

ANALYSE DES FACTEURS CONTRAIGNANTS L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DES FEMMES AU MALI

Dr SANOGO Souleymane et Dr KEITA Aminata

Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (U.S.S.G.B.)

ssanogo@hotmail.com

Résumé

Le Mali, pays sahélien de l'Afrique de l'Ouest, a développé un certain nombre de politiques de santé afin d'améliorer la situation sanitaire de sa population. Il est à l'origine de l'Initiative de Bamako (IB) dans les années 80 pour favoriser les services essentiels de santé avec la participation de la communauté. Cet article a pour objet de contribuer à une sensibilisation des responsables politiques, des décideurs et des gestionnaires de programme de santé pour une amélioration de l'accès aux structures de santé par les femmes à l'âge de procréer. De façon

spécifique, nous voulons identifier les facteurs contraignants qui empêchent les femmes à fréquenter les centres de santé ; de même contribuer de façon significative à une meilleure fréquentation des centres de santé par les femmes. Nous avons utilisé les données de l'Enquête Démographique et de Santé 2018 du Mali. Le questionnaire utilisé a permis de découvrir l'ensemble des difficultés susceptibles à une femme d'avoir accès aux soins si elle tombe malade.

Mots clés : femmes, accès à la santé, soins, Mali.

Summary

Mali, a Sahelian country in West Africa has developed a number of health policies to improve the health situation of its population. It launched the Bamako Initiative (BI) in the Initiative (IB) in the 1980s to promote essential health services with community participation. The aim of this article is to help raise awareness among politicians, decision-makers and health managers. Policy-makers, decision-makers and health programme managers to improve access to improve access to healthcare facilities for women of childbearing age reproductive age. Specifically, we want to identify the limiting factors that prevent women from attending health centers; and make a significant contribution to improving women's use of health centers health centers. We used data from Mali's 2018 Demographic and Health Survey Santé 2018 du Mali. The individual questionnaire was used to record information eligible women (15-49 years old) which results in the set of likely difficulties a woman might have if she fell ill and wanted to get care.

Key words: women, access to health, care, Mali

Introduction

Le Mali, pays sahélien de l'Afrique de l'Ouest est l'un des plus pauvres états du monde. Il est découpé en régions administratives et un District qui a rang de région. Le Mali est un vaste pays (1241238 km²) où la population est majoritairement rurale. Sa population est estimée à 22395485 habitants, selon l'Enquête Démographique et de Santé de 2018 (EDS-VI). Les femmes (49,7 %) et les enfants (54 % ont moins de 18 ans) constituent la majeure de cette population mais qui demeurent les couches vulnérables à la maladie. L'économie du pays repose essentiellement sur le secteur primaire qui fournit près de 44% du Produit Intérieur Brut. Ce secteur occupe 80% de la population active. Au plan sanitaire, le Mali a développé un certain nombre de politiques de santé pour améliorer la situation sanitaire de sa population. Il est à l'origine de l'Initiative de Bamako (IB) des années 80 pour favoriser les services essentiels de santé avec la participation de la communauté. Dans la logique de l'IB, une politique de recouvrement des coûts a été instituée par le Mali dans les formations sanitaires publiques. Depuis 1992 le régime constitutionnel malien a opté pour la décentralisation et la responsabilité des communautés dans la gestion des affaires publiques. Les responsabilités de chaque niveau administratif sont clairement définies. Le plan de développement économique et social ainsi que les plans sectoriels sont élaborés dans le respect des attributions respectives des régions, des districts, cercles et des communes. Cette politique a favorisé le développement des infrastructures sanitaires de base comme les centres de santé communautaires (C.S.Coms) dans le pays. L'essentiel des infrastructures sanitaires performantes comme les hôpitaux, les cliniques, les centres hospitaliers universitaires (CHU) demeurent dans les zones urbaines et les zones rurales n'ont que les services de base. Un effort important de la part du gouvernement malien a été consenti dans le renforcement de capacité des ressources humaines ainsi que le plateau technique. En plus de ce potentiel géographique et de ressource humaine, il existe des mesures d'accompagnement que l'Etat a mis en place pour améliorer l'accessibilité aux services de soins de santé. Il s'agit entre autres de la gratuité des soins pour certaines catégories de personnes et pour certaines pathologies ; de l'amorce d'une prise en compte du troisième âge dans les programmes de santé et de solidarité ; du développement des mutuelles de santé ; de l'institution de l'Assurance Maladie Obligatoire. Néanmoins ces conditions favorables les statistiques sanitaires ne sont pas à hauteur de souhait : taux de couverture des consultations curatives 43% ; proportion d'accouchements assistés 49% ; automédication 3,67% ; taux de mortalité infantile 101‰ ; infanto-juvénile 118‰ et maternelle 373‰000 naissances vivantes. Le constat est que ces statistiques sont encore loin des normes souhaitées par

l'Organisation Mondiale de la Santé ((OMS). Ces normes sont de 38‰ pour le taux de mortalité infantile et 223 pour cent milles pour le taux de mortalité maternelle. Des auteurs comme (Béresniak et al, 1997) ont montré qu'il y'a une corrélation entre disponibilité des services de soins de santé et l'utilisation de ces structures. Ils soutiennent que le recouvrement des coûts au niveau des soins de santé est une barrière aux services des soins de santé moderne. Ces auteurs pensent que l'utilisation des services de santé est influencée par des variables financières. Parmi les défenseurs de cette thèse, on peut citer entre autres : Mariko (2003) ; Itama et Mbainadjina (2006) ; Fantin (2011) ; Pierre (2012) ; Diallo (2013). Près de la moitié de la population qui se déclare malade n'accède pas aux soins (Perrin, 1999). L'introduction de la politique de recouvrement adoptée au cours de l'initiative de Bamako 1987 est responsable d'une baisse du niveau de l'accessibilité aux soins de santé en raison de la capacité financière limitée des ménages et le coût parfois élevés des recours (Traoré et al. 1998). Pour prétendre résoudre ce problème d'accès aux soins de santé des femmes maliennes, il est opportun de recenser les facteurs contraignants du non utilisation des structures sanitaires et l'analyse de ces données permettra de contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins de santé des femmes du Mali. En effet, dans les villes africaines notamment les capitales concentrent une grande part de la population du pays et, en même temps, accumulent l'essentiel des ressources sanitaires (hôpitaux, polycliniques, centres de santé, cliniques privées, médecins, spécialistes, infirmiers, etc.). Les zones rurales sont généralement dépourvues d'hôpitaux et de spécialistes dans les différents domaines de santé. Il y a des chercheurs qui pensent que l'offre de soins modernes et variée n'est bien souvent que virtuelle, tous les citoyens n'ayant pas le même accès à ces services, faute d'argent, de couverture sociale, de conscience de la gravité de certains maux, (Richard, 2001). L'existence de cette offre de soins variée peut conduire ainsi à une multitude de recours thérapeutiques possibles qui engendrent bien souvent une mauvaise utilisation des services de santé moderne. A cette diversité de l'offre de soins dite moderne, s'ajoute une diversité encore plus grande de soins d'une médecine traditionnelle omniprésente. Ainsi, à un même mal, correspondront des offres thérapeutiques variées entre lesquelles le patient devra choisir, à moins de les adopter toutes et cela génère des coûts supplémentaires. Souvent certains prestataires désorientent les patients en disant que tel maladie ne relève pas de la médecine moderne. Un des aspects essentiels des problèmes de santé des citoyens est le recours simultané et fréquent à l'un et à l'autre système de soins, le système moderne et la thérapie traditionnelle qui sont parfois complémentaires (Richard, 2001). Cette recherche s'inscrit dans un contexte global pour tenter de diagnostiquer les facteurs contraignants l'accès

aux soins de santé par les femmes du Mali. Néanmoins les différents efforts fournis par l'Etat malien, la situation sanitaire n'est pas à hauteur de souhait. Les taux de mortalités infantiles (101 pour mille naissances vivantes et maternelles (373 pour cent milles naissances vivantes) demeurent élevés par rapport aux normes de l'OMS. L'accès aux soins de santé demeure problématique pour les couches vulnérables qui sont les femmes à l'âge de procréer, les enfants et les vieilles personnes. Cet article a pour objet de contribuer à une amélioration à l'accès des structures de santé par les enfants et les femmes à l'âge de procréer. De façon spécifique : identifier les facteurs contraignants qui empêchent les femmes à fréquenter les centres de santé ; Proposer sur la base des facteurs identifiés des mesures pouvant inverser la tendance et promouvoir une fréquentation acceptable des femmes aux soins de santé. Pour mieux cerner les idées développées dans ce travail, une meilleure familiarisation avec certains termes clés que nous avons utilisées est indispensable et nécessitera la définition des variables et le déroulement des concepts.

Conceptualisation de certains

Avant de rentrer dans le but de notre recherche, il est indispensable que nous ayons les mêmes compréhensions d'un certain nombre d'expressions qui sont fréquemment utilisées au cours de cette recherche.

Facteurs contraignants

Selon le Dictionnaire Larousse, le facteur est un élément qui agit, qui influe. Il convient de montrer la nuance qui existe entre facteur, étiologie et cause. Dans le cours de pathologies générales, l'étiologie a été définie comme étant l'étude des causes et conditions d'apparition de la maladie tandis que les causes font partie de l'étiologie. Bref, l'étiologie étudie les causes déterminantes des maladies et les facteurs influençant l'apparition d'une maladie. Dans le cadre de ce travail, les facteurs entravant la bonne fréquentation des structures sanitaires désignent l'ensemble d'éléments qui influencent de façon déterminante la bonne fréquentation des structures sanitaires. Facteur contraignant est un obstacle à la réalisation d'une activité, un projet, au développement ou à l'évolution d'une structure ; il s'agit ici d'une structure de santé.

Santé

Notion subjective, variable selon les individus, les sociétés, les époques, du fait de ses multiples composantes : biologiques, psychologiques, sociales, économiques, culturelles, etc. En 1946, l'OMS la définit comme étant « un état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladies ou d'infirmités. ». En 1986, lors de la Conférence d'Ottawa, l'OMS, prenant en compte son caractère statistique, a revu la définition précédente

en faisant ressortir « les concepts d'équilibre, de processus au cours duquel sont appelées les notions de capacités individuelles et communautaires à s'adapter à l'environnement. » (M. Moradell). Aujourd'hui, la définition de l'OMS retenue est la suivante : « Un état de complet bien-être physique, mental et social et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité. La santé est une ressource pour chaque jour de la vie, et n'est pas la finalité de la vie. C'est un concept positif, mettant en avant les ressources sociales et personnelles aussi bien que les capacités physiques. »

Accès aux soins

Il définit comme la capacité qu'à une personne d'obtenir des soins de santé appropriés (Academy Health 2004). L'accès aux soins peut être défini comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin. L'accès est lié à la présence potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles, géographique ou autres lors de l'utilisation de ces services.

Soins de santé

C'est l'ensemble des moyens et techniques mis en jeu pour restaurer la santé à un malade. Ils constituent un domaine qui s'appuie sur les sciences appliquées et les connaissances en sciences biomédicales. Ils concernent la santé des humains et la santé animale.

1. Méthodologie de recherche

Pour cet article, nous avons utilisé les données de l'Enquête Démographique et de Santé 2018 du Mali. L'enquête a concerné un échantillon de 10 574 ménages (2 992 ménages en milieu urbain et 7 582 ménages en milieu rural). Le questionnaire individuel femme a été utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles (15-49 ans), résidentes ou visiteuses. Dans cet article, nous nous intéressons des données relatives aux facteurs contraignants l'accès aux soins de santé des femmes au Mali. Les données de l'EDSM 2018 ont servi dans un premier temps à une analyse de la statistique descriptive et, dans un second, une analyse économétrique. Cette dernière analyse des données s'appuie sur la méthode du logit qui est appropriée pour l'analyse des données qualitatives.

2. Résultats

Il ressort de notre recherche que 47 % des femmes ont déclaré avoir eu des problèmes pour se faire soigner quand elles étaient malades. La proportion de femmes ayant eu au moins un problème d'accès aux soins de santé varie de 38 % en milieu urbain à 51 % en milieu rural. Les facteurs contraignants l'accès aux soins de santé par les femmes du Mali sont de diverses natures.

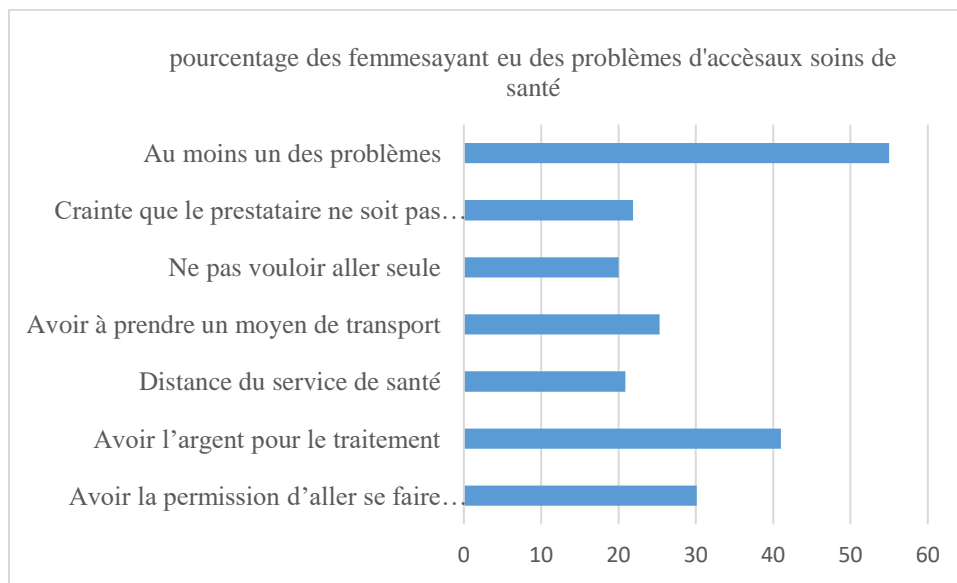
Tableau 1: pourcentage de femmes ayant eu des problèmes pour accéder aux soins de santé

Problèmes d'accès aux soins de santé	Avoir la permission d'aller se faire soigner	Avoir l'argent pour le traitement	Distance du service de santé	Avoir à prendre un moyen de transport	Ne pas vouloir aller seule	Crainte que le prestataire ne soit pas une femme	Au moins un des problèmes
Pourcentage	30,1	41	20,9	25,3	20	21,9	47

Source : construit par l'auteur à partir des données de l'EDSM-VI 2018

Le graphique n°1 ci-dessous montre que le problème majeur rencontré par les femmes du Mali pour l'utilisation des services de santé est financier.

Graphique n°1 : problèmes rencontrés par les femmes du Mali pour l'utilisation des centres de santé quand elles sont malades



Source : construit par l'auteur à partir des données de l'EDSM-IV 2006

Selon l'OMS (2002), la pauvreté conduit à une grave insuffisance d'utilisation des services de santé. Selon nos résultats, le principal obstacle aux soins de santé pour les femmes est le fait d'obtenir de l'argent (41 %). Le coût des soins semble élevé par rapport au pouvoir d'achat des ménages d'une manière générale et en particulier chez les femmes. En dehors de ce problème, 29 % des femmes ont cité la distance qui sépare leur domicile de l'établissement de santé. La consultation des tradi-praticiens par la population de manière générale et les femmes en

particulier est un facteur entravant l'accès aux soins de santé moderne. Une étude menée au Sénégal par Diop (août 1994) sur l'utilisation et la demande des soins de santé a pu révéler plusieurs facteurs qui influencent sur l'utilisation des structures de santé dont le coût des soins, le revenu insuffisant et la grande fréquentation de la médecine naturelle. « Parmi les 6331 individus de la zone de santé rurale ayant déclaré être tombés malades durant le mois précédent le passage de l'enquêteur, 50% n'ont pas cherché les soins au moment opportun compte tenu de la pauvreté, le secteur sanitaire moderne y compris les établissements sanitaires tertiaires de la santé publique servent essentiellement les couches aisées des populations rurales et la majorité de la population se dirige principalement vers les tradi-praticiens. Le revenu journalier joue un grand rôle dans l'entrée du secteur moderne de la santé car une augmentation du revenu de 100% augmente la probabilité d'entrer à temps dans ce secteur. Notre recherche confirme presque les mêmes résultats car 41% des femmes maliennes n'ont pas accès aux soins de santé moderne à cause du manque d'argent. Une étude faite également par Karafuli et al (2005) dans la zone de santé de Karisimbi confirme les mêmes résultats. Elle a révélé que les ménages enquêtés vivaient en dessous du seuil de pauvreté selon laquelle les dépenses journalières moyennes de cette population pour le logement, l'alimentation, les soins de santé, le transport et l'éducation s'élèvent à 0,54 dollar par individu.

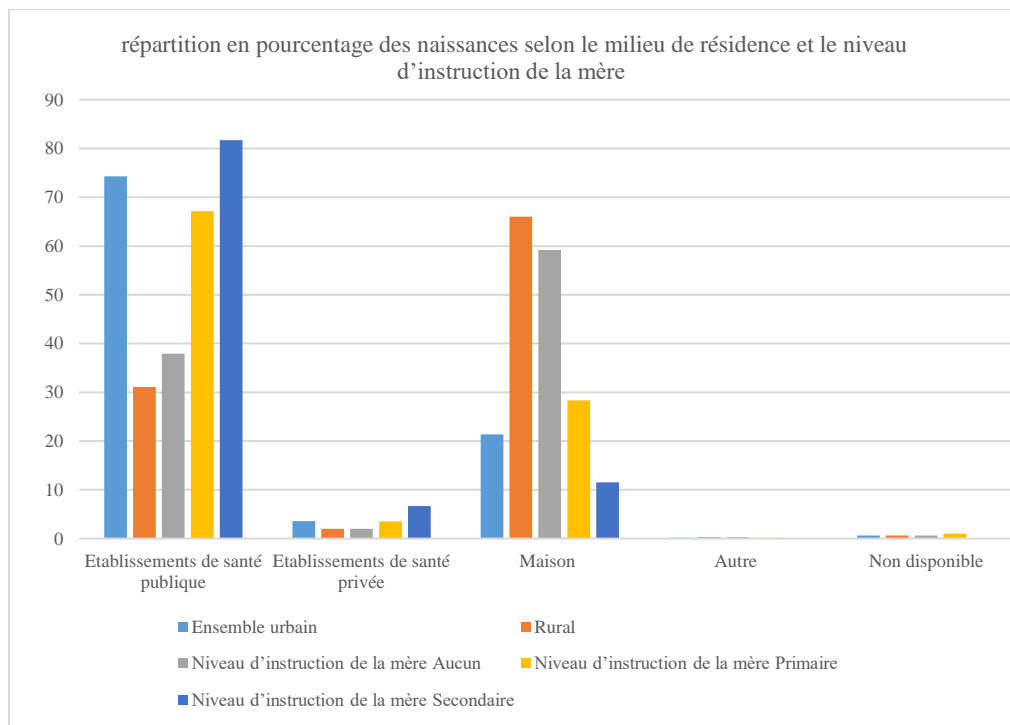
Le niveau d'instruction des femmes et le lieu de résidence de la mère sont déterminants dans le processus d'accès aux soins de santé. Il ressort dans le tableau n°2 que les femmes urbaines (77,9%) ont plus accès aux services de santé que les femmes vivant dans les zones rurales (33%). Les femmes vivant dans les zones urbaines ont probablement plus de moyen et le plateau technique de la ville est mieux fourni que celui de la zone rurale.

Tableau 2 : répartition en pourcentage des naissances selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère

Caractéristiques		Etablissements de santé publique	Etablissements de santé privée	Maison	Autre	Non disponible	Total
Ensemble urbain		74,3	3,6	21,4	0,2	0,6	100
Rural		31,1	2,0	66,0	0,3	0,6	100
Niveau d'instruction de la mère	Aucun	37,9	2,0	59,2	0,3	0,6	100
	Primaire	67,1	3,5	28,3	0,2	1,0	100
	Secondaire	81,7	6,7	11,5	0,1	0,0	100

Source : construit par l'auteur à partir des données de l'EDSM-VI 2018

Le tableau n°2 montre qu'au Mali, les femmes ayant au moins un niveau d'instruction secondaire vont plus dans les centres de santé en cas d'accouchement. Ces résultats sont nettement visibles dans le graphique n°2



Source : construit par l'auteur à partir des données de l'E DSM-VI

Nous constatons que plus le niveau d'instruction de la femme est élevé, plus elle a accès aux soins de santé. La non scolarisation des filles est un facteur contraignant à l'accès aux soins de santé des maliennes. Au Canada 51% des personnes qui détiennent un diplôme d'études secondaires ont consulté un dentiste contre 68% représentant ceux qui détiennent un diplôme d'étude collégiale. Il y a des variables qui ont une cotation culturelle telle que « ne pas vouloir aller seule au centre de santé » ou « avoir la permission d'aller se faire soigner ». P. Kebela (2004) dans son article « *santé pour tous : identification des facteurs explicatifs de l'accessibilité aux soins de santé* » pour un échantillon de 289 ménages, il se révèle qu'il y a une relation entre le niveau d'instruction et l'accessibilité aux soins. Nos résultats confirment ceux antérieurement eu par d'autres chercheurs et en autres lieux. Dans le domaine de consultation prénatale, Dieye (2002) dans son étude portant sur la mortalité maternelle dans le Fouladou (Sénégal), il affirme

que cinq femmes sur dix au village de médina ne fréquentent pas les structures sanitaires pour CPN suite au niveau d'instruction très bas. De par ces trois études, nous pouvons penser qu'il est possible qu'il ait relation entre fréquentation des structures de santé et le niveau d'instruction du chef de ménage, car un chef de ménage qui est ignorant, qui ne connaît pas l'importance des structures de santé ne peut pas consulter ou faire consulter les siens dans ces lieux. La proportion de femmes ayant cité au moins un problème d'accès aux soins de santé diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction, passant de 54 % parmi celles n'ayant aucun niveau d'instruction à 30 % parmi celles ayant le niveau secondaire ou plus. La faiblesse du niveau d'instruction du chef de ménage constitue une entrave à l'utilisation des services de soins de santé au Mali. Il existe une corrélation entre le niveau d'instruction du chef de ménage et la fréquentation des centres de santé. Il ressort de nos résultats que des facteurs culturels sont souvent contraignants pour l'accès aux soins de santé. Les facteurs tels la médecine traditionnelle, le manque de confiance au personnel soignant, l'automédication ne sont pas favorables à l'accessibilité des soins de santé. Certaines pratiques religieuses font que des femmes craignent d'aller se faire soigner dans les centres de santé de peur de rencontrer un prestataire qui ne soit pas une femme. Il ressort de notre étude que 30,1% des femmes en âge de procréer n'ont pas eu la permission d'aller se faire soigner quand elles sont tombées malades et près de 30% ne sont pas allées dans par crainte que le prestataire ne soit pas une femme. Traditionnellement, il y a des maladies qui sont considérées comme ne relevant pas de la compétence de la médecine moderne. Ces usagers pensent que ces maladies sont issues de mauvais sorts et ne peuvent en aucune manière être relevées de la médecine conventionnelle. Ces facteurs traditionnels entravent l'accès aux soins de santé. Le manque de confiance au personnel soignant est le fait que la population pense que les soins administrés par le personnel soignant ne leur sont pas efficaces. Selon Fountain et Coutejoie (2006) ; la confiance a été citée parmi les autres éléments jouant beaucoup sur l'utilisation des structures de santé. Ils se prononcent de la manière suivante « par ailleurs des malades restent chez eux, ne viennent ni à l'hôpital ni au dispensaire parce que l'hôpital est trop loin ou cher ou encore parce que on n'a pas confiance dans le traitement ». Il convient de dire que, même si les structures des soins sont à la portée de la population, il sera difficile à cette dernière de les fréquenter si elle n'espère pas trouver guérison ou le rétablissement de sa santé. Notre étude révèle qu'un nombre important de femmes n'ont pas accès aux centres de santé par crainte de trouver un homme au service des consultations. Près de 80 % des patientes préfèrent les consultations des médecins féminins.

Certaines femmes refusent de se rendre dans les centres de santé parce qu'elles n'ont pas confiance au prestataire

L'existence des mutuelles de santé est un facteur d'accès aux services de soins pour leurs adhérents. Mais il faut reconnaître que pour des aspects culturels, l'adhésion aux mutuelles de santé cause problème. La majeure partie des femmes à l'âge de procréer sont dans des tontines mais n'appartiennent pas à une seule mutuelle de santé. Certaines femmes disent que c'est un tabou de vouloir cotiser de l'argent en vue de prévenir le traitement d'une maladie.

L'automédication peut se définir comme l'auto administration des médicaments en provenance des officines pharmaceutiques sans ordonnances médicales. Différentes études ont montré que l'automédication par la population constitue l'un des facteurs du non consultation dans les services des soins de santé. Nos résultats révèlent que 15% des femmes à l'âge n'ont pas fréquenté un centre de santé pendant sa période grossesse. Un résultat similaire a été trouvé lors d'une étude menée au Tchad par Itama & Mbainadjina (2006) sur l'étude socioéconomique sur les coûts et accessibilité des populations aux soins de santé. Elle révèle que 61 % de la population font recours aux structures de santé lorsqu'ils sont malades, 20% vont chez les tradipraticiens et 19% font recours à l'automédication. Selon cette même source en Guinée, les études menées montrent que contrairement au Tchad où seulement 19 % font l'automédication en Guinée en dépit de la proximité des structures des soins de santé, 59% des personnes vivants en milieu rural utilisent l'automédication contre 20% en milieu urbain, ce facteur est considéré comme étant à la base de la sous-utilisation des services des soins de santé. Nous remarquons avec clarté que si les individus n'utilisent pas les services des soins de santé qui sont à leur disposition en prenant des soins qui viennent dans les officines pharmaceutiques qui certainement ne s'accompagnent pas d'ordonnances médicales, cela aura effectivement un impact négatif sur l'utilisation de services de soins. La peur d'être interrogé par l'agent de santé pour savoir les raisons de blessures issues d'une violence conjugale, les femmes ne vont pas se soigner dans un centre de médecine moderne. La nature de la maladie ou de la blessure peut être un facteur contraignant à l'accès aux services de santé. Les statistiques montrent l'importance de la souffrance des femmes dans leur foyer conjugal mais moins de deux pour cent ose en parler au centre de santé. Le tableau suivant fait ressortir les pourcentages des femmes ayant subi une violence.

Tableau n°3 : pourcentage de femme victime de violence et celui des femmes qui n'ont pas cherché d'aide pendant les douze derniers mois.

Nature de la Violence subi par les femmes	Violence conjugale Physique	Violence sexuelle	Violence globale	Femmes n'ont pas cherché de l'aide
Pourcentage	49%	13%	62%	48%

Source : auteur sur la base de L'EDSM-VI 2018

Il ressort que 62 % des femmes en âge de procréer ont subi une violence mais les 68 % de ces femmes n'ont jamais recherché de l'aide et elles n'en ont jamais parlé à personne. Cela signifie qu'aucune de ces femmes violentées n'iront dans un centre de santé. Les violences conjugales ou sexuelles qui peuvent conduire à des cas de blessure ou même à des maladies sont le plus souvent traités à la maison ou font l'objet d'automédication. Les femmes ont recherché le plus souvent de l'aide auprès de leur propre famille ou de la famille du mari/partenaire.

Discussion

Il est à remarquer que le premier niveau de contact de la population constitue le CSCOM qui est le lieu principal de prestation sanitaire des usagers ruraux. Il est l'organe technique de l'Association de Santé Communautaire et gère de ce fait les questions de santé dans la limite de son aire. Le fonctionnement d'un centre de santé nécessite la réunion de plusieurs conditions (facteurs déterminants majeurs) qui sont entre autres : l'existence de personnel technique compétent, disponible et accueillant. Cet aspect renvoie au déterminant de qualité des prestations et de l'accueil réservé aux usagers. Si la fréquentation est une condition jugée indispensable pour autonome quelconque, elle est davantage motivée par la qualité des services offerts par le centre. L'existence de conditions d'accueil favorables (infrastructures et équipements adéquats) peut attirer et fidéliser les usagers ; parce qu'un patient bien accueilli et bien écouté est à moitié soulagé. Le coût abordable des prestations et du médicament doit en principe être un facteur attirant pour une population relativement pauvre. Malgré cette situation, certains habitants par manque de moyens continuent à faire recours aux traitements traditionnels. Une politique de scolarisation des filles au niveau national est une opportunité pour améliorer l'accès aux soins de santé dans le pays. Les déterminants comme le coût des soins, les facteurs culturels, le niveau d'instruction des femmes, l'automédication quelque soit la raison, nous ont permis à travers des enquêtes auprès de certains usagers de déceler l'état d'accès aux soins de santé au Mali qu'on soit en zone rurale ou urbaine.

Conclusion

Cette étude portant sur les facteurs contraignants l'accès aux soins de santé des femmes du Mali, nous a permis de connaître et de comprendre la nature des difficultés auxquelles les maliennes à l'âge de procréer font face. Les caractéristiques sociodémographiques des usagers sont dominées par des femmes avec un niveau d'instruction faible. Les résultats de notre étude montrent que le niveau d'instruction de la femme et, l'état grave de la maladie, la qualité de la prestation de service, sont des facteurs déterminants pour l'accès aux soins de santé. L'utilisation des médias contribue à l'augmentation de la fréquentation des services de santé. Le développement des mutuelles de santé communautaires et des micro-assurances de santé peut être un facteur qui va contribuer à améliorer l'accès aux services de santé du Mali. Il importe également de mettre en place des mesures d'informations et de sensibilisation.

Références bibliographiques

1. I. ABINTEGENKE (2011) : les facteurs déterminants de la faible utilisation des services des soins curatifs dans la zone de santé de Karisimbi.
2. I. BAYEGE (2004), Contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité de la population aux services de santé, Kigali, Rwanda.
3. Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2014. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013*. Rockville.
4. F. NKINAMUBANZI, (2008), Etude des déterminants de l'accès tardif aux soins intégrés dans les structures sanitaires de Rubavu, cas de l'aire de santé de Nyundo, ULPGL p91.
5. F. Diop (Août 1994), Utilisation et demande des soins de santé au Sénégal, p 35-60.
6. I. Bayege (2004), Contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité de la population aux services de santé, Kigali, Rwanda.
7. K. KADIO, V. Ridde, O.M. Samb (2014) : les difficultés Les difficultés d'accès aux soins de santé des indigents vivant dans des ménages non pauvres pages 89 à 97.
8. K. D. I. SIMAGA, (2017) : facteurs déterminants de la faible utilisation des soins curatifs du centre de santé communautaire de Lassa en commune IV du district de Bamako.
9. MARIKO M. (2003), Accès aux soins et qualité : Bamako (Mali), Le Financement de la Santé dans les Pays d'Afrique et d'Asie à Faible Revenu, p 41-58.

10. Ministère de l'Économie et des Finances. 2011. Cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté CSCR 2012-2017 : « Un Mali émergent, une meilleure qualité de vie pour tous ». Bamako, Mali.