

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

République du Mali

Un peuple - Un but- Une foi



UNIVERSITE KANKOU MOUSSA
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(MEDECINE ET PHARMACIE)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026

N°

THÈME :

**L'audit de l'intégration des services de Planning Familial du
Post Partum/Santé Maternelle Néonatale Infantile et
Nutrition dans l'unité de consultation prénatale du centre
de santé de référence de la commune V de Bamako**

Présentée et soutenue publiquement le ... /... /2026 devant le jury de l'université
Kankou Moussa

Par **Mme Salimata Koné**

Pour obtenir le grade de docteur en médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : M. Youssouf TRAORE, Professeur Titulaire
Membres : M. Amadou BOCOUM, Maître de conférences
M. Saleck DOUMBIA, gynécologue obstétrique
Directeur : M. Soumana Oumar TRAORE, Maître de conférences

LISTE DES PROFESSEURS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

Administration

Nom	Discipline
Pr Siné BAYO	Recteur
Pr Dapa A. DIALLO	Doyen
Pr Hamar Alassane TRAORÉ	Président du Conseil scientifique et pédagogique
M. Amougnon DOLO	Secrétaire principal

D.E.R Chirurgie et spécialités chirurgicales

Professeurs

Nom	Discipline
M. Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
M. Sambou SOUMARÉ	Chirurgie générale
M. Amadou I. DOLO	Gynéco-Obstétrique
M. Aly Douro TEMBELY	Urologie
M. Nouhoun ONGOÏBA	Anatomie & chirurgie générale
M. Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
M. Djibo Diango MAHAMANE	Anesthésie-Réanimation
M. Sadio YÉNA	Chirurgie cardio-thoracique
M. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale
M. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
M. Adégné Pierre TOGO	Chirurgie générale
M. Allassane TRAORÉ	Chirurgie générale
M. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ	Chirurgie générale
M. Youssouf TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
M. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mme Doumbia Kadiatou SINGARÉ	ORL
M. Seydou TOGO	Chirurgie thoracique & cardio-vasculaire
M. Birama TOGOLA	Chirurgie générale
M. Soumaïla KEÏTA	Chirurgie générale

Maîtres de conférences agrégés

Nom	Discipline
M. Ibrahim TÉGUÉTÉ	Gynéco-Obstétrique
M. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie générale
M. Amadou TRAORÉ	Chirurgie générale
M. Madiassa KONATÉ	Chirurgie générale
M. Hamady COULIBALY	Stomatologie
M. Sékou KOUMARÉ	Chirurgie générale
M. Abdoul Kadri MOUSSA	Traumatologie
M. Djibril M. COULIBALY	Biochimie

Maîtres de conférences

Nom	Discipline
M. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
M. Souleymane TOGORA	Stomatologie

Maîtres assistants

Nom	Discipline
—	—

Assistants

Nom	Discipline
M. Zakary SAYE	Oncologie chirurgicale

D.E.R Sciences fondamentales

Professeurs / Directeurs de recherches

Nom	Discipline
M. Siné BAYO	Anatomie pathologique – Histo-embryologie

M. Bakary CISSE	Biochimie
M. Cheick Bougadari TRAORÉ	Anatomie pathologique
M. Lassine SIDIBÉ	Chimie organique

M. Mahamadou TRAORÉ	Génétique
M. Mahamadou Ali THÉRA	Parasitologie-Mycologie
M. Bakarou KAMATÉ	Anatomie pathologique
M. Abdoulaye DJIMDÉ	Parasitologie-Mycologie
Mme Doumbo Safiatou NIARÉ	Parasitologie
M. Issiaka SAGARA	Math-Bio-Statistique
M. Bourèïma KOURIBA	Immunologie
M. Issiaka TRAORÉ	Biophysique

Maîtres de conférences agrégés

Nom	Discipline
M. Aboulaye KONÉ	Parasitologie
M. Charles ARAMA	Immunologie
M. Djibril M. COULIBALY	Biochimie

Maîtres de conférences / Maîtres de recherches

Nom	Discipline
M. Amadou KONÉ	Biologie moléculaire
M. Mahamadou Z. SISSOKO	Méthodologie de la recherche
M. Souleymane DAMA	Parasitologie-Mycologie
M. Mohamed M'BAYE	Physiologie
M. Amadou NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
M. Laurent DEMBÉLÉ	Parasitologie-Mycologie
M. Souleymane SANOGO	Biophysique

Maîtres assistants

Nom	Discipline
—	—

Assistants

Nom	Discipline
M. Abdoulaye FAROTA	Chimie physique & chimie générale

M. Aboudou DOUMBIA	Chimie générale
--------------------	-----------------

D.E.R Médecine et spécialités médicales

Professeurs

Nom	Discipline
M. Toumani SIDIBÉ	Pédiatrie
M. Mamadou Marouf KEÏTA	Pédiatrie
M. Saharé FONGORO	Néphrologie
M. Baba KOUMARÉ	Psychiatrie
M. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
M. Hamar Allassane TRAORÉ	Médecine interne
Mme Assa TRAORÉ (SIDIBÉ)	Endocrinologie
M. Siaka SIDIBÉ	Imagerie médicale
M. Moussa Y. MAÏGA	Gastro-entérologie
M. Boubacar DIALLO	Cardiologie
M. Boubacar TOGO	Pédiatrie
M. Daouda K. MINTA	Maladies infectieuses
M. Youssoufa M. MAÏGA	Neurologie
M. Yacouba TOLOBA	Pneumologie
Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Fatoumata DICKO TRAORÉ	Pédiatrie & génétique médicale
M. Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mme Kaya Assétou SOUCKO	Médecine interne
M. Abdoul Aziz DIAKITÉ	Pédiatrie

Maîtres de conférences agrégés

Nom	Discipline
M. Adama DICKO	Dermatologie
M. Koniba DIABATÉ	Biophysique
Mme Menta Djénébou TRAORÉ	Médecine interne
M. Madani DIOP	Anesthésie-Réanimation-Urgence
M. Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie-Réanimation-Urgence
M. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation-Urgence
M. Mody CAMARA	Imagerie médicale
M. Djibril SY	Médecine interne

Mme Djénébou SYLLA SOW	Endocrinologie
------------------------	----------------

Maîtres de conférences

Nom	Discipline
—	—

Maîtres assistants

Nom	Discipline
M. Mamadou N'DIAYE	Imagerie médicale

Assistants

Nom	Discipline
Mme Maimouna SIDIBÉ DEMBÉLÉ	Rhumatologie
M. Bah TRAORÉ	Endocrinologie
M. Modibo MARIKO	Endocrinologie

Chargés de cours

Nom	Discipline
M. Madani LY	Oncologie médicale

D.E.R Santé publique

Professeurs

Nom	Discipline
M. Hammadoun SANGHO	Santé publique
M. Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique médicale

Maîtres de conférences agrégés

Nom	Discipline
M. Oumar SANGHO	Santé communautaire
M. Housseini DOLO	Santé communautaire

Maîtres de conférences

Nom	Discipline
M. Cheick Abou COULIBALY	Santé publique
M. Aldiouma KODIO	Anglais

Maîtres assistants

Nom	Discipline
M. Abdramane COULIBALY	Anthropologie médicale
M. Seydou DIARRA	Anthropologie médicale
M. Salia KEITA	Santé publique
M. Issiaka DIARRA	Anglais

Chargés de cours

Nom	Discipline
M. Birama DIAKITÉ	Économie de la santé
M. Mahamane KONÉ	Santé au travail
M. Ali WÉLÉ	Management
M. Cheick Tidiane TANDIA	Santé publique

D.E.R Sciences pharmaceutiques**Professeurs / Directeurs de recherches**

Nom	Discipline
M. Saïbou MAÏGA	Législation
M. Gaoussou KANOUTÉ	Chimie analytique
M. Ousmane DOUMBIA	Chimie thérapeutique
M. Aboulaye DABO	Zoologie
M. Moussa SAMAKÉ	Botanique
M. Benoit Yaranga KOUMARÉ	Chimie inorganique
M. Ababacar MAÏGA	Toxicologie
M. Lassine SIDIBÉ	Chimie organique
M. Mahamadou TRAORÉ	Génétique
M. Cheick Bougadari TRAORÉ	Biologie cellulaire
M. Cheick Oumar BAGAYOGO	Informatique
M. Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie
M. Alhassane TRAORÉ	Anatomie
M. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ	Anatomie
M. Siaka SIDIBÉ	Biophysique
M. Sékou BAH	Pharmacologie
M. Abdoulaye DJIMDÉ	Parasitologie-Mycologie
M. Daouda Kassoum MINTA	Maladies infectieuses

M. Satigui SIDIBÉ	Pharmacie vétérinaire
M. Mahamadou Ali THÉRA	Méthodologie de la recherche
M. Souleymane COULIBALY	Psychologie de la recherche
M. Aldiouma GUINDO	Hématologie
M. Issaka SAGARA	Math-Bio-Statistiques
Mme Doumbo Safiatou NIARÉ	Méthodologie de la recherche
M. Daba SOGODOGO	Physiologie humaine
M. Drissa TRAORÉ	Soins infirmiers
M. Bourèma KOURIBA	Immunologie

MCF agrégés / MCF / Maîtres de recherches

Nom	Discipline
M. Ousmane SACKO	Cryptogamie
M. Abdoulaye KONÉ	Méthodologie de la recherche
M. Boubacar Sidiki Ibrahim DRAMÉ	Biochimie
M. Sidi Boula SISSOKO	Histologie-Embryologie
M. Mahamane HAÏDARA	Pharmacognosie
M. Abdoul K. MOUSSA	Anatomie
M. Madiassa KONATÉ	Anatomie
M. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie générale
M. Amadou TRAORÉ	Chirurgie générale
M. Bourama COULIBALY	Biologie cellulaire
M. Mohamed MBAYE	Physiologie
M. Koniba DIABATÉ	Biophysique
M. Souleymane DAMA	Parasitologie-Mycologie
M. Laurent DEMBÉLÉ	Parasitologie-Mycologie
M. Mahamadou DIALLO	Anatomie
M. Dominique Patomo ARAMA	Chimie thérapeutique
M. Yaya GOÏTA	Biochimie
M. Amadou NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
Mme Menta Djénébou TRAORÉ	Sémiologie médicale
M. Hamadoun Abba TOURE	Bromatologie
M. Lossény BENGALY	Pharmacie hospitalière
M. Ibrahima GUINDO	Bactériologie-Virologie
M. Souleymane SANOGO	Biophysique

M. Issa COULIBALY	Gestion pharmaceutique
Mme Salimata MAÏGA	Bactériologie-Virologie
M. Mohamed Ag BARAÏKA	Bactériologie-Virologie
M. Charles ARAMA	Immunologie

Maîtres assistants / Chargés de recherches

Nom	Discipline
M. Aboubacar DOUMBIA	Bactériologie-Virologie
M. Yaya COULIBALY	Droit & éthique
M. Hamma MAÏGA	Législation-Galénique
M. Bakary Moussa CISSE	Galénique & législation
M. Boubacar ZIBEROU	Physique
M. Aboudou DOUMBIA	Chimie générale
M. Diakardia SANOGO	Biophysique
M. Salia KEITA	Santé publique
Mme Aïssata MARIKO	Cosmétologie
M. Boubacar Tiètiè BISSAN	Analyse biomédicale
M. Issiaka DIARRA	Anglais
Mme Saye Bernadette COULIBALY	Chimie minérale
M. Mamadou BALLO	Pharmacologie

Assistants

Nom	Discipline
M. Dougoutigui TANGARA	Chimie minérale
M. Abdourhamane DIARA	Hydrologie
M. Abdoulaye KATILÉ	Math-Bio-Statistique
M. Aboubacar SANGHO	Droit-Éthique-Législation pharmaceutique
Mme Assitan KALOGA TRAORÉ	Droit-Éthique-Législation pharmaceutique
M. Abdoulaye GUINDO	Pharmacologie
M. Bah TRAORÉ	Endocrinologie-Métabolisme-Nutrition
M. Modibo MARIKO	Endocrinologie-Métabolisme-Nutrition

Chargés de cours

Nom	Discipline
M. Birama DIAKITÉ	Économie de la santé
M. Mahamane KONÉ	Santé au travail
M. Maman YOSSI	Technique d'expression & communication
M. Amassagou DOUGNON	Biophysique
M. Abdoulaye FAROTA	Chimie physique

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DECICACE

Je dédie ce travail :

A mon père Koné Kalilou

Cher père, les mots me manquent pour dire combien tu as été à la base de ce travail. Ta rigueur et ton exigence dans l'éducation, ton encouragement, ton dévouement, tes soucis permanents de notre bien-être, tes bénédictions, et ton soutien pour ne citer que ceux-ci m'ont permis d'être là aujourd'hui. Que Dieu le Tout Puissant te protège.

AMEN !!!

A ma mère Koné Rokia

Femme exemplaire, courageuse et humble. Tu nous as inculqué les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse. En reconnaissance de toutes les souffrances que tu as endurées pour nous. Tu as guidé mes premiers pas dans les études et travaillée durement afin que tous tes enfants aient une solide assise pour affronter le dur combat de la vie. Si j'ai pu réussir aujourd'hui c'est grâce à votre courage. Et surtout Pardon pour tous les soucis, les angoisses et la fatigue que je t'ai causée, tu es et seras notre fierté de tout le temps. Jamais, je ne saurais te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis. Que Dieu te garde très longtemps auprès de nous pour que tu puisses enfin goûter au fruit de ce travail. Tu resteras pour moi un modèle de réussite

Amen !!!

A mon époux : AROUNA DOUMBIA

Tu es exceptionnel, patient, courageux, bref je suis fier de t'avoir comme époux. Je reste sans voix devant la grandeur de son âme, ta disponibilité, de ton soutien sans fatigue.

Je laisse le soin au tout puissant de te combler de sa grâce et miséricorde. Trouve dans ce travail mon sincère amour et ma reconnaissance. Qu'Allah te bénisse. Amen !

REMERCIEMENTS

A ALLAH

Louange à ALLAH Le tout puissant, l'omniscient, l'omnipotent qui nous a créé et nous a octroyé la santé et les moyens nécessaires pour faire ce travail. Nous rendons également grâce à son Prophète Mahomet (Paix et Salut sur Lui).

A ma Chère patrie le Mali

Que la paix et la prospérité puissent te couvrir.

A ma très chère grande mère Salimata Doumbia : Chère grande mère éducatrice exemplaire, tu n'es jamais fatiguée. En ce moment solennel, les mots me manquent pour t'exprimer toute ma reconnaissance et ma gratitude. Qu'ALLAH te garde très longtemps auprès de nous. Je ne t'oublierai jamais incha-Allah.

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 : Bibatou, Mouna, Aminata, Yacouba et Moustapha**

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.

A mon frère Sidiki Koné : C'est avec le cœur plein de joie que je vous dédie ce travail qui est également le vôtre. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance.

A mes encadreurs :

Pr Soumana Oumar Traore, Dr Oumar Moussokoro Traore, Dr Saoudatou Tall, Dr Niagalé Sylla, Dr Nouhoum Diakite, Dr Mamadou A Traoré, Dr Saleck Doumbia, Dr Ba Berthé, Dr Bourama Dembélé, Dr Ladji Mallet.

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 mes maîtres du 1er cycle de l'école fondamentale Privée Alikou Blen. Mes maîtresses du lycée Fatoumata Doucouré

Mes professeurs de l'UKM

A tout le personnel de la faculté de médecine et de pharmacie de l'université Kankou Moussa.

Merci pour votre enseignement et votre éducation scientifique. En plus du savoir, vous nous avez appris le savoir-faire et le savoir être. Nous sommes très fiers d'avoir été l'un de vos apprenants. Trouvez ici l'expression de toute notre gratitude

Mes tontons et 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 Gaoussou Coulibaly : Je vous remercie pour vos soutiens inconditionnels et vos encouragements durant toutes mes études et surtout ma vie. Merci pour votre présence à mes côtés dans de bons et mauvais moments. Je vous souhaite le succès, la santé, la joie et tout le bonheur dans vos vies respectives. Qu'Allah vous protège et vous donne une très longue vie !!!

A mes cousins, cousines : pour les moments de complicité de soutien et de partage passés ensemble. Merci du fond du cœur, ce travail est le vôtre. Puisses le Tout Puissant renforcer ces liens aussi forts que ceux du sang et nous conduire vers des portes qui s'ouvriront sur nos bonheurs.

A mon intime ami Mme Tolo Docteur Bintou Guindo : Par où commencer ? J'ai été partagée entre écrire et me taire car les mots ne suffisent pas pour exprimer ce que je ressens pour vous ; votre disponibilité, votre gentillesse. De la 1ère année médecine jusqu'à ce jour, tu as été avec moi dans toutes les épreuves de la vie. Ton objectivité n'est pas à discuter. Puisses le Tout Puissant renforcer ce lien aussi fort que ceux du sang et qu'ALLAH nous guide vers nos bonheurs respectifs et perdure ce lien sacré qui nous unit.

A mes merveilleuses amies : Mahawa Sidibé, Awa Coulibaly 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 vous soulagement et satisfaction. Amen !!

A ma belle-famille : Merci du fond du cœur, ce travail est le vôtre.

A mes camarades : Souleymane Diancoumba, Sadian Camara, Kabaoulé Diallo, Safiatou Koné, Aminata Diarra, Awa Sangaré, Awa Koné.

Merci sincèrement pour vos soutiens. Qu'Allah vous accorde sa grâce, vous donne longue vie et bonne santé.

A Badiallo Sacko : Merci ma cher pour votre franche collaboration, votre soutien et votre encouragement. Je formule des vœux sincères pour ton bonheur respectif.

A Dr OUANE MACOUTA SISSOKO ET TOUT LES PERSONNELS DE LA CLINIQUES LES FLEURS : Merci pour vos soutiens, qu'Allah vous donne une longue vie

La 10^{ème} Promotion de l'université Kankou Moussa : Bintou Guindo, Rokia Kagnassy, Moussocoura Ouattara, Korotoumou Kouyaté, Mariam Camara, Badiallo Sacko, Fatoumata Traoré, Fatoumata Fofana, Aida Diallo, Fabrice, Bakary Diakité, Hamsatou Diallo, Aissata Coulibaly, Mamadou Touré, Sinè Diallo, Anne Mervielle pour tout le temps passé ensemble.

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 (**Demba Coulibaly, Bouya Simpara, Sidi Diarra, Anne Merveille, Mahamoud Traoré, Kassim Keita, Abdramane Traoré, Awa Cissé**) et **tous les membres de l'équipe 1**. Mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes côtés pour des échanges scientifiques et autres, pour vos soutiens et vos **A mes aînés encadreur du CS Réf CV : Dr Moumine Traoré, Dr Camara Soumaila, Dr Amadou Koné, Dr Sissoko Ousmane, Dr Franciss Dembélé, Dr Salimata Coulibaly, Dr Doumbo, Dr Nimaga Binèfou, Dr Cissao Issiaka, et Dr Aminata diancoumba, Dr Salamata Maiga, Dr Sogoba Souleymane, Dr Diakité Hamidou, Dr Benjamin** tous ceux qui n'ont pas leurs noms ici. Conseils. Soyez-en ici remerciés.

A toutes les sage-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.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Professeur YOUSOUF TRAORÉ

- Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la FMOS,
- Chef de département de la gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré,
- Modérateur nationale et expert sur la PTME au Mali,
- Titulaire de diplômes universitaires « Méthode de recherche clinique » et « Epidémiologique » de Bordeaux I,
- Vice-président de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA),
- Chef de la filière Sage-femme de l'institut National de Formation en Science de Santé (INFSS),
- Secrétaire Général de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO)
- Enseignant chercheur

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

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur AMADOU BOCOUM

- Maître de conférences agrégé en gynécologie obstétrique,
- Praticien hospitalier dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré,
- Titulaire d'un DIU d'échographie en gynécologie-obstétrique en France,
- Titulaire d'un diplôme universitaire en cœlioscopie en gynécologie en France,
- Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie en gynécologie obstétrique de l'Université de Paris Descartes,
- Secrétaire général Adjoint de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO),

Cher Maître,

C'est un immense honneur pour nous de vous avoir parmi les membres du jury. Votre expertise scientifique, vos conseils éclairés et votre disponibilité ont été d'une valeur inestimable pour nous tout au long de cette intense période de recherche.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr Saleck DOUMBIA

- Gynécologue-Obstétricien
- Praticien hospitalier au CSREF de la Commune V
- Détenteur d'un Master en Coloscopie obtenu en Algérie
- Détenteur d'un Diplôme Universitaire (DU) en Epidémiologie Bio statique à l'institut Africain de Santé Publique
- Détenteur d'un certificat en Rédaction Scientifique
- Détenteur d'un diplôme Universitaire (DU) en VIH/TB

Cher Maître,

Nous vous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger ce travail. Votre patience, douceur et votre amour du travail bien fait force au respect. Vos critiques et suggestions ont été des apports capitaux pour l'amélioration de notre travail. Nous profitons de cette opportunité pour vous exprimer notre profonde admiration et gratitude. Que Dieu vous bénisse.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- Maître de conférences agrégé en Gynécologie-obstétrique à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie du Mali,
- Praticien Hospitalier au centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.
- Certifié en Programme GESTA International (SOGC).
- Leaders d'Option locale de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako.

Cher Maître,

Vos qualités d'homme de science et votre clairvoyance, votre assiduité et votre rigueur scientifique ont forgé notre admiration et ont suscité notre désir d'être compté parmi vos disciples. Cher maître, nous sommes reconnaissants pour l'authenticité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Votre présence ici témoigne de l'intérêt que vous accordez à ce travail. Votre simplicité, votre modestie et votre rigueur dans la recherche scientifique font de vous un homme respecté et admirable.

Veillez accepter cher Maître, nos sentiments d'estime et de profond respect.

Liste des sigles et abréviations

AgHBs : Antigène de surface de l'hépatite B
ASC : Agent de santé communautaire
BIP : Diamètre bipariétal
BW : Bordet Wassermann
CPN : Consultation prénatale
CPON : Consultation postnatale
CSREF : Centre de Santé de Référence
DHIS2 : District Health Information System version 2
DU : Diplôme Universitaire
EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali
ECBU : Examen cytobactériologique des urines
FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
PF : Planification familiale
GS-Rh : Groupe sanguin et Rhésus
Hb : Hémoglobine
IC : Intervalle de confiance
MFIU : Mort fœtale in utero
MILD : Moustiquaire imprégnée à longue durée
NFS : Numération formule sanguine
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OR : Odds Ratio
PEV : Programme élargi de vaccination
PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant
POK : Parasites, Œufs, Kystes
SAA : Soins après avortement
SDMR : Surveillance des Décès Maternels et Riposte
SMNI : Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
SLIS : Système Local d'Information Sanitaire
SP : Sulfadoxine-Pyriméthamine
SSR : Santé Sexuelle et Reproductive
TPHA/VDRL : Tests de dépistage de la syphilis
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
VBG : Violences Basées sur le Genre

Liste des tableaux

Tableau I : Contenus des huit contacts (20)	9
Tableau II : Répartition des patientes selon la résidence.....	28
Tableau III : Répartition des patientes selon le niveau d'étude	29
Tableau IV : Répartition des patientes selon la profession	29
Tableau V : Répartition des patientes selon le nombre de CPN.....	30
Tableau VI : Répartition des patientes selon le lieu de CPN.....	30
Tableau VII: Répartition des patientes selon l'auteur de CPN	31
Tableau VIII: Répartition des patientes selon les bilans réalisés.....	31
Tableau IX: Répartition des patientes selon le nombre d'échographie réalisé.....	32
Tableau X : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel en semaines d'aménorrhée....	32
Tableau XI: Répartition des patientes selon le counseling du dépistage HIV	33
Tableau XII: Répartition des patientes selon la prophylaxie à jour	34
Tableau XIII: Répartition des patientes selon les pathologies ayant émaillées la grossesse ..	34
Tableau XIV: Répartition des patientes selon leur plainte.....	35
Tableau XV: Répartition des patientes selon le nombre de césarienne.....	36
Tableau XVI: Répartition des patientes selon les antécédents.....	36
Tableau XVII: Répartition des patientes selon la gestité.....	37
Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la parité.....	37
Tableau XIX: Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux	38
Tableau XX: Répartition des patientes selon le profil de l'auteur	38
Tableau XXI: Répartition des femmes enceintes selon qu'elles aient bénéficié de l'intégration des services de la part de l'enquêteur	39
Tableau XXII: relation entre les auteurs de la CPN et la sensibilisation de la femme enceinte au planning familial	40
Tableau XXIII: relation entre les auteurs de la CPN et la sensibilisation sur la prévention du paludisme des femmes enceintes	40
Tableau XXIV: relation entre les auteurs de la CPN et la sensibilisation sur le Counseling PF post abortum.....	41
Tableau XXV: relation entre les auteurs de la CPN et la sensibilisation aux dépistages du cancer du col et celui de seins.....	41
Tableau XXVI: relation entre les auteurs de la CPN et la sensibilisation des femmes enceintes en nutrition.....	42

Tableau XXVII: relation entre avoir participer à une formation sur l'intégration des services de santé de la reproduction et la sensibilisation de la femme enceinte au planning familial ...	42
Tableau XXVIII: relation entre avoir participer à une formation sur l'intégration des services de santé de la reproduction et la sensibilisation sur la prévention du paludisme des femmes enceintes.....	43
Tableau XXIX: relation entre avoir participer à une formation sur l'intégration des services de santé de la reproduction et la sensibilisation sur le Counseling PF post abortum.....	43
Tableau XXX: relation entre avoir participer à une formation sur l'intégration des services de santé de la reproduction et la sensibilisation aux dépistages du cancer du col et celui de seins	44
Tableau XXXI: relation entre avoir participer à une formation sur l'intégration des services de santé de la reproduction et la sensibilisation en nutrition de la femme enceinte.....	44
Tableau XXXII: relation entre la qualification de personnel soignant et la sensibilisation des femmes enceintes sur le planning familial.....	45
Tableau XXXIII: : relation entre la qualification de personnel soignant et la sensibilisation des femmes enceintes sur la prévention du paludisme	45
Tableau XXXIV: relation entre la qualification de personnel soignant et la sensibilisation sur le counseling PF post abortum.....	46
Tableau XXXV: relation entre la qualification de personnel soignant et la sensibilisation des femmes enceintes sur le dépistage du cancer du col et du sein	46
Tableau XXXVI: relation entre la qualification de personnel soignant et la sensibilisation des femmes enceintes en nutrition	47

Liste des figures

Figure 1: Répartition des patientes selon la tranche d'âge	27
Figure 2: Répartition des patientes selon le statut matrimonial.....	28
Figure 3: Répartition des patientes selon le résultat du dépistage du VIH.....	33
Figure 4: Répartition des patientes selon l'antécédent de contraception.....	35

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	OBJECTIFS.....	4
1.	Objectif général.....	4
2.	Objectifs Spécifiques.....	4
III.	GENERALITES.....	6
1.	Définitions des concepts.....	6
2.	Consultation prénatale.....	7
a.	Historique de la consultation prénatale :.....	7
b.	Les objectifs de la CPN.....	8
c.	Calendrier de CPN.....	9
d.	Matériel de CPN :.....	14
e.	Le bilan prénatal.....	14
f.	Les examens complémentaires facultatifs.....	15
IV.	METHODOLOGIE.....	17
1.	Cadre d'étude.....	17
2.	Type d'étude.....	21
3.	Période d'étude.....	21
4.	Population d'étude :.....	21
5.	Déroulement de l'étude :.....	21
6.	Collecte des données :.....	22
9.	Gestion et analyses des données :.....	23
10.	Aspects éthiques.....	24
11.	Définitions opérationnelles.....	24
V.	RESULTATS.....	27
VI.	COMMENTAIRES ET DISUCSSION.....	44
1.	Contenu de la consultation prénatale.....	44
2.	Caractéristiques sociodémographiques.....	45

3.	Composantes SSR–SMNI.....	46
4.	Formation du personnel.....	47
	Conclusion.....	49
	REFERENCES	52
	ANNEXES.....	56

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

L'audit est un examen méthodique, indépendant et documenté d'une organisation ou d'une pratique permettant de déterminer si des exigences préétablies sont satisfaites, si ces dispositions sont mises en œuvre de façon efficace et si elles sont aptes à atteindre les objectifs (1).

Malgré l'absence de consensus sur la définition de l'intégration, certains thèmes communs sur le but de l'intégration ont été notés, notamment que l'intégration est une réponse à la fragmentation et a le potentiel de renforcer les liens entre les services, de réduire les doublons, d'améliorer les résultats pour les patients, de favoriser une plus grande satisfaction des clients et d'améliorer la performance des systèmes de santé (2,3). Les soins prénataux constituent un point d'entrée idéal pour des services intégrés et une plateforme permettant de promouvoir des soins de santé allant au-delà de la période de grossesse. C'est durant cette période de la vie d'une femme que le contact (souvent le premier) avec le système de santé formel ouvre des opportunités d'accès et d'utilisation d'interventions fondées sur des preuves qui favorisent la santé et la survie maternelle et néonatale (4). La surveillance médicale de la grossesse par la réalisation des consultations prénatales (CPN) est l'un des quatre axes d'intervention fondamentale pour une maternité sans risque (3). La consultation prénatale est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications survenant au cours de la grossesse (5). Elle nous permet en outre de décider de la voie d'accouchement. Le dépistage et la prise en charge d'éventuelles complications, l'amélioration du confort et le vécu de chaque femme enceinte imposent un suivi régulier de la grossesse (5). Les soins prénatals pour une expérience positive de la grossesse est un concept conçu pour soutenir la femme enceinte à vivre sa grossesse en toute sécurité, renforcer les compétences du personnel de santé pour la fourniture de soins prénatals (6). Les composantes de la consultation prénatale (CPN) sont entre autres : Counseling PF ; Nutrition mère ; Soins prénatals ; Paludisme ; SAA+PF ; Dépistage du cancer du sein et du col.

Le concept d'intégration des soins Planification Familiale du Post-partum (PFPP) de Santé Maternelle, Néonatale et Infantile (SMNI), de Nutrition consiste à coordonner de façon durable les pratiques cliniques autour des problèmes de santé du couple mère-enfant.

Cette intégration vise à assurer la continuité et la globalité des soins de planification familiale du post-partum (PFPP), de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), de nutrition (N). C'est-à-dire s'assurer que les services fournis par les différents professionnels de santé, dans différentes structures sanitaires, s'articulent dans le temps aux besoins spécifiques de chaque couple mère-enfant. Cette intégration suppose une disponibilité des services et une organisation explicite pour les offrir à la mère et à son enfant.

En 2020, près de 800 femmes sont décédées par jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement. Un décès maternel est survenu presque toutes les deux minutes en 2020. Entre 2000 et 2020, le taux de mortalité maternelle (le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) a baissé d'environ 34 % dans le monde. Près de 95 % des décès maternels sont survenus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2020 (7).

Au Mali, selon la dernière Enquête Démographique et de Santé (EDSM-VI 2018) révèle que le taux de mortalité maternelle était de 325 décès pour 100 000 naissances vivantes. Aussi, selon les données de la surveillance hebdomadaire des décès maternels et de DHIS2 de 2019 à 2022, en moyenne, 489 femmes maliennes décèdent chaque année en donnant la vie, équivalent à au moins une femme par jour (8).

L'une des stratégies fondées sur des preuves pour éviter certains décès et réduire la mortalité maternelle et néonatale, est l'offre de services intégrés de santé de la reproduction au couple mère- enfant aux différents points de contact avec le système de santé.

Le module de formation intégré de PFPP/SMNN/Nutrition est conçu pour renforcer les connaissances et les compétences des prestataires en vue de les rendre capables de fournir au couple mère – enfant des services intégrés, améliorer la qualité des prestations et réduire les décès maternels et néonataux.

Seulement 64% des femmes dans le monde bénéficient de soins prénatals au moins quatre fois pendant la grossesse. Alors que des soins prénatals de qualité pendant la grossesse et l'accouchement permettent de prévenir un grand nombre des décès (9). Cependant pour réduire les décès périnatals, l'OMS a adopté un nouveau modèle pour les soins prénatals, le nombre de contact passe de quatre (4) à huit (8) (10). Ce nouveau modèle fait augmenter le nombre d'exams de la mère et du fœtus afin de dépister des pathologies, améliorer la communication entre les prestataires de soins et les femmes enceintes et accroître la probabilité que la grossesse connaisse une issue positive (11). Ces dernières années ont vu naître un intérêt croissant pour l'évaluation de la satisfaction des patients par rapport aux soins médicaux, paramédicaux et aux services de soins de santé

C'est ainsi qu'à l'instar des autres Cs réf du Mali une étude sur des intégrations des services a été initiée au Cs réf de la commune V

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. Objectif général

Etudier la mise en œuvre de l'intégration des services de Planning Familial du Post Partum/Santé Maternelle Néonatale Infantile et Nutrition dans l'unité de consultation prénatale du centre de santé de référence de la commune V de Bamako.

2. Objectifs Spécifiques

- Déterminer la proportion des femmes ayant bénéficié de l'intégration des services
- Décrire les caractéristiques socio-démographiques des patientes fréquentant les consultations prénatales au CSREF de la Commune V.
- Décrire l'offre et la réalisation effective des composantes des services PFPP–SMNI/Nutrition au cours des consultations prénatales.
- Déterminer le lien entre la qualification de l'agent de santé et l'offre de l'intégration des services PFPP-SMNI/Nutrition lors des consultations prénatales.

GENERALITES

III. GENERALITES

1. Définitions des concepts

La carte de score de performance SMNI : est un ensemble d'indicateurs de la santé maternelle, néonatale et infantile prioritaires définis par le ministère de la santé avec le soutien des partenaires techniques et financiers et de la société civile. C'est un outil pour suivre et comparer les performances des indicateurs clés en SMNI sélectionnés à l'échelle régionale, nationale, tout en améliorant la transparence, renforcer la redevabilité et encourager l'action.

La consultation prénatale (CPN) : la consultation prénatale est l'ensemble des actes qui permettent de maintenir et promouvoir la sante de la mère, dépister et prendre en charge une maladie au cours de la grossesse, dépister aussi les facteurs de risques pour la suite de la grossesse et l'accouchement et déterminer les conditions de l'accouchement et son issue (12)

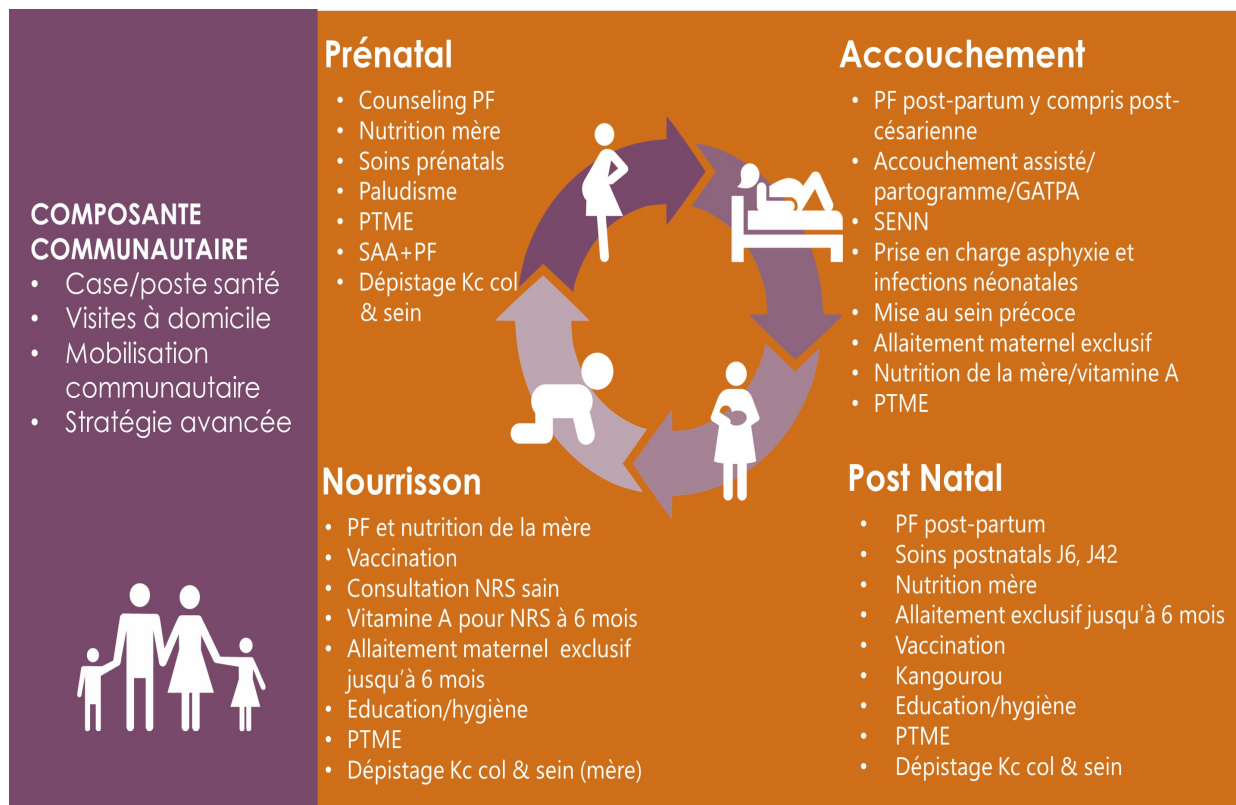
-Le counseling est un processus de communication interpersonnelle par lequel le prestataire aide un(e) client(e) à choisir une méthode de contraception qui lui convient. Le counseling est une partie vitale de la planification familiale (13)

Post-partum : C'est la période qui s'étend sur les six (6) semaines qui suivent l'accouchement. Il se termine par le retour de la menstruation sauf dans les cas d'aménorrhée physiologique de nourrice (15).

-Contraception du post-partum : est définie comme la prévention des grossesses non désirées et des grossesses très rapprochées, durant les douze mois suivant l'accouchement (14).

La planification familiale du post-partum s'adresse aux femmes désirant d'autres enfants (espacement des grossesses) et à celles ayant désormais le nombre d'enfants souhaité (prévention des grossesses non désirées) (13).

Modèle des soins intégrés PFPP-SMNI/Nutrition



L'intégration est la gestion et la délivrance de service de sante qui permettent aux usagers de recevoir un continuum de soin préventif et curatifs, en adéquation avec leur besoin au cours du temps et à différents niveaux du système de santé (OMS 2008).

2. Consultation prénatale

a. Historique de la consultation prénatale :

C'est après la seconde guerre mondiale que les programmes de santé publique destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants ont véritablement commencé. A la lumière des évènements mondiaux, on s'est vite rendu compte qu'il était dans l'intérêt public, que les gouvernements jouent un rôle et prennent leurs responsabilités à cet égard et, en 1948, la déclaration universelle des droits de l'homme proclamée par l'organisation des nations unies nouvellement créées leur a fixé l'obligation d'assurer une aide et une assistance spéciales aux mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait par-là acquis une dimension internationale et morale, ce qui représentait une avancée durable par rapport aux préoccupations d'ordre politique et économique qui prévalait cinquante ans auparavant. On s'est rendu compte que la triste situation des mères et des enfants représentait beaucoup plus qu'un problème de vulnérabilité biologique.

En 1987, l'appel pour une action en faveur d'une maternité sans risque l'a explicitement qualifié «de profondément enraciner dans l'environnement social, culturel et économique néfaste créé par la société, notamment en ce qui concerne la place réservée à la femme dans la société » Au cours du XXème siècle, plusieurs traités internationaux sur les droits de l'homme sont entrés en vigueur, rendant ainsi les pays signataires comptables des droits de leurs citoyens. Depuis deux décennies, les organes des nations unies ainsi que les juridictions internationales, régionales et nationales se préoccupent de plus en plus des droits de la mère et de l'enfant (16). Malgré ces différentes interventions et l'implication des gouvernements, la mortalité maternelle et infantile constituait une immense tragédie dans le monde. Les premières estimations de l'étendue de la mortalité maternelle dans le monde ont été faites à la fin des années 80. Elles ont montré que 500.000 femmes mouraient chaque année dans le monde de causes liées à la grossesse (17).

En 1987, la première conférence internationale sur la maternité sans risque, convoquée à Nairobi, s'est fixée pour objectif de réduire de moitié d'ici l'an 2000 les taux de mortalité maternelle par rapport à 1990. Cet objectif a été adopté à la suite par les gouvernements et d'autres conférences internationales dont le sommet mondial pour les enfants de New York en 1990, la conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 et la quatrième conférence internationale sur les femmes de Beijing en 1995. En 1996, l'OMS et l'UNICEF ont révisé ces estimations pour 1990, le volume des informations sur l'étendue du problème ayant nettement augmenté ces dernières années. Ces nouvelles estimations ont montré que ce problème a une ampleur bien plus importante qu'on ne l'avait soupçonné à l'origine et que le nombre annuel des décès maternels est plus proche de 600.000 dans les pays en développement (18).

b. Les objectifs de la CPN

- Faire le diagnostic de la grossesse
- Surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère, du fœtus ;
- Surveiller le développement du fœtus ;
- Dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse ;
- Préparer l'accouchement et en faire le diagnostic du travail ;
- Faire le pronostic de l'accouchement ;
- Éduquer et informer les mères sur les avantages de la CPN (19).

c. Calendrier de CPN

Les normes et procédures pour la surveillance prénatale du ministère de la santé du Mali recommandent au moins qu'il est nécessaire de faire au moins **8 contacts** y compris les **4 visites** au cours de la grossesse. (20)

❖ **Les rendez vous** pour les 8 contacts sont repartis comme suit :

✓ **1^{er} trimestre :**

- Contact visite de CPN 1 (avant 12 SA).

✓ **2^{ème} trimestre :**

- *Contact visite de suivi (20 SA)* et
- Un contact de CPN 2 (26 SA).

✓ **3^{ème} trimestre :**

- *Contact visite CPN3 (30 SA) ;*
- Contact de suivi de la femme enceinte (34 SA) ;
- *Contact visite CPN4 (36 SA) ;*
- Contact de suivi de la femme enceinte (38 SA) ;
- Contact de suivi de la femme enceinte (40 SA).

N.B : A 41 SA revoir la femme si elle n'a pas accouché pour décider de l'accouchement.

Autre visite : Si des complications surviennent, si un suivi ou une orientation est nécessaire, si la femme veut voir le prestataire, ou si le prestataire change la fréquence des visites d'après les résultats (antécédents, examens, tests) ou bien pour suivre la politique locale.

Remarque : le traitement intermittent préventif du paludisme pendant la grossesse doit être débuté à environ 13 semaines

Tableau I : Contenus des huit contacts (20)

Contacts	Mode de contact	Niveau d'exécution	Acteurs d'exécution	Contenu
<i>1^{er} trimestre</i>				
CONTACT 1 (jusqu'à 12 ^{ème} SA)	CPN 1	Centre de santé, en équipe mobile, en stratégie avancée	Prestataires de soins qualifiés	1. Examen clinique • interrogatoire ;examen général (y compris l'évaluation de l'état nutritionnel) ; • examen du sein ; • examen obstetrical. 2. Examens complémentaires

				• groupe sanguin et Rhésus (Gs - Rh) ; • électrophorèse de l'Hb si possible sinon test d'Emmel, NFS, glycémie, le TPHA/VDRL si disponible sinon BW, albumine/sucre dans les urines ; • test VIH après counseling ; • AgHbs (recherche de l'hépatite B) ; • échographie (siège de la grossesse et dater précisément l'âge...). 3. Autres examens complémentaires souhaités : ECBU, sérologie de la Rubéole et de la toxoplasmose, selles POK si nécessaire. 4. Soins préventifs • vaccination contre le Td, hépatite B ; • prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) ; • sulfadoxine pyriméthamine (SP) ; • fer acide folique. 5. Soins promotionnels • conseils sur l'hygiène alimentaire, l'hygiène de vie... ; • counseling PF ; • conseil sur l'alimentation du nouveau-né. • utilisation des MILD • Recherche et prise en charge des VBG. 6. Soins curatifs si nécessaire y compris la recherche et la prise en charge des d'éventuels cas de VBG 7. Plan d'accouchement. 8. Remplir les documents administratifs. N.B : Demander à la femme de revenir uniquement pour la prise supervisée de SP 1 à 13 semaines de grossesse ou 15 SA.
2^{ème} trimestre				
CONTACT 2 (20^{ème} SA)	Contact de suivi de la femme	Centre de santé, en équipe mobile, en stratégie	Prestataires de soins et les agents de santé communautaire.	• état de santé de la femme et évolution de sa grossesse : plaintes et préoccupations ; • SP 2 ; • déparasitage ; • recherche des signes de danger ; • recherche et PEC des cas de VBG

	enceinte	avancée, communauté, domicile		éventuels ; • informations et conseils ; • observance des prescriptions ; • demander si les examens complémentaires ont été faits ; • conseils nutritionnels, hygiène ; • utilisation de MILD ; • rappel du RDV prochain ; • l'Ecole des mères (EDM) ; • référence si besoin.
CONTACT 3 (26 ^{ème} SA)	CPN2	Centre de santé, équipe mobile, stratégie avancée	Prestataires de soins qualifiés	1. Examen clinique • Interrogatoire ; • examen général ; • examen du sein ; • examen obstétrical. 2. Examens complémentaires • albumine/sucre systématiquement dans les urines ; • échographie : à 22 SA pour la morphologie fœtale ; • autres examens complémentaires au besoin. 3. Soins préventifs • vaccination contre le Td , hépatite B ; • prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) si non fait ; • SP 3 ; • fer acide folique ; • déparasitage. 2. Soins promotionnels • conseils sur l'hygiène alimentaire, l'hygiène de vie, éviter les excitants ; • counseling PF ; • informations à la femme séropositive sur les options d'alimentation du futur nouveau-né ; • conseil sur l'alimentation du nouveau-né ; • Conseil sur les cas de VBG surtout conjugales. 3. Soins curatifs si nécessaire y compris l'identification et la prise en charge d'éventuels cas de VBG. 4. Remplir les supports de collecte des données. 5. Rappel de la date probable de l'accouchement. 6. Evaluation du plan pour l'accouchement 7. RDV de la prochaine consultation

				prénatale et de l'EDM. etc.
3^{ème} trimestre				
CONTACT 4 (30^{ème} SA)	CPN3	Centre de santé, en équipe mobile, en stratégie avancée	Prestataires qualifiés	- vérification de l'état de santé et l'évolution de la la dernière consultation ; - examen complet de la femme ; - recherche les signes de danger ; - albumine/sucre systématiquement dans les urines ; - autres examens complémentaires au besoin. - échographie : à 32 SA pour la croissance fœtale ; - soins préventifs : SP4, Fer acide folique - counseling PF ; - soins curatifs au besoin ; - conseils sur l'utilisation des MILD, évaluation du plan pour l'accouchement, conseils nutritionnels de la femme enceinte ; - conseil sur l'alimentation du nouveau-né ; - rappel de la date probable de l'accouchement ; - information sur la date de la prochaine consultation prénatale et l'EDM ; - etc.
CONTACT 5 (34 ^{ème} SA)	Contact de suivi de la femme enceinte	Centre de santé, en équipe mobile, en stratégie avancée, communauté, domicile	Prestataires qualifiés, ASC	- état de santé de la femme et évolution de sa grossesse : plaintes et préoccupations ; - SP 5 ; - recherche des signes de danger ; - recherche et prise en charge d'éventuel cas de VBG. Informations et conseils : - observance des prescriptions ; - conseils nutritionnels, hygiène ; - prévention du paludisme,(MILD) ; - etc. Rappel du RDV prochain et de l'EDM Référence si besoin
CONTACT 6 (36 ^{ème} SA)	CPN4	Centre de santé, en équipe mobile, en stratégie	Prestataires qualifiés	- évolution de la grossesse depuis la dernière consultation ; - recherche des signes de danger ; - examen complet de la femme ; - pronostic de l'accouchement ; - demande albumine/sucre

		avancée		systématiquement dans les urines ; • demande d'autres examens complémentaires au besoin ; • soins préventifs : SP 6 ; • fer acide folique ; • déparasitage ; • soins curatifs au besoin ; • conseils sur l'utilisation des MILD ; • évaluation du plan pour l'accouchement ; • conseils nutritionnels ; • counseling PF ; • identification et PEC d'éventuel cas de VBG ; • rappel sur la date probable de l'accouchement ; • information sur la date de la prochaine consultation prénatale et l'EDM ; • etc.
CONTACT 7 (38 ^{ème} SA)	Contact de suivi de la femme enceinte	Centre de santé, en équipe mobile, en stratégie avancée, communauté, domicile		Etat de santé de la femme et évolution de sa grossesse : plaintes et préoccupations SP 6 si aucune dose n'a été reçue lors du contact 6 pendant la 36^{ème} semaine. Recherche des signes de danger • Recherche et PEC d'éventuels cas de VBG. Informations et conseils : • observance des prescriptions ; • conseils nutritionnels, hygiène de vie ; • prévention du paludisme MILD ; • rappel du RDV prochain et l'EDM ; • référence si besoin.
Contact 8 (40 ^{ème} SA)	Contact de suivi de la femme enceinte	Centre de santé, en équipe mobile, en stratégie avancée, communauté, domicile		Etat de santé de la femme et évolution de sa grossesse : plaintes et préoccupations SP 6 si aucune dose n'a été reçue lors du contact 6 pendant la 36^{ème} semaine (l'ASC peut administrer la SP2) Recherche des signes de danger : • recherche et PEC d'éventuels cas de VBG Informations et conseils : • observance des prescriptions ; • conseils nutritionnels, hygiène ; • prévention du paludisme (SP, MILD) ; • etc ;

				• rappel du RDV prochain. N.B : Référence si besoin. Aller au centre de santé si pas d'accouchement à 41 semaines.
--	--	--	--	--

d. Matériel de CPN :

La consultation prénatale doit se dérouler dans un local éclairé sans bruit et respectant l'intimité de la gestante. Les matériels nécessaires sont :

- Une table de consultation gynécologique ;
- Une source lumineuse ;
- Un appareil à tension, un stéthoscope médical ;
- Une toise et pèse-personne ;
- Un mètre ruban ;
- Un stéthoscope obstétrical de Pinard ;
- Des spéculums
- Des gants stériles ;
- Le matériel pour réaliser un frottis vaginal : spatules d'Ayre, lames, fixateur ;
- Des tubes stériles + écouvillons pour prélèvements bactériologiques ;
- Des verres à urines + bandelettes pour la recherche de sucre, d'albumine, de nitrite ;
- Une solution antiseptique ;
- Un seau contenant une solution désinfectante (21).

e. Le bilan prénatal

Il est très vaste. Il existe deux catégories d'examens complémentaires :

a) Les examens complémentaires indispensables sont (22) :

- Le groupe sanguin-rhésus standard ;
- Le test d'Emmel, voire l'électrophorèse de l'hémoglobine ;
- Albuminurie –glycosurie ;
- Le Bordet Wassermann (BW) ;
- La sérologie HIV ;
- Numération formule sanguine (taux d'hémoglobine)
- La sérologie toxoplasmose ;
- L'échographie :

Il est recommandé de faire aux moins 3 échographies :

- Une première échographie dite de datation (avant la seizième semaine d'aménorrhée).
- Une seconde échographie qui apprécie la morphologie et le développement du fœtus et de ses annexes, recherche les malformations (deuxième trimestre de la grossesse).
- Une échographie de troisième trimestre qui permet d'estimer le poids fœtal, de préciser le type de présentation et éventuellement le degré de flexion de la tête fœtale, de calculer le diamètre bipariétal (BIP, qui doit être inférieur ou égal à 95 Millimètres). Cette dernière échographie combinée à l'examen clinique permet de faire le pronostic de l'accouchement.

f. Les examens complémentaires facultatifs

Sont très nombreux et seront demandés dans des situations spécifiques. On peut énumérer : la goutte épaisse, l'examen cytobactériologique des urines, le prélèvement cervico-vaginal plus antibiogramme, la protéinurie de 24heures, le test de Coombs indirect, l'échographie Doppler ombilicale et cérébrale, la radiographie du contenu utérin, etc.

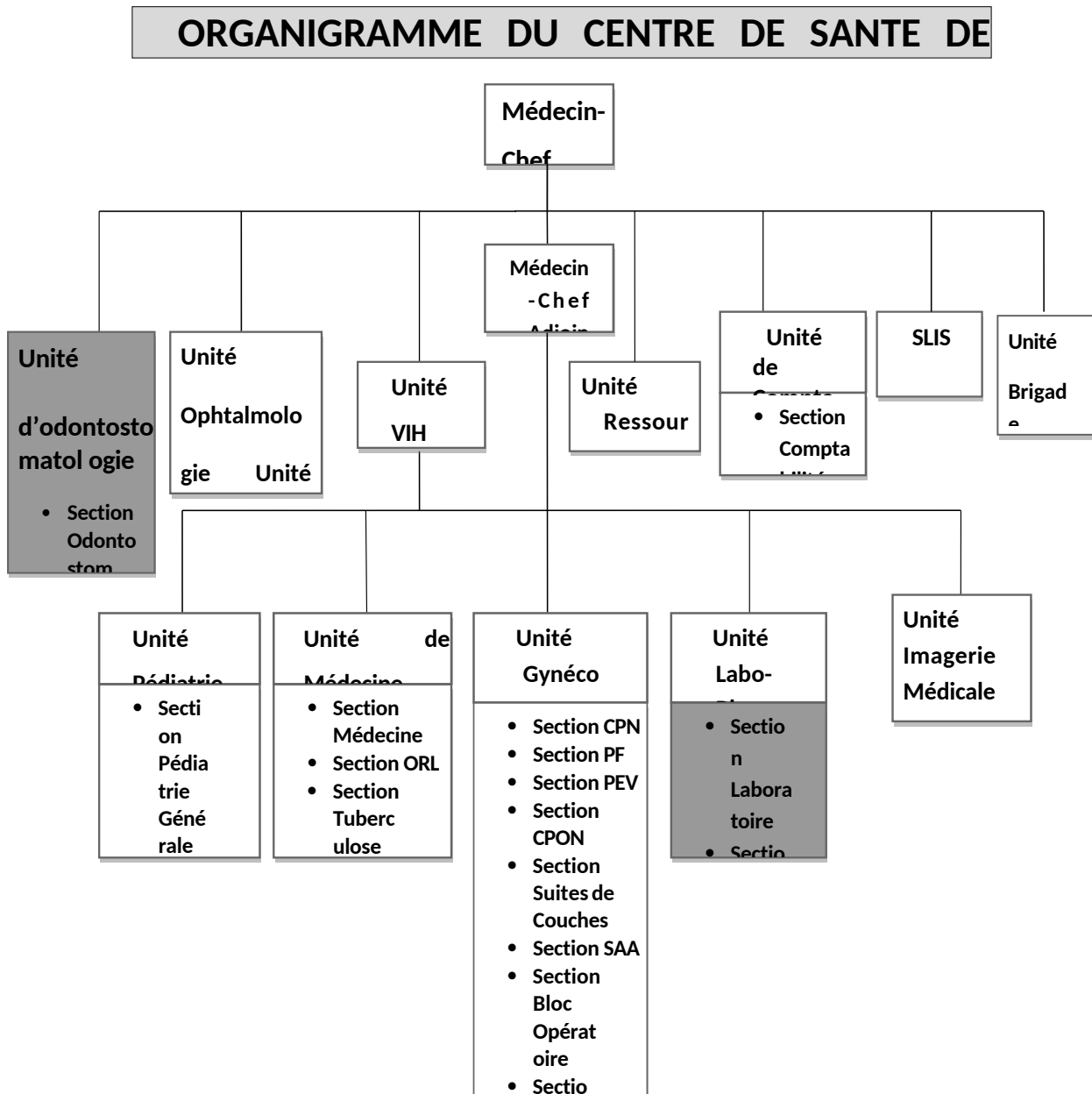
La tendance actuelle de la politique sanitaire nationale propose la C.P.N recentrée pour l'amélioration de sa qualité.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako va constituer notre cadre d'étude.



Composition de la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V :

Les unités

- Unité de Consultation Périnatale
- Unité grossesse pathologique et suites de couche
- Unité de PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant)
- Unité de Consultation Post natale (CPON),

- Unité de Gynécologie,
- Unité de Soins Après Avortement (SAA),
- Unité de Planification Familiale (PF),
- Unité de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Un laboratoire de compétence,
- Unité de One Stop Center

Description

- Une salle de travail avec deux lits,
- Une salle d'accouchement avec 4 tables,
- Une salle des suites de couche avec 12 lits,
- Une salle de garde pour sage-femmes,
- Une salle de garde pour les Internes
- Une salle de garde pour les DES (Diplôme d'Etudes Spéciales)
- Une salle de garde pour les infirmières
 - Un bureau pour la sage-femme maitresse,
- Deux salles d'hospitalisation avec six lits chacun : grossesse pathologique et suite de couches pathologique
- Une salle de soins intensifs avec cinq lits ou salle 4
- Deux salles VIP
- Trois salles hospitalisations post opératoires avec cinq lits chacun

-L'unité de consultation prénatale est constituée de :

- Un hangar d'attente avec des chaises servant l'accueil des gestantes et une table pour la vaccination antitétanique (VAT) des gestantes ;
 - Trois bureaux : un bureau pour PTME, un bureau pour la CPN et un bureau pour l'enregistrement des données de la patientes et des examens cliniques et paracliniques
- L'inventaire des équipements, On note :
 - Une (1) tensiomètre,
 - Un (1) Stéthoscope biauriculaire,
 - Un (1) Stéthoscope obstétrical,
 - Une (1) pèse personne avec une toise,
 - Un (1) mètre ruban
 - Les speculums et les lampes
 - Des verres à urine + bandelettes urinaires
 - Deux sceaux de solution de décontamination

- Deux tables de consultations gynécologiques

- Le personnel de l'unité de CPN est composé de :

- Six gynécologues obstétriciens pour les cas de grossesses à risque
- Onze sage-femmes qui assurent la consultation prénatale tous les jours ouvrables avec une rotation de 6 sage-femmes chaque 6 mois.
- Deux infirmières obstétriciennes

-Système de tarification pour les consultations prénatales :

Deux milles deux cent cinquante franc CFA (2250 F CFA) pour le ticket de la CPN valable pour toute consultation prénatale sauf en cas d'assurance Maladie obligatoire (AMO) d'où le montant est de quatre cent cinquante franc CFA (450 F CFA)

- Le Personnel du service de gynécologie obstétrique : Il comporte :

- Un Professeur agrégé en gynéco - obstétrique ;
- Six (6) médecins spécialisés en Gynécologie Obstétrique dont un Gynécologue Obstétricien qui est le chef du service de Gynécologie et d'Obstétrique ;
- Trentes neuf (57) internes,
- Un médecin spécialisé en anesthésie réanimation,
- 2 docteurs en soins anesthésie réanimation ;
- Six techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- Une sage-femme maitresse
- Cinquante-un (51) sage-femmes,
- Quatre infirmiers d'état,
- Vingt (20) infirmières obstétriciennes,
- Cinq instrumentistes,
- Trois aides-soignantes,
- Six chauffeurs d'ambulances,
- Trois manœuvres,
- Cinq gardiens.
- Dans le cadre de la formation, le service reçoit des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'étude spécialisée (DES), des étudiants en année de thèse et des élèves infirmiers.

- Fonctionnement :

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours ouvrables.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au jeudi par les gynécologues obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynécologiques et obstétricales.

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours et vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour les interventions chirurgicales gynéco-obstétricales.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois.

Les organes de gestion du centre sont le comité de gestion et le conseil de gestion.

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- *Un gynécologue obstétricien ;

- * Deux D E S de gynécologie obstétrique ;

- *Neuf étudiants en médecine faisant fonction d'Interne ;

- *Trois sages-femmes remplaçables par trois autres toutes les 12 heures et leurs aides-soignantes ;

- *un infirmier anesthésiste ;

- *un technicien de laboratoire ;

- *un instrumentiste ;

- *un chauffeur d'ambulance ;

- *deux techniciens de surface assurent la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de 4 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales et chirurgicales. Ce kit de médicaments a été constitué sur fonds propres du centre est remboursable par les patientes. Un staff quotidien a eu lieu tous les jours ouvrables à 8H15 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef **de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des** activités et des événements qui se sont déroulés dans les 24 heures durant la garde.

Il y a 5 jours de consultations spécialisées du lundi au vendredi, 4 jours pour le programme opératoire du lundi au jeudi. Les urgences sont assurées tous les jours.

Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque Lundi et Vendredi après le staff.

2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude **transversale descriptive et analytique** 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 prénatales

3. Période d'étude

Notre étude a été menée sur trois mois d'enquête allant du 01 juin au 31 Août 2025.

4. Population d'étude :

Elle était constituée de toutes les femmes enceintes venues en CPN durant la période d'étude et le personnel soignant (médecins gynécologue, docteur en spécialisation en gynécologie obstétrique, sage-femmes)

5. Echantillonnage :

5-1 : Taille de l'échantillon

5-2 Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans cette étude,

- Femmes enceintes venues en consultation prénatale au CSREF CV durant la période d'étude et qui ont accepté de participer à l'étude.
- Personnel de santé présent et impliqué dans la prise en charge des CPN

❖ Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans notre étude :

- Les femmes enceintes vues en consultation prénatales n'ayant pas accepté de participer à l'étude.
- Les femmes enceintes incluses mais ayant interrompu leur participation

6. Collecte des données :

La collecte des données a été réalisée avec :

- Un questionnaire « observation des CPN »
- Un questionnaire « opinion sur les CPN » Ces questionnaires sont portés en annexe.
- Interview des femmes enceintes venues pour la consultation prénatale.
- Nous avons procédé aussi à l'interview du personnel officiant en unité.
- Aux besoins consignés dans le registre et dans le carnet des renseignements fournis.

7.1. Supports

Les données seront recueillies sur une fiche d'enquête remplie à partir de :

- Dossiers obstétricaux ;
- Carnet de CPN

7.2. Techniques de collecte des données

La collecte des données a été faite par la lecture des documents suscités et
Consignation des informations sur la fiche d'enquête

8. Variables d'étude

8.1. Variables qualitatives

8.1.1. Caractéristiques sociodémographiques

- La profession de la patiente ;
- Le niveau instruction;
- L'état matrimonial.

8.1.2. Antécédents et données obstétricales

- Les antécédents;
- La réalisation de CPN;
- Les auteurs des CPN;
- Le mode d'admission;
- Le mode d'entrée en travail ;
- Le type de présentation ;
- Le type de bassin;
- Le moment du diagnostic.

8.1.3. Données cliniques, biologiques et indications opératoires

- Le taux d'hémoglobine;
- Les indications des césariennes;
- La transfusion sanguine.

8.1.4. Données thérapeutiques et opératoires

- La nature de la césarienne ;
- Le siège de l'incision;
- Le type intervention;
- Le type d'anesthésie;
- La voie accouchement.

8.1.5. Lésions et complications

- Les lésions associées;
- Les complications dans les suites opératoires.

8.1.6. Evolution et pronostic

- La durée d'hospitalisation;
- Le pronostic maternel;
- Le pronostic fœtal.

8.2. Variables quantitatives

8.2.1. Caractéristiques obstétricales

- L'âge maternel;
- L'âge gestationnel;
- L'intervalle intergénéral;
- La hauteur utérine;
- Le nombre de fœtus.

8.2.2. Données cliniques du travail

- Le nombre de contractions utérines en 10 mn ;
- La hauteur de la présentation ;
- La durée du travail.

8.2.3. Données néonatales

- Le score d'Apgar;
- Le poids de naissance.

9. Gestion et analyses des données :

Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide d'un logiciel statistique adapté. L'analyse a comporté deux volets : un volet analyse descriptive et un volet analyse analytique. Dans un premier temps, une analyse descriptive a été réalisée afin de décrire les caractéristiques de la population d'étude. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et en pourcentages. Les variables quantitatives ont été résumées par la moyenne accompagnée de l'écart-type lorsque leur distribution était normale, et par les valeurs extrêmes. Lorsque la distribution n'était pas gaussienne, elles pouvaient être présentées par la médiane et les extrêmes.

Dans un deuxième temps, une analyse bivariée a été effectuée pour rechercher une association entre certaines variables explicatives et les variables de résultat. Pour les comparaisons entre variables qualitatives, le test du Chi-deux de Pearson a été utilisé lorsque ses conditions d'application étaient remplies. En cas d'effectifs théoriques faibles, le test exact de Fisher a été retenu. La mesure de l'association a été estimée par le calcul de l'Odds Ratio (OR) avec son intervalle de confiance à 95 %.

Pour les variables quantitatives, la comparaison des moyennes a été réalisée à l'aide du test de Student lorsque les conditions de normalité et d'homogénéité des variances étaient respectées. À défaut, des tests non paramétriques appropriés pouvaient être utilisés.

Le seuil de significativité statistique a été fixé à 5 %, soit une valeur de $p < 0,05$.

Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et de figures, puis interprétés en fonction des objectifs de l'étude.

10. Aspects éthiques

Nous avons obtenu une autorisation du chef de service de la maternité du CSREF de la commune V du District de Bamako. Le consentement verbal et éclairé a été obtenu de la part de tous les femmes enceintes au cours de l'étude et du personnel.

L'analyse des données a été faite en respectant les principes de confidentialité.

11. Définitions opérationnelles

- **Référence** : C'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge sans la notion d'une urgence.
- **Evacuation** : C'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation.
- **Césarienne prophylactique** : Césarienne programmée, lors des CPN et faite avant le début du travail d'accouchement.
- **Césarienne en urgence** : Césarienne réalisée pendant le travail d'accouchement ou chez une gestante non en travail, dans un contexte d'urgence obstétrical (pré éclampsie sévère, placenta prævia hémorragique non en travail).
- **Etat de mort apparent** : Score d'Apgar allant de 1 à 3.
- **Score Apgar morbide** : Nouveau-né ayant un score d'Apgar à la 1ère minute entre 4 et 7.
- **Pronostic materno-foetal** : Issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en termes de mortalité et de morbidité.
- **Mortalité périnatale** : Elle regroupe la MFIU et la mort néonatale précoce.
- **Mortalité néonatale précoce** : Elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 6ème jour de vie.
- **Facteurs de risques** : « toute caractéristique ou toute circonstance déterminante, attachée à une personne ou à un groupe de personnes, et dont on sait, qu'elle est associée à un risque

anormal d'existence ou d'évolution d'un processus ou d'une exposition spéciale à un tel processus »

- **Score infectieux** : ensemble de paramètres cotés de 0 à 2 qui permettent d'évaluer le risque infectieux en cas de césarienne ou rupture utérine.

RESULTATS

V. RESULTATS

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

Durant notre période d'étude, nous avons enregistré 758 CPN. Notre étude a porté sur 313 femmes enceintes parmi lesquelles 204 ont bénéficié du concept de l'intégration des PFPP/ SMNI- nutrition au cours des CPN soit une proportion de **65,17%**

5.2 Caractéristiques socio-démographiques des patientes fréquentant les consultations prénatales au CSREF de la Commune v.

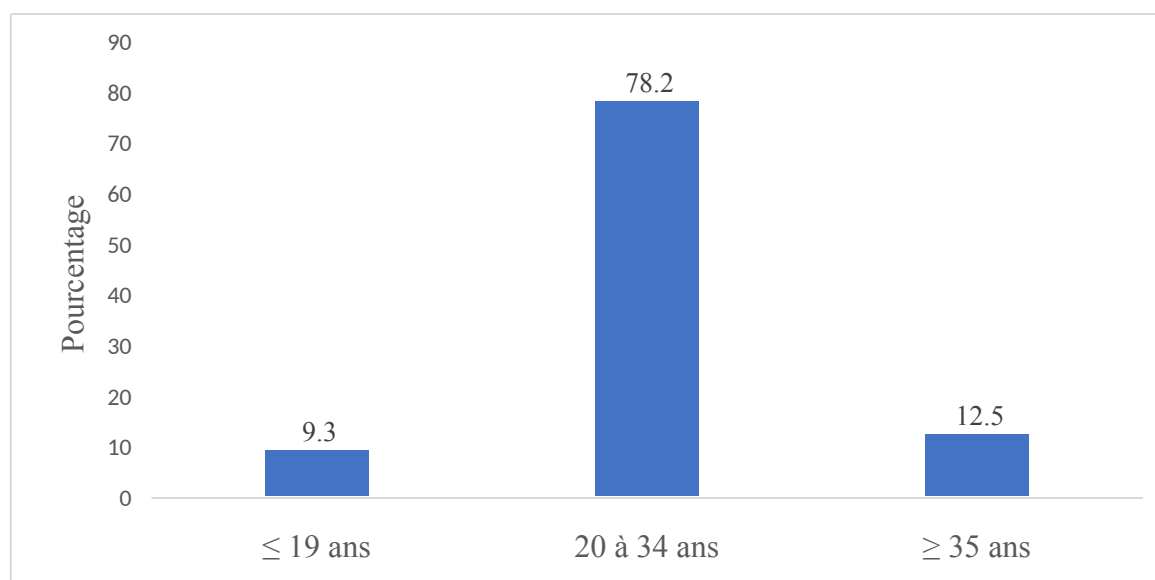


Figure 1: Répartition des patientes selon la tranche d'âge

L'Age moyen de 26,59 ans, un écart type de 5,911 des extrêmes de 15 et 45 ans

Tableau II : Répartition des patientes selon la résidence

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Commune V	236	75,4
Hors Commune V	68	21,7
Hors de Bamako	9	2,9
Total	313	100,0

Tableau III: Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectifs	Pourcentage
Primigeste	57	18,2
Paucigeste	121	38,7
Multigeste	86	27,5
Grande multigeste	49	15,7
Total	313	100,0

Gestité moyenne de 3 enfants et des extrêmes de 1 et 12.

Tableau IV: Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectifs	Pourcentage
Nullipare	53	16,9
Primipare	68	21,7
Paucipare	120	38,3
Multipare	49	15,7
Grande multipare	23	7,3
Total	313	100,0

Parité moyenne de 4 enfants et des extrêmes de 0 et 12.

Tableau V : Répartition des patientes selon le nombre de CPN à l'admission

Nombre de CPN	Effectifs	Pourcentage
1 à 3	193	61,7
≥4	120	38,3
Total	313	100,0

Plus de la moitié des patientes (61,7%) avaient fait 1 à 4 CPN

Tableau VI : Répartition des patientes selon le lieu de CPN précédemment faite

Lieu de CPN	Effectifs	Pourcentage
CSREF CV	242	77,3
CSCOM	40	12,8
Cabinet médical	16	5,1
Clinique	14	4,5
Hôpital du Mali	1	0,3
Total	313	100,0

Les CPN étaient faites au CSREF CV dans 77,3%

Tableau VII: Répartition des patientes selon l'auteur de CPN

Auteur de CPN	Effectifs	Pourcentage
Sage-femme	204	65,2
DES en gynécologie-obstétrique	40	12,8
Médecin gynécologue	45	14,3
Etudiant interne	24	7,7
Total	313	100,0

Plus de la moitié des CPN (65,2%) était faite par les sagefemmes

Tableau VIII: Répartition des patientes selon le nombre d'échographie réalisé

Nombre d'échographie	Effectifs	Pourcentage
0	5	1,6
1 à 2	285	91,0
≥ 3	23	7,4
Total	313	100,0

La majorité des patientes avaient réalisé 1 à 2 échographies dans 91,0%

Tableau IX : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel en semaines d'aménorrhée à l'admission

Âge gestationnel	Effectifs	Pourcentage
8SA à 15SA+6jours	29	9,2
16SA à 21SA+6Jours	12	3,8
22SA à 27SA+6jours	21	6,7
28SA à 33SA+6jours	19	6,0
34SA à 36SA+6jours	20	6,3
≥37SA	212	67,7
Total	313	100,0

Nous avons trouvé l'âge gestationnel ≥37SA dans 67,7%

Tableau X: Répartition des patientes selon les antécédents

Antécédents	Effectifs N=313	Pourcentage
Médicaux		
Aucun	293	93,6
Hypertension artérielle	7	2,2
Asthme	6	1,9
Diabète	3	1,0
VIH	3	1,0
Hépatite B	1	0,3
Chirurgicaux		
Aucun	259	82,7
Césarienne	46	14,7
Appendicectomie	4	1,3
GEU	3	1,0
Laparotomie	1	0,3

L'HTA était le principal antécédent personnel (2,2%) et familial (4,8%). La césarienne était antécédent chirurgical dans 14,7%

Tableau XI: Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux

Pronostic de l'enfant	Effectifs	Pourcentage
Avortement		
Non	249	79,6
Oui	62	20,4
Vivant		
Non	67	21,4
Oui	246	78,6
Décédé		
Non	270	86,3
Oui	43	13,7

Nous avons trouvé un cas d'avortement dans 20,4% et au moins 1 enfants décédés dans 13,7%

V.3 L'offre et la réalisation effective des composantes des services SSR–SMNI–Nutrition au cours des consultations prénatales.

Tableau XII: Répartition des patientes selon le counseling du dépistage HIV

Counseling dépistage HIV	Effectifs	Pourcentage
Oui	175	55,9
Non	138	44,1
Total	313	100,0

Plus de la moitié des patientes (55,9%) avaient reçu le counseling du dépistage HIV

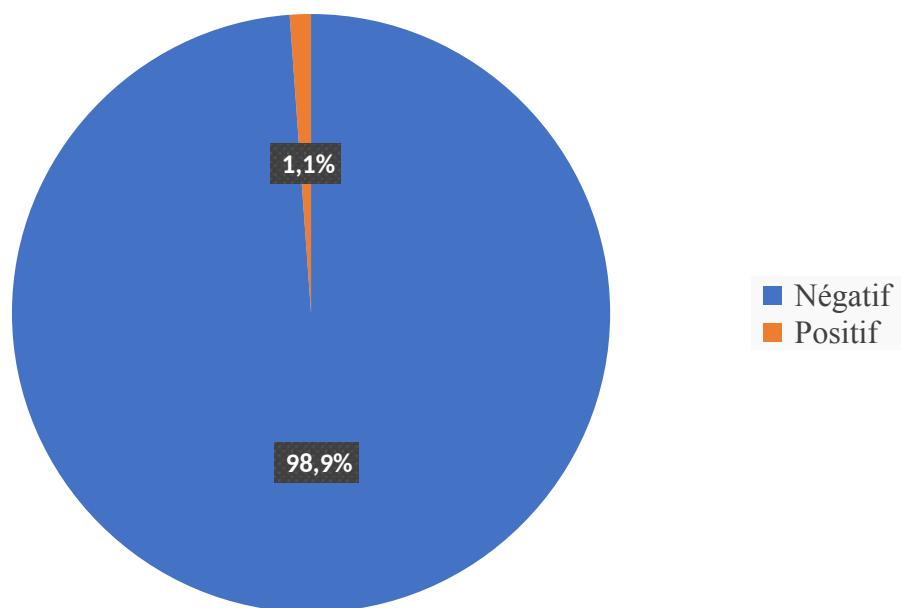


Figure 3: Répartition des patientes selon le résultat du dépistage du VIH

Le test du VIH était positif dans 1,1%

Tableau XIII: Répartition des patientes selon les mesures prophylactiques

Mesures prophylactiques	Effectifs	
	Oui	Non
Vaccin antitétanique	247 (78,9)	66 (21,1)
Anti palustre	278 (88,8)	35 (11,2)
Supplémentation en fer	301 (96,2)	12 (3,8)

Tableau XIV: Répartition des patientes selon les pathologies ayant émaillé la grossesse

Pathologies ayant émaillé la grossesse	Effectifs	Pourcentage
Aucune	304	96,8
Anémie	3	1,0
Hypertension artérielle	4	1,2
Menace d'accouchement prématuré	1	0,3
Total	313	100,0

Tableau XV: Répartition des patientes selon leur plainte à l'admission

Plainte des patientes à l'admission	Effectifs	Pourcentage
Aucune	261	83,4
Douleur pelvienne	24	7,7
Céphalées	6	1,9
Douleur lombaire	5	1,6
Ecoulement liquidien vulvaire	2	0,6
Prurit vulvaire	2	0,6
Saignement vulvaire	2	0,6
Autres*	11	3,5
Total	313	100,0

Autres* : BCF non perçue (1), dépassement de terme (2), gastrite (2), leucorrhée fétide (1), mouvement actif du fœtus non perçue (1), panaris (1), rhinorrhée (1), vertige (1), vomissements (1)

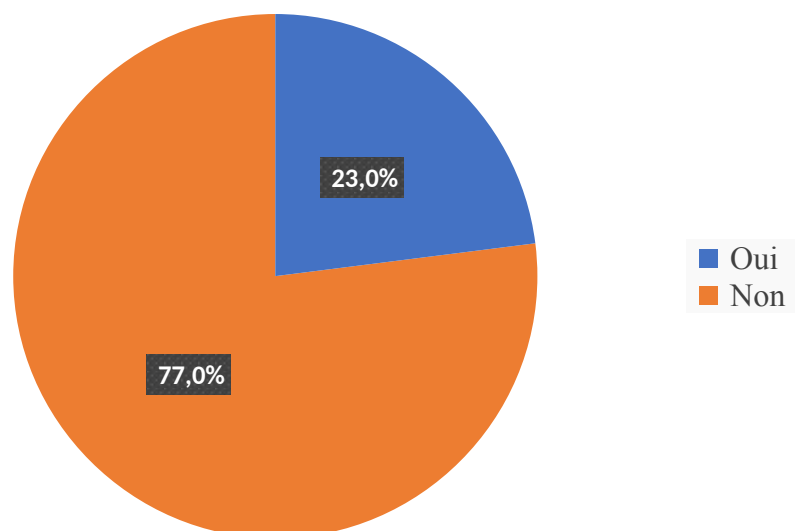


Figure 4: Répartition des patientes selon l'antécédent de contraception
 Nous avons trouvé une notion de contraception antérieure dans 23,0

Tableau XVI: Répartition des patientes selon le profil de l'auteur

Auteur	Effectifs	Pourcentage (%)
Médecin	96	30,7
Sagefemme	217	69,3
Durée dans fonction		
≤ 10ans	206	65,8
> 10ans	107	34,2
Formation sur l'intégration des services PFPP/SMNI-Nutrition		
Oui	70	22,4
Non	243	77,6
Durée de la fonction		
< 5 ans	46	65,7
≥ 5 ans	24	7,7

Tableau XVII: Répartition des femmes enceintes selon qu'elles aient bénéficié de l'intégration des services offerts au cours des CPN

Services offerts au cours des CPN par l'enquêteur	Effectifs	
	Oui	Non
Counseling planning familial	79 (72,4)	24 (99,2)
Nutrition mère	99 (90,2)	10 (9,8)
Soins prénatals	86 (78,9)	17 (21,1)
Prévention du paludisme	69 (63,3)	34 (36,6)
PTME	80(73,3)	23 (26,6)
SAA+PF	47 (43,1)	56 (56,8)
Dépistage du cancer du col et du sein	59 (54,1)	44(45,8)

Tableau XVIII : Répartition des femmes enceintes selon les auteurs des soins administrés au cours de CPN

Auteurs des soins administrés au cours de CPN	Effectifs	Pourcentage
Sage-femme	98	48,1
Médecin généraliste	27	13,2
Médecin gynécologue	79	38,7
Total	204	100,0

5.4 Lien entre la qualification de l'agent de santé et l'offre de l'intégration des services SSR-SMNI-Nutrition lors des consultations prénatales.

Tableau XIX: relation entre les auteurs de la CPN et la sensibilisation de la femme enceinte au planning familial

Auteur de CPN	Sensibilisation sur le planning familial		OR	IC	p
	Oui	Non			
D.E.S de gynécologie-obstétrique	2	3	0,865	0,14-5,25	0,875
Etudiant thésard	14	10	1,916	0,82-4,45	0,817
Médecin généraliste	18	22	1,075	0,55-2,09	0,544
Médecin gynécologue	21	19	1,519	0,78-2,95	0,108
Sage-femme	81	123	0,646	0,40-1,03	0,033

Tableau XX: relation entre les auteurs de la CPN et la sensibilisation sur la prévention du paludisme des femmes enceintes

Auteur de CPN	Sensibilisation sur la prévention du paludisme		OR	IC	P
	Oui	Non			
D.E.S de gynécologie-obstétrique	5	0			0,227
Etudiant thésard	23	1	2,664	0,34-20,43	0,163
Médecin généraliste	35	5	0,736	0,26-2,04	0,278
Médecin gynécologue	35	5	0,736	0,26-2,04	0,278
Sage-femme	184	20	1,033	0,47-2,24	0,467

Tableau XXI: relation entre les auteurs de la CPN et la sensibilisation sur le Counseling PF post abortum

Auteur de CPN	Sensibilisation sur le Counseling PF post abortum		OR	IC	P
	Oui	Non			
D.E.S de gynécologie- obstétrique	1	4	1,675	0,18-15,36	0,644
Etudiant thésard	5	19	1,849	0,65-5,25	0,243
Médecin généraliste	7	33	1,491	0,61-3,63	0,188
Médecin gynécologue	6	34	1,2	0,46-3,06	0,351
Sage-femme	22	182	0,572	0,29-1,11	0,048

Tableau XXII: relation entre les auteurs de la CPN et la sensibilisation aux dépistages du cancer du col et celui de seins

Auteur de CPN	Sensibilisation aux dépistages du cancer du col et du seins		OR	IC	P
	Oui	Non			
D.E.S de gynécologie- obstétrique	0	4			0,389
Etudiant thésard	0	19			0,145
Médecin généraliste	4	33	2,634	0,79-8,75	0,051
Médecin gynécologue	3	34	1,765	0,47-6,57	0,381
Sage-femme	8	182	0,565	0,19-1,60	0,140

Tableau XXIII: relation entre les auteurs de la CPN et la sensibilisation des femmes enceintes en nutrition

Auteur de CPN	Sensibilisation des femmes enceintes en nutrition		OR	IC	P
	Oui	Non			
D.E.S de gynécologie-obstétrique	0	5			0,300
Etudiant thésard	1	23	0,794	0,10-6,28	0,413
Médecin généraliste	2	38	0,973	0,21-4,45	0,417
Médecin gynécologue	2	38	0,973	0,18-4,45	0,417
Sage-femme	11	193	1,185	0,40-3,50	0,379

Tableau XXIV: relation entre avoir participé à une formation sur l'intégration des services de santé de la reproduction et la sensibilisation de la femme enceinte au planning familial

Formation en intégration des services de santé de la reproduction	Sensibilisation sur le planning familial		OR	IC	P
	Non	Oui			
Non	98	38	1,757	1,028-3,002	0,001
Oui	38	98		Ref	

Tableau XXV: relation entre avoir participer à une formation sur l'intégration des services de santé de la reproduction et la sensibilisation sur la prévention du paludisme des femmes enceintes

Formation en intégration des services de santé de la reproduction	Sensibilisation sur la prévention du paludisme		OR	IC	P
	Non	Oui			
Non	28	215	2,909	0,857-9,870	0,188
Oui	3	67		Ref	

Tableau XXVI: relation entre avoir participer à une formation sur l'intégration des services de santé de la reproduction et la sensibilisation sur le Counseling PF post abortum

Formation en intégration des services de santé de la reproduction	Sensibilisation sur le Counseling PF post abortum		OR	IC	P
	Non	Oui			
Non	217	26	2,276	1,129-4,588	0,009
Oui	55	15		Ref	

Tableau XXVII: relation entre avoir participer à une formation sur l'intégration des services de santé de la reproduction et la sensibilisation aux dépistages du cancer du col et celui de seins

Formation en intégration des services de santé de la reproduction	Sensibilisation aux dépistages du cancer du col et du sein		OR	IC	P
	Non	Oui			
Non	235	8	3,264	1,140-9,344	0,010
Oui	63	7		Ref	

Tableau XXVIII: relation entre avoir participer à une formation sur l'intégration des services de santé de la reproduction et la sensibilisation en nutrition de la femme enceinte

Formation en intégration des services de santé de la reproduction	Sensibilisation en nutrition de la femme enceinte		OR	IC	P
	Non	Oui			
Non	14	229	2,079	0,461-9,373	0,331
Oui	2	68			

Tableau XXIX: relation entre la qualification de personnel soignant et la sensibilisation des femmes enceintes sur le planning familial

Qualification de personnel soignant	Sensibilisation sur le planning familial		OR	IC	P
	Non	Oui			
Médecin	48	48	0,682	0,421-1,106	0,060
Sage-femme	129	88		Ref	

Tableau XXX: : relation entre la qualification de personnel soignant et la sensibilisation des femmes enceintes sur la prévention du paludisme

Qualification de personnel soignant	Sensibilisation sur la prévention du paludisme		OR	IC	p
	Non	Oui			
Médecin	11	85	1,275	0,585-2,776	0,270
Sagefemme	20	197		Ref	

Tableau XXXI: relation entre la qualification de personnel soignant et la sensibilisation sur le counseling PF post abortum

Qualification de personnel soignant	Sensibilisation sur le Counseling PF post abortum		OR	IC	P
	Non	Oui			
Médecin	79	17	0,578	0,294-1,134	0,053
Sagefemme	193	24		Ref	

Tableau XXXII: relation entre la qualification de personnel soignant et la sensibilisation des femmes enceintes sur le dépistage du cancer du col et du sein

Qualification de personnel soignant	Sensibilisation sur le dépistage du cancer du col et du sein		OR	IC	P
	Non	Oui			
Médecin	88	8	0,367	0,129-1,042	0,025
Sagefemme	210	7		Ref	

Tableau XXXIII: relation entre la qualification de personnel soignant et la sensibilisation des femmes enceintes en nutrition

Qualification de personnel soignant	Sensibilisation en nutrition mère		OR	IC	P
	Non	Oui			
Médecin	5	91	2,079	0,461-9,373	0,959
Sagefemme	11	206		Ref	

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1. Approche Méthodologique :

Notre étude étant prospective, certaines difficultés méthodologiques ont été rencontrées, notamment des pertes de suivi liées à l'interruption de participation de certaines femmes enceintes. Par ailleurs, la documentation disponible sur le sujet était limitée, ce qui a restreint certaines comparaisons avec la littérature existante. Malgré ces contraintes, les procédures de collecte et d'analyse des données ont été maintenues de manière rigoureuse afin de garantir la validité des résultats

6.2. Fréquence

Durant notre période d'étude, 758 consultations prénatales ont été enregistrées. L'étude a porté sur 313 femmes enceintes, parmi lesquelles 204 avaient bénéficié de l'intégration des services PFPP/SMNI–nutrition au cours des CPN, soit une proportion de 65,2 %. Ce résultat montre que près de deux femmes sur trois avaient reçu des prestations entrant dans le cadre de l'intégration des services.

Cette proportion traduit une mise en œuvre effective du concept d'intégration, mais elle reste encore incomplète, puisqu'une proportion non négligeable de femmes n'avait pas bénéficié de cette approche globale. Selon l'OMS, la CPN doit constituer une plateforme privilégiée pour offrir un paquet intégré de soins préventifs, curatifs, nutritionnels et éducatifs adaptés aux besoins de la femme enceinte (33).

Ainsi, notre résultat suggère que l'intégration des services PFPP/SMNI–nutrition est amorcée, mais qu'elle nécessite encore un renforcement organisationnel afin d'être systématique pour toutes les femmes enceintes. Cette situation rejoint les observations de de Jongh et al. et de Sheffel et al., qui soulignent que la disponibilité des services ne garantit pas toujours leur délivrance coordonnée et effective au cours d'un même contact de soins (2,34).

6.3. MISE EN ŒUVRE DE L'INTEGRATION

Dans notre étude, l'évaluation des prestations effectivement réalisées pendant les consultations prénatales montre d'abord une intégration plutôt satisfaisante des actes obstétricaux de routine, mais plus hétérogène pour certains bilans et dépistages. Le groupage-rhésus était réalisé chez 93,6 % des femmes et 91,0 % avaient bénéficié d'une à deux échographies. Ces résultats traduisent une certaine systématisation des examens les plus ancrés dans la pratique prénatale. En revanche, plusieurs examens utiles à une prise en charge globale étaient moins fréquemment

documentés, notamment le taux d'hémoglobine (16,0 %), la sérologie syphilitique (20,4 %) ou l'AgHBs (40,6 %). La documentation de la sérologie VIH était particulièrement faible (1,6 %), alors même qu'un counseling était rapporté chez plus de la moitié des femmes. Cette situation rejoint les recommandations de l'OMS, selon lesquelles la CPN doit constituer une véritable plateforme de dépistage et de prévention, dont la qualité dépend non seulement de la disponibilité des interventions, mais aussi de leur délivrance effective, de leur traçabilité et de leur répétition au fil des contacts (33).

Sur le plan préventif, notre étude met cependant en évidence de meilleurs niveaux d'intégration. La prophylaxie antianémique était administrée à 96,2 %, la prévention antipalustre à 88,8 %, et la vaccination antitétanique était à jour chez 78,9 % des femmes. Ces résultats suggèrent que les composantes reposant sur des routines bien codifiées et sur des intrants fréquemment utilisés sont plus aisément intégrées au parcours prénatal. Ils s'inscrivent dans l'approche de l'OMS qui fait de la prévention de l'anémie, du paludisme, du tétanos et des troubles nutritionnels un pilier majeur de la qualité des soins prénatals (33). Par ailleurs, la revue de de Jongh et al. rappelle que l'intégration dépend fortement de l'organisation des circuits de soins, de la disponibilité des tests et de la charge de travail, ce qui peut expliquer que les actes prophylactiques soient mieux couverts que les dépistages nécessitant plusieurs étapes successives, depuis la prescription jusqu'au résultat documenté (2).

Lorsque l'on considère le paquet de services intégrés effectivement délivrés au cours de la CPN, il apparaît que les composantes les mieux intégrées étaient celles liées à la nutrition maternelle, aux soins prénatals proprement dits et à la prévention du paludisme. À l'inverse, certaines prestations restaient beaucoup moins souvent reçues, notamment le counseling en planification familiale, les soins après avortement et planification familiale, ainsi que le dépistage du cancer du col et du sein. Cette hiérarchisation des prestations suggère une intégration incomplète, dans laquelle les composantes historiquement rattachées aux soins obstétricaux sont mieux systématisées que les volets transversaux ou sensibles. Cette difficulté est également rapportée par Sheffel et al., qui soulignent que la fréquentation des CPN ou la disponibilité théorique de plusieurs services dans une structure ne suffisent pas à garantir leur délivrance coordonnée au cours d'un même parcours de soins (34).

Cette insuffisance de certaines composantes paraît également liée au niveau de préparation des prestataires. En effet, l'analyse bivariée montrait que l'absence de participation à une formation sur l'audit était significativement associée à une moins bonne réalisation de plusieurs services. Les agents non formés présentaient environ 1,8 fois plus d'odds de non-réalisation du planning familial ($OR = 1,757$; $IC95 \% = [1,028-3,002]$), 2,3 fois plus d'odds de non-réalisation de la

composante SAAPF (OR = 2,276 ; IC95 % = [1,129–4,588]) et 3,3 fois plus d'odds de non-réalisation du dépistage du cancer du col et du sein (OR = 3,264 ; IC95 % = [1,140–9,344]) par rapport aux agents ayant bénéficié d'une formation. Ces résultats suggèrent que la formation ne constitue pas seulement un renforcement théorique, mais un déterminant concret de l'intégration effective des services au cours de la CPN.

Enfin, un point central ressort de notre audit : le décalage entre les prestations orientées et celles effectivement reçues. Dans notre étude, l'orientation vers plusieurs services était rapportée à des niveaux très élevés, souvent supérieurs ou égaux à 95,0 %, alors que leur réalisation effective restait très variable, notamment pour la planification familiale, les soins après avortement et PF, et surtout le dépistage du cancer du col et du sein. Ce profil suggère une intégration davantage administrative que fonctionnelle, marquée par l'existence de renvois ou d'orientations, mais sans garantie que l'acte soit effectivement réalisé dans un circuit court et documenté. Ce constat est cohérent avec les observations faites en Afrique de l'Ouest, où les opportunités d'intégration existent, mais restent limitées par des organisations fragmentées, particulièrement pour les services transversaux comme la PFPP ou les dépistages (35–37).

6.4.Caractéristiques sociodémographiques

Dans notre étude, la population consultante était dominée par les femmes âgées de 20 à 34 ans (78,2 %), avec un âge moyen de $26,6 \pm 5,9$ ans et des extrêmes allant de 15 à 45 ans. Ce profil montre que les consultations prénatales concernaient principalement des femmes en pleine période d'activité génésique, ce qui est attendu dans un contexte urbain comme celui de la Commune V du district de Bamako. Ce résultat est très proche de celui de Dembélé, qui rapportait dans la même commune une prédominance de la tranche 20–34 ans à 77,9 %, avec un âge moyen de $28,1 \pm 7,5$ ans (30). Cette concordance suggère une certaine stabilité de la structure d'âge des utilisatrices des CPN dans cette aire sanitaire. La présence de grossesses adolescentes dans notre série, avec un âge minimal de 15 ans, rappelle toutefois que la CPN doit rester une plateforme complète, inclusive et adaptée aux besoins spécifiques des adolescentes, avec un contenu standardisé et répété tout au long du suivi (33).

Le niveau d'instruction des femmes était globalement faible, avec 36,1 % de non scolarisées, 24,6 % ayant le niveau primaire, 28,8 % le secondaire et seulement 10,5 % le niveau supérieur. Ce profil est particulièrement important dans l'analyse de l'intégration des services, car une faible littératie peut limiter la compréhension des messages délivrés en consultation, notamment en ce qui concerne les signes de danger, l'observance des prophylaxies, le dépistage ou l'adhésion à la PTME. Dans cette perspective, la CPN ne doit pas être réduite à une simple succession d'actes médicaux, mais doit être considérée comme un espace éducatif progressif,

centré sur la femme et adapté à son niveau de compréhension, conformément à l'approche de qualité défendue par l'OMS (33). Dans le contexte de la Commune V, les travaux locaux sur la planification familiale soulignent d'ailleurs l'importance des déterminants éducatifs dans l'utilisation et l'appropriation des services de santé reproductive (30).

La profession des patientes était dominée par les ménagères (62,0 %), devant les commerçantes (11,5 %), les élèves ou étudiantes (10,9 %), les fonctionnaires (8,9 %) et les ouvrières (6,7 %). Cette prédominance des femmes sans activité salariée formelle peut influencer l'intégration effective des services de plusieurs manières. D'une part, une dépendance économique ou décisionnelle peut limiter la demande spontanée de certains services, en particulier ceux qui touchent à la planification familiale. D'autre part, les coûts indirects liés aux examens, aux déplacements ou aux retours multiples peuvent accroître les pertes de suivi lorsque les prestations ne sont pas délivrées au même contact. L'OMS insiste justement sur l'importance d'une organisation des soins centrée sur la femme, visant à réduire les ruptures de parcours (33). Les résultats de Dembélé montrent également que l'adhésion aux services de PF est étroitement liée aux facteurs socio-économiques et au pouvoir de décision au sein du ménage, ce qui donne un sens particulier à la forte proportion de ménagères observée dans notre série (30).

6.5. Composantes SSR–SMNI

Lorsque l'on considère le paquet de services intégrés SSR–SMNI–nutrition effectivement reçus pendant la consultation prénatale, notre étude met en évidence une intégration élevée pour certaines composantes. La nutrition maternelle concernait 94,9 % des femmes, les soins prénatals proprement dits 92,3 %, et la prévention du paludisme 90,1 %. Ces résultats montrent que les composantes traditionnellement considérées comme relevant directement de la maternité restent les mieux intégrées à la routine des CPN. Cette situation peut s'expliquer par leur ancienneté dans les programmes de santé maternelle, leur meilleure appropriation par les prestataires et leur inscription plus claire dans les normes de suivi prénatal.

En revanche, les composantes plus transversales ou plus sensibles apparaissaient moins souvent délivrées. Le counseling en planification familiale n'était reçu que par 43,1 % des femmes, la PTME par 62,0 %, les soins après avortement et PF par 13,1 %, et le dépistage du cancer du col et du sein par seulement 4,8 %. Cette hiérarchisation montre que l'intégration observée reste partielle, certaines composantes demeurant périphériques malgré leur importance dans une approche globale de la santé sexuelle et reproductive. Les résultats de Sheffel et al. vont dans le même sens : la fréquentation des CPN ou la disponibilité théorique de plusieurs services dans

une structure ne suffisent pas à garantir leur délivrance coordonnée au cours d'un même parcours de soins (34).

Ainsi, notre audit suggère que l'intégration des composantes SSR–SMNI reste sélective. Les interventions les mieux intégrées sont celles qui relèvent des routines préventives et obstétricales classiques, tandis que les dimensions plus innovantes, plus transversales ou plus sensibles comme la PFPP, la PTME renforcée, le dépistage des cancers féminins ou les soins après avortement restent insuffisamment ancrées dans la pratique courante. Cette configuration évoque une intégration encore incomplète, où la logique du paquet global de services n'est pas encore pleinement opérationnelle dans l'expérience réelle des femmes au cours de la CPN.

6.6. Formation du personnel

Le profil des prestataires impliqués dans la CPN montre une forte prédominance des sages-femmes. Dans notre étude, 69,3 % des patientes avaient été reçues par une sage-femme, et parmi les auteurs de CPN, 65,2 % étaient des sages-femmes. Cette organisation est cohérente avec le rôle central de cette catégorie professionnelle dans les soins prénatals. Toutefois, elle signifie aussi que le niveau réel d'intégration des services PFPP/SMNI/Nutrition dépend largement des compétences pratiques de ces agentes en matière de counseling, de dépistage, d'orientation et de coordination des soins. Or, l'OMS rappelle que la qualité de la CPN ne dépend pas seulement de l'exécution des actes obstétricaux, mais aussi de la capacité à délivrer un paquet cohérent d'interventions au fil des contacts, dans une approche centrée sur la femme.

L'ancienneté des prestataires apporte également un éclairage intéressant. Dans notre étude, 65,8 % des agents avaient une durée de fonction inférieure ou égale à 10 ans, contre 34,2 % ayant au moins 10 ans d'ancienneté. Une équipe relativement jeune peut favoriser l'adoption de pratiques plus récentes ou plus standardisées, mais elle peut aussi exposer à des insuffisances de qualité si la supervision, l'encadrement et le renforcement continu des capacités ne suivent pas. Cela est particulièrement vrai pour les dimensions sensibles de la SSR, comme la planification familiale, la PTME ou certains dépistages, qui demandent à la fois des compétences techniques et relationnelles solides. La revue de de Jongh et al. souligne d'ailleurs que les ressources humaines, la charge de travail, la supervision et les compétences sont des déterminants majeurs de l'intégration des services au cours des soins prénatals (2).

La formation apparaît néanmoins comme l'élément le plus critique. Seuls 22,4 % des agents avaient reçu une formation liée à l'audit de l'intégration, contre 77,6 % non formés. Parmi les formés, 14,7 % avaient bénéficié d'une formation dans les cinq dernières années, contre 7,7 % au-delà de cinq ans. Cette faible couverture laisse penser que l'intégration observée dans les pratiques repose davantage sur des habitudes de service que sur une démarche structurée,

actualisée et soutenue d'amélioration de la qualité. Pourtant, l'OMS insiste sur le fait que l'intégration de la PF post-partum et des services apparentés nécessite non seulement une organisation adéquate des circuits, mais aussi le développement régulier des compétences des prestataires, à travers la formation, les outils pratiques et l'accompagnement de proximité (37). Cette interprétation est renforcée par les résultats de l'analyse des associations. En effet, l'absence de participation à une formation sur l'audit était significativement liée à une moins bonne intégration de plusieurs prestations clés. Les agents non formés avaient environ 1,8 fois plus d'odds de non-réalisation du planning familial ($OR = 1,757$; $IC95 \% = [1,028-3,002]$), 2,3 fois plus d'odds de non-réalisation de la composante SAAPF ($OR = 2,276$; $IC95 \% = [1,129-4,588]$) et 3,3 fois plus d'odds de non-réalisation du dépistage du cancer du col et du sein ($OR = 3,264$; $IC95 \% = [1,140-9,344]$) que les agents ayant bénéficié d'une formation. Ces résultats montrent que le déficit de formation affecte surtout les dimensions les plus sensibles, transversales ou moins routinières des soins intégrés, notamment celles qui demandent du counseling, une bonne coordination des services ou une initiative active du prestataire.

Par ailleurs, l'accueil de la patiente par un médecin semblait associé à une réduction des odds de non-réalisation du dépistage du cancer du col et du sein par rapport à l'accueil par une sage-femme ($OR = 0,367$). Toutefois, ce résultat doit être interprété avec prudence au regard de la limite de l'intervalle de confiance.

Ainsi, la faible proportion d'agents formés dans notre étude pourrait constituer l'un des principaux freins à une intégration complète, effective et durable des services SSR–SMNI au cours des consultations prénatales. Elle pourrait expliquer en partie pourquoi les composantes les plus protocolisées, comme la prévention du paludisme ou la nutrition maternelle, restaient mieux intégrées que des volets plus complexes comme la PF, la SAAPF ou le dépistage des cancers féminins

VII. Conclusion

L'offre des services SSR–SMNI–Nutrition est globalement disponible et bien intégrée, notamment pour la nutrition, la prévention du paludisme et les soins prénatals. Toutefois, certaines composantes comme le dépistage du cancer ou le planning familial restent insuffisamment réalisées. Enfin, le niveau d'intégration des services est significativement influencé par la formation et l'expérience du personnel de santé, soulignant l'importance du renforcement des compétences.

VIII. RECOMMANDATIONS

Au regard des résultats de cette étude, nous formulerons les recommandations suivantes :

Aux autorités politiques et sanitaires :

Renforcer la formation continue du personnel de santé sur l'intégration des services PFPP/ SMNI–Nutrition.

Assurer la disponibilité permanente des intrants et équipements nécessaires aux CPN complètes.

Au niveau du CSREF :

Améliorer l'organisation des services en mettant en place un circuit intégré de prise en charge , en renforçant la coordination entre les différents services et en assurant la disponibilité du personnel formé afin de garantir l'intégration effective de toutes les composantes (planning familial, dépistage des cancers, PTME).

Sensibiliser davantage les patientes sur l'importance du respect du calendrier des CPN. Aux

Au personnels de santé :

Appliquer systématiquement les protocoles de CPN intégrée.

Renforcer le counseling (VIH, planning familial, nutrition).

.

REFERENCES

IX. REFERENCES

1. Rose N, Pang DSJ. A practical guide to implementing clinical audit. Can Vet J. févr 2021;62(2):145-52. PubMed PMID: 33542553; PubMed Central PMCID: PMC7808188.
2. de Jongh TE, Gurol-Urganci I, Allen E, Zhu NJ, Atun R. Integration of antenatal care services with health programmes in low- and middle-income countries: systematic review. J Glob Health. juin 2016;6(1):010403. doi:10.7189/jogh.06.010403 PubMed PMID: 27231539; PubMed Central PMCID: PMC4871065.
3. WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cité 30 mars 2026]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK409108/> PubMed PMID: 28079998.
4. Organisation mondiale de la Santé. Maternal mortality [Internet]. [cité 30 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. World Health Organization. Mother-Baby package : Implementing Safe Mother Hood in countries.
6. Sebbani M, Adarmouch L, Amine M, Cherkaoui M. Mobilisation communautaire pour l'amélioration de la surveillance de la grossesse en milieu.
7. World Health Organization (WHO). Mortalité maternelle [Internet]. [cité le 30 mars 2026]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
8. World Health Organization. Fiche analytique : décès maternels [Internet]. [cité le 30 mars 2026]. Disponible sur: https://files.who.int/afahobckpcontainer/production/files/Fiche_Analytique-d%C3%A9c%C3%A8s_maternels.pdf.
9. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier d'un bon moment [Internet]. 2025. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>.
10. OMS. De nouvelles données indiquent un revers majeur pour la santé maternelle dans de nombreuses régions du monde, soulignant les fortes disparités en matière d'accès aux soins de santé [Internet]. Genève ; 2023 févr. Disponible sur :

<https://www.who.int/fr/news/item/23-02-2023-a-woman-dies-every-two-minutes-due-to-pregnancy-or-childbirth--un-agencies>.

11. Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS concernant les soins de la prénatale pour que la grossesse soit une expérience positive. [Internet] Genève : Organisation mondiale Santé 2017 ; <https://iris.who.int/handle/10665/259584>.
12. Gandzien PC. Les grossesses non suivies : Pronostic obstétrical et néonatal Médecine d'Afrique Noire 2007 ; 54 (3) : 166-168.
13. Ministère de la santé du Mali : Politique et normes des services de santé de la reproduction. Juin 2019 ; 248 p.
14. Haute Autorité de Santé : Recommandations pour la pratique clinique 2005, 24 p.
15. Malfois C. La contraception du post-partum : Approche qualitative de l'information reçue, de l'état des lieux des connaissances et de l'attente des patients. Thèse Med Lille 2, 2015 ; 113 p.
16. Division santé de la reproduction. Procédure en santé de la reproduction, soins prénatals recentrés, soins prénatals, soins post natals, soins après avortement, pathologies génitales et dysfonctionnement sexuel chez la femme Juin 2005, 219P.
17. Coulibaly E. Étude des causes de la mortalité maternelle à Bamako à propos de 25 études de cas clinique. Thèse de Médecine, Bamako 1995- M - 40.
18. Merger R, Levy J, Melchior J. Soins en Obstétrique Précis d'obstétrique, 6ème édition Masson. 755 P.
19. Ministère de la santé et des affaires sociales de la république du Mali. Normes et procédures pour la surveillance prénatale ; vol 2 ; 1990.
20. Ministère de la Santé et du Développement social du Mali. Manuel de référence : formation des prestataires à l'offre de services intégrés de planification familiale du post-partum, de soins maternels, néonataux et infantiles, de nutrition et des violences basées sur le genre. Bamako: Ministère de la Santé et du Développement social du Mali; 2025.
21. Lan Sac J, Berger C, Magnin G. Obstétrique pour praticien. Masson (Paris) 1997 : 23p.
22. Merger R, Levy J, Melchoir J. Précis d'obstétrique. Masson (Paris) 1995 : 71p.
23. Horovitz J, Guyon F, Roux D, Hocke C. Suites de couches normales et pathologiques (non compris les syndromes neuroendocriniens). Encycl Méd Chir, Obstétrique, 5-110-A-10 ; 2001.

24. Colson M-H. Sexualité féminine et étape de la parentalité. *Gynécologie obstétrique & fertilité* ; 2014, 42 (10) : 714-720.
25. World Health Organization. Mortalité maternelle [Internet]. [cité 6 août 2025].disponible sur: sheets/detail/maternal-mortality <https://www.who.int/fr/news-room/fact>.
26. Katz KR, Nanda K. A nonsurgical permanent contraception stakeholder advisory committee: FHI 360's experience. *Contraception*. août 2015;92(2):139-42.
27. Mounkoro J. Préférences des femmes âgées de 14 à 45 ans en matière de contraception dans la commune urbaine de Koulikoro. Thesis. USTTB 2019. N°350: 98p;
28. AMPFF. Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale du Mali: 2019-2023. :148.
29. CFPD. Centre français sur la population et le développement: groupement d'intérêt scientifique EHESS-INED-INSEE-ORSTOMPARIS6 20 ans de planification familiale en Afrique subsaharienne/Thérèse Locoh. Décembre 2021 ; N°19 :69p.
30. Dembélé M. Femmes utilisatrices des méthodes de planification familiale et mobilisation des paires à Koutiala (MALI). Thesis. USTTB 2021. N°347: 115p;
31. WHO. Planification familiale/Contraception. 2015 [Internet]. [cité 6 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.
32. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé- Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. . 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 : Rapport de synthèse. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SSDS- PF et ICF.
33. Organisation mondiale de la Santé. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. 2016 [cité 30 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
34. Sheffel A, Tampe T, Katwan E, Moran AC. Development of indicators for integrated antenatal care service provision: a feasibility study in Burkina Faso, Kenya, Malawi, Senegal and Sierra Leone. *BMJ Open*. 2 févr 2023;13(2):e065358. doi:10.1136/bmjopen-2022-065358 PubMed PMID: 36731934; PubMed Central PMCID: PMC9896237.
35. Pleah T, Hyjazi Y, Austin S, Diallo A, Dao B, Waxman R, et al. Increasing Use of Postpartum Family Planning and the Postpartum IUD: Early Experiences in West and

Central Africa. Glob Health Sci Pract. 11 août 2016;4 Suppl 2(Suppl 2):S140-152. doi:10.9745/GHSP-D-16-00039 PubMed PMID: 27540120; PubMed Central PMCID: PMC4990157.

36. 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. doi:10.29392/001c.57370
37. Organisation mondiale de la Santé. Programming strategies for postpartum family planning [Internet]. 2013 [cité 30 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506496>

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Koné

Prénom : Salimata

Titre de la thèse : Audit de l'intégration des services de planique familial du post partum/santé maternelle néonatale infantile et nutrition = cas de l'unité de consultation prénatale au CSREF CV de Bamako

Année universitaire : 2025-2026 Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de l'université Kankou Moussa

Secteur d'intérêt : gynécologie obstétrique Résumé

Introduction : Les soins prénataux (CNA) constituent un point d'entrée idéal pour des services intégrés et une plateforme permettant de promouvoir des soins de santé allant au-delà de la période de grossesse. Objectif : Évaluer le niveau d'intégration des services de santé sexuelle et reproductive (SSR), de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et de la nutrition au cours des consultations prénatales (CPN) au CSREF de la Commune V de Bamako.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et analytique réalisée du 01 Avril 2025 au 31 Mars 2026. **Résultats :** La population étudiée était majoritairement jeune (20–34 ans : 78,2%), mariée (97,1%) et résidant en Commune V (75,4%) . Les Bambaras représentaient l'ethnie dominante (39,9%) . Une forte proportion de patientes était non scolarisée (36,1%) et ménagère (62%) . La consultation prénatale constituait le principal motif (94,6%), avec 61,7% ayant réalisé 1 à 4 CPN . Les CPN étaient majoritairement effectuées au CSREF CV et assurées par les sages-femmes . Le groupage rhésus (93,6%) et les échographies (91% pour 1–2) étaient les examens les plus réalisés . La majorité des grossesses évoluait sans complication (96,8%) avec une bonne couverture préventive . Enfin, la formation du personnel influençait significativement la qualité de certains services comme le planning familial et le dépistage. Dans 97,8% des cas, les patientes étaient orientées vers le PTME, SAAFP, et le dépistage du cancer du col et du sein

Mots-clés : intégration, planique familial du post partum, CPN, CSREF CV

Last Name: Koné

First Name: Salimata

Thesis Title: Assessment of the Integration of Postpartum Family Planning Services, Maternal, Neonatal, and Child Health, and Nutrition: The Case of the Prenatal Care Unit at the CSREF CV in Bamako

Academic Year: 2025–2026

Country of origin: Mali

Location of deposit: Kankou Moussa University Library

Field of interest: Obstetrics and Gynecology

Abstract

Introduction: Prenatal care (PNC) serves as an ideal entry point for integrated services and a platform for promoting healthcare that extends beyond the pregnancy period. **Objective:** To assess the level of integration of sexual and reproductive health (SRH), maternal, neonatal, and child health (MNCH), and nutrition services during prenatal consultations (PNC) at the CSREF in Commune V of Bamako.

Methodology: This was a prospective descriptive and analytical study conducted from April 1, 2025, to March 31, 2026.

Results: The study population was predominantly young (20–34 years: 78.2%), married (97.1%), and residing in Commune V (75.4%). The Bambara were the dominant ethnic group (39.9%). A high proportion of patients had no formal education (36.1%) and were homemakers (62%). Prenatal care was the primary reason (94.6%), with 61.7% having attended 1 to 4 prenatal care visits. Most prenatal care visits took place at the CSREF CV and were provided by midwives. Rhesus typing (93.6%) and ultrasounds (91% for 1–2) were the most commonly performed tests. The majority of pregnancies progressed without complications (96.8%) with good preventive care coverage. Finally, staff training significantly influenced the quality of certain services such as family planning and screening. In 97.8% of cases, patients were referred for PMTCT, SAAFP, and cervical and breast cancer screening **Keywords:** integration, postpartum family planning, CPN, CSREF CV

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'Etre 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 se 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 leur père.

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

Que je sois couverte