

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)

Année Universitaire : 2024-2025

N° Mémoire : ...

**ANALYSES DES BESOINS DES FEMMES DE
BANCONI EN AGE DE PROCREER EN
MATIERE D'ACCES AUX SERVICES DE
SANTE**

MEMOIRE

Présenté et soutenu publiquement le **18 /02 /2026**

devant le jury de la faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : Docteur TRAORE Fadiè

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées de
Médecine de Famille / Médecine Communautaire (MF/MC)

JURY

Président : Mme Fatoumata DICKO, Professeur

Membres : M. Kassoum BARRY, MF/MC

Directeur : M. Soumana Oumar TRAORE, Maitre de conférences

Co-Directeur : M. Souleymane SIDIBE, MF/MC, Maitre-assistant

Fadiè TRAORE

FMOS

Mémoire de fin d'étude

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements

A ALLAH, Le Tout puissant : Pour m'avoir donné la chance de pouvoir présenter ce travail.

A mes parents : Grâce à vos bénédictions, vos enseignements donnés que ces travaux ont pu être menés dans de meilleures conditions. Que le tout puissant vous garde encore longtemps à nos côtés.

A Madame FATOUMATA DICKO PROFESSEURE pour son encadrement précieux et sa disponibilité.

A Dr KASSOUM BARRY pour sa disponibilité et son soutien de taille pour la conduite de ce travail

A Dr SOULEYMANE SIDIBE, pour son encouragement et sa disponibilité sans faille.

A mon époux : ton soutien ne m'a jamais fait défaut.

A mon Tonton ABDARAMANE DIAKITE pour son encouragement, son soutien et sa disponibilité

A mes enfants : votre affection ne m'a jamais fait défaut

A mes frères et sœurs : pour votre soutien de toutes natures. Je vous réaffirme mon affection fraternelle et mon profond attachement.

A toute la famille TRAORE, COULIBALI, DIOMBELE, SOUMANO grâce à vos encouragements nous avons mené des études Universitaires et post-Universitaires. Que Dieu nous garde ensemble.

Au corps professoral pour la qualité de votre enseignement et éducation scientifique

A tous mes collaborateurs, et mes collègues de promotion qui m'ont bien apporté leur sympathie, leur solidarité et leur respect

A toute l'équipe du Projet CLEFS à travers la personne du Professeur Mahamane MAIGA :
Merci pour le soutien financier et matériel. On vous sera toujours reconnaissants de cette faveur.

Aux Maitres Assistants et Chargés d'encadrement clinique et de cours: Dr Issa Souleymane GOITA; Dr Drissa Mansa SIDIBE; Dr Souleymane SIDIBE; Dr Boubacar NIARE; Dr Mamadou Bayo COULIBALY; Dr Inhissa BENGALY; Dr Bréhima Kafougou COULIBALY; Dr Aboubakary KONATE; Dr Alfousseyni SISSOKO dit Guimba n°2; Dr Kassoum BARRY; Dr Mohamed DIABATE Merci pour cette formation de qualité, tous vos soutiens pour la réussite de ce travail et en souvenir des moments passés ensemble.

Aux Résidents Merci pour votre aide pour la réussite de ce travail. Que le tout puissant vous accorde sa grâce.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE et Présidente de Mémoire

Professeur Fatoumata DICKO

Professeur titulaire de Pédiatrie à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie ;

Coordinatrice du DES de Médecine de Famille/ Médecine Communautaire ;

Chef de service de la néonatalogie de la clinique périnatale Mohamed VI Secrétaire générale de l'Association Malienne de Pédiatrie (SOMAPED) ; Présidente de l'association des Pédiatres d'Afrique Noire Francophone (APANF) Membres du collèges Ouest Africains des Médecins.

Cher Maître,

Ce travail est le fruit de vos efforts. Votre rigueur, votre humanisme, la clarté de votre enseignement, votre souci constant pour le travail bien fait et votre intérêt pour la ponctualité imposent respect et admiration. Votre amour maternel envers nous, votre dévouement pour les malades et vos qualités intellectuelles font de vous un modèle. Par ailleurs, nous vous prions de bien vouloir accepter nos excuses pour toutes les fois où nous n'avons pas été à la hauteur de vos attentes. C'est l'occasion solennelle de vous dire infiniment merci pour votre soutien, pour les nombreux conseils que vous nous avez prodigués et pour votre sens aigu du travail bien fait que vous nous avez transmis.

A Notre Maître et Membre de jury de mémoire

Docteur Kassoum BARRY

Spécialiste en MF/ MC

Chargé de cours à la Faculté de médecine

Membre de la FAMGF (Fédération Africaine des Médecins Généralistes et de Famille)

Membre du REMEFAC (Réseau des Médecins de Famille/ Médecins Communautaires)

Cher Maître

Nous vous sommes très reconnaissantes de la spontanéité et de l'amabilité avec lesquelles vous avez accepté de juger notre travail malgré le délai court. Votre modestie et votre compétence professionnelle seront pour nous un exemple dans l'exercice de notre profession.

Les mots nous manquent pour vous exprimer tout le bien que nous pensons de vous. Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par la grandeur de vos talents scientifiques que par vos multiples qualités humaines, notamment votre bienveillance à notre égard, votre sens de l'écoute, votre sincérité et votre bonne humeur communicative. Ce fut un véritable privilège pour nous de compter parmi vos étudiants.

Veillez trouver, chère Maître, le témoignage de notre grande reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître :

Professeur Soumana Oumar TRAORE

Maître de conférences agrégés en Gynécologie obstétrique

Praticien hospitalier au CSRef de la commune V

Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la Mortalité Maternelle décernée par le gouverneur du district de Bamako en 2009

Certifiée en programme GESTA international (PGI\$) de la société des obstétriciens et Gynécologues du CANADA (SOGC)

Leader d'opinion local de la surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en commune V du district de Bamako.

Cher Maître,

C'est un privilège pour nous d'être parmi vos élèves. Vous nous avez marqué par vos qualités pédagogiques et intellectuelles, votre humeur constamment joviale, votre disponibilité, votre simplicité et votre modestie font de vous un maître envié de tous.

Nous vous prions de trouver ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur Souleymane SIDIBE

Spécialiste en médecine de famille/ médecine communautaire

Maitre-assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Membre du Bureau de recherche de la faculté de médecin

Vice-président du Réseau des Médecins de Famille et Communautaires (REMEFAC)

Chargé de la santé de la reproduction au CSCOM-U de Banconi.

Cher Maître

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en nous aidant à parfaire ce sujet de mémoire. Homme de principe, d'humanisme, votre simplicité, votre souci à transmettre vos connaissances et votre rigueur scientifique font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés. Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un modèle à imiter. Ce mémoire est l'occasion pour nous de vous remercier pour tout le sacrifice consenti pour nous et pour la confiance et le soutien que vous avez eu à notre égard. Soyez rassuré de notre profonde gratitude. Que le bon Dieu vous prête la santé et la paix du Cœur.

SIGLES ET ABREVIATIONS

CSCOM-U : centre de santé communautaire Universitaire

CSREF : centre de santé de référence

CPN : consultation prénatale

DRS : direction régionale de la santé

OMS : organisation mondiale

PR : professeur

SR : santé de la reproduction

SONUC : soins obstétricaux et néonataux complet

SONUB : soins obstétricaux et néonataux de base

Table des matières

INTRODUCTION.....	48
1. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	52
1.1. Objectif général	52
1.2. Objectifs spécifiques.....	52
2. REVUE DE LA LITTERATURE.....	52
3. METHODE D'ETUDE.....	57
3.1. Le cadre de l'étude	57
3.2. Type de l'étude	57
3.3. La période de l'étude	57
3.4. La population de l'étude.....	57
3.5. ECHANTILLONNAGE.....	57
3.6. Considération éthiques	Erreur ! Signet non défini.
3.7. le plan d'analyse des résultats.....	58
3.8. Les difficultés rencontrées	58
3.9. Définition des variables	58
4. RESULTATS.....	Erreur ! Signet non défini.
4.1. Présentation de l'échantillon.....	60
4.2. Résultats qualitatifs.....	68
5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	69
CONCLUSSION.....	73
RECOMMANDATION	74
REFERNCES	75
ANNEXES	77
Fiche d'enquête	77

Liste des tableaux :

Tableau I : Répartition des femmes en fonction des caractéristiques sociodémographiques selon les tranches d'âges	60
Tableau II : Répartition des femmes en fonction de leur profession	60
Tableau III : Répartition en fonction du niveau d'instruction.....	61
Tableau IV : Répartition des femmes en fonction du statut matrimonial	61
Tableau V : Répartition des femmes en fonction le régime matrimonial.....	62
Tableau VI : Répartition des femmes en fonction des sources de revenus.....	62
Tableau VII ; Répartition des femmes en fonction de la profession du mari.....	63
Tableau VIII : Répartition des femmes en fonction des difficultés	63
Tableau IX : Répartition des femmes en fonction le coût du transport.....	64
Tableau X ; Répartition selon Qui assure le transport.....	64
Tableau XI : Répartition Selon la personne qui donne l'autorisation à se rendre	65
Tableau XII : Répartition des femmes en fonction de l'accès au personnel du Cscm-u	65
Tableau XIII : Répartition selon l'accès des agents.....	66
Tableau XIV : Répartition selon l'accès au Guichet	66
Tableau XV : Répartition selon l'accès au laboratoire	67
Tableau XVI : Répartition selon l'accès aux médicaments	67
Tableau XVII : Répartition selon l'accueil	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XIX : Répartition selon l'accès au traitement de l'ASACOBA	68

INTRODUCTION

L'accessibilité aux services de santé 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, au bon endroit et au bon moment en englobant des dimensions multiples telles que la disponibilité, la proximité géographique l'abordabilité, l'acceptabilité culturelle et sociale en s'assurant la présence ou l'absence potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles, informationnelles et géographiques [1]

La disponibilité ou l'existence d'une offre de soins suffisantes (personnel, équipement, structure)

L'abordabilité : capacité financière de payer les soins

L'acceptabilité : alignement des services avec les attentes sociales et culturelles des usagers

L'information : capacité à connaître les services et à les solliciter

L'accessibilité est condition essentielle pour l'équité en santé visant à réduire les inégalités de santé en levant les obstacles tel que l'éloignement géographique, le manque de transport, le coût financier, le problème linguistique, handicaps physiques, locaux non adaptés, manque d'information, réticence culturelle [1]

Dans la littérature scientifique l'accessibilité aux services de santé est définie comme le degré d'adéquation entre les caractéristiques de la population et les ressources de soins. La définition de référence largement citée depuis les travaux de Penchansky et Thomas (1981) repose sur cinq dimensions majeures appelées les « 5 A » à savoir :

- ✓ Disponibilité =Availability
- ✓ Accessibilité géographique=Accessibility
- ✓ Commodité =Accommodation
- ✓ Abordabilité financière=Affordability
- ✓ Acceptabilité=Qceptability. (Google scholar)

Les obstacles et enjeux à l'accessibilité des services de santé encore appelés barrières il s'agit de soit l'éloignement géographique, du manque de transport (barrières spatiales), de coût financier, de problème linguistique, locaux non adaptés, manque d'information, la réticence culturelle (barrières non spatiales).

L'OMS définit l'accès comme la capacité des personnes à recevoir les soins nécessaires au bon endroit et au bon moment

Les problèmes dans nos aires de santé incluent le manque de professionnalisme, la persistance des maladies infectieuses, l'essor des maladies non transmissibles et les défis liés aux déterminants sociaux comme la pauvreté et les croyances culturelles affectant surtout les populations vulnérables. Ces enjeux entraînent des retards de traitement, des complications et une insatisfaction générale [14]

L'accès des femmes en âge de procréer aux services de santé est un enjeu de droit humain et de santé publique visant à réduire la mortalité maternelle et à assurer la planification notamment l'accès aux sages-femmes. Cependant, des barrières liées à la distance, aux coûts et au manque de sensibilisation persistent particulièrement en zones rurales.

Satisfaction : est une grandeur subjective qui reflète les préférences et les attentes personnelles des patients. Les perceptions individuelles, forcément subjectives, d'une réalité vécue par les patients, peuvent être différentes de la réalité objective de l'expérience d'hospitalisation, et ne pas correspondre à celles des personnels de soin et des gestionnaires

La mesure de la satisfaction des patients se fait généralement à l'aide d'un questionnaire qui explore ses multiples dimensions. A chaque enquête correspond un questionnaire différent, ce qui permet d'aborder chaque problème dans son contexte.

Santé : Dans la Constitution de l'OMS, adoptée en 1948, la santé est définie comme suit : La santé est un état de complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'invalidité.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé : « L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le meilleur résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » [11]

ENONCE DU PROBLEME

L'accessibilité aux services de santé des femmes en âge de procréer au Mali est entravée par des facteurs socioculturels, la précarité économique et une inégale répartition géographique révèlent des obstacles dans l'utilisation de la planification familiale et la santé de la reproduction

Les études indiquent que le système de santé repose sur le renforcement des soins de base (SONUB/SONUC) et le suivi prénatal (CPN1_4) pour améliorer ces indicateurs [14]

Les efforts déployés par le gouvernement du Mali avec l'appui des partenaires techniques et financiers pour améliorer significativement l'état de santé des femmes et des enfants

En 2010, 61 structures de santé (59 CSREFS et 2 Cscm) offraient des SONUC. Par contre seulement 76 Cscm offraient des SONUB sur 1050 structures potentiellement SONUB soit 7,2%. Des contraintes importantes pèsent encore sur le fonctionnement du système, entre autres le déficit de couverture en SONUB, les ruptures de stocks des kits, l'insuffisance dans la fonctionnalité des caisses de solidarité ainsi que les obstacles géographiques et financiers que rencontrent les femmes pour parvenir à temps aux services de santé.

Les insuffisances relevées au cours de la consultation prénatale pendant les différentes supervisions intégrées : défauts de remplissage, temps d'attente assez long, geste et attitudes incomplètement exécutés, activités de prévention parfois négligées sont souvent décrites comme facteurs de non qualité. Elles ont été définies, par l'enquête sur l'équité dans l'accès aux soins menée dans cinq pays d'Afrique de l'ouest en 2005 : Guinée, Côte d'ivoire, Mali, Sénégal ; Niger comme principal facteur de l'exclusion des femmes [6]

Ainsi, l'effort est lancé afin de répondre non seulement aux normes techniques d'un service, mais aussi pour satisfaire les attentes des patients. On ne parle plus de qualité technique uniquement, mais de qualité perçue.

La manifestation verbale ou écrite de la satisfaction du patient est un jugement qu'il porte sur tous les aspects des soins, et particulièrement la dimension interpersonnelle. Certains patients sont reconnaissants alors que des soins n'étaient pas optimaux. Inversement, il existe des patients pour lesquels les conditions hospitalières ainsi que celles des soins fournis ont été les meilleures mais qui se plaignent de leur sort.

La satisfaction est ainsi, une grandeur subjective qui reflète les préférences et les attentes personnelles des patients. Les perceptions individuelles, forcément subjectives, d'une réalité vécue par les patients, peuvent être différentes de la réalité objective de l'expérience, ce qui d'hospitalisation, et ne pas correspondre à celles des personnels de soins et à l'amélioration de l'état de santé tel qu'il est perçu par le patient.

La mesure de la satisfaction des patients se fait généralement à l'aide d'un questionnaire qui explore ses multiples dimensions. A chaque enquête correspond un questionnaire différent, ce qui permet d'aborder chaque problème dans son contexte [12]

QUESTION DE RECHERCHE

L'accessibilité, l'accueil, le cadre des soins jouent-ils un rôle dans la satisfaction des patients ?

HYPOTHESE DE RECHERCHE

L'accessibilité, l'accueil, le cadre des soins, l'offre des soins ont un rôle dans la satisfaction des patients

1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1.1. Objectif général

Etudier les analyses des besoins des femmes en âge de procréer en matière d'accès aux services de santé

1.2. Objectifs spécifiques

- ✓ Lister les difficultés qu'ont les femmes pour accéder aux services de santé
- ✓ Recenser les besoins des femmes en matière des soins de santé
- ✓ Décrire le pouvoir des femmes en matière d'accès aux services de santé
- ✓ Recenser les propositions de solution faites par la population

2. REVUE DE LA LITTERATURE

La mise en place de programmes de santé publique destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants a vu le jour en Europe vers la fin du XIXe siècle. Avec le recul, les raisons de cette sollicitude dévoilent leur cynisme : à l'époque, les gouvernements voyaient dans la bonne santé des mères et des enfants un moyen de soutenir leurs ambitions économiques et politiques. Nombre de responsables politiques Européens estimaient que la santé déficiente des enfants de leur nation

Savait leurs aspirations culturelles et militaires. Ce sentiment était particulièrement marqué en France et en Grande Bretagne qui avaient de la peine à recruter des hommes suffisamment valides, bons pour le service militaire. Dans les années 1890, les initiatives de précurseurs français tel que Léon Dufour (la goutte de lait), et Pierre Baudin (la consultation des nourrissons) ont été une source d'inspiration pour les gouvernements. Ces programmes constituaient un moyen scientifique Convainquant d'avoir des enfants en bonne santé, susceptible de devenir des travailleurs productifs et des soldats robustes. Ces programmes pouvaient également s'appuyer de plus en plus sur les réformes sociales et les mouvements qualitatifs qui se faisaient toujours à l'époque. C'est ainsi que tous les pays industrialisés et leurs colonies, de même que la Thaïlande et de nombreux pays d'Amérique latine, avaient mis en place dès le début du XXe siècle au moins un embryon de service de santé maternel et infantile. La première guerre mondiale a accéléré le mouvement et voilà comment Joséphine Baker, responsable de la division de l'hygiène infantile de la ville de New York résumait les choses : (au risque d'être taxé d'insensibilité, on est bien obligé de dire que la guerre a constitué une rupture équivoque dans la situation des enfants). C'est après la seconde guerre mondiale que ces programmes ont véritablement commencé. A la lumière des évènements mondiaux, on s'est vite rendu compte qu'il était dans l'intérêt publique, que les gouvernements jouent un rôle et prennent leurs responsabilités à cet égard et, en 1948, la déclaration universelle des droits de l'homme proclamé par l'organisation des nations unis nouvellement crée leur a fixé l'obligation d'assurer une aide et une assistance spéciale 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, 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 par la suite par les gouvernements et d'autres conférences internationales dont le sommet mondial pour les patients (e)s mettant en question les décisions de leur médecin ou leur sage-femme, les change s'ils ne sont pas satisfaits (e)s. Ils exigent des résultats et forment même des associations pour défendre leurs intérêts. [6]. Ainsi, l'effort est lancé afin de répondre non seulement aux normes techniques d'un service, mais aussi pour satisfaire les

attentes des clients les plus variées. On ne parle plus de qualité technique uniquement, mais aussi de qualité perçue. La manifestation verbale ou écrite de la satisfaction du patient est un jugement qu'il porte sur tous les aspects des soins, et particulièrement la dimension interpersonnelle. Certains patients sont reconnaissants alors que la qualité des soins n'était pas optimale. Inversement, il existe des patients pour lesquels les conditions hospitalières ainsi que celles des soins fournis ont été les meilleures, mais qui se plaignent de leur sort.

La satisfaction est ainsi, une grandeur subjective qui reflète les préférences et les attentes personnelles des patients. Les perceptions individuelles, forcément subjectives, d'une réalité vécue par les patients, peuvent être différentes de la réalité objective de l'expérience d'hospitalisation, et ne pas correspondre à celles des personnels de soins et des gestionnaires. La satisfaction des patients est considérée comme un indicateur de la qualité des soins.

Elle est corrélée à l'adhésion thérapeutique, à la continuité des soins et à l'amélioration de l'état de santé tel qu'il est perçu par le patient. La mesure de la satisfaction des patients se fait généralement à l'aide d'un questionnaire qui explore ses multiples dimensions. A chaque enquête correspond un questionnaire différent, ce qui permet d'aborder chaque problème dans son contexte. On a décidé d'appeler les patients ici par le nom « clients ». En économie de la santé, les clients sont l'entité de la demande et les professionnels de santé sont celle de l'offre des soins. Pour atteindre leur degré de satiété, il faut que l'offre des soins de qualité satisfasse la demande des patients qui sont les clients. [9] Demander à un patient s'il est satisfait sous-entend aussi qu'il possède tous les éléments de comparaison, tous les choix possibles ainsi que leurs standards.

La satisfaction du patient est une composante de l'évaluation de la qualité des soins.

La mesure de la satisfaction des patients s'inscrit dans un contexte global de montrer la place des usagers dans l'organisation du système de santé et la place croissante des démarches qualités. Le service rendu aux clients et la façon dont ce service est apprécié par ceux-ci constitue un point essentiel dans les relations entre soignants et soignés.

Les patients sont aujourd'hui des partenaires actifs des soins qui leur sont proposés et leur satisfaction est considérée comme un indicateur de la qualité des soins. Le recueil de leur point de vue est nécessaire pour évaluer la qualité d'un système de soins au même titre que les considérations techniques que pourront livrer les professionnels de santé. La qualité de cette

nouvelle relation entre le patient et son médecin et de la satisfaction qu'en exprime le patient doit être évaluée afin d'apporter une amélioration continue [12].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé : « L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le meilleur résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » [11] L'intérêt porté à la qualité des soins n'a cessé de croître ces dernières années.

Les raisons en sont multiples : l'évolution constante et rapide de la médecine grâce aux progrès scientifiques, des revendications de plus en plus nombreuses concernant l'accessibilité ainsi que la qualité des soins et les nouvelles technologies, tout en exigeant des garanties de sécurité [14] [3] Toutes ces raisons conduisent à prendre en compte les sentiments de satisfaction exprimée par le patient. Elles prennent d'autant plus de poids, dans le contexte du plus grand degré d'information des personnes sur les maladies et les possibilités de traitement ou de prévention existantes [11]

La mesure de la satisfaction s'appuie sur des moyens multiples : les plaintes, les questionnaires de sortie mais aussi des enquêtes spécifiques ou générales menées à l'initiative des établissements de santé [11] L'analyse de la littérature a montré que les études réalisées sur la satisfaction des patients aux Etats-Unis, dans les pays nordiques et en Europe avaient un taux compris entre 68 et 98% en 2004 [15]

En Afrique, les études sont moins nombreuses.

Au Mali, des efforts ont été consentis pour améliorer la qualité des soins dans le but de satisfaire les usagers des services de santé à travers l'adoption de la loi hospitalière en 2002 et l'investissement dans les infrastructures, les ressources humaines et du matériel.

Cependant, il n'existe pas un système de mesure de la satisfaction des patients, ni un texte réglementaire imposant sa mesure au niveau des structures sanitaires.

En se référant de l'Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM V 2012-2013), la satisfaction des patients ne ressort pas parmi les indicateurs sociodémographiques.

L'initiative de Bamako, adoptée dans les années passées, voulait une politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires tout en renforçant l'équité d'accès aux soins. Dix ans après, deux recherches au Mali et Ouganda puis au Burkina Faso ont constaté le fait cette politique ne s'est pas traduite en un meilleur accès aux services de santé parmi les plus démunis puis qu'elle n'a fait que marginaliser d'avantage certains sous-groupes déjà très vulnérables au profit d'une grande viabilité financière des structures et en fin que l'exemption du paiement pour les indigents est une solution viable mais socialement non envisagée. Cet état de fait implique pour revenir aux principes d'équité, que les états africains doivent organiser des mesures incitatives que les ONG doivent penser de la planification comme un outil de changement social et les bailleurs de fonds s'assurant d'un investissement axé en priorité sur le principe d'équité

Malgré les efforts consentis pour l'amélioration des indicateurs de santé maternelle et infantile au Mali, la mortalité maternelle demeure très élevée 464% des naissances [3], faisant du Mali l'un des pays du monde où une femme qui tombe enceinte ou qui accouche court le plus de risque de mourir, il en est de même que pour son enfant.

L'accessibilité aux services de santé par les femmes demeure un problème crucial et fait l'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

La satisfaction verbale ou écrite de la satisfaction du patient est un jugement qu'il porte sur tous les aspects des soins, et particulièrement la dimension interpersonnelle Certains patients sont reconnaissants alors que la qualité des soins n'était pas optimale inversement, il existe des patients pour lesquels les conditions hospitalières ainsi que celles des soins fournis ont été les meilleures mais qui se plaignent de leur sort

La satisfaction est ainsi une grandeur subjective qui reflète les préférences et les attentes personnelles des patients Les perceptives individuelles forcément subjectives, d'une réalité vécue par les patients, peuvent être différents de la réalité objective de l'expérience d'hospitalisation, et ne pas correspondre à celles des personnels de soins et à l'amélioration de l'état de santé tel qu'il est perçu par le patient

La mesure de la satisfaction des patients se fait généralement à l'aide d'un questionnaire qui explore ses multiples dimensions

3. METHODE D'ETUDE

3.1. Le cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans le centre de santé communautaire universitaire de Banconi (CSCOM-U) de Banconi en commune I du district de BAMAKO

3.2. Type de l'étude

Nous avons mené une étude transversale descriptive quantitative et qualitative

Notre étude s'est déroulée en 2025 elle consistait à interroger les femmes en âge de procréer dans les différentes unités du CSCOM-U afin de connaître les difficultés qu'elles ont pour accéder aux services de santé

3.3. La période de l'étude :

Cette étude s'est déroulée courant 2025 dans le CSCOM- U de Banconi de Juin à septembre

3.4. La population de l'étude :

Population cible : les femmes en âge de procréer résidant dans l'aire de santé de Banconi

Unités déclarantes : les femmes utilisatrices des unités du CSCOM-U de Banconi pendant la période d'étude

Les critères d'inclusion

Etaient incluses dans notre étude les femmes en âge de procréer venues au CSCOM-U pour la consultation au sein de la structure

Les critères de non inclusion

N'étaient pas incluses dans notre étude les femmes venues au CSCOM-U n'ayant pas l'âge de procréer

3.5. ECHANTILLONNAGE :

La méthode d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage non probabiliste a été utilisée

Technique d'échantillonnage : nous avons utilisé la technique d'échantillonnage accidentelle qui consistait à interroger les femmes à la sortie des différentes unités pendant la période de l'étude

La taille de l'échantillon : Pendant cette période nous avons interrogé au total 114 femmes

Les techniques et outils de collecte

Pour le volet quantitatif : les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire

Le questionnaire a été administré auprès des femmes en âge de procréer par des enquêteurs à la sortie des unités.

Pour le volet qualitatif nous avons procédé à des interviews à l'aide d'un guide d'entretien qui a été administré aux femmes en âge de procréer

3.6. Considérations éthiques

Le consentement libre et éclairé de chaque femme a été recueilli avant de l'inclure dans l'étude. Le refus de participation à l'étude n'entraînera pas de modification ni de sanctions à la prise en charge de la patiente

3.7. Analyse des résultats

Les données quantitatives ont été saisies et analysées sur SPPSS version 25 pour les variables catégorielles nous avons fait le test de khi2 avec seuil de signification à 0.05. Pour la partie qualitative après transcription, les données ont été analysées manuellement pour identifier les difficultés qui influent à l'accessibilité des femmes.

3.8. Les difficultés rencontrées

Au cours de cette étude, nous n'avons pas rencontré de difficultés

3.9. Définition des variables

3.9.1. Variables dépendantes

L'accessibilité et satisfaction des femmes du CSCO M-U de Banconi

3.9.2. Variables indépendantes

Nous entendons ici les éléments explicatifs des déterminants de l'accessibilité des femmes aux services de santé.

3.9.3. Définition opérationnelle des variables

Il s'agit ici du sens opérationnel des variables c'est-à-dire, les réalités aussi bien organisationnelles et individuelles ayant une certaine influence sur l'accès aux services de santé

✓ Sources de revenu

Cette variable désigne le moyen financier pour accéder aux services de santé

✓ Le coût/ Distance

C'est le frais de transport pour arriver aux services de santé comment les femmes trouvent le transport c'est-à-dire qui assure le transport ?

✓ Disponibilité du personnel :

Cette variable désigne le fait que le personnel répond à l'appel du patient aussitôt qu'il en exprime le besoin

✓ Accès aux différentes unités :

C'est le délai pendant lequel le patient attend avant d'être reçu par le personnel dont il a besoin

✓ Accueil

Il s'agit de la manière dont le personnel reçoit le patient

✓ Appréciation du coût des médicaments :

Il s'agit là si le coût des médicaments est abordable

Qualité des services

Par cette variable, nous désignons l'excellence du traitement tel qu'apprécie le patient

4. RÉSULTATS

4.1. Présentation de l'échantillon :

Notre étude s'est déroulée au CSCOM-u de Banconi, il s'agissait d'une étude mixte (quantitative et qualitative) sur 114 cas.

4.2. Données quantitatives

4.2.1. Données sociodémographiques

Le niveau de l'accessibilité peut varier selon le profil sociodémographique des femmes et leur perception du CSCOM-U

Tableau I : Répartition des femmes en fonction des caractéristiques sociodémographiques selon les tranches d'âges

Tranche Age	Fréquence	Pourcentage
[16-25]	77	67
[26-35]	33	29
[36-45]	3	3
[46-50]	1	1
Total	114	100

La tranche d'âge de 46-50 était moins représentée dans notre échantillon

Tableau II : Répartition des femmes en fonction de leur profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Ménagère	68	59,6
Vendeuse	13	11,4
Commerçante	7	6,1
Agent de santé	1	0,9
Autres	25	22
Total	114	100

Les ménagères étaient les plus représentées dans notre échantillon

Tableau III : Répartition en fonction du niveau d'instruction

Niveau instruction	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisée	28	24,6
Primaire	33	28,9
Secondaire	37	32,5
Supérieur	2	1,8
Etude coranique	14	12,3
Total	114	100

Le niveau secondaire représentait 32,5% dans notre échantillon

Tableau IV : Répartition des femmes en fonction du statut matrimonial

Etat matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	30	26,3
Mariée	83	72,8
Divorcée	1	0,9
Total	114	100,0

Dans notre échantillon 72,8% des femmes étaient mariée

Tableau V : Répartition des femmes en fonction le régime matrimonial

Régime matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Monogamie	8	7,0
Polygamie	75	65,8
Célibataires	31	27,2
Total	114	100,0

La polygamie représente 65,8% dans notre échantillon

Tableau VI : Répartition des femmes en fonction des sources de revenus

Sources de revenus	Fréquence	Pourcentage
Autres membres de la famille	29	25,4
Elle même	15	13,2
Mari	62	54,4
Mari et Elle même	8	7,0
Total	114	100,0

Les maris étaient les plus représentés dans notre échantillon

Tableau VII ; Répartition des femmes en fonction de la profession du mari

Profession du mari	Fréquence	Pourcentage
Commerçant	52	45,6
Fonctionnaire	7	6,1
Ouvrier	14	12,3
Chauffeurs	20	17,5
Maçons	20	17,5
Ménusiers	1	0,8
Total	114	100,0

Les fonctionnaires représentaient 6,1% dans notre échantillon

Tableau VIII : Répartition des femmes en fonction des difficultés

Quelles sont les difficultés que vous avez pour vous rendre dans une structure de santé ?	Fréquence	Pourcentage
Financières et géographiques	67	58,8
Néant	41	36,0
Sociale	6	5,3
Total	114	100,0

Celles qui ont une difficulté financière représentaient 58,8% dans notre échantillon

Tableau IIX : Répartition des femmes en fonction le coût du transport

Sur l'aspect coût ? en FCFA	Fréquence	Pourcentage
0	28	24,6
1000	40	35,1
1500	2	1,8
2000	1	0,9
300	2	1,8
400	1	0,9
500	39	34,2
600	1	0,9
Total	114	100,0

Celles qui dépensent 1000fr représentaient 35,1% dans notre échantillon

Tableau X : Répartition selon Qui assure le transport

Qui assure le transport ?	Fréquence	Pourcentage
Beaux frères	27	23,7%
Belles sœurs	27	23,6%
Beau/Belle (Père/Mère)	1	0,88%
Elle Même	5	4,39%
Mari	54	47,37%
Total	114	100,00%

Les Maris assuraient le transport dans 47,37%

Tableau XI : Répartition Selon la personne qui donne l'autorisation à se rendre

Autorisation de se rendre dans une structure de santé	Frequence	Percentage
Autres	26	22,81%
Beau/Belle (Père/Mère)	1	0,88%
Elle Même	3	2,63%
Mari	81	71,05%
Parents	3	2,63%
Total	114	100,00%

L'autorisation de se rendre dans un service de santé venait du mari dans 70,18%

Tableau XII : Répartition des femmes en fonction de l'accès au personnel du Cscm-u

Que pensez-vous du CSCOM-U de Banconi ? sur le plan accessibilité du personnel	Fréquence	Pourcentage
Facile	60	52,6
Difficile	54	47,4
Total	114	100,0

Au total 52% des femmes trouvaient que l'accès au personnel était facile

Tableau XIII : Répartition selon l'accès des agents

Accès au agents	Fréquence	Pourcentage
Facile	102	89,47%
Difficile	12	10,53%
Total	114	100,00%

L'accès aux agents était facile dans 89,47%

Tableau XIV : Répartition selon l'accès au Guichet

Accès au guichet	Fréquence	Pourcentage
Facile	85	74,56%
Difficile	29	25,44%
Total	114	100,00%

L'accès au Guichet était difficile dans 25,44%

Tableau XV : Répartition selon l'accès au laboratoire

Accès au laboratoire	Fréquence	Pourcentage
Facile	99	86,84%
Difficile	15	13,16%
Total	114	100,00%

Les femmes trouvaient que l'accès au laboratoire était difficile dans 13,16%

Tableau XVI: Répartition selon l'accès aux médicaments

Accès aux médicaments	Fréquence	Pourcentage
Facile	94	82,46%
Difficile	20	17,54%
Total	114	100,00%

L'accès aux médicaments était facile dans 82,46%

Tableau XVII : Répartition selon l'accès au traitement de l'ASACOB

Accès au Traitement	Fréquence	Pourcentage
Facile	9	7,89%
Difficile	105	92,11%
Total	114	100,00%

L'accès au traitement à l'ASACOB était difficile dans 92,11%,

4.3. Résultats qualitatifs

4.3.1. Accès aux services

Dans notre échantillon 14,04% trouvent que l'accès aux médicaments à l'ASACOB n'est pas facile.

Seules 13,16% des femmes trouvent que l'accès au Laboratoire n'est pas facile, 25,44% des femmes trouvent que l'accès au guichet n'est pas facile. Dans notre échantillon 10,53% des femmes trouvent que l'accès aux agents n'est pas facile

Les enquêtées dans la majorité disent que l'accès à la structure est facile, ainsi qu'.au guichet, au laboratoire, aux personnels, à la pharmacie, que les médicaments ne sont pas chers quelles sont satisfait des soins reçus, que les personnels sont gentils enfin que l'accueil est bon.

Par contre d'autres ont des difficultés pour accéder aux services des santé

- ✓ Quelles sont les difficultés d'accès aux soins : certaines disent :

- Economique : « *mon mari refuse de me donner l'argent* »
- Sociale : je dois faire la cuisine avant de venir
- Accessibilité géographique : j'habite un peu loin de la structure
- ✓ A la question comment vous trouvez qu'une autre personne prend la décision à ta place pour que tu partes dans une structure de santé ? La majorité des enquêtées partage cette décision et que c'est normal si tu es sous l'autorité ou sous la tutelle d'une personne.
- ✓ A la question comment trouver-vous le transport ? sur l'aspect qui assure le transport, la distance et le coût. Presque chez toutes les femmes mariées enquêtées le transport est assuré par leurs maris, la distance plus ou moins longue (ne connaissant pas le kilométrage entre leurs quartiers et les structures)

Malgré ces bonnes impressions, quelques usagers expriment, leurs frustrations ou critique le comportement des personnels.

« Certaines sages- femmes criaient sur nous à la maternité »

« Certains agents sont très lents »

« Dans les salles de soins on est négligé ». « l'accès au guichet n'est pas facile, si c'était deux guichets et deux salles d'Echographie le temps d'attente serai réduit »

« Au laboratoire ils prennent trop de temps pour nous remettre les résultats d'analyses »

« Les vaccinateurs nous négligent et font du favoritisme »

4.3.2. Proposition d'un plan de solution

Concernant les difficultés : nous proposons une sensibilisation, éducation, information à travers les médias. **Au niveau du guichet** : ajouter un second guichet Plus de personnels au niveau de la salle de laboratoire et Echographie pour limiter le temps t'attente. Le respect des usagers, en respectant l'ordre d'arriver. Ces différentes propositions de solution sont une interpellation aux autorités sanitaires de l'aire de santé et aux prestataires de service du CSCOM-U de Banconi.

5. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

L'étude a porté sur 114 utilisatrices. Les résultats de notre étude ont montré que la tranche âge de 16-25 ans étaient la plus représentée avec un pourcentage de 68% pendant que la tranche d'âge

46-50 ans étaient la moins représentée avec un pourcentage de 1% , 26-35ans 29% et 36-45 ans 3%. Selon le résultat de notre enquête 59% des femmes étaient ménagères agent de santé 21,9%, vendeuse 11,4%, commerçante 6,1%

Nous avons trouvé dans notre étude que 58,8% des femmes ont des difficultés économiques pour se rendre dans une structure de santé, difficultés sociales 5,3%, 36,6% n'avaient pas de difficultés

Les résultats de notre enquête ont montré que 52,6% des femmes ont l'accès facile au personnel du cscm-u de Banconi, 47,4% trouvent que l'accès est peu facile

L'accessibilité est liée aux informations que les personnes reçoivent sur l'offre de soins et sur la santé tandis que la capacité à percevoir renvoie au fait de savoir que l'on est malade et qu'il existe des services disponibles et efficaces pour se faire soigner. Cette capacité à percevoir est influencée par les croyances et les connaissances sur la santé et les maladies.

L'analyse révèle que le besoin de santé n'a pas souvent été perçu par les populations à cause de la perception ou des idées sur leur état de santé et sur leur maladie.

Au Burkina Fasso, Iiboudo et coll. (2016) ont montré que la perception de la gravité de la maladie (une maladie de maison ou de l'hôpital) influence le recours à un service de santé moderne. En effet, les personnes qui avaient une perception moins grave de leur maladie n'ont pas consulté un professionnel de santé.

Dans le domaine de la santé sexuelle et de reproduction des femmes, l'analyse montre que la consultation prénatale (CPN) est perçue également par certaines femmes en zone rurale comme relevant des soins curatifs, cette perception reste cohérente avec le regard qu'elles portent sur la grossesse, un état naturel, non pathologique qui ne nécessite donc pas un suivi médical. En plus, ces femmes n'avaient pas de connaissances sur les objectifs, les avantages et le calendrier des CPN. Plusieurs femmes ignoraient l'importance de la première CPN au premier trimestre de la grossesse. Souvent le non recours résulte d'une intériorisation des normes sociales reliées à la procréation. Par exemple, des femmes de 40ans et plus en milieu rural décident souvent de cacher une grossesse qu'elles considèrent comme « honteuses », voire « une mauvaise grossesse ». Elles choisissent de renoncer aux centres de santé par peur d'être qualifiées de « vieille qui accouche » par les professionnels de santé (Niang et COLL.2015).

Il apparaît également que même en contexte d'exemption du paiement, des femmes ont accouché à domicile, car elles n'ont pas perçu un besoin de santé qui nécessite l'accouchement assisté par un professionnel de santé. En effet, les communautés pensaient que les services de santé ne devraient être utilisés qu'en cas de complications (Belaod and Ridde,2014). Aussi, le manque d'information sur l'offre de soins et la maladie agit sur la capacité à percevoir la nécessité de recourir aux soins de santé. Tous ces aspects expliquent le faible taux d'accès aux services de santé.

L'acceptabilité de l'offre sanitaire et capacité des populations à chercher ou solliciter les soins de santé est le fait que les personnes acceptent et jugent pertinents certains aspects de l'offre de soins, la capacité à solliciter des soins est liée à l'autonomie personnelle de choisir ou de demander des soins, aux facteurs culturels qui peuvent empêcher certaines populations de chercher des soins.

L'originalité et l'intérêt de cette étude tiennent du fait d'avoir réalisé une synthèse des connaissances sur les facteurs limitant le recours aux soins.

Kouanda et Coll.,2016 montre que la crainte d'être réprimandées par le personnel de santé a conduit les femmes qui n'ont pas effectué de CPN à renoncer à un accouchement dans un centre de santé malgré l'exemption du paiement.

5.1. Besoins des femmes en matière des soins de santé

Nous avons trouvé dans notre étude que l'autorisation pour se rendre au Centre de Santé Universitaire de Banconi venait des maris dans 78,18% et assuraient le transport dans la majorité des cas soit 47,37%. Ce résultat est comparable aux résultats *de l'étude participative sur les perceptions et obstacles à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive dans les zones rurales de la province de l'Ituri En RDC en 2025* qui a trouvé 40 % des femmes déclarent ne pas pouvoir accéder aux services sans l'accord de leur conjoint. [19]

5.2. Le pouvoir des femmes en matière d'accès aux services de santé

Les sources de revenu des femmes viennent de leurs maris dans 54,39% de cas. Ce qui explique le faible pouvoir ou d'autonomie de décision des femmes expliquant le recours tardif et même le non recours aux services de santé. Les femmes déclarent ne pas pouvoir accéder aux services de

santé sans l'accord de leur conjoint dans 71,05% de cas contre une étude *En RDC (Kavugho, Louange Vaherwaki, et al) en 2025 qui a trouvé 40 %*. [19]

5.3. Les difficultés qu'ont les femmes pour accéder aux services de santé

Notre étude au-delà du faible pouvoir d'achat des femmes, plusieurs facteurs tels que la barrière géographique, des frais indirects (médicaments, transport, documents administratifs) que les familles majoritairement pauvres, ne peuvent assumer. Des études ont mentionné la barrière géographique comme facteur d'exclusion des services de santé comme au Ghana (O'Connell et coll.,2015).

Une partie des femmes, soit près de 8% affirment non satisfaites de la qualité des soins et 25% à l'accueil (accès au guichet) contre 68% d'insatisfaction liée à la qualité de l'accueil dans les centres de santé dans une étude *En RDC (Kavugho, Louange Vaherwaki, et al) en 2025*.

5.4. Les propositions de solution faites par les enquêtées

Dans notre étude, les femmes enquêtées ont formulé comme solutions aux différentes difficultés évoquées :

- ✓ Autonomisation des femmes,
- ✓ Plus d'implication à la prise de décision au niveau des ménages
- ✓ Amélioration de l'organisation des services (accès au guichet et aux prestataires)
- ✓ Prise en charge gratuite des indigents.

5.5. Limites de l'étude

La seule limite dans cette étude est l'absence d'étude similaire sur « l'accessibilité des femmes aux services de santé au niveau des CSCOM »

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de noter que parmi les femmes en âge de procréer du CSCOM-U de Banconi, 58,8% ont des difficultés économiques d'accéder à une structure de santé, 5,3% ont des difficultés sociales contre 36% qui n'ont aucune difficulté. L'accès au personnel facile dans 52,6% et difficile dans 47,4%.

Les besoins des femmes du CSCOM-U de Banconi en âge de procréer en matière d'accès aux services de santé de l'autorisation d'aller dans une structure de santé, des difficultés d'accès aux soins, de l'accueil, de l'accessibilité du personnel, de l'accès aux médicaments, et l'accès au guichet. Des actions correctives telle que la sensibilisation du personnel pour le respect des usagers des mesures pour réduire le temps d'attente devant le guichet, la pharmacie, le laboratoire, la salle d'échographie.

RECOMMANDATIONS

ASACO COMMUNAUTE

- Sensibiliser la communauté de l'importance de l'accessibilité aux services de santé en organisant des activités d'animation, mieux impliquer les hommes(chefs de famille)
- Recruter du personnel au niveau des unités qui sont dans le besoin.
- Créer des activités de revenus pour les femmes

PERSONNELS TECHNIQUES

- Respecter des heures de services
- Respecter des usagers, pas de jugement critique
- Améliorer la communication interpersonnelle (prestataires - usagers)

CSREF/DRS

- Superviser les recommandations faites
- Assurer la formation continue des agents

REFERNCES

1. Inspection Générale des Affaires Sociales. La mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé. Paris: IGAS. 2007. Google Scholar
2. Agence National accréditation en Santé (ANAES). La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé, revue de la littérature médicale. Paris : ANDEM/Service Evaluation Hospitalière. 1996. Google Scholar
3. Bovier P, Haller D, Lefebvre D. Mesurer la qualité des soins en médecine de premier recours : difficultés et solutions: Médecine ambulatoire. Médecine Hygiène. 2004. Google Scholar
4. Gasquet I. Satisfaction des patients et performance hospitalière. Presse Med. 1996; 28(29): 1610-3. Google Scholar
5. ANAES. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé Revue de la littérature médicale. 1996 ;45. Google Scholar
6. Dipama D. Evaluation de la satisfaction des patients dans le service des Urgences Médicales du Centre Hospitalier Universitaire, Yalgado Ouédraogo. 2011. Google Scholar
7. Pascoe G. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. Eval Program Plann. 1983;6:185–210. [PubMed]
8. Gasquet I. Satisfaction des patients et performance hospitalière. Presse Med. 1999
9. Mémoire Master en santé publique option santé communautaire 2018-2019. Bouakar Traoré : thème : satisfaction des usagers de la CPN à la maternité du CSCOM de l'ASACOBOULI (commune I du district de Bamako).
10. Barlési F, Chabert-Greillier L, Loundou A et al. Validation de la version française du Princess Margaret Hospital Patient Satisfaction with Doctor Questionnaire (PMH/PSQ-MD): le F-PMH/PSQ MD. Rev Mal Respir. 2006; 23(3): 227 36. PubMed | Google Scholar
Lonema K. Enquête de satisfaction des usagers de Dermatologie. Vénérologie du Centre Hospitalier Universitaire, Yalgado Ouédraogo. 2016. Google Scholar
11. Zongo J. Evaluation de la satisfaction des bénéficiaires de l'offre de soins dans les maternités de la ville de Ouagadougou. 2011. Google Scholar

12. Lonema K. Enquête de satisfaction des usagers de Dermatologie. Vénérologie du Centre Hospitalier Universitaire, Yalgado Ouédraogo. 2016. Google Scholar.
13. Yameogo A. Evaluation de la satisfaction des patients hospitalisés sur leur prise en charge dans le service de Neurologie du Centre Hospitalier Universitaire, Yalgado Ouédraogo. 2013. Google Scholar
14. Bougmiza I, Ghardallou ME, Zedini C et al. Evaluation de la satisfaction des patientes hospitalisées au service de gynécologie obstétrique de Sousse, Tunisie. Pan Afr Med J. 2011; 8: 44. PubMed | Google Scholar
15. Reeder L. The patient-client as a consumer: some observations on the changing professional-client relationship. J Health Soc Behav. 1972; 13:406–12. [PubMed]
16. Mémoire de fin d'étude promotion (2015-2017) Dr chaoui hanane thème : L'accueil de l'utilisateur à l'hôpital public. Cas de l'hôpital des spécialités de Rabat
17. Mémoire Master en santé publique option santé communautaire (2018-2019) : Etude de la satisfaction des usagers de la CPN à la maternité du CSCOM de l'ASACOBOULI en commune I du district de Bamako
18. Kavugho, L V et al. « Étude Participative Sur Les Perceptions Et Obstacles A L'accès Aux Services De Santé Sexuelle Et Reproductive Dans Les Zones Rurales De La Province De l'Ituri En RDC ». International Journal for Multidisciplinary Research (IJFMR), Volume 7, Issue 3, May-June 2025, p. 4-10. E-ISSN: 2582-2160, Website: www.ijfmr.com

ANNEXES

Fiche d'enquête

A. Données sociodémographiques

- Age :
- Profession :
 - Ménagère :
 - Vendeuse :
 - Fonctionnaire
 - Commerçante
 - Agent de santé
 - Autres
- Niveau d'instruction
 - Non scolarisée
 - Primaire
 - Secondaire
 - Supérieur
 - Etude coranique
- Etat matrimonial
 - Célibataire
 - Mariée
 - Veuve
 - Divorcée
 - Régime matrimonial si mariée : monogamie polygamie
- Sources de revenus
- Type de famille : Famille nucléaire Grande Famille
- Si grande famille, combien de ménage dans la famille : /____/
- Ne Nombre de personne dans la famille
- Prix de la popote
- Profession du mari
 - Cultivateur

- Commerçant
- Fonctionnaire
- Ouvrier
- Autres

Accès aux services de santé

Quelles sont les difficultés que vous avez pour vous rendre dans une structure de santé ?

Qualitative	Quantitative
<p>Autorisation d'aller dans une structure de santé</p> <p>Comment vous trouvé cette décision que ce soit quelqu'un d'autre qui la prenne pour votre propre santé ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Beau/Belle (Père/Mère)</p> <p><input type="checkbox"/> Beau/Belle (Frère/Sœur)</p> <p><input type="checkbox"/> Mari</p> <p><input type="checkbox"/> Ami</p> <p><input type="checkbox"/> Elle-même</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p>
<p>Le transport (coût/distance)</p> <p>Comment trouvez-vous le transport ? Sur l'aspect qui assure le transport ? Sur l'aspect distance ? sur l'aspect coût ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Qui assure le transport ? Beau/Belle (Père/Mère)</p> <p><input type="checkbox"/> Beau/Belle (Frère/Sœur)</p> <p><input type="checkbox"/> Mari</p> <p><input type="checkbox"/> Ami</p>

.....	<input type="checkbox"/> Elle-même <input type="checkbox"/> Autre Combien coûte le transport ? : Quelle est la distance ? :
----------------------------------	--

- I-** Es- ce que nos structures répondent aux besoins des femmes en matière d'accès aux services et soins
- II-** Quelles sont les difficultés d'accès aux soins
 - Social
 - Economique
 - Accessibilité
- III-** Proposez un plan de solution
- IV-** Quelles sont vos recommandations pour améliorer l'accès aux services et soins