



MOBILITE ET ACCES DES PATIENTS AUX SOINS DE SANTE DANS LES DISTRICTS SANITAIRES DES CERCLES DE KITA ET DE KOUTIALA (MALI)

MOBILITY AND PATIENT ACCESS TO HEALTH CARE IN THE HEALTH DISTRICTS OF CERCLES DE KITA AND KOUTIALA (MALI)

¹ KONE Kamba, ² FOFANA Sory Ibrahima.

¹ Maitre- assistant, Faculté d'Histoire et de Géographie (FHG), Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB), kambakone@yahoo.fr

² Maitre- assistant, Faculté d'Histoire et de Géographie (FHG), Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB), soryifofana@gmail.com

KONE Kamba et FOFANA Sory Ibrahima, Mobilité et accès des patients aux soins de sante dans les districts sanitaires des cercles de Kita et de Koutiala (Mali), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 4 (8), 87-98, [En ligne] 2021, mis en ligne le 30/12/2021, consulté le 2021-12-30 22:34:00, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=227>

Résumé

L'accès aux soins de santé en Afrique constitue une préoccupation majeure pour les autorités qui le plus souvent est entravé par la distance géographique. L'insuffisance de la disponibilité des services de transport est accentuée par le mauvais état des infrastructures routières. Cette situation constitue l'un des problèmes entravant l'accès des populations aux services de santé dans les cercles de Kita et de Koutiala. Pendant la période d'hivernage, certaines zones vivent dans l'isolement du fait de l'inaccessibilité de leur terroir. Face à cette situation, ce travail vise à analyser les distances d'accès et les modes de

transport utilisés par les patients pour rejoindre les centres de santé dans les cercles de Kita et de Koutiala. Une enquête socio-démographique a été effectuée auprès de 762 ménages. L'entretien a été mené auprès de 23 agents de santé. Ils étaient composés de deux médecins chefs du centre de santé de référence de Kita et de Koutiala, neuf Directeurs Techniques du Centre (DTC), quatre sages femmes, deux pharmaciens, deux infirmiers, trois aides-soignants. Les résultats ont montré que les pistes entretenues sont les plus empruntées par les patients dans les deux cercles avec respectivement 77% à Koutiala et 59% à Kita. Aussi 46% des enquêtés mettent au moins d'une heure de temps pour atteindre un hôpital du district (CSRéf) à Koutiala, et 37% à Kita. Quant à l'accessibilité géographique, 80% des enquêtés se situant à une distance de 5 km estiment que les centres sont proches de la population.

Mots clés : mobilité, accessibilité, routes, distance, Kita, Koutiala

Abstract

Access to health care in Africa is a major concern for the authorities, which is often hampered by geographic distance. The insufficient availability of transport services is compounded by the poor

condition of road infrastructure. This situation is one of the problems hindering the populations' access to health services in the circles of Kita and Koutiala. During the rainy season, some areas live in isolation due to the inaccessibility of their land. Faced with this situation, this work aims to analyze the access distances and modes of transport used by patients to reach the health centers in the circles of Kita and Koutiala. A socio-demographic survey was carried out among 762 households. The interview was conducted with 23 health workers. They were made up of two senior doctors of the Kita and Koutiala referral health center, nine Technical Directors of the Center (DTC), four midwives, two pharmacists, two nurses, three nursing assistants. The results showed that the maintained trails are the most used by the patients in the two circles with respectively 77% in Koutiala and 59% in Kita. Also 46% of respondents take at least an hour to reach a district hospital (CSRéf) in Koutiala, and 37% in Kita. As for geographic accessibility, 80% of respondents located at a distance of 5 km believe that the centers are close to the population.

Keywords: Mobility, accessibility, roads, distance, Kita, Koutiala.

INTRODUCTION

En Afrique subsaharienne, l'accessibilité aux soins reste faible, en particulier en zone rurale. Cette accessibilité est beaucoup entravée par la distance de parcours et les moyens de transport dont dispose la population. Celle-ci constitue un handicap, dans de nombreux pays, où le taux d'utilisation des services de santé atteinrent rarement 0,5 contact par personne et par an en Afrique subsaharienne (Kadar et al., 2000, p.905). Le Mali ne fait pas exception à la règle car le taux d'utilisation des services de santé est de l'ordre de 0,4 (SLISS, 2018, p.32). Dans le langage courant, l'accessibilité est employée pour désigner « ce qui est à portée » (Bur, 2008, p.7). En considérant la dimension géographique de la notion d'accessibilité, la définition des

spécialistes de la géographie des transports nous semble plus adaptée à notre contexte. Elle est une composante essentielle de la mobilité et se définit comme la plus grande facilité de rejoindre un lieu « à partir d'un ou de plusieurs autres lieux » en utilisant tels modes de transport, mais d'évaluer la pénibilité du déplacement et la difficulté de la mise en relation (Bavoux et al, 2005, p.18). Dans la gestion efficace du territoire, la distance, le temps d'accès et la desserte en infrastructures sont des éléments fondamentaux pour une meilleure organisation de l'espace géographique. Selon la Géographie des transports, l'accessibilité est le fait de rejoindre une zone sans difficulté avec un système de transport efficace. Cette accessibilité est généralement caractérisée par de multiples problèmes liés aux « distances » à savoir la distance euclidienne, la distance sur réseau, la distance-temps..., (Bur 2000, p. 8). Le réseau de transport permet de déterminer le degré de proximité, la distance d'accès entre les différents lieux. Face à ces questions de déplacements, l'accessibilité revêt un rôle particulier (Bur, 2000, p.7). L'initiative de Bamako dans ces résolutions a été l'un facteur déclencheur de l'accès des populations africaines aux soins de santé primaires (SSP). Cependant, ces SSP ont connu des difficultés dans leur mise en œuvre, surtout le financement des activités, la qualité des soins, le manque de médicament et de ressources humaines et matérielles. Le programme d'ajustement structurel que le Mali a connu en 1982 a été défavorable aux groupes vulnérables que sont les femmes et les enfants. Les secteurs de l'éducation et de la santé ont été fortement touchés par ce fléau. Ce phénomène a conduit, à la fin des années 1980, au « recouvrement de coûts ». La première expérience de paiement direct par les ménages a été initiée par l'Association de Santé Communautaire de Banconi (ASACOBA) dans le quartier Banconi en Commune I du district de Bamako. Cette expérience réussie de Groupement d'Intérêt Economique (GIE) a été vulgarisée à l'ensemble du territoire national. Ainsi l'accès au centre de santé était conditionné au paiement d'un ticket. La répartition spatiale

des centres de santé se présente de façon irrégulière à travers le pays. A cet effet, ces centres ont été mis en place pour rapprocher les services sanitaires à la population. Les cercles de Koutiala et de Kita, sont confrontés à des problèmes récurrents, surtout l'état des voies, la distance de parcours et les moyens de transports pour l'accès aux centres de santé de références (CSRéf) qui constituent le premier niveau de référence de la pyramide sanitaire. Ces centres se situent au niveau de chaque cercle du Mali, mais leurs accessibilités jouent un rôle déterminant dans l'utilisation des services de soins. A Kita aussi bien qu'à Koutiala, les habitants du milieu rural sont souvent éloignés des CSRéf. Certaines populations parcourent de longues distances pour recourir au premier niveau de référence (Centre de santé de référence) surtout dans le cercle de Kita qui dispose de trois centres de santé de première référence. Le centre de santé communautaire (CSCOM) qui est la base de la pyramide sanitaire est souvent distant des centres de santé de référence. Le CSCOM de Kotuba illustre cette tendance qui est distant de 160 km du centre de santé de référence de Kita alors qu'à Koutiala, le CSCOM de Konina est situé à 90 km du CSRéf de Koutiala.

Ces difficultés expliquent en grande partie le faible taux de fréquentation des structures de soins à Kita comme à Koutiala. Les taux d'utilisation des structures de soins sont restés faibles soit 0,25 contact par personne et par an à

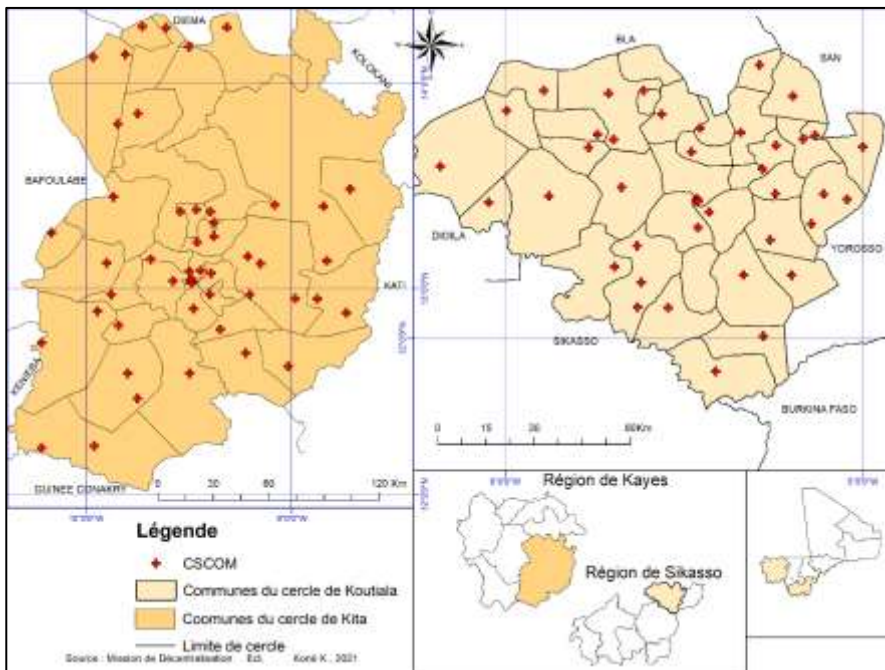
Kita et 0,42 à Koutiala (SLIS, 2015, p.44-45). La proportion de population vivant dans un rayon de 5 km est de l'ordre de 50% à Kita et 55% à Koutiala alors qu'à 15 km de rayon, il est de 78% à Kita et 88% à Koutiala. Dès lors que le seuil de 15 km de rayon est franchi, le taux d'utilisation des structures de soins diminue considérablement pour n'être que 23% à Kita et 2% à Koutiala (SLIS, 2015 p28). L'accès aux services de santé peut être défini comme la résultante du franchissement d'un ensemble de barrières auquel un individu parvient à avoir et utiliser un service de santé (Keita M, 2018, p.3). Le recours aux moyens de transport notamment les taxis-brousse, les taxis-motos ou les tricycles, moins confortables, met en danger les malades au cours des évacuations sur des routes généralement dégradées (Yeo H et al, 2016, p 10). L'objectif de cette étude vise à analyser les distances d'accès, l'état des voies et les modes de transport des patients vers les centres de santé dans les cercles de Kita et de Koutiala.

1. Méthodologie

1.1. Présentation de la zone d'étude

Le travail a été réalisé dans deux cercles, un de la région de Kayes et le deuxième de la région de Sikasso qui sont des entités administratives du Mali (Carte n°1).

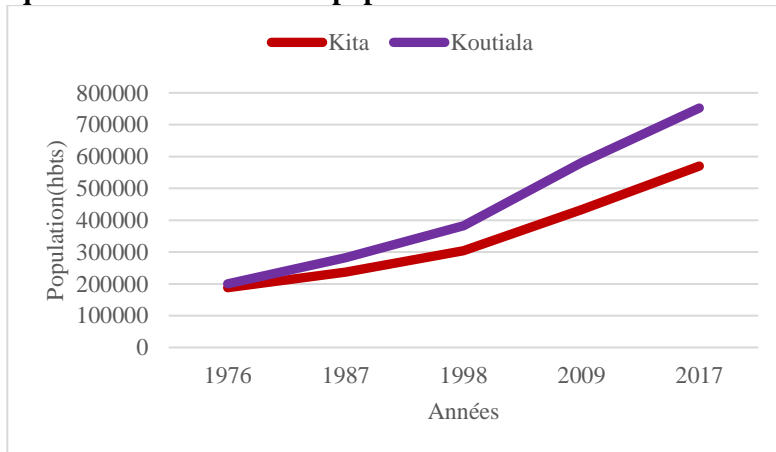
Carte n°1 : Présentation de la zone d'étude



Le cercle de Kita compte 33 communes avec une superficie de 35 250 km². Tandis que celui de Koutiala a une superficie de 12 270 km², et 36 communes. Sur le plan climatique, une partie du cercle de Kita se trouve dans la zone pré-guinéenne avec une précipitation dépassant 1100 mm/an. La majeure partie est dominée par le climat soudanien. Quant au cercle de Koutiala, il

se trouve dans la zone soudanienne. Selon le dernier recensement de l'INSTAT, (2009) la population de Kita s'élevait à 432 531 habitants. Celle-ci est estimée à plus de 500 000 habitants (CSRéf Kita, 2017) et le cercle de Koutiala estimé à plus de 700 000 habitants (CSRéf Koutiala, 2017) du fait de la croissance démographique importante (Graphique n°1).

Graphique n° 1: Evolution de la population du cercle de Koutiala et de Kita

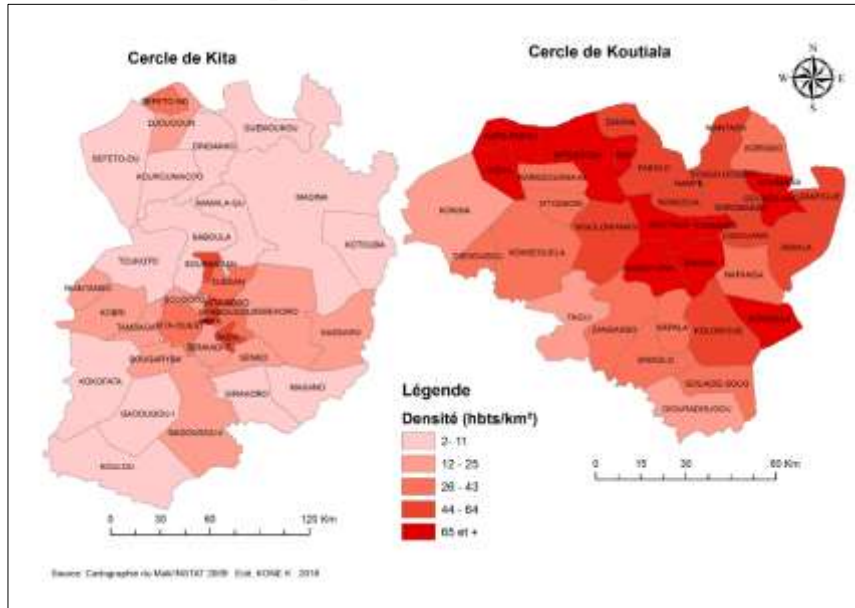


Source: RGPH 2009/CSRÉF Koutiala/Kita 2017

Le graphique n°1 révèle une évolution importante de la population liée à la croissance démographique. En l'espace de 33 ans, la population du cercle de Kita a augmenté de 244 642 habitants avec un taux de croissance de 2,56% de 1976 à 2009. En 2017, la population du cercle, a connu une augmentation de 24%, soit 569 945 habitants en l'espace de 8 ans (CSRéf Kita, 2017). Le cercle de Koutiala n'échappe pas à ce même phénomène de croissance démographique de sa population. Elle évolue à un rythme exponentiel qui est surtout liée aux mouvements migratoires. La production cotonnière fait de Koutiala « la capitale de l'or blanc ». Cette culture a bénéficié d'un encadrement de la Compagnie Malienne pour le

Développement des Textiles (CMDT) qui intervient dans le développement rural par l'introduction de la mécanisation. La position de carrefour du cercle avec la présence des unités d'égrenage et des huileries de l'HUICOMA (Huilerie Cotonnière du Mali) ont contribué à l'explosion démographique de la localité. A cela s'ajoutent les crises Burkinabè, Ivoirienne, et celle du Nord du Mali. Entre 1976 et 2009, cette population a augmenté de 380 434 habitants, avec un taux de croissance de 3,28% en 33 ans. Pour illustrer la croissance démographique des deux cercles, une répartition spatiale de la population selon la densité a été réalisée (Carte n°2).

Carte n°2: Densité de la population en 2009 du cercle de Kita et de Koutiala



La carte n°2 correspond à la densité du peuplement des deux cercles selon les données du RGPH 2009. A Kita, 43% des communes ont une densité comprise entre 2 et 11 habitants par km².

Tandis qu'à Koutiala, aucune commune ne se trouve dans cette classe. Le cercle de Koutiala est une zone fortement peuplée, 31% des communes ont une densité supérieure à 65 habitants au km²,

ce taux est de 3% à Kita. Le cercle de Koutiala est une zone peuplée par rapport à celle de Kita.

1.2 Collecte des données

Le questionnaire a été utilisé pour la collecte de données auprès des ménages pour analyser les types de routes, les distances d'accès et le temps d'accès aux centres de santé de référence dans les deux cercles. Pour le choix des deux cercles est le ménage, le type d'échantillonnage a été la

stratification avec comme unité d'enquête les structures de santé. Les communes ont été stratifiées en quatre : la première strate concerne les communes qui n'avaient pas de centre de santé en 2009 (données issues du dernier recensement) ; la deuxième strate celles qui ne disposent que d'un centre de santé ; la troisième strate, celles qui ont deux centres de santé et enfin la quatrième strate a concerné les communes qui disposent de trois centres de santé et plus. Le choix s'est porté sur les communes car elles disposent les centres de santé communautaires. Au niveau de chaque strate, le taux d'échantillonnage a porté sur le tiers (1/3) dans les deux cercles. Toutes les communes ont fait l'objet d'une sélection aléatoire spatiale. Pour le choix des villages, nous avons adopté la méthode raisonnée. Nous avons choisi deux villages par communes en raison d'un village disposant d'un centre et un autre sans centre de santé. Ensuite ces villages ont fait l'objet d'un choix aléatoire spatial. Les concessions de ces villages ont été tirées au taux de dix pourcent (10%) et, l'enquête a porté sur un ménage par concession. Au total 762 fiches ont été enregistrées auprès des ménages soient 457 à Koutiala et 305 à Kita. L'entretien a été mené avec de 23 agents de santé. Ils étaient composés : les 2 médecins chefs du centre de santé de référence de Kita et de Koutiala, 9 Directeurs Techniques du Centre (DTC), 4 sages femmes, 2 pharmaciens, 2 infirmiers, 3 aides-soignants. Les enquêtes se sont déroulées dans les différentes zones durant la saison pluvieuse entre le 1er juin et le 24 juillet 2017. L'accès aux structures sanitaires en cette période n'est pas du tout facile compte tenu de l'état des routes.

1.3 Traitement des données

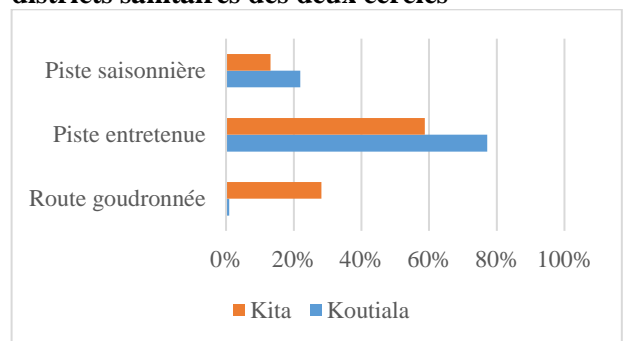
Le traitement a été fait en deux phases, une première par la méthode statistique en faisant le croisement des variables pour l'élaboration des tableaux et des graphiques. Et la deuxième a été consacrée à l'analyse cartographique. Cette dernière phase a permis de réaliser les cartes de densités et de couverture spatiale dans les deux cercles.

2. RESULTATS

2.1. Les types de routes dans les deux cercles : une inaccessibilité grandissante

La saison pluvieuse est considérée comme la période où les maladies sont plus fréquentes (DTC Marena, 2018). C'est la période où il y a plus de problèmes d'accès dans certaines zones surtout en ce qui concerne les pistes saisonnières (Graphique n°2).

Graphique n°2: Pourcentages d'enquêtés selon les types de voies pour l'accès aux districts sanitaires des deux cercles



Source : KONE K., 2018

Pour le recours aux soins du district sanitaire, la population emprunte les différents types de voies en fonction de leurs praticabilités. Les pistes entretenues (revêtues en terre battue, praticables en toute saison) sont les plus empruntées dans les deux cercles à raison de 77% selon les résultats de recherche à Koutiala et 59% à Kita. Mais souvent la population est confrontée à l'inaccessibilité des centres à cause du mauvais état des pistes, surtout en saison pluvieuse où l'état de ces routes devient impraticable. En milieu rural, la plupart des villages sont reliés par les pistes saisonnières raison pour laquelle 22% des enquêtés de Koutiala et 13% de ceux de Kita. Dans ce milieu le seul moyen d'accès aux centres de santé reste les pistes saisonnières. Le choix de l'une ou de l'autre piste est fonction du moyen de locomotion dont dispose la population. Les images ci-dessous témoignent à suffisance les difficultés auxquelles les populations sont

confrontées pour accéder aux centres de santé pendant la saison pluvieuse (Planche n° 1).

Planche n°1 : Etat défectueux des routes (pont en bois entre Moukoula et Kokourouni (commune rurale de Sirakoro))



Source : Cliché KONE K., Juillet 2018

Le village de Kokourini est situé à 35 km de Sirakoro où se trouve le centre de santé communautaire (CSCOM) le plus proche. Le témoignage du chef de village, montre le calvaire vécu par les populations lors des évacuations vers les structures sanitaires ainsi: « *Il affirme qu'une dizaine de femmes enceintes accouchent en chemin chaque année et le plus souvent avec des morts-nés dû à l'état des routes et de la distance à parcourir pendant la saison*

pluvieuse». L'analyse des réponses des enquêtés montre un rapprochement des structures sanitaires à la population dont 80% sont à moins de 5 km.

Pour mieux comprendre les difficultés des patients, nous avons jugé nécessaire de présenter un tableau montrant les distances d'accès aux centres de santé par strate des communes d'étude (Tableau n°1).

Tableau n°1 : Distances d'accès aux centres de santé communautaires par strate des communes dans les deux cercles

Cercles	Strate des communes	Distance (km)							Total
		< 5	5-10	10-15	15-20	20-25	30-35	>= 30	
Koutiala	Pas de centre de santé	85	6	6	3	0	0	0	100
	Avec un centre de santé	74	13	9	4	0	0	0	100
	Avec deux centres de santé	53	7	20	20	0	0	0	100
	>= trois centres de santé	81	12	5	1	1	0	0	100
	Total	80	11	6	2	1	0	0	100
Kita	Pas de centre de santé	83	6	0	11	0	0	0	100
	Avec un centre de santé	69	6	4	22	0	0	0	100
	Avec deux centres de santé	75	18	0	7	0	0	0	100
	>= trois centres de santé	88	9	1	0	0	0	3	100
	Total	81	10	1	6	0	0	2	100
Total	80	11	4	3	0	0	1	100	

Source : KONE K., 2018

Le tableau n°1 montre que plus la distance est longue, plus l'accès devient difficile quel que soit la disponibilité du centre de santé. L'éloignement

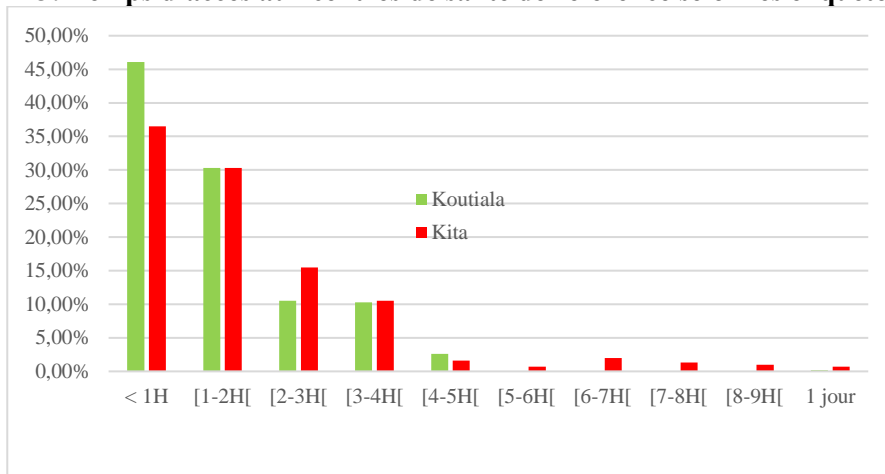
des services de santé est aussi un paramètre de leurs accès. Au niveau des strates, les centres les plus proches dans les communes (à une distance de moins de 5 km) sont sollicités par 80% de la

population des centres de santé communautaires dans les deux cercles. Par contre, ceux situés à une distance de 30km et plus sont faiblement sollicités par la population à Kita et à Koutiala. Ainsi, le facteur distance influe sur l'accessibilité totale ou pas des patients aux soins, car dans certaines situations le médecin spécialiste le plus proche est souvent éloigné selon les réponses des enquêtés (diabète, maladies cardiovasculaires, etc.).

2.2. Les temps d'accès à un centre de santé de référence

Les distances à parcourir pour atteindre un centre de santé de référence varient d'un centre de santé communautaire à un autre. Le milieu naturel (cours d'eau, montagne) est aussi un facteur contraignant d'accès aux structures sanitaires dans ces zones. Ainsi, le temps de parcours varie de moins d'une heure à une journée selon les cercles (**Graphique n° 3**).

Graphique n°3: Temps d'accès aux centres de santé de référence selon les enquêtés

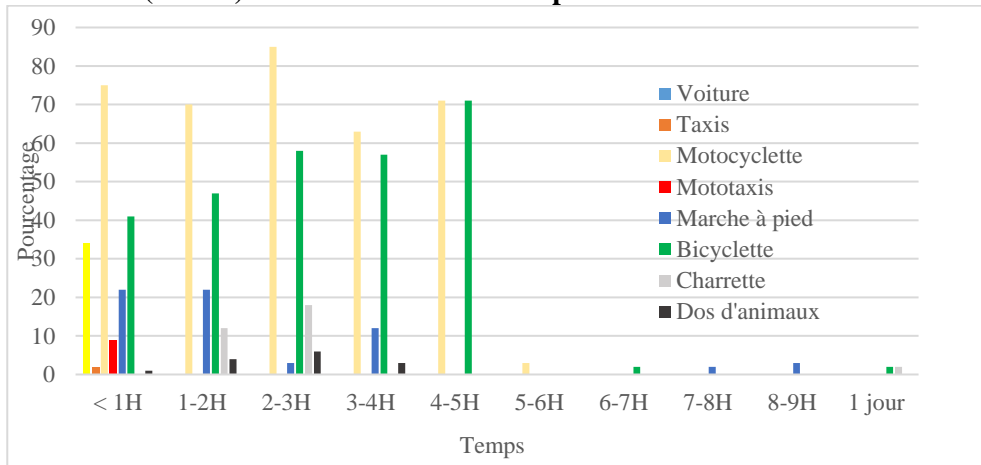


Source : KONE K., 2018

Le graphique n°3 révèle que 46% des enquêtés font moins d'une heure de temps pour atteindre un centre de santé de référence à Koutiala, tandis qu'elle est de l'ordre de 37% à Kita. Le temps d'accès à un district sanitaire varie dans les deux cercles : à Koutiala, il faut au maximum 4 à 5 heures de trajet, alors qu'à Kita il peut s'étendre sur toute une journée. La Compagnie Malienne pour le Développement des Textiles a joué un rôle important pour le désenclavement du cercle

de Koutiala par la création de nombreuses pistes entretenues. Ces pistes servent au ramassage du coton par les gros porteurs d'autant plus que les villages sont dispersés. Cette situation est imputable au-mauvais état des voies, ce qui fait que l'accès aux centres peut aller au-delà de 5 heures et plus. Le tableau suivant indique le temps d'accès qui est fortement dépendant de la distance et des moyens de transport (Graphique n° 4).

Graphique n°4 : Temps d'accès du centre de santé communautaires (CSCOM) au centre de santé de référence (CSRéf) selon les modes de transport



Source : KONE K., 2018

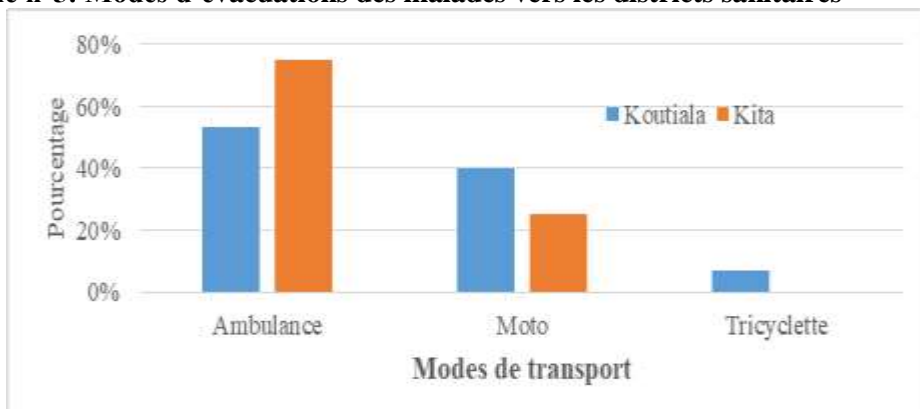
Le graphique n°4 montre la relation entre les types de transport et le temps mis pour se rendre dans un centre de santé de référence. Le moyen le plus utilisé est la motocyclette et la bicyclette. A partir de 5 heures de parcours, les moyens de transport tels que les bicyclettes, la marche à pied, les charrettes et les dos d'animaux deviennent moins efficaces pour le transport des patients vers le premier niveau de référence. Pour l'évacuation des malades, l'état a mis en place un système de référence évacuation en dotant la

plupart des centres de communautaire des tricyclettes, des motos et les ambulances.

2.3. Moyens de transport utilisés pour l'évacuation des malades vers le CSRéf

Au niveau national, le système référence/évacuation est beaucoup assuré dans les centres de santé de référence. L'évacuation des patients vers les centres de références est assurée dans la majorité des cas par l'ambulance du centre de santé de référence (Graphique n°5).

Graphique n°5: Modes d'évacuations des malades vers les districts sanitaires



Source : KONE K., 2018

L'analyse du graphique n°5 montre que les systèmes d'évacuations sont assurés à 75% par les ambulances du Centre de Santé de référence (CSRéf) à travers les interviews menées auprès

des Directeurs Techniques du Centre (DTC) à Kita. Il y a plusieurs modes de transport utilisés pour l'évacuation des malades (Planche n°3, 4 et 5).



Planche n°3: Ambulance tricycle de Mièna dans le district de Koutiala



Planche n°4: Ambulance du CSREF de Kita



Planche n°5: Deux roues motorisés devant le CSCOM de Niantanso à Kita

Source : Cliché KONE K., Juillet 2018

Ces planches illustrent les pratiques courantes en matière de transport des malades avec les tricyclettes et le système d'évacuation des CSRéf avec l'ambulance du district. L'un des moyens privilégiés pour l'évacuation des malades par tricycle est la moto « Sanili » selon MD, qui s'exprime en ces termes qui suivent : « les types de motos sont généralement les « Sanili » considérés par la population comme des tout-terrains surtout en période de saison pluvieuse. Ce qui veut dire que la moto « Sanili » constitue le moyen de déplacement favori de la population quel que soit la distance à parcourir. Ces engins à deux roues sont fortement appréciés par la population parce qu'ils s'adaptent au mieux sur beaucoup de tronçons et assurent 40% des déplacements à Koutiala.

3. DISCUSSION

Au Mali, comme dans les autres pays d'Afrique Subsaharienne, les populations font face à des obstacles liés aux conditions difficiles d'accès aux centres de santé. Dans les périphéries urbaines aussi bien que dans les zones rurales, le transport est un déterminant majeur dans l'accessibilité des patients aux centres de santé. Le déplacement des malades des zones rurales vers les centres de santé de référence occasionne divers moyens de transport comme la bicyclette, les tricycles, les engins à deux roues motorisées, des charrettes même des dos d'animaux et l'ambulance. Ainsi, les malades éprouvent assez

de difficultés pour atteindre les centres de santé en raison de la dégradation de l'état des routes et la présence du relief.

Ce résultat est similaire à celui obtenu par KONATE M K et al., 2003 qui trouve qu'en milieu rural, le mauvais état des routes (pistes saisonnières) et les moyens de transport qui sont des charrettes, bicyclettes, motocyclette, pirogues, etc. pénalisent ainsi les villages éloignés constituant un handicap pour une accessibilité. Les écrits de H. J. K. N'Guessan, 2018 se trouvent dans la même logique selon lesquels l'atteinte des structures sanitaires implique divers modes de transport non conventionnels qui peuvent altérer leur condition sanitaire voire occasionner leur décès des populations. Le recours aux moyens de transport notamment les taxis-brousse, les taxis-motos ou les tricycles, moins confortables, met en danger les malades aux cours des évacuations sur des routes en général dégradées.

La distance sur le plan sanitaire peut être un obstacle pour certains soins. Elle peut être aussi facteur de risque pour certaines maladies qui exigent une intervention chirurgicale. Des distances importantes sont effectuées par les habitants pour accéder aux soins. La disparité de la distribution de l'offre sanitaire permet de souligner l'importance du transport collectif pour les ménages pauvres qui se distinguent par un faible taux de motorisation. Les zones sous équipées et peu motorisées et mal desservies en moyens de transport sont les plus touchées par ces inégalités territoriales d'accès aux soins à

cause des distances à parcourir. Cette situation d'inégalités d'accès aux soins selon les résultats de cette recherche est similaire à celle rencontrée à Conakry, où l'éloignement par rapport aux équipements sanitaires se traduit en temps d'accès et devient un obstacle, en particulier lorsque le lieu de résidence est excentré.

Le temps moyen d'accès des ménages pauvres à l'hôpital passe ainsi de moins de 30 minutes pour les résidents du centre à près de 2 heures dans les périphéries les plus éloignées. Le pourcentage de ménage déclarant recourir à l'hôpital décroît alors de 78 % à 56 % (Sitrass, 2004 a).

Pour satisfaire les besoins de mobilité, une importante partie de la population éprouve des difficultés. Au Mali, en raison de la modicité des moyens, une frange importante des malades est évacuée vers les structures sanitaires par ambulance tricycle, par les deux roues motorisées et les ambulances pour le meilleur des cas. Des progrès ont été faits pour doter l'ensemble du territoire en structures de santé pour le bien-être de la population, mais il faut retenir aussi les besoins sont loin d'être satisfaits. Les populations doivent parcourir de longues distances pour recevoir des soins de qualité en fonction des types de maladies dont la compétence relève des centres de santé de référence.

CONCLUSION

Cette analyse a permis de comprendre que l'inaccessibilité aux centres sanitaires est dû au mauvais état des pistes, en saison pluvieuse. Ces voies qui sont généralement des pistes saisonnières ou des pistes entretenues sont très difficiles d'accès pendant la saison pluvieuse.

Les centres de santé communautaires sont plus proches de la population tandis que les centres de santé de référence sont très éloignés, où se trouvent généralement les spécialistes. Le temps d'accès à ces districts fait que la durée du parcours peut s'étendre jusqu'à plus de 5 heures de parcours et souvent même une journée selon

les moyens de transports et cela est consécutif à l'état des voies et les moyens de transport utilisés.

La répartition inégale des infrastructures de santé peut avoir des effets différenciés sur la santé selon le milieu social. Selon la pathologie, chaque patient connaît à priori le centre de santé à rejoindre pour le traitement sans tenir compte du facteur temps et l'état des voies d'accès, et la distance. En perspective, l'Etat doit s'investir au mieux afin de doter les nouvelles circonscriptions administratives en mettant en place des structures sanitaires adéquats et des spécialistes, dans l'optique de diminuer les souffrances des populations rurales. Se faisant, les populations à faibles revenus pourront accéder aux soins sanitaires dans les meilleures des conditions.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BAVOUX Jean. Jacques et CHAPELON Laurent 2014, dictionnaire d'analyse spatiale, Armand Colin, Paris, France, 191 p.

BUR Cyril., 2008, Les mesures de l'accessibilité d'un site ou d'une zone d'activités périphérique. Exemple de la Vallée de la Chimie au sud de Lyon ; Mémoire de stage master 2, Université Lumière Lyon 2, 98p, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00412881/document>.

HOMIENGNON Yeo, KOUADIO Joseph Kra et LATH Franck Eric Koffi, « Infrastructures de transport et accessibilité géographique des populations rurales aux équipements sanitaires urbains dans la zone dense de Korhogo (nord de la Côte d'Ivoire) », 20p, Espace populations sociétés [En ligne], 2016/2 | 2016, mis en ligne le 29 juin 2016, consulté le 27 septembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/eps/>

Mobilité et accès des patients aux soins de santé dans les districts sanitaires des cercles de Kita et de Koutiala (Mali)

https://www.persee.fr/doc/tiers_1293-8882_2000_num_41_164_1444 le 24/08/2021

KADDAR Miloud, STIERLE Friedeger, SCHMIDT-EHRY Bergis, TCHICAYA Anastase, 2000, « L'accès des indigents aux soins de santé en Afrique subsaharienne ». In: Tiers-Monde, tome 41, n°164, 2000. Disparités régionales et globalisation, organisations paysannes et marchés, ... pp. 903-925 ; doi : <https://doi.org/10.3406/tiers.2000.1444>.

KEÏTA Mamadou, 2018, « Typologie urbaine et accessibilité géographique potentielle des établissements de santé dits « modernes » dans le district de Bamako (Mali) », 23p, Espace populations sociétés [En ligne], 2018/1-2 | 2018, mis en ligne le 22 juin 2018, consulté le 27 septembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/eps/7707>; DOI : <https://doi.org/10.4000/eps.7707>

Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique Mali, 2015, Annuaires statistique du Système Local d'Informations sanitaires, 217p.