de l'étude ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
2. La patiente accepte-t-elle de participer ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
3. La patiente est-elle vue en consultation postnatale pendant la période d'étude ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
4. La participation est-elle complète ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
5. Décision d'inclusion
 - ☐ Incluse
 - ☐ Non incluse

II. Identification et caractéristiques sociodémographiques

6. Âge (ans) :
.....

7. Tranche d'âge

- ☐ 15-20 ans
- ☐ 21-35 ans
- ☐ 36-50 ans

8. État matrimonial

- ☐ Mariée
- ☐ Célibataire

9. Niveau d'instruction

- ☐ Non scolarisée
- ☐ Primaire
- ☐ Secondaire
- ☐ Supérieur

10. Niveau d'instruction regroupé

- ☐ Non scolarisée
- ☐ Primaire
- ☐ Secondaire/Supérieur

11. Profession

- ☐ Ménagère
- ☐ Élève/Étudiante
- ☐ Fonctionnaire/emploi salarié
- ☐ Commerce/Vente
- ☐ Artisanat/Services informels
- ☐ Profession de santé
- ☐ Autre, préciser :

III. Caractéristiques obstétricales et antécédents

12. Gestité :

.....

13. Catégorie de gestité

- ☐ Primigeste
- ☐ Paucigeste
- ☐ Multigeste
- ☐ Grande multigeste

14. Gestité regroupée

- ☐ Primigeste/Paucigeste
- ☐ Multigeste/Grande multigeste

15. Parité :

.....

16. Catégorie de parité

- ☐ Primipare
- ☐ Paucipare
- ☐ Multipare
- ☐ Grande multipare

17. Parité regroupée

- ☐ Primipare/Paucipare
- ☐ Multipare/Grande multipare

18. Nombre d'enfants vivants :

.....

19. Nombre d'avortements :

.....

20. Nombre d'enfants décédés :

.....

21. Nombre d'enfants mort-nés :

.....

22. Intervalle intergénésiq (mois), si applicable :

.....

23. Antécédent médical

☐ Non

☐ Oui

Si oui, préciser :

☐ HTA

☐ Diabète

☐ Asthme

☐ Drépanocytose

Autre :

24. Antécédent chirurgical

☐ Non

☐ Oui

Si oui, préciser :

☐ Utérus cicatriciel

☐ Antécédent de GEU / salpingectomie

☐ Myomectomie

Autre :

25. Antécédent d'avortement

☐ Non

☐ Oui

26. Antécédent d'enfant décédé

☐ Non

☐ Oui

27. Antécédent de mort-né

- ☐ Non
- ☐ Oui

28. Mode d'accouchement

- ☐ Voie basse
- ☐ Césarienne

IV. Consultation postnatale actuelle

29. Moment de la consultation postnatale

- ☐ J7
- ☐ J42

30. La consultation actuelle correspond-elle à un suivi postnatal documenté ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

31. Plaintes de la mère au moment de la consultation

- ☐ Aucune
- ☐ Céphalée
- ☐ Douleur abdomino-pelvienne
- ☐ Saignement abondant
- Autre :

V. Soins maternels postnatals

32. Suites de couches / examen maternel à J7

- ☐ Normale
- ☐ Compliquée
- ☐ Non fait / non concerné

33. Suites de couches / examen maternel à J42

- ☐ Normale
- ☐ Compliquée
- ☐ Non fait / non concerné

34. Soins postnatals J7 réalisés

- ☐ Non
- ☐ Oui

35. Soins postnatals J42 réalisés

- ☐ Non
- ☐ Oui

36. Explication des signes de danger du post-partum

- ☐ Non
- ☐ Oui

37. Counseling sur la nutrition de la mère

- ☐ Non
- ☐ Oui

38. Éducation / hygiène

- ☐ Non
- ☐ Oui

39. Patiente orientée vers un autre service si besoin

- ☐ Non
- ☐ Oui

Si oui, préciser le service :

VI. Soins néonataux essentiels

40. Examen du nouveau-né à J7

- ☐ Normal
- ☐ Anormal
- ☐ Non fait / non concerné

41. Examen du nouveau-né à J42

- ☐ Normal
- ☐ Anormal
- ☐ Non fait / non concerné

42. Prise de température, poids, taille du nouveau-né réalisée

- ☐ Non
- ☐ Oui

43. Mode d'alimentation du nouveau-né

- ☐ Lait maternel
- ☐ Lait artificiel
- ☐ Lait maternel + lait artificiel

44. Allaitement maternel exclusif expliqué

- ☐ Non
- ☐ Oui

45. Vaccination du nouveau-né effectuée / vérifiée

- ☐ Non
- ☐ Oui

46. Counseling kangourou

- ☐ Non
- ☐ Oui

47. Nouveau-né prématuré ou de faible poids nécessitant kangourou

- ☐ Non
- ☐ Oui

VII. Planification familiale du post-partum

48. Explication de la planification familiale du post-partum (PFPP)

- ☐ Non
- ☐ Oui

49. Une méthode contraceptive a-t-elle été proposée ?

- ☐ Non
- ☐ Oui

50. Si oui, méthode proposée

- ☐ MAMA
- ☐ Méthode naturelle
- ☐ DIU
- ☐ Injectables
- ☐ Implant
- ☐ Pilule progestative
- ☐ Pilule combinée
- ☐ Préservatif
- ☐ Contraception chirurgicale

Autre :

51. La patiente a-t-elle accepté une méthode ?

- ☐ Non
- ☐ Oui

52. Si oui, méthode retenue :

.....

VIII. Interventions complémentaires intégrées

53. PTME abordée / réalisée

- ☐ Non
- ☐ Oui

54. Dépistage du cancer du col réalisé

- ☐ Non
- ☐ Oui

55. Si dépistage du col réalisé, résultat

- ☐ Négatif
- ☐ Positif
- ☐ Non applicable / non documenté

56. Dépistage du cancer du sein réalisé

- ☐ Non
- ☐ Oui

57. Si dépistage du sein réalisé, résultat

- ☐ Négatif
- ☐ Positif
- ☐ Non applicable

IX. Caractéristiques du prestataire

58. Profil de l'agent de santé ayant reçu la patiente

- ☐ Sage-femme
- ☐ Infirmière obstétricienne

59. Ancienneté du prestataire à la fonction

- ☐ < 10 ans
- ☐ ≥ 10 ans

60. Formation spécifique en intégration

- ☐ Non
- ☐ Oui

61. Expérience en soins d'intégration

- ☐ < 5 ans
- ☐ ≥ 5 ans

X. Synthèse de l'intégration des services

62. Domaine PFPP final

- ☐ Non
- ☐ Oui

63. Domaine counseling final

- ☐ Non
- ☐ Oui

64. Domaine prestations complémentaires final

- ☐ Non
- ☐ Oui

65. Score final d'intégration (0-6) :

.....

66. Catégorie du score

- ☐ Aucune composante complémentaire
- ☐ Une composante complémentaire
- ☐ Au moins deux composantes complémentaires

67. Niveau final d'intégration binaire

- ☐ Faible (0-1 composante)
- ☐ Plus élevé (≥ 2 composantes)

XI. Observations de l'enquêteur

.....

FICHE SIGNALÉTIQUE DE LA THÈSE

Nom et Prénom : Kadiatou BERTHE

Titre de la thèse : « *l'intégration des services de planning familial du post-partum, de santé maternelle, néonatale, infantile et nutrition : cas de l'unité de consultation postnatale du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako* » **Année de soutenance :** 2026

Pays d'origine de l'étudiante : Mali

Ville et lieu de soutenance : Bamako, Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS), USTTB

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS / USTTB, Bamako

Secteur d'intérêt : Santé publique, gynécologie-obstétrique, santé maternelle et néonatale, planification familiale, nutrition, qualité des soins, audit clinique

RESUME

Introduction : L'intégration des services de planification familiale du post-partum (PFPP), de santé maternelle, néonatale et infantile, et de nutrition constitue un levier important d'amélioration de la qualité des soins postnatals. Dans les contextes à ressources limitées, l'évaluation de cette intégration permet d'apprécier non seulement l'existence du contact avec le système de santé, mais aussi le contenu réel des prestations délivrées.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte prospective réalisée au sein de l'unité de consultation postnatale du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako. La collecte des données s'est déroulée du 1er octobre au 31 décembre 2025. L'échantillon comprenait 200 femmes reçues en consultation postnatale. Les données ont été analysées avec IBM SPSS Statistics 25. Un score synthétique d'intégration a été construit à partir des prestations documentées.

Résultats : L'âge moyen des patientes était de $26,68 \pm 6,87$ ans. La consultation avait lieu majoritairement à J7 (81,5 %). Certaines prestations étaient systématiquement retrouvées, notamment l'explication de l'allaitement exclusif, la vaccination du nouveau-né et le dépistage du cancer du sein. En revanche, l'explication de la PFPP (3,0 %), le counseling nutritionnel maternel (3,5 %) et l'explication des signes de danger du post-partum (2,5 %) étaient peu documentés. Le niveau d'intégration était faible chez 53,0 % des patientes et plus élevé chez 47,0 %.

Conclusion : L'intégration des services PFPP/SMNI/Nutrition dans cette unité restait partielle. Des efforts organisationnels sont nécessaires pour renforcer particulièrement la PFPP, le counseling et la nutrition au cours de la consultation postnatale.

Mots-clés : intégration des services ; consultation postnatale ; planification familiale du post-partum ; santé maternelle ; santé néonatale ; nutrition ; Bamako ; Mali.

ABSTRACT

Introduction: The integration of postpartum family planning (PPFP), maternal, neonatal and child health, and nutrition services is an important strategy for improving the quality of postnatal care. In low-resource settings, assessing this integration helps to evaluate not only contact with the health system, but also the actual content of care delivered.

Methods: This was a descriptive cross-sectional study with prospective data collection conducted in the postnatal care unit of the Reference Health Center of Commune V in Bamako District. Data were collected from October 1 to December 31, 2025. The study included 200 women attending postnatal consultation. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics 27. A synthetic integration score was built from the documented services provided.

Results: The mean age of the participants was 26.68 ± 6.87 years. Most women attended consultation on day 7 postpartum (81.5%). Some services were systematically documented, including exclusive breastfeeding counseling, newborn vaccination, and breast cancer screening. However, PPFP counseling (3.0%), maternal nutrition counseling (3.5%), and counseling on postpartum danger signs (2.5%) were poorly documented. The level of integration was low in 53.0% of women and higher in 47.0%.

Conclusion: The integration of PPFP, maternal-neonatal-child health, and nutrition services in this unit remained partial. Organizational improvements are needed, especially to strengthen PPFP, counseling, and nutrition during postnatal consultation.

Keywords: ; service integration; postnatal consultation; postpartum family planning; maternal health; neonatal health; nutrition; Bamako; Mali.

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure