
INSTITUT NATIONAL
DE SANTE PUBLIQUE (INSP)

BP 1771/ Tel 20 21 42 31/20 21 06 42

– Bamako –



Enquête Téléphonique Rapide sur la Résilience des Etablissements de Santé du Mali

Deuxième passage (Cycle 2)

Rapport de synthèse des résultats de l'analyse

Novembre 2025



Table des matières

Liste des tableaux.....	2
Liste des figures.....	3
Liste des cartes.....	4
Sigles et abréviations.....	5
Résumé exécutif du rapport.....	7
Introduction.....	11
1. Méthodes utilisées.....	11
1.1. Traitement et Analyse des données.....	12
1.1.1. Contrôle à haute fréquence/Nettoyage des données.....	12
1.1.2. Analyse des données.....	12
2. Considérations éthiques.....	12
3. Aperçu sur la collecte du cycle 2.....	13
4. Déroulement de la collecte.....	13
5. Résultats.....	15
5.1. Bloc A : Informations sur l'établissement sanitaire et la personne interrogée.....	15
5.2. BLOC A.1 : FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS (FBR).....	17
5.3. BLOC C : SERVICES DE SANTÉ.....	31
5.4. BLOC E : FINANCEMENT.....	44
5.5. BLOC G : INTRANTS MÉDICAUX.....	48
5.6. BLOC H : ORGANISATION DE LA REFERENCE/EVACUATION.....	49
5.7. BLOC I : ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE.....	50
5.8. BLOC J : PROCESSUS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS.....	53
Annexes.....	60

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des établissements de santé par type d'échantillon : établissement échantillonné et de remplacement	16
Tableau 2 : Répartition des établissements de santé FBR dont la rupture de subventions a causé des difficultés dans le financement des intrants	22
Tableau 3 : Répartition des établissements de santé FBR dont la rupture de subventions a apporté un changement dans le maintien de l'infrastructure.....	23
Tableau 4 : répartition des établissements FBR dont la rupture de subventions a apporté un changement dans la gestion des ressources humaines.	24
Tableau 5 : répartition des établissements de santé FBR avec rupture de subvention et ayant un changement dans dotation en Fournitures et équipements médicaux	25
Tableau 6 : répartition des établissements de santé FBR avec rupture de subvention et ayant un changement dans l'engagement et l'adhésion de la communauté.....	26
Tableau 7 : Répartition des établissements de santé FBR avec rupture de subvention et ayant un changement dans la gestion de la qualité des soins	27
Tableau 8 : Répartition des établissements de santé FBR avec rupture de subvention et ayant un changement dans le leadership et coordination	28
Tableau 9 : Pourcentage d'établissements de santé FBR ayant procédé à des changements de personnel ou à des modifications dans la manière dont les services de santé sont fournis aux patients pour s'adapter aux ruptures de subventions.	30
Tableau 10 : Pourcentage d'établissements de santé avec une moyenne de jours et d'heures d'ouverture des services de soins	35
Tableau 11 : Nombre moyen de naissances par voie basse et par césarienne les 30 derniers jours avant l'enquête	39
Tableau 12 : Disponibilité des infrastructures essentielles au sein de l'établissement de santé	40
Tableau 13 : répartition des établissements de santé enquêtés en fonction de la disponibilité des sources d'eau améliorée.....	41
Tableau 14 : Accessibilité des principales sources d'eau disponibles par le personnel des établissements de santé.....	41
Tableau 15 : Disponibilité des utilitaires de routine en continu au cours de 7 derniers jours.....	42
Tableau 16 : méthodes sécurisées d'élimination des déchets médicaux à risque infectieux non tranchants	43
Tableau 17 : Pourcentage d'établissements de santé disposant d'une autonomie financière et ceux réalisant un audit interne annuel de ses comptes	44
Tableau 18 : Pourcentage d'établissements de santé disposant d'une autonomie indépendante des fonds liés à certains services clés de l'établissement de santé	45
Tableau 19 : Pratiques d'amélioration de la qualité des soins mises en œuvre par l'établissement de santé (procédures).....	53
Tableau 20 : Décisions ou actions prises par l'établissement de santé sur la base des données au cours des 3 derniers mois.....	55

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des établissements de santé enquêté par type et milieu d’implantation.	16
Figure 2 : Répartition des établissements de santé par sexe du responsable enquêté et par région	17
Figure 3 : Répartition des établissements de santé enquêtés selon qu’ils soient contractant du FBR ou non dans l’enquête FASTR du 28 juillet au 6 août 2025.....	17
Figure 4 : Répartition des Etablissements FBR ayant connu une rupture de subvention en fonction du type d’ES.....	18
Figure 5 : Répartition des établissements de santé FBR en fonction du milieu de résidence.....	18
Figure 6 : Répartition du nombre d’établissements de santé FBR ayant rapporté que la rupture de subvention a affecté les services de santé au cours des 6 derniers mois en fonction les régions dans l’enquête FASTR.	19
Figure 7 : Répartition des établissements de santé FBR en fonction des principaux domaines affectés par la rupture de subventions.....	20
Figure 8 : Pourcentage d’établissements de santé FBR avec rupture de subvention mais n’ayant pas bénéficié de soutien supplémentaire	20
Figure 9 : Pourcentage d’établissements de santé FBR avec rupture de subvention selon qu’ils aient reçu ou non de fournitures médicales supplémentaires.....	21
Figure 10 : Pourcentage d’établissements de santé FBR avec rupture de subvention selon qu’ils aient reçu ou non de soutien financier supplémentaire.	21
Figure 11 : Pourcentage d’établissements de santé FBR avec une autonomie et une responsabilité financière des formations	30
Figure 12 : Pourcentage des établissements de santé ayant rencontré des difficultés dans divers domaines au cours des 3 derniers mois avant l’enquête.	31
Figure 13 : Pourcentage des établissements de santé pour lesquels les difficultés rencontrées au cours des 3 derniers mois avant l’enquête étaient inhabituelles ou très importantes que d’habitude.....	32
Figure 14 : pourcentage d’établissement de santé ayant rapporté qu’ils ont rencontré des défis dans leurs capacités opérationnelles et pourcentage ayant signalé un impact sur leur capacité à fournir les soins.....	32
Figure 15 : Pourcentage d’établissements de santé offrant les services de soins préventifs et curatifs en fonction des différentes stratégies.....	34
Figure 16 : Pourcentage des établissements de santé disposant les services durant le cycle 1 et cycle 2 des enquêtes.....	36
Figure 17 : Pourcentage d’établissements de santé disposant d’un service de garde et de télémédecine pour tout type de consultation.	36
Figure 18 : Pourcentage d’établissement de santé offrant les services aux victimes de viols et /ou de violences conjugales.....	37
Figure 19 : Pourcentage d’établissements de santé fournissant les services d’accouchement par voie basse et par césarienne	38
Figure 20 : Pourcentage d’établissements de santé fournissant les services d’accouchement par voie basse et par césarienne selon le type d’établissement	38

Figure 21 : Disponibilité continue en eau et l'électricité au cours des 7 derniers jours avant l'enquête du cycle 1 et cycle 2.	42
Figure 22 : Indice de disponibilité des infrastructures durant le cycle 2.	44
Figure 23 : Répartition des établissements de santé en fonction de l'autonomie de gestion	46
Figure 24 : Proportion d'établissements de santé qui affichent publiquement les frais médicaux	46
Figure 25 : Pourcentage d'établissement de santé dont le financement constitue un défi	47
Figure 26 : Pourcentage d'établissement de santé disposant des méthodes de contraception réversibles au moment de l'enquête	48
Figure 27 : Pourcentage d'établissements de santé disposant d'un dispositif de référence / évacuation	49
Figure 28 : Répartition des établissements de santé selon les motifs pour référer un patient	49
Figure 29 : Pourcentage d'établissements de santé ayant des pratiques adéquates en matière d'implication des communautés qu'elles desservent.....	50
Figure 30 : répartition des établissements de santé en fonction des raisons de non-utilisation des services de santé de l'établissement	51
Figure 31 : Défis liés à l'engagement communautaire	52
Figure 32 : Pourcentage d'établissements de santé satisfaisant les procédés d'audits d'amélioration de la qualité des soins.....	54
Figure 33 : Indices d'amélioration de la qualité des soins	56
Figure 34 : Défis liés à la qualité des soins rapportés par les établissements de santé	56
Figure 35 : Prévention et contrôle des infections	58

Liste des cartes

Carte 1 : Répartition des établissements de santé enquêtés en fonction des régions dans l'enquête FASTR, Mali	15
--	----

Sigles et abréviations

ASACO	Association de Santé Communautaire
BM	Banque Mondiale
CEHS	Continuité des services de santé essentiels
CPS/SS/DS/PF	Cellule de Planification et des Statistiques du Secteur de la Santé, du Développement Social et de la Promotion de la Famille
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	Centre de Santé de Référence
CSU	Couverture sanitaire universelle
DGS-HP	Direction générale de la santé et de l'hygiène publique
DHIS2	District Health Information Software
DNDS	Direction Nationale du Développement Social
FASTR	Enquête téléphonique rapide auprès des formations sanitaires primaires (Frequent Assessment and Surveillance Tools for Resilience)
GFF	Mécanisme de Financement Mondial
HFC	Contrôles à haute fréquence
HHFA	Évaluation Harmonisée des Établissements de Santé
INSP	Institut National de Santé Publique
INSTAT	Institut national de la Statistique
MS	Ministère de la Santé
MSDS	Ministère de la Santé et du Développement Social
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social.
SARA	Services Availability and Readiness Assessment (disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé)
SCG	Groupe de coordination de l'enquête
SDI	Service Delivery Indicator (Indicateur de prestation de services dans le secteur de la santé)
USTTB	Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Résumé exécutif du rapport

Introduction :

La bonne marche des services de santé peut être influencée par divers facteurs comme les épidémies, les catastrophes et d'autres types de choc. Afin de renforcer la résilience des systèmes de santé face à ces événements, la Banque Mondiale et le Ministère de la Santé du Mali ont initié cette enquête téléphonique auprès des établissements de santé, qui se déroule en 4 cycles auprès d'un échantillon représentatif d'établissements publics de santé primaires du Mali. Pour ce deuxième cycle d'enquête, nous avons intégré les questionnaires en lien avec le Financement Basé sur les Résultats (FBR) qui concernait 187 établissements de santé soit environ 60% des établissements enquêtés. Ainsi les objectifs de ce travail étaient les suivants :

- i) Évaluer les capacités opérationnelles des établissements de santé primaires, et comprendre les contraintes majeures de la prestation de services ;
- ii) Évaluer l'effet des chocs sur les systèmes de santé primaires ;
- iii) Mesurer la mise en œuvre/les progrès des réformes de la prestation de services ;
- iv) Utiliser des approches de cycle rapide pour améliorer la rapidité et la pertinence des enquêtes auprès des établissements de santé.

Méthodes :

L'enquête s'est déroulée dans 11 régions selon l'ancien découpage administratif du Mali. Un échantillon représentatif de 298 Centres de Santé Communautaires (CSComs) et 15 Centres de Santé de Référence (CSRéfs) a été tiré aléatoirement à partir de la base de sondage de la liste des établissements de santé du DHIS2. Les personnes interrogées étaient les responsables des établissements de santé (Directeurs Technique des CSComs ou les Médecins Chefs de district). Les données ont été analysées avec le logiciel Stata version 14.2. Les analyses descriptives ont concerné le calcul des proportions pour les variables qualitatives et la moyenne pour les variables quantitatives.

Principaux Résultats :

Le cycle 2 a pu enquêter 312 établissements de santé parmi lesquels 60% étaient dans l'approche de Financement Basé sur les Résultats (FBR).

L'enquête des établissements FBR a montré que 35,3% ont connu une période de rupture / d'interruption de subvention au cours des 6 derniers mois parmi lesquels, 35 établissements (soit 53%) ont déclaré que leur capacité à fournir les services a été affectée. Les principaux domaines affectés par la rupture des subventions FBR, ont été les infrastructures et les fournitures/équipements médicaux avec 61 % chacun. Durant la période de rupture de subvention, seulement 7,6% des établissements ont reçu un soutien financier supplémentaire et 16,7% ont reçu de fournitures médicales supplémentaires. La capacité à payer les divers intrants a diminué pour 57,4% des ES FBR n'ayant pas reçu de soutien financier supplémentaire. Concernant les **services de santé**, parmi les 312 établissements enquêtés, 66,3% ont déclaré avoir connu des difficultés dans le domaine de l'infrastructure au cours des 3 derniers mois. Les établissements de santé ayant été confrontés à des défis dans leurs domaines opérationnels représentaient 92% dont 6,6% ont déclaré que ces défis ont eu un impact sur leur prestation des services.

Par rapport à la **disponibilité des infrastructures** en continu au cours des 7 derniers jours, seulement 27,6% des établissements de santé disposaient de l'eau, 61% disposaient d'un Service téléphonique, l'électricité était toujours disponible dans 42,6%. **Le pourcentage des établissements de santé disposant de toutes les infrastructures clés est très faible (1,9%) soit 6/312.**

Du point de vue **autonomie et responsabilité financière**, 92,3% des établissements de santé enquêtés disposaient de leur propre compte bancaire ; 87,5% étaient autonomes dans la gestion de certains de ces fonds ou ressources financières ; seulement 32,2% étaient autonomes dans la gestion de l'ensemble des services clés inclus dans l'enquête. Les établissements de santé dont le financement reste un défi représentaient 85,6% parmi lesquels 43,5% ont signalé que ce défi a limité leur capacité à fournir les services.

Par rapport **aux intrants médicaux**, 94,6% des établissements disposaient des implants comme méthodes de longue durée d'action. Parmi les méthodes à courte durée d'action, la quasi-totalité des établissements de santé disposaient des contraceptifs injectables (95%), des formes orales (94,6%) et le préservatif masculin (90%).

Par rapport à la **référence/évacuation des patients**, 87,5% des établissements de santé disposaient de protocoles ou lignes directrices. Le principal motif pour référer un patient était que les services nécessaires dépassaient le cadre du mandat de soins de l'établissement de santé représentant 69,2%.

Concernant **l'engagement Communautaire**, 93,6% des établissements de santé disposaient d'un conseil consultatif/comité de gestion communautaire parmi lesquels 91,8% ont tenu une réunion avec leur comité les 6 derniers mois. Parmi les raisons de non-utilisation des services de santé, 83,3% des établissements de santé ont déclaré que certains membres de leur communauté préfèrent recevoir des soins de médecine traditionnelle ; 57,7% ont évoqué les difficultés d'accès à l'établissement sanitaire. Les établissements de santé dont l'engagement communautaire et la participation de la communauté constituaient un défi représentaient 82,7%, parmi lesquels 38,4% ont exprimé que ce défi a limité leur capacité à fournir des services de santé.

En fonction du **processus d'amélioration de la qualité des soins**, 95,8% des établissements de santé mènent régulièrement des activités d'amélioration de la qualité des soins pour l'un des services. Les établissements de santé qui réalisaient des audits de toutes les mortalités au sein de l'établissement représentent 45,2%. Le pourcentage moyen des procédures d'amélioration de la qualité des soins satisfaites dans l'établissement de santé est d'environ 71%. Le pourcentage d'établissement de santé qui a satisfait toutes les procédures d'amélioration de la qualité des soins est de 19,7%. Les principales décisions ou actions prises par les établissements de santé sur la base des données au cours des 3 derniers mois portaient sur l'amélioration de la qualité et/ou de l'utilisation des données (39,7%) et le renforcement de la formation ou de la supervision du personnel de la formation (39%). Les établissements de santé dont l'amélioration de la qualité des soins constitue un défi représentaient 87% parmi lesquels, 28,3% ont estimé que ce défi limitait leur capacité à fournir des services.

Du point de vue *préparation et réponse aux urgences*, les établissements de santé disposant de directives en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) étaient de 88,5%, ceux dont le personnel de santé a reçu une formation sur poste pour la PCI représentaient 41,7%.

Conclusion :

Le cycle 2 a permis d'évaluer les différents défis auxquels font face les établissements de santé et spécifiquement les établissements contractant le financement basé sur les résultats (FBR). Ainsi, 9 sur 10 établissements de santé (ES) ont été confrontés à des défis dans leurs domaines opérationnels ; pour 8 sur 10 ES, le financement reste un défi ainsi que l'engagement communautaire et la participation de la communauté et 9 sur 10 établissements de santé pensent que l'amélioration de la qualité des soins constitue un défi. Dans chacun de ces domaines, environ 3 à 4 établissements ont déclaré que ces défis ont limité leur capacité à fournir des services de santé. Les défis importants demeurent par rapport à la réalisation des audits et la mise en œuvre des recommandations

Introduction

La bonne marche des services de santé peut être influencée par divers facteurs comme les épidémies, les catastrophes et d'autres types de choc. Afin de renforcer la résilience des systèmes de santé face à ces événements, la Banque Mondiale a énuméré des principes et domaines d'action prioritaires dont leur évaluation par les pays pourraient permettre de répondre aux perturbations engendrées. Ainsi, pour soutenir le Ministère de la Santé à générer les données adéquates dans le but de suivre les perturbations actuelles et informer les politiques publiques à venir, le Global Financing Facility (GFF) soutient la poursuite des activités de surveillance. Une composante majeure de ces activités est la mise en œuvre d'enquêtes téléphoniques rapide auprès des établissements de santé (*FASTR*). L'enquête s'est déroulée par téléphone et ce cycle constituait le deuxième sur les 4 enquêtes prévues auprès d'un échantillon représentatif des établissements publics de santé. Pour ce cycle d'enquête nous avons intégré les questionnaires en lien avec le Financement Basé sur les résultats (FBR) qui concernait 187 établissements soit 59,9% de l'échantillon enquêté. L'approche *FASTR* vise à :

- Évaluer les capacités opérationnelles des établissements de santé primaires, et comprendre les contraintes majeures de la prestation de services ;
- Évaluer l'effet des chocs sur les systèmes de santé primaires ;
- Mesurer la mise en œuvre/les progrès des réformes de la prestation de services ;
- Utiliser des approches de cycle rapide pour améliorer la rapidité et la pertinence des enquêtes auprès des formations sanitaires.

1. Méthodes utilisées

L'enquête s'est déroulée dans 11 régions, selon l'ancien découpage administratif du Mali. Les Centres de Santé Communautaire (CSCoM) et les Centres de Santé de Référence (CSRef) étaient concernés. Un échantillon représentatif de 298 CSCoM et 15 CSRef a été tiré aléatoirement à partir de la base de sondage de la liste des établissements de santé du DHIS2. La technique de stratification à 2 niveaux en fonction de la pyramide sanitaire a été utilisée. L'échantillonnage s'est limité aux établissements de santé fonctionnels. Cependant, l'enquête a tenu compte des possibilités de remplacement de tout établissement de santé initialement échantillonné lorsqu'il

se trouve dans les conditions suivantes : a) s'il n'est pas fonctionnel au moment de l'enquête, b) s'il ne dispose pas de réseau téléphonique. La liste des établissements de remplacement a été dressée de façon aléatoire selon la technique de stratification par région et district sanitaire. Face à ces conditions, au cours du cycle 2 de l'enquête, 312 établissements sanitaires ont été enquêtés soit 298 CSComs et 14 CSRefs.

1.1. Traitement et Analyse des données

1.1.1. Contrôle à haute fréquence/Nettoyage des données

Les données étaient récupérées à partir du serveur et exportées dans le logiciel Stata. Nous avons suivi les étapes suivantes pour le traitement des données :

- Vérification de la concordance entre le nombre de formulaires envoyés sur le serveur pour les différents types d'entretien et la fiche de suivi des superviseurs : nous n'avons pas trouvé de discordance après cette vérification ;
- Recherche de doublons selon le nom de l'établissement de santé : nous avons identifié un doublon qui a été supprimé ;
- Labélisation et catégorisation des variables : un do file a été créé pour cela ;
- Apurement des données (recherche de valeurs manquantes, de valeurs aberrantes) etc.

1.1.2. Analyse des données

Les données ont été analysées avec le logiciel Stata version 14.2. Nous avons procédé à une analyse descriptive des variables. Ainsi nous avons calculé des proportions pour les variables qualitatives et la moyenne pour les variables quantitatives. Pour certaines variables, nous avons désagrégé les données selon le type de l'établissement de santé (CSRéf et CSCom) selon le milieu (urbain et rural) et par région.

2. Considérations éthiques

Le protocole a eu l'approbation du comité d'éthique (CE) de l'Université des Sciences Techniques et de Technologie de Bamako (USTTB) et ses représentants seront associés à toute restitution, notification et dissémination des rapports ainsi qu'aux éventuelles publications scientifiques.

Avant le démarrage de l'enquête, une lettre officielle a été adressée aux autorités administratives et sanitaires régionales, qui à leurs tours ont envoyé aux niveaux des districts sanitaires concernés avec instruction de partager avec les responsables de Centres de santé Communautaires (CSCoM) concernés. Ce travail réalisé par les responsables sanitaires atteste de leur adhésion à la réalisation de l'enquête dans leurs localités. La responsabilité finale pour maintenir la confidentialité des données restera avec le responsable de l'étude au niveau de l'INSP et de la Banque Mondiale.

3. Aperçu sur la collecte du cycle 2

La collecte des données s'est déroulée du 28 juillet au 6 août 2025. Avant le démarrage effectif de l'enquête, les 5 superviseurs ont commencé leurs appels préalables avec les responsables des établissements concernés à partir du 26 Juillet 2025 afin d'avoir un rendez-vous avec le maximum d'établissements sanitaires concernés par l'enquête. Ils étaient munis d'une fiche de planification des appels (voir en annexe). Du 17 au 23 juillet 2025, les exercices d'enregistrement des entretiens entre les enquêteurs eux-mêmes, ont été faits par les superviseurs et l'équipe de recherche de l'INSP. Nous avons utilisé la journée du 25 juillet pour remettre aux enquêteurs tout le nécessaire pour la collecte des données. Du 28 juillet au 6 août 2025, les 14 enquêteurs, répartis entre les superviseurs ont procédé à la collecte des données conformément à la planification des appels préparée par les superviseurs.

4. Déroulement de la collecte

La collecte s'est déroulée conformément aux directives du protocole. Ainsi, chaque jour, les superviseurs attribuaient à chaque enquêteur un lot de 3 à 6 établissements qu'ils avaient contacté à l'avance afin de rappeler aux responsables le but et les objectifs de l'enquête FASTR ainsi que l'importance de leur participation. Les superviseurs étaient dotés de fiche de planification nommée « *planification de prise de contact par le superviseur & des appels par les enquêteurs* ». La copie de cette même fiche était remise aux enquêteurs. Les enquêteurs à leur tour notaient sur leur part de fiche de planification les établissements attribués par leurs superviseurs avec l'heure du rendez-vous (RDV) accepté par l'enquêté.

Les groupes WhatsApp, déjà créés lors du cycle1 par les superviseurs avec leurs enquêteurs ont continué à fonctionner afin de vérifier le partage d'information et de documents. Le gestionnaire de données et son assistant faisaient partie de ces groupes WhatsApp. Les enquêteurs étaient dotés d'un autre support « le journal des appels » en copie dure qu'ils renseignaient quotidiennement et les postaient sur leur groupe WhatsApp restreint. Les superviseurs téléchargeaient en fin de la journée, les journaux des appels pour se servir et renseigner la « *fiche de suivi des appels* » c'est à dire le fichier Excel. Les superviseurs à leur tour partageaient leur fichier Excel avec l'équipe technique de recherche tous les jours qui appréciait le remplissage de ces fichiers Excel et leur faisaient le feedback. Les journaux des appels étaient revus par les superviseurs, les gestionnaires des données et l'équipe de recherche avec un feedback aux concernés. Les enquêteurs étaient également dotés en tablettes sur lesquelles étaient installées le logiciel de saisie électronique KoboCollect v2024.2.4. Les enquêteurs utilisaient leurs propres téléphones pour réaliser l'entretien avec les répondants et ils enregistraient les résultats des entretiens sur les tablettes mises à leur disposition.

Le gestionnaire des données suivait régulièrement l'arrivée des données sur le serveur et nous faisait les statistiques afin qu'on les compare avec le fichier Excel et le journal des appels pour voir si des données complétées n'étaient pas stockées au niveau de l'enquêteur ou encore non saisies par le superviseur.

Les cas d'injoignables et de refus étaient signalés à l'équipe de recherche et des décisions étaient immédiatement prises.

À l'issue de la collecte des données, les constats suivants ont été relevés :

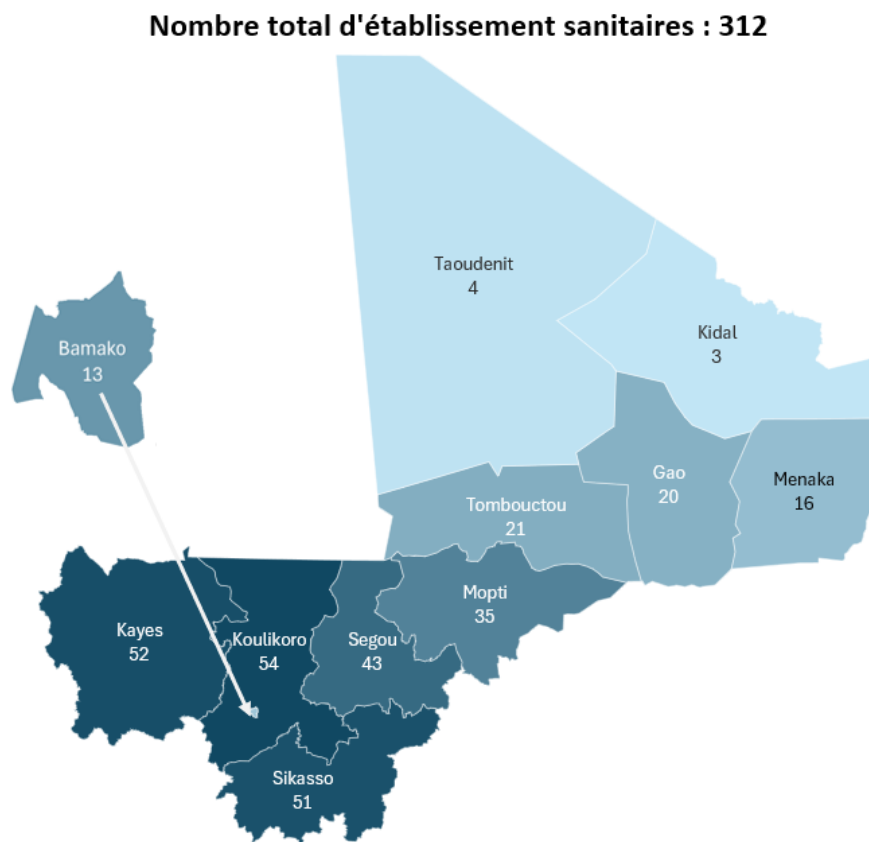
- Certaines localités ont présenté des difficultés d'accès, ce qui a nécessité la réalisation des entretiens par WhatsApp. Il s'agit notamment des CSCom Haibongo, CSCom Dinamamou (Rharous), CSCom de Sarafere; CSCom de Tinabaw et le CSRef Youwarou.
- Le seul remplacement effectué a concerné le CSCom de CSCom Ebanguemalène qui a été remplacé par celui de Bambara Maoudé dans le district sanitaire de Rharous dans la région de Tombouctou. La raison principale de ce remplacement était l'impossibilité d'accès au réseau.
- Dans la région de Tombouctou, le CSRef de Nianfunké qui n'avait pas été enquêté au cours du cycle 1, n'a pas été pris en compte au cours de ce cycle 2.

5. Résultats

Cette section décrit les principaux résultats du cycle 2 de l'enquête téléphonique rapide sur la résilience des établissements.

5.1. Bloc A : Informations sur l'établissement sanitaire et la personne interrogée

Cette partie décrit les informations d'identification relatives aux établissements sanitaires enquêtés et aux personnes interrogées.



Carte 1 : Répartition des établissements de santé enquêtés en fonction des régions dans l'enquête FASTR-cycle2 au Mali

Tableau 1 : Répartition des établissements de santé par type d'échantillon : établissement échantillonné et de remplacement dans l'enquête FASTR-cycle2 au Mali

Région	Type d'échantillon				Total
	Echantillonnée		Remplacement		
	n	%	n	%	
Kayes	52	100	0	0,0	52
Koulikoro	54	100	0	0,0	54
Sikasso	51	100	0	0,0	51
Segou	43	100	0	0,0	43
Mopti	35	100	0	0,0	35
Tombouctou	20	95,2	1	4,8	21
Gao	20	100	0	0,0	20
Kidal	3	100	0	0,0	3
Taoudenit	4	100	0	0,0	4
Menaka	16	100	0	0,0	16
Bamako	13	100	0	0,0	13
Total	311	99,7	1	0,3	312

Sur l'ensemble des établissements échantillonnés, un seul a été remplacé soit une proportion de 0,3% (tableau 1). Le CSCom de Bambara Maoudé a remplacé le CSCom Ebanguemalène dans le district de Gourma-Rharous dans la région de Tombouctou.

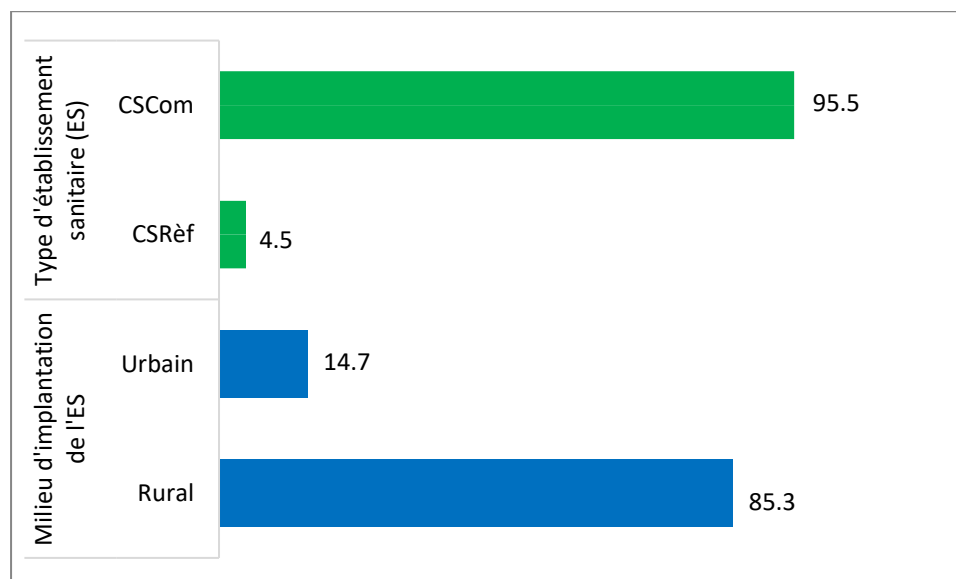


Figure 1 : Répartition des établissements de santé enquêtés par type et milieu d'implantation dans l'enquête FASTR-cycle2 au Mali

Les CSComs représentaient environ 96% des établissements enquêtés et 85% des établissements enquêtés se trouvent en zone rurale (figure 1).

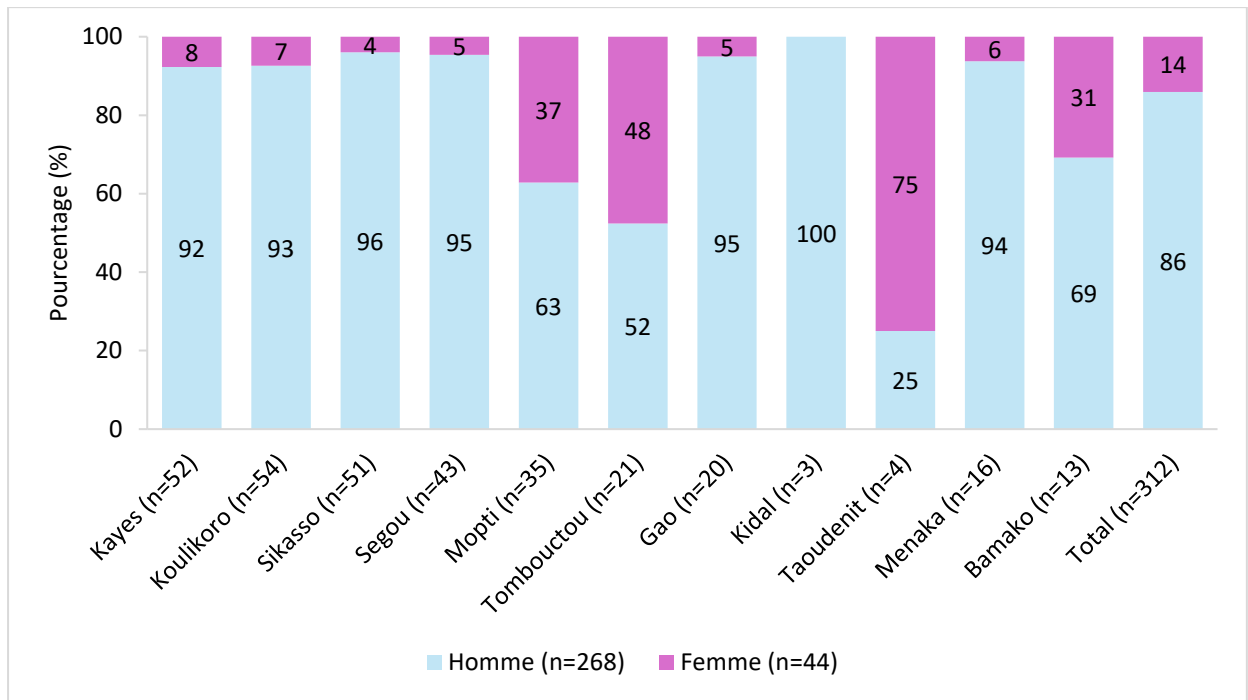


Figure 2: Répartition des établissements de santé par sexe du responsable enquêté et par région dans l'enquête FASTR-cycle2 au Mali

Parmi les responsables enquêtés, 86% étaient de hommes et 14% des femmes (figure 2). La proportion de femmes responsables des établissements sanitaires est plus élevée à Taoudéni (75%).

5.2. BLOC A.1 : FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS (FBR)

Pourcentage d'établissements contractant le financement basé sur les résultats (FBR)

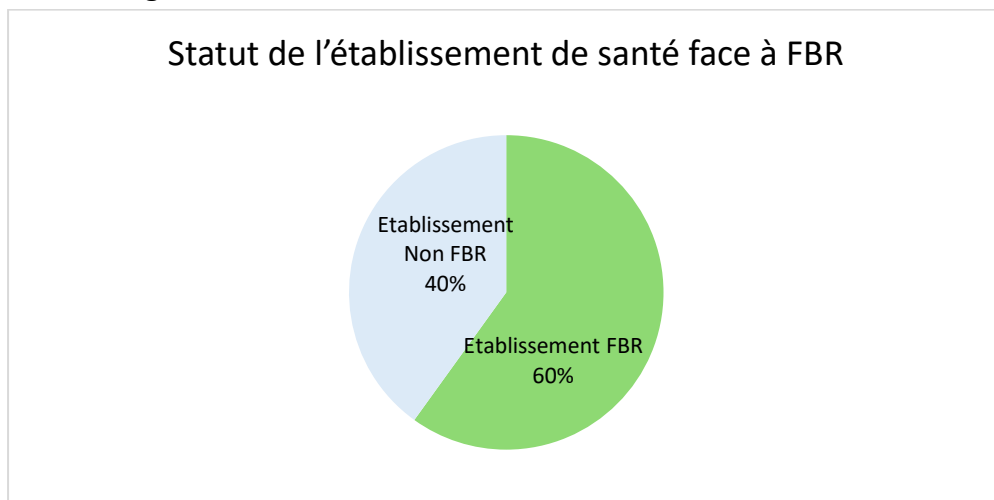


Figure 3: Répartition des établissements de santé enquêtés selon qu'ils soient contractant du FBR ou non dans l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Parmi les établissements de santé enquêtés, environ 60% relèvent des zones FBR (figure3).

Pourcentage d'établissements de santé FBR ayant connu une période de rupture ou d'interruptions de subvention FBR au cours des 6 derniers mois

Parmi les établissements de santé disposant de contrat FBR, 35,3% (soit 66 ES) ont déclaré qu'ils ont connu une période de rupture/interruption de subvention au cours des 6 derniers mois (figure 6).

La figure 4 montre la répartition des ES en fonction du type d'infrastructures et seulement 9% des CSRéf échantillonnés relevaient du FBR.

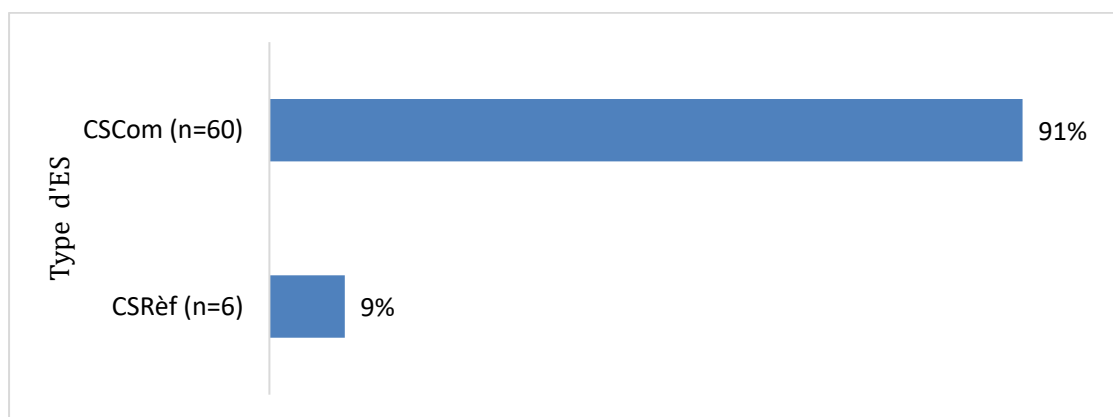


Figure 4 : Répartition des Etablissements FBR ayant connu une rupture de subvention en fonction du type d'ES l'enquête FASTR-cycle2 au Mali

Milieu de résidence des établissements contractant le financement basé sur les résultats

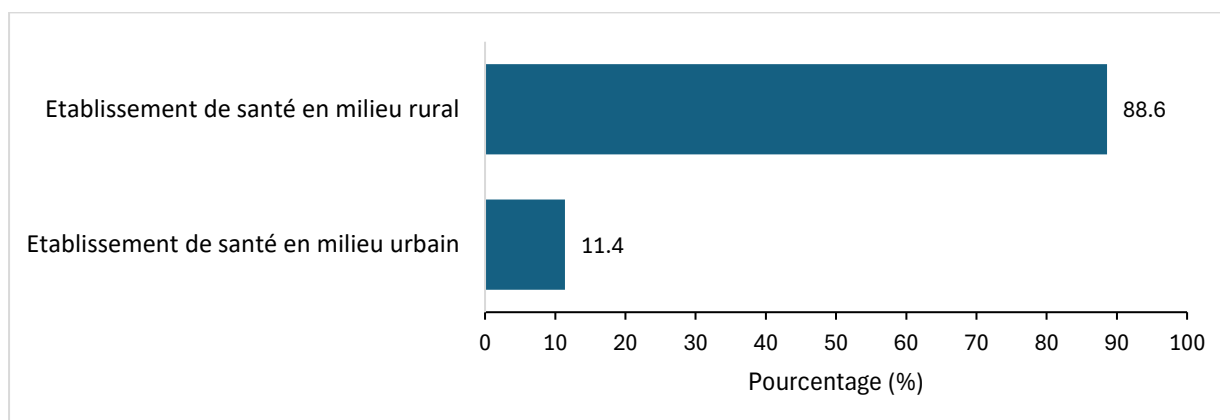


Figure 5: Répartition des établissements de santé FBR en fonction du milieu de résidence l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Parmi les établissements FBR enquêtés environ 89% étaient en milieu rural contre seulement 11% en milieu urbain (figure 5).

Pourcentage d'établissements de santé FBR ayant connu une période de rupture ou d'interruptions de subvention FBR affectant leur capacité à fournir des services de santé au cours des 6 derniers mois

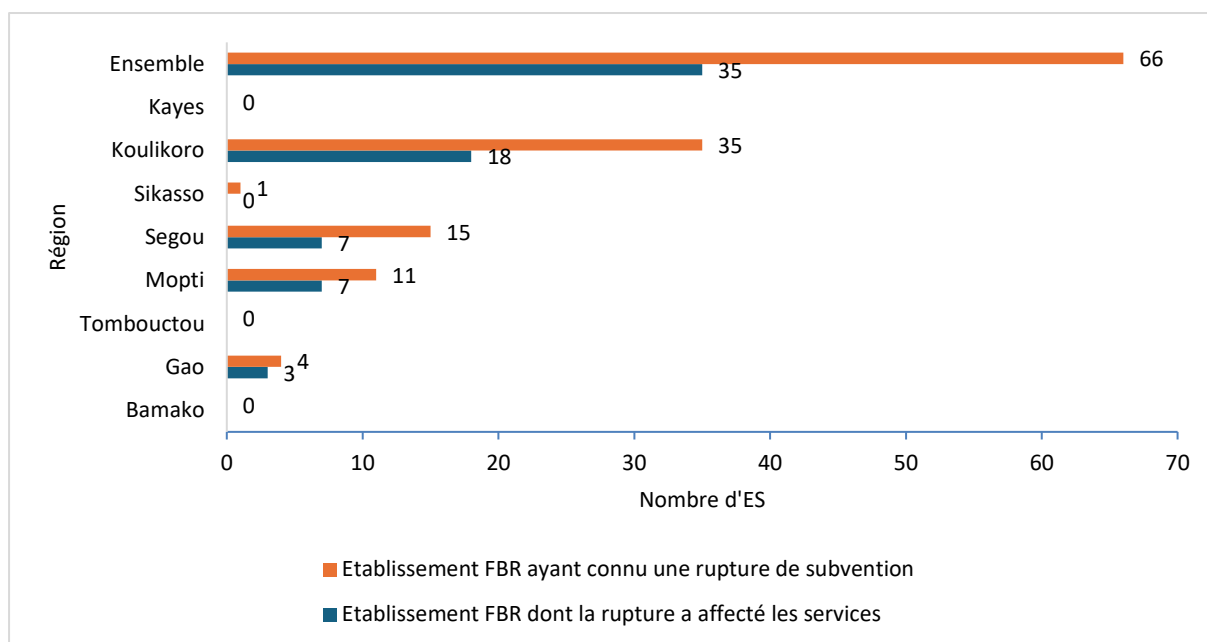


Figure 6 : Répartition du nombre d'établissements de santé FBR ayant rapporté que la rupture de subvention a affecté les services de santé au cours des 6 derniers mois en fonction des régions dans l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Dans les établissements de santé FBR ayant connu des ruptures de subvention au cours des 6 derniers mois, 53% (soit 35 ES) ont déclaré que leur capacité à fournir les services a été affectée (figure 6).

Principaux domaines affectés par la rupture de subventions FBR pour les établissements concernés

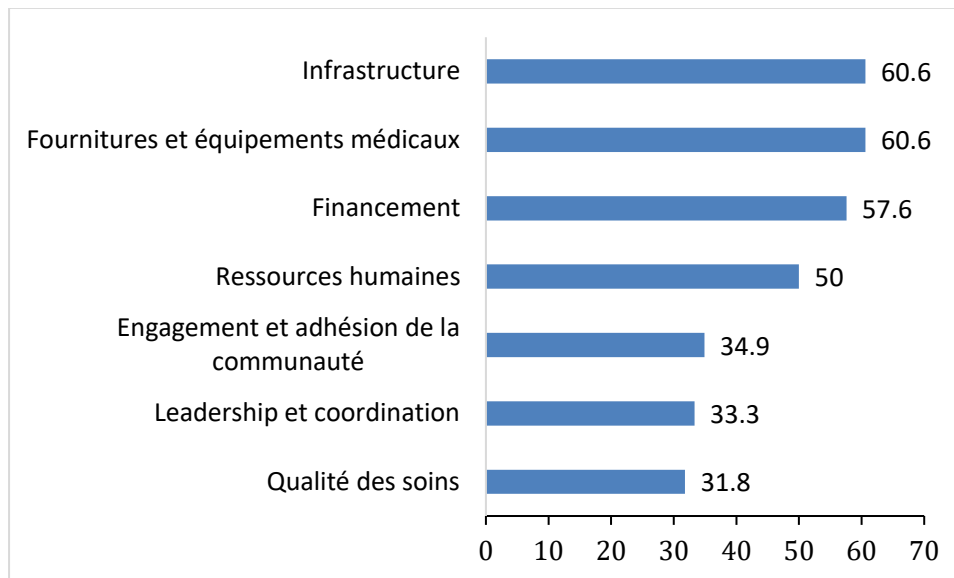


Figure 7 : Répartition des établissements de santé FBR en fonction des principaux domaines affectés par la rupture de subventions dans l'enquête FASTR-cycle2 au Mali

Parmi les domaines affectés par la rupture des subventions FBR, les infrastructures et les fournitures/équipements médicaux arrivent en première position (environ 61 %), suivis du financement (57%), les ressources humaines (50%) (figure 7).

Impact de la rupture de subvention sur la gestion de l'établissement de santé

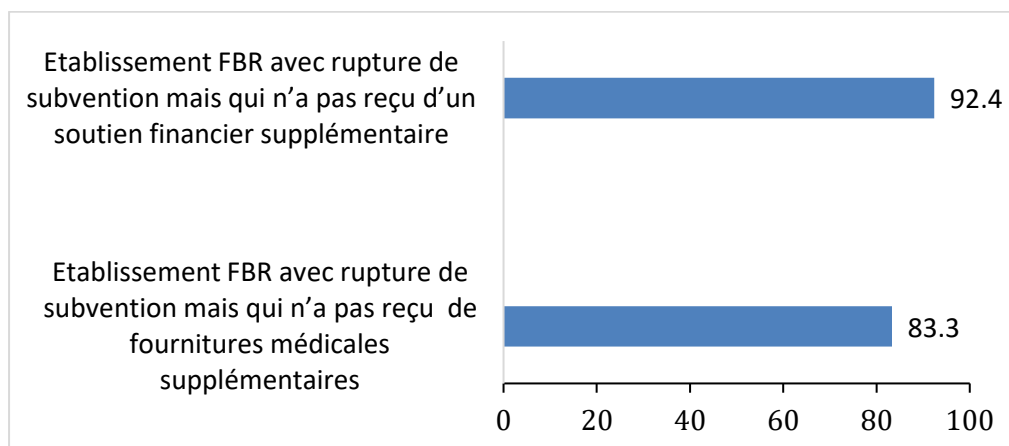


Figure 8 : Pourcentage d'établissements de santé FBR avec rupture de subvention mais n'ayant pas bénéficié de soutien supplémentaire dans l'enquête FASTR-cycle2 au Mali

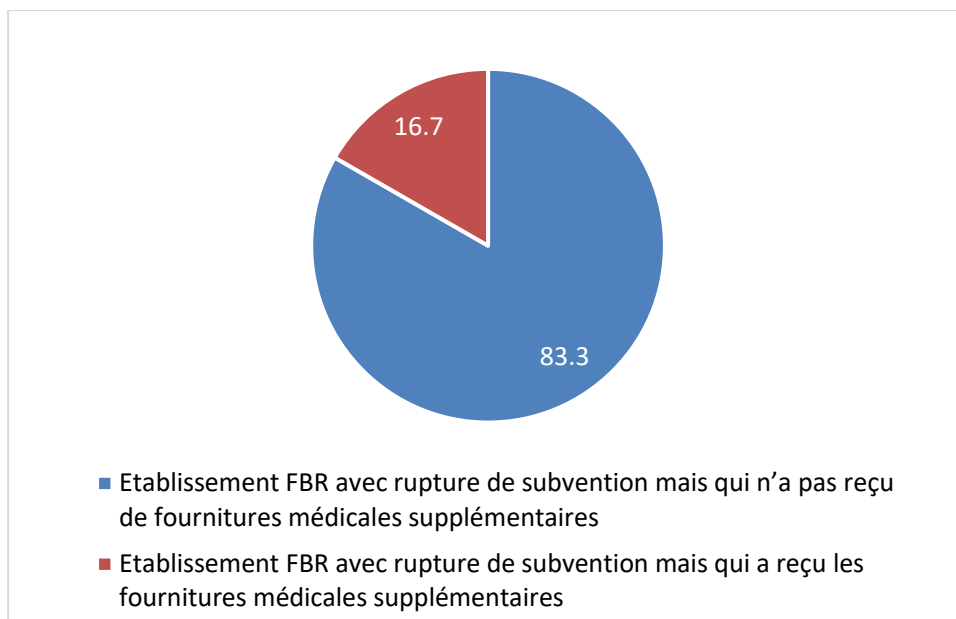


Figure 9 : Pourcentage d'établissements de santé FBR avec rupture de subvention selon qu'ils aient reçu ou non les fournitures médicales supplémentaires au cours de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Parmi les établissements FBR ayant connu une rupture de subvention durant les 6 derniers mois, 83% ont affirmé n'ayant pas reçu de fournitures médicales supplémentaires (figure 9) et 92,4% ont déclaré qu'ils n'ont pas reçu de financement supplémentaire (figure 10).

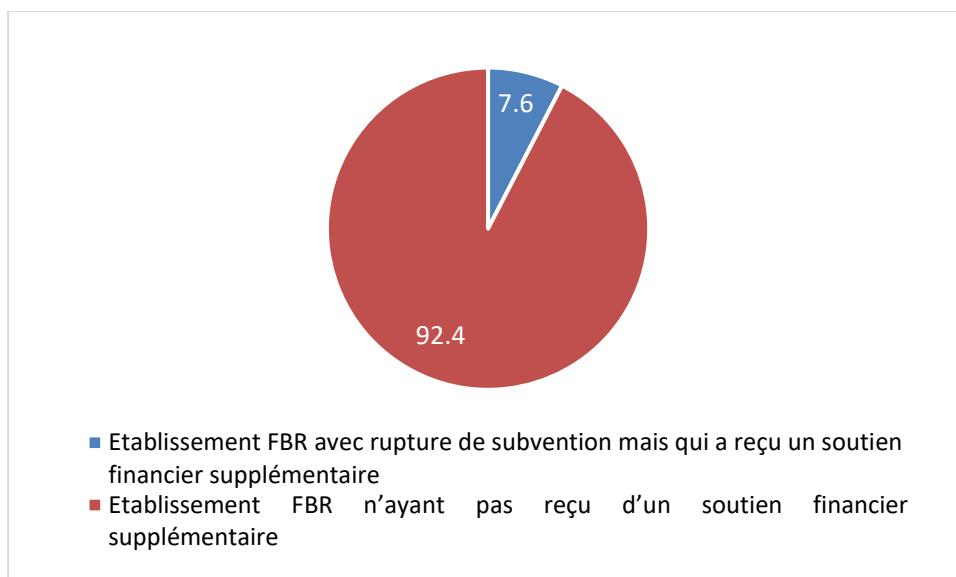


Figure 10 : Pourcentage d'établissements de santé FBR avec rupture de subvention selon qu'ils aient reçu ou non de soutien financier supplémentaire au cours de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

➤ **Difficultés dans le paiement de divers intrants**

Tableau 2 : Répartition des établissements de santé FBR dont la rupture de subventions a causé des difficultés dans le financement des intrants au cours de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali

Etablissements de santé FBR avec rupture de subvention et ayant eu un changement dans le paiement de divers intrants	Fréquence	Pourcentage (%)
La capacité à payer les divers intrants a diminué pour les ES FBR n'ayant pas reçu de soutien financier supplémentaire (N=61)	35	57,4
La capacité à payer les divers intrants a diminué pour les ES FBR ayant reçu un soutien financier supplémentaire (N=5)	3	60,0
La capacité à payer les divers intrants a été maintenu pour les ES FBR ayant reçu un soutien financier supplémentaire (N=5)	2	40,0
La capacité à payer les divers intrants n'a pas connu de changement d'une manière générale malgré la rupture de subvention FBR (N=66)	28	42,4

La rupture des subventions FBR a eu un changement dans le paiement de divers intrants. Ainsi nous avons la situation suivante (tableau 2) :

- Dans 57,4% des cas, les responsables interrogés ont montré que la capacité à payer les divers intrants a diminué pour les ES FBR n'ayant pas reçu de soutien financier supplémentaire ;
- Dans 42,4% des cas, la capacité à payer les divers intrants n'a pas connu de changement d'une manière générale malgré la rupture de subvention FBR.

➤ **Difficultés dans le maintien de l'infrastructure**

Tableau 3 : Répartition des établissements de santé FBR dont la rupture de subventions a apporté un changement dans le maintien de l'infrastructure au cours l'enquête FASTR-cycle2 au Mali

Etablissements de santé FBR avec rupture de subvention et ayant eu un changement dans le maintien de l'infrastructure	Effectif	Pourcentage (%)
La capacité à assurer l'entretien de l'infrastructure a diminué pour les ES FBR n'ayant pas reçu de soutien financier supplémentaire (N=61)	37	60,7
La capacité à assurer l'entretien de l'infrastructure a diminué pour les ES FBR ayant reçu un soutien financier supplémentaire (N=5)	3	60,0
La capacité à assurer l'entretien de l'infrastructure a été maintenue pour les ES FBR ayant reçu un soutien financier supplémentaire (N=5)	2	40,0
La capacité à assurer l'entretien de l'infrastructure n'a pas connu de changement d'une manière générale malgré la rupture de subvention FBR (N=66)	26	39,4

Dans les établissements de santé avec rupture de subvention FBR, 60,7% des responsables interrogés ont affirmé que la capacité à assurer l'entretien de l'infrastructure a diminué en l'absence de soutien financier supplémentaire. Par ailleurs, 39% des établissements FBR ont affirmé qu'il n'y'a pas eu de changement dans l'entretien de l'infrastructure malgré la rupture de subvention FBR (tableau 3).

➤ **Difficultés dans la gestion des Ressources humaines**

Tableau 4 : répartition des établissements FBR dont la rupture de subventions a apporté un changement dans la gestion des ressources humaines au cours de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali

Etablissements de santé FBR avec rupture de subvention et ayant eu un changement dans la gestion des ressources humaines	Effectif	Pourcentage (%)
La capacité à gérer les besoins liés aux ressources humaines a été maintenu pour les ES FBR ayant reçu un soutien financier supplémentaire (N=5)	4	80
La capacité à gérer les besoins liés aux ressources humaines a diminué pour les ES FBR ayant reçu un soutien financier supplémentaire (N=5)	1	20
La capacité à gérer les besoins liés aux ressources humaines a diminué pour les ES FBR n'ayant pas reçu de soutien financier supplémentaire (N=61)	32	52,7
La capacité à gérer les besoins liés aux ressources humaines n'a pas connu de changement d'une manière générale malgré la rupture de subvention FBR (N=66)	33	50

Dans 52,7 % des établissements avec rupture de subvention FBR, les responsables ont affirmé que la capacité à gérer les besoins liés aux ressources humaines a diminué en l'absence de soutien financier supplémentaire. Cependant, 50 % ont affirmé qu'il n'y'a pas eu de façon générale un changement en ressources humaines malgré la rupture de subvention (tableau 4).

➤ **Difficultés dans la dotation en Fournitures et équipements médicaux**

Tableau 5 : répartition des établissements de santé FBR avec rupture de subvention et ayant un changement dans dotation en Fournitures et équipements médicaux au cours l'enquête FASTR-cycle2 au Mali

Etablissements de santé FBR avec rupture de subvention et ayant un changement dans dotation en Fournitures et équipements médicaux	Effectif	Pourcentage (%)
La capacité à assurer la dotation en fourniture et équipements médicaux a diminué pour les ES FBR n'ayant pas reçu de soutien financier supplémentaire (N=61)	36	59,0
La capacité à assurer la dotation en fourniture et équipements médicaux a diminué pour les ES FBR un soutien financier supplémentaire (N=5)	4	80,0
La capacité à assurer la dotation en fourniture et équipements médicaux a été maintenue pour les ES FBR un soutien financier supplémentaire (N=5)	1	20,0
La capacité à assurer la dotation en fourniture et équipements médicaux n'a pas connu de changement d'une manière générale malgré la rupture de subvention FBR (N=66)	26	39,4

Parmi les responsables d'ES FBR interrogés, 59% ont affirmé que la capacité à assurer la dotation en fourniture et équipements médicaux a diminué en l'absence de soutien financier supplémentaire. D'une manière générale, 39,4% ont affirmé que la dotation en fournitures et équipements médicaux n'a pas connu de changement malgré la rupture de subvention FBR (tableau 5).

➤ **Difficultés dans l'Engagement et l'adhésion de la communauté à cause de la rupture de la subvention FBR**

Tableau 6 : répartition des établissements de santé FBR avec rupture de subvention et ayant un changement dans l'engagement et l'adhésion de la communauté au cours de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali

Etablissements de santé FBR avec rupture de subvention et ayant un changement dans l'engagement et l'adhésion de la communauté	Effectif	Pourcentage (%)
L'engagement et l'adhésion de la communauté ont connu des difficultés pour les ES FBR n'ayant pas reçu de soutien financier supplémentaire (N=61)	20	32,8
L'engagement et l'adhésion de la communauté ont connu des difficultés pour les ES FBR un soutien financier supplémentaire (N=5)	3	60,0
L'engagement et l'adhésion de la communauté n'ont pas connu des difficultés pour les ES FBR un soutien financier supplémentaire (N=5)	2	40,0
L'engagement et l'adhésion de la communauté n'ont pas connu de changement d'une manière générale malgré la rupture de subvention FBR (N=66)	43	65,2

Parmi les établissements de santé avec rupture de subvention FBR, environ 33% des responsables enquêtés ont affirmé avoir connu des difficultés dans l'engagement et l'adhésion de la communauté en l'absence de soutien financier supplémentaire. Cependant, 65% des établissements ont affirmé qu'ils n'ont pas connu de changement malgré la rupture de subvention FBR (tableau 6).

➤ **Difficultés dans la gestion de la qualité des soins**

Tableau 7 : Répartition des établissements de santé FBR avec rupture de subvention et ayant un changement dans la gestion de la qualité des soins au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali
Etablissements de santé FBR avec rupture de subvention et ayant un changement dans la gestion de la qualité des soins

	Effectif	Pourcentage (%)
La gestion de la qualité des soins a connu des difficultés pour les ES FBR n'ayant pas reçu de soutien financier supplémentaire (N=61)	20	32,8
La gestion de la qualité des soins a connu des difficultés pour les ES FBR un soutien financier supplémentaire (N=5)	1	20,0
La gestion de la qualité des soins n'a pas connu des difficultés pour les ES FBR un soutien financier supplémentaire (N=5)	4	80,0
La gestion de la qualité des soins n'a pas connu de changement d'une manière générale malgré la rupture de subvention FBR (N=66)	45	68,2

Parmi les établissements de santé avec rupture de subvention FBR et n'ayant pas reçu de soutien financier supplémentaire, environ 33% des responsables ont affirmé que la gestion et la qualité des soins a connu des difficultés en l'absence de soutien financier supplémentaire. En revanche, 68% des établissements ont affirmé n'ayant pas connu de changement malgré la rupture de subvention FBR (tableau 7).

➤ **Dans le Leadership et coordination**

Tableau 8 : Répartition des établissements de santé FBR avec rupture de subvention et ayant un changement dans le leadership et coordination au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali

Etablissements de santé FBR avec rupture de subvention et ayant un changement dans le leadership et coordination	Effectif	Pourcentage (%)
Leadership et coordination ont connu des difficultés pour les ES FBR n'ayant pas reçu de soutien financier supplémentaire (N=61)	21	34,4
Leadership et coordination ont connu des difficultés pour les ES FBR un soutien financier supplémentaire (N=5)	1	20,0
Leadership et coordination n'ont pas connu des difficultés pour les ES FBR un soutien financier supplémentaire (N=5)	4	80,0
Leadership et coordination n'a pas connu de changement d'une manière générale malgré la rupture de subvention FBR (N=66)	44	66,7

Environ 34% des responsables des établissements de santé avec rupture de subvention FBR ont affirmé avoir connu des difficultés en l'absence de soutien financier supplémentaire. En revanche, environ 67% des établissements de santé ont affirmé n'avoir pas eu de changement de façon générale malgré la rupture de subvention FBR (tableau 8).

Description de la manière dont les ruptures de subventions ont affecté l'établissement et sa capacité à fournir des services de santé.

De l'analyse des propos recueillis, il ressort que la rupture des subventions du FBR a entraîné des répercussions considérables sur le fonctionnement de certains CSComs et leur capacité à fournir des services de santé de qualité. Tout d'abord, de sérieuses difficultés financières ont été constatées, se traduisant par l'incapacité à assurer régulièrement le paiement des salaires, primes et cotisations sociales, ce qui a contribué à la démotivation et parfois à la rupture de contrat de plusieurs personnels. Ensuite, cette situation a provoqué l'arrêt ou le ralentissement des investissements, avec la suspension des projets de construction et de réhabilitation, laissant

inachevées plusieurs infrastructures essentielles telles que les maternités, laboratoires ou salles d'observation ainsi que les toilettes.

Par ailleurs, la rupture a limité l'approvisionnement en médicaments et en équipements médicaux, compromettant le renouvellement du matériel et retardant l'acquisition d'appareils indispensables au diagnostic et au traitement de certaines pathologies. Elle a également affecté l'accès aux soins des populations vulnérables, en mettant fin à la prise en charge des indigents et des déplacés internes, ainsi qu'aux consultations ou accouchements gratuits, ce qui a contribué à une baisse de fréquentation du centre. Enfin, la rupture du FBR a eu un impact direct sur la qualité et l'organisation des services, avec la réduction des formations des agents, la dégradation des indicateurs de performance et même la perte de confiance de certaines communautés envers l'établissement.

Sources de soutiens financiers supplémentaires en raison des ruptures de subventions

Durant la période de rupture de subvention FBR, certains établissements de santé ont affirmé qu'ils ont reçu des soutiens financiers supplémentaires. Leurs soutiens venaient principalement des mairies et des collectivités et aussi à travers quelques partenaires comme le comité international de la Croix rouge.

Source de soutien en fournitures médicales supplémentaires en raison des ruptures de subventions

Un certain nombre d'établissements de santé contractant le FBR en situation de rupture de subvention ont déclaré qu'ils ont reçu un soutien en fournitures médicales supplémentaires de la part du CSRéf, de la direction régionale de la santé, de l'ASACO et de certains ONG telles que le Projet SWEED.

Tableau 9 : Pourcentage d'établissements de santé FBR ayant procédé à des changements de personnel ou à des modifications dans la manière dont les services de santé sont fournis aux patients pour s'adapter aux ruptures de subventions au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Etablissements de santé FBR avec rupture de subvention	Effectif (N=66)	Pourcentage (%)
Etablissement FBR ayant procédé à des changements de personnel	20	30,3
Etablissement FBR ayant procédé à des modifications dans la manière dont les services de santé sont fournis aux patients	15	22,7

Dans le but de s'adapter aux ruptures de subventions, 30,3% des d'établissements de santé FBR ayant connu une rupture de subvention ont procédé à des changements de personnel (tableau 9).

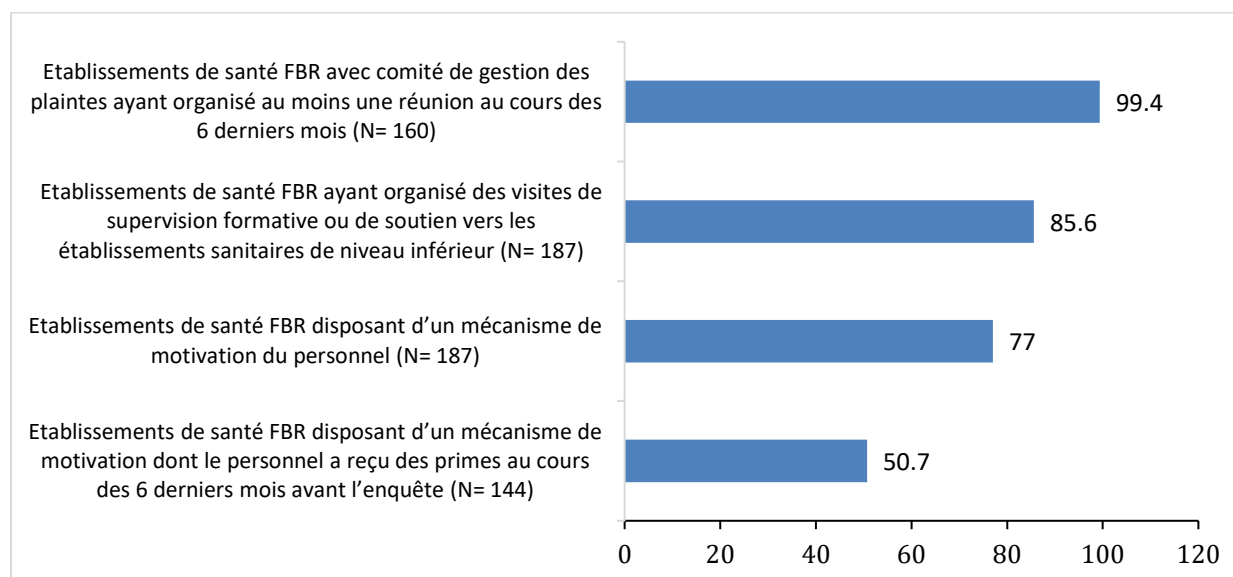


Figure 11 : Pourcentage d'établissements de santé FBR avec une autonomie et une responsabilité financière des formations au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

La figure 11 nous révèle que 99,4% des établissements FBR disposant d'un comité de gestion des plaintes ont organisé au moins une réunion au cours des 6 derniers mois.

Parmi les établissements FBR enquêtés, 77% disposaient d'un mécanisme de motivation du personnel parmi lesquels, environ 51% avaient donné des primes de motivation les 6 derniers mois avant l'enquête.

5.3. BLOC C : SERVICES DE SANTÉ

Défis de prestation

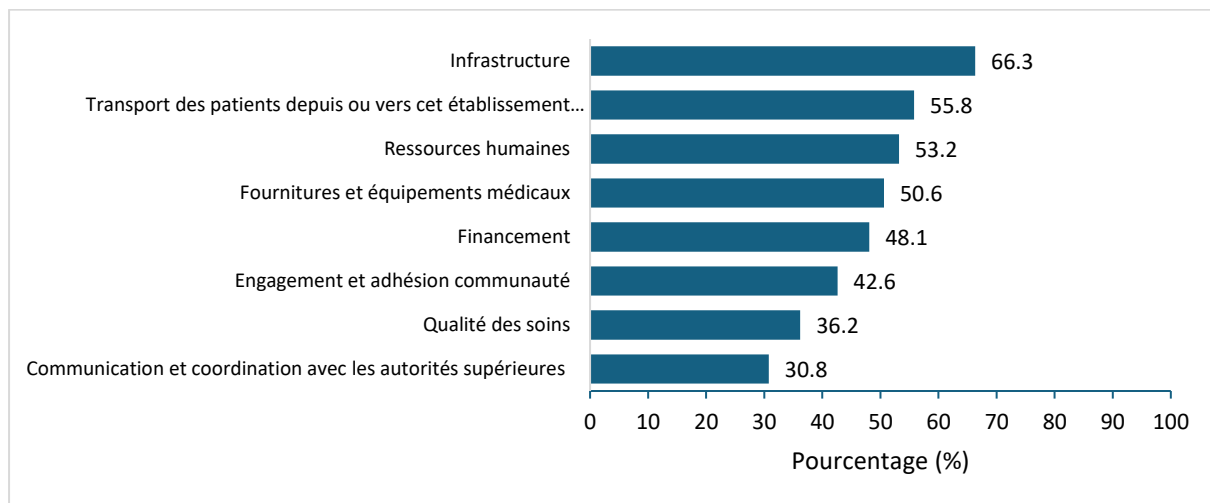


Figure 12: Pourcentage des établissements de santé ayant rencontré des difficultés dans divers domaines au cours des 3 derniers mois avant l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Les domaines ayant rencontré plus de difficultés au sein des établissements de santé au cours des 3 derniers mois ont été : les infrastructures (66,3%), le transport des patients (55,8%), les ressources humaines (53,2%), les fournitures et équipements médicaux. La communication et la coordination ont été les moins atteints (30,8%) (figure 12).

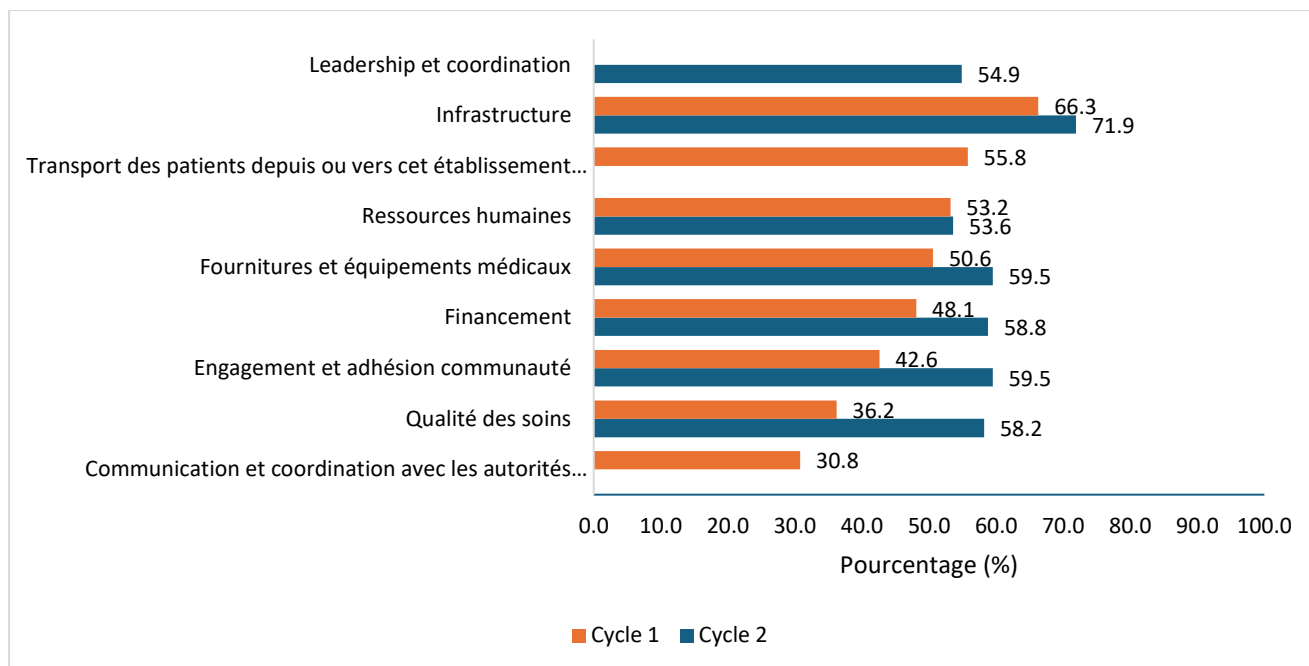


Figure 13 : Pourcentage des établissements de santé pour lesquels les difficultés rencontrées au cours des 3 derniers mois avant l'enquête étaient inhabituelles ou très importantes que d'habitude au cours de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Dans l'ensemble, les difficultés se sont accentuées dans plusieurs domaines entre le cycle 1 et le cycle 2 avec un plus grand écart au niveau de la qualité des soins (figure 13).

Présence de défis dans la prestation de service

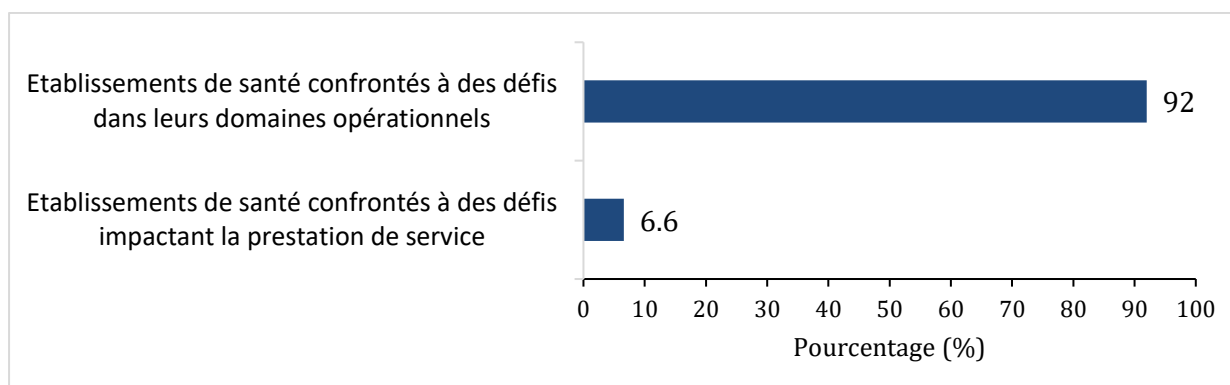


Figure 14: pourcentage d'établissement de santé ayant rapporté qu'ils ont rencontré des défis dans leurs capacités opérationnelles et pourcentage ayant signalé un impact sur leur capacité à fournir les soins au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

La figure 14 montre que 92% des établissements de santé ont été confrontés à des défis dans leurs domaines opérationnels parmi lesquels, 6,6% ont déclaré que ces défis ont eu un impact sur leur prestation des services.

Description de la manière dont les difficultés ont affecté l'établissement sanitaire et sa capacité à fournir les services de santé

Les établissements sanitaires rencontrent plusieurs difficultés majeures qui ont affecté leurs capacités à fournir les services de santé. D'abord, les difficultés liées aux ressources humaines, se traduisant par un manque de personnels qualifiés (sage-femmes, infirmiers, laborantins), le départ de personnels sous contrat, des retards de paiement et une faible motivation. Cette situation provoque une surcharge de travail, une baisse de la qualité des soins et parfois l'interruption de certains services.

A cela s'ajoute les difficultés financières qui se traduisent par le retard ou absence de subventions, le faible recouvrement de coût au niveau communautaire et le manque de moyens servant à renouveler les stocks de médicaments et consommables ou entretenir les infrastructures. Cela engendre la baisse de motivation du personnel, limite la capacité de fonctionnement des centres et affecte directement la disponibilité des services.

Les contraintes d'accessibilité ont été également évoquées, surtout le mauvais état des routes, les zones inondées pendant l'hivernage, le manque de moyens de transport (ambulances, moto, carburant) ainsi que l'insécurité. Ces facteurs compliquent les références-évacuations et l'accès des populations aux structures entraînant une sous-fréquentation.

Enfin, les difficultés liées aux infrastructures et équipements incluent les problèmes d'électricité (coupures fréquentes, absence de batteries ou panneaux solaires), les problèmes d'eau (absence de forage fonctionnel, eau non potable), les locaux dégradés, manque de salles (maternité, laboratoire, toilettes), la vétusté des bâtiments ainsi que le manque de matériel médical (tables d'accouchement, réactifs, ventouse, incinérateur). Ces conditions dégradent l'hygiène, perturbent les accouchements nocturnes et réduisent la qualité des services offerts.

EVALUATION DES CAPACITES OPERATIONNELLES

Offre des services

➤ Stratégie d'offre de services de soins préventifs et curatifs par les établissements de santé

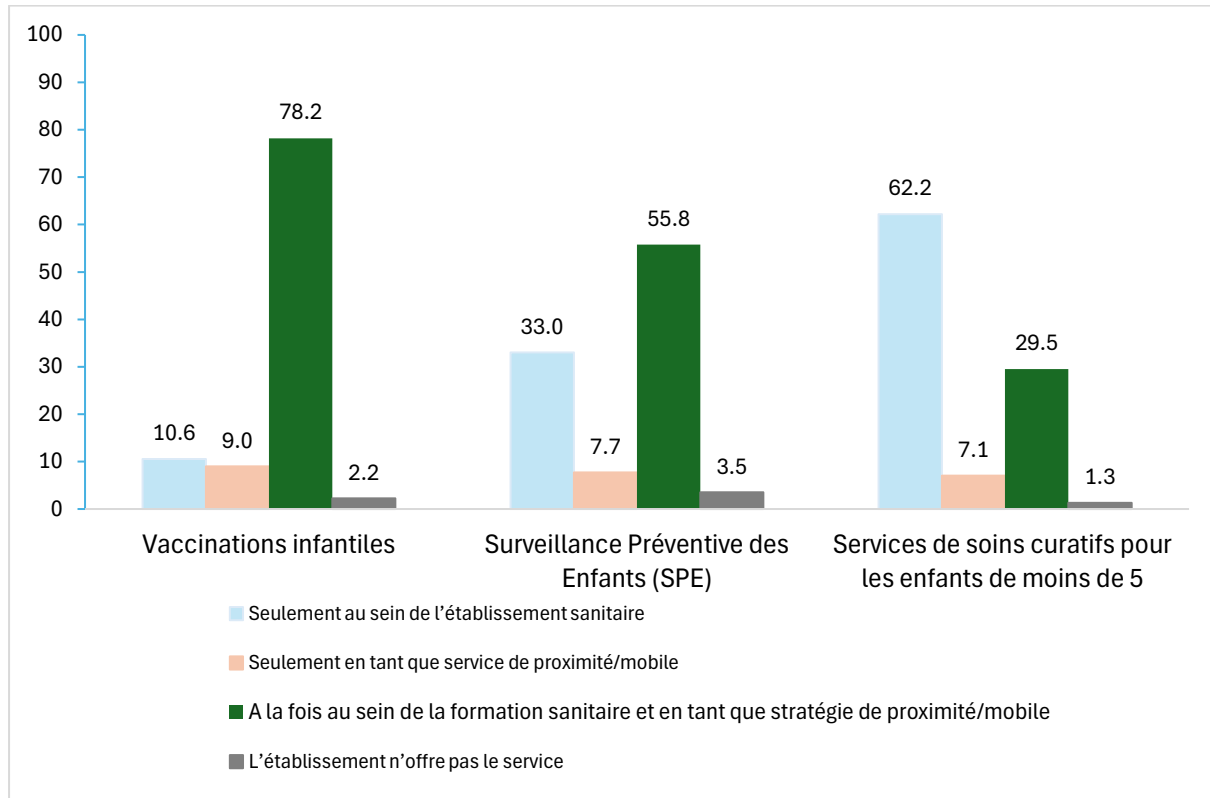


Figure 15: Pourcentage d'établissements de santé offrant les services de soins préventifs et curatifs en fonction des différentes stratégies au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Par rapport aux soins préventifs et curatifs :

- Seulement, au sein de l'établissement sanitaire, les soins curatifs sont offerts dans 62,2% des établissements de santé enquêtés ; la Surveillance Préventive (SPE) dans 33% des établissements et les Vaccinations dans 10,6% des établissements.
- En stratégie fixe et mobile : 78,2% des établissements de santé offrent les vaccinations infantiles ; 55,8% offrent la Surveillance Préventive des enfants ; 29,5% offrent les soins curatifs pour les enfants de moins de 5 ans.
- Pour les services de proximité mobile, les fréquences sont de 9% pour les vaccinations infantiles, environ 8% pour la SPE et 7,1% pour les soins curatifs.

- Un très faible pourcentage d'établissements de santé n'offre pas ces services de soins (1,3% pour les des enfants de moins de 5 ans à 2,2% pour les vaccinations infantiles) (figure 15).

Disponibilité des services par jour et par semaine dans les établissements de santé

Tableau 10 : Pourcentage d'établissements de santé avec une moyenne de jours et d'heures d'ouverture des services de soins au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Services	Nombre moyen de jours d'ouverture par semaine pour offrir le service	Nombre moyen d'heures par jour pour offrir le service
Services ambulatoires non urgents	6,7	20,7
Services d'accouchement	6,9	23,6
Vaccinations infantiles	3,1	9,9
Consultations prénatales (CPN)	5,6	15,2
Consultation postnatale (CPoN)	6	15,6
Service adolescents/jeunes	6,3	18,6
Planification familiale	6,4	19,4

Les établissements de santé sont ouverts **6,7 jours sur 7** en moyenne par semaine pour les services ambulatoires non urgents, 6,9 jours sur 7 pour les services d'accouchement en moyenne. En ce qui concerne le nombre d'heures par jour, il est en moyenne de 20,7 sur 24 pour les soins ambulatoires non urgents, 23,6 sur 24 pour les services des accouchements (tableau 10).

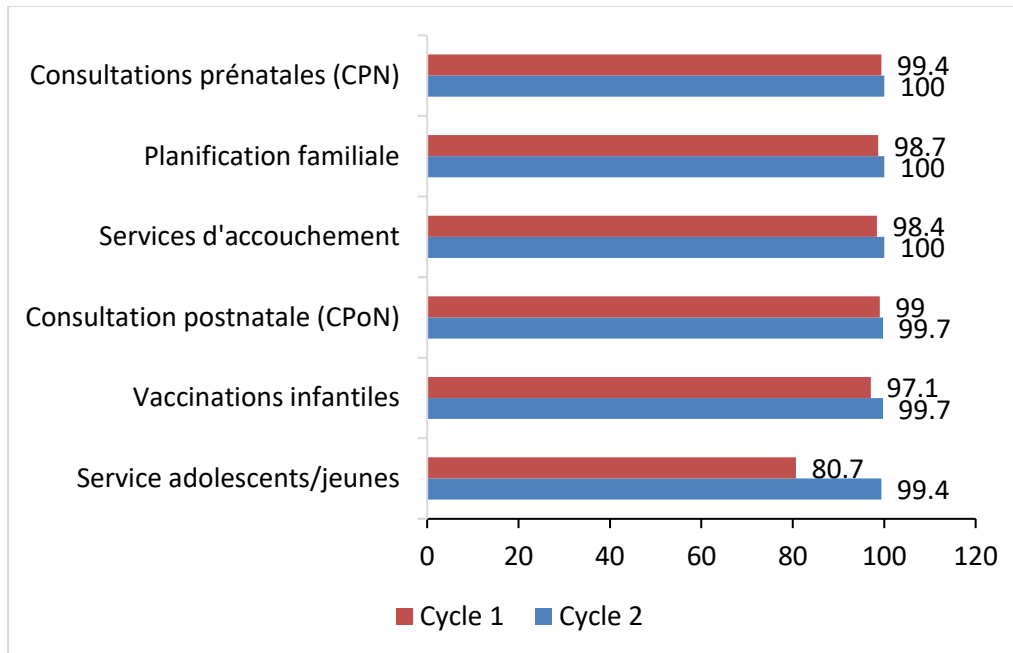


Figure 16 : Pourcentage des établissements de santé disposant les services durant le cycle 1 et cycle 2 des enquêtes au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali..

La figure 16 montre que qu'il y a eu un léger progrès entre le cycle1 et le cycle2 par rapport à certains services. Le progrès est plus visible au niveau du service des adolescents/jeunes allant de 80,7% (cycle 1) à 99,4% (cycle 2).

Un très faible pourcentage (16%) d'établissements de santé disposait d'un service de télémédecine (figure 17).

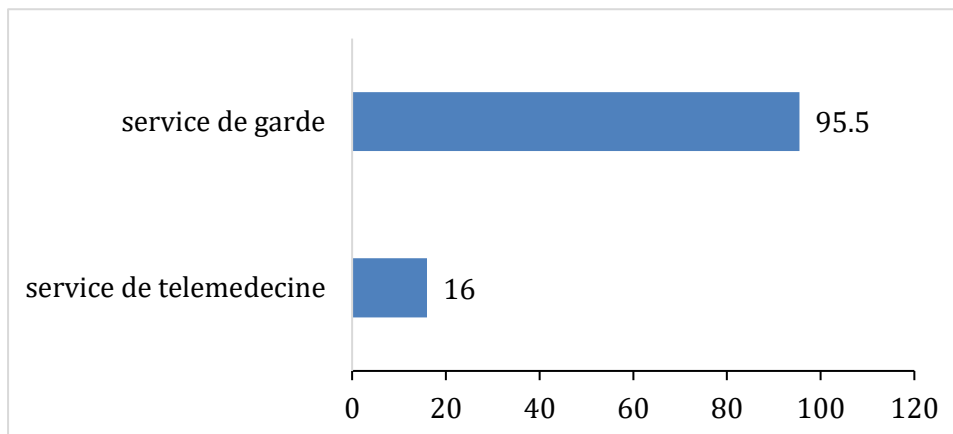


Figure 17: Pourcentage d'établissements de santé disposant d'un service de garde et de télémédecine pour tout type de consultation au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali..

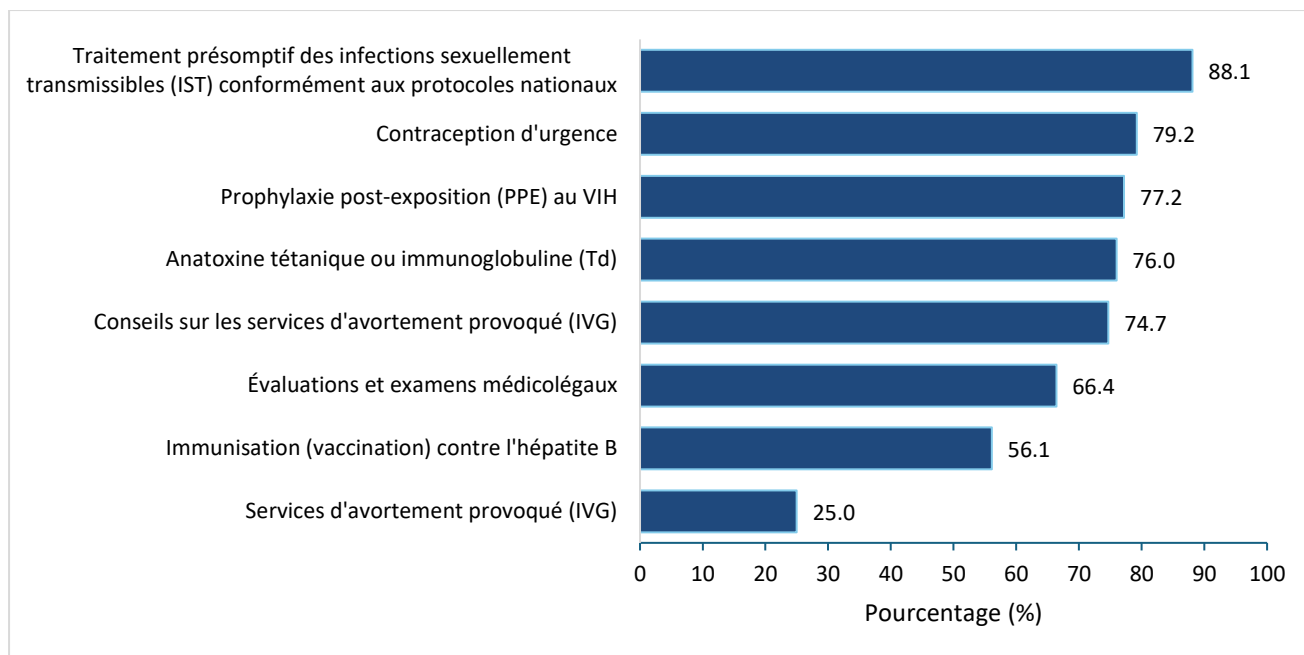


Figure 18: *Pourcentage d'établissement de santé offrant les services aux victimes de viols et /ou de violences conjugales au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.*

Parmi les services offerts aux victimes de viols et ou violences conjugales, il ressort que :

- Les traitements présomptifs des infections sexuellement transmissibles (IST) conformément aux protocoles nationaux sont offerts dans 88,1% des établissements de santé ;
- La contraception d'urgence est offerte dans 79,2% des établissements de santé ;
- La prophylaxie post exposition au VIH est offerte dans 77,2% des établissements de santé ;
- Les services d'avortement provoqué sont disponibles dans 25% des établissements (figure 18).

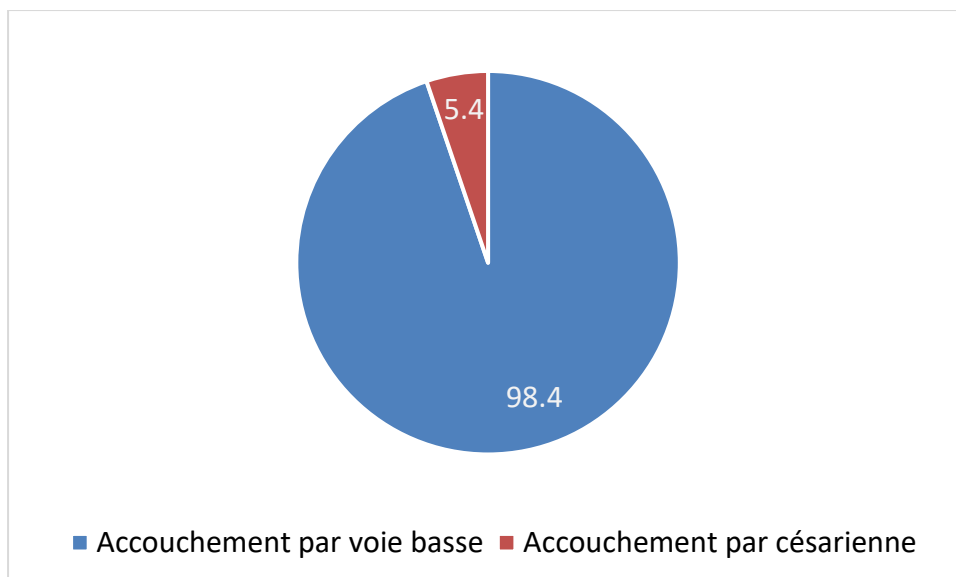


Figure 19: Pourcentage d'établissements de santé fournissant les services d'accouchement par voie basse et par césarienne au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Nous observons que 98,4% des établissements enquêtés offrent les services d'accouchement par voie basse (figure 19), tandis que la césarienne était offerte dans 5,4% des cas. Cependant, la répartition par type d'établissements montre que 99% des CSCom réalisaient des accouchements par voie basse et une très faible proportion (1,7%) réalisaient la césarienne (Figure 20).

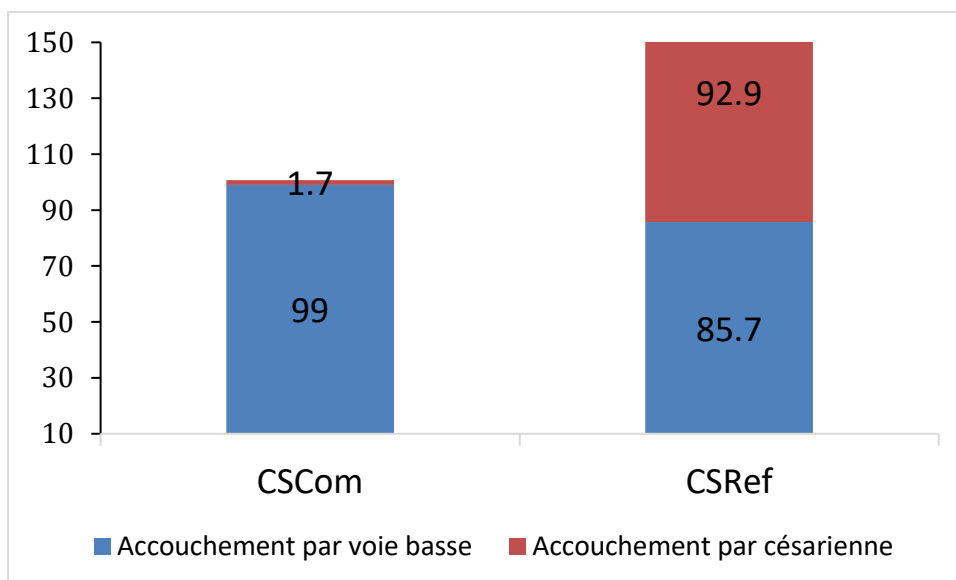


Figure 20 : Pourcentage d'établissements de santé fournissant les services d'accouchement par voie basse et par césarienne selon le type d'établissement au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Tableau 11 : Nombre moyen de naissances par voie basse et par césarienne les 30 derniers jours avant l'enquête au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Services d'accouchement	Nombre moyen		
	CSCom	CSRef	Total
Accouchement par voie basse	27,0	120,6	30,7
Accouchement par césarienne	0,1	44,7	3,2

Le nombre moyen d'accouchement par voie basse, les 30 derniers jours avant l'enquête est de 120, 6 (soit 4 accouchements par jour) au niveau des CSRéfs et 27 (soit 1 accouchement par jour) au niveau des CSComs. Quant aux césariennes, le nombre moyen dans les CSRéfs est d'environ 45. Notons que dans la politique de santé du Mali, les CSComs n'offrent pas des services de césariennes sauf dans quelques-uns d'entre eux où il été jugé nécessaire (tableau 11).

BLOC D : INFRASTRUCTURES

Disponibilité des infrastructures

Tableau 12 : Disponibilité des infrastructures essentielles au sein de l'établissement de santé au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Infrastructures essentielles	Effectif	Pourcentage (%)
Source d'eau améliorées dans l'enceinte de l'établissement	291	93,3
Toilettes fonctionnelles (latrines) améliorées et séparé pour le personnel et les femmes	230	80,4
Dispositifs de lavage des mains fonctionnels à tous les points de soins	284	91,0
Directives ou protocoles pour le nettoyage des locaux	226	72,4
Méthode sécurisée d'élimination des déchets médicaux à risque infectieux non tranchants	213	68,3
Source d'électricité	294	94,2
Systèmes de communication fonctionnels (accès continu au téléphone / internet)	158	50,6
Ambulance véhicule fonctionnelle avec chauffeur et carburant	63	20,2
Poubelle avec un couvercle dans les toilettes réservées aux femmes	109	34,9
Existence de moto fonctionnel comme moyens de transports avec du carburant et un chauffeur 24 heures sur 24	72	23,1

Parmi les infrastructures essentielles, la disponibilité de la source d'électricité était de 94%, suivie de celle d'eau améliorée (93%) et du dispositif de lavage des mains (91%). Seulement 23% des établissements enquêtés disposaient de motos fonctionnelles avec du carburant et un chauffeur 24 heure sur 24 (tableau 12).

Disponibilité de sources d'eau pour les établissements

Tableau 13 : répartition des établissements de santé enquêtés en fonction de la disponibilité des sources d'eau améliorée au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Sources d'eau disponible pour l'ES	Effectif	Pourcentage (%)
Sources d'eau améliorés		
Eau courante à l'intérieur du bâtiment	32	10,3
Eau courante à l'extérieur du bâtiment	3	1,0
Puits tubulaire/forage	197	63,1
Robinet public/borne fontaine	48	15,4
Puits creusé protégé	10	3,2
Source protégée	1	0,3
Sources d'eau non améliorés		
Puits creusé non-protégé	5	1,6
Eau de surface (lac, rivière ou ruisseau)	3	1,0
Aucune source d'eau	13	4,2
Total	312	100,0

En fonction de la disponibilité de la source d'eau améliorée, 63,1 % des établissements de santé enquêtés disposaient de puits tubulaires/forage, 15,4% disposaient de robinet public/borne fontaine, 10,3 % disposaient d'eau courante à l'intérieur du bâtiment. **En revanche 4,2% des établissements de santé enquêtés ne disposaient d'aucune source d'eau** (tableau 13).

Tableau 14 : Accessibilité des principales sources d'eau disponibles par le personnel des établissements de santé

Sources d'eau accessible par le personnel	Effectif	Pourcentage (%)
Eau courante à l'intérieur du bâtiment (n=32)	32	100,0
Eau courante à l'extérieur du bâtiment (n=3)	2	66,7
Puits tubulaire/forage (n=197)	189	95,9
Robinet public/borne fontaine (n=48)	43	89,6
Puits creusé protégé (n=10)	7	70,0
Source protégée (n=1)	1	100,0
Total	274	94,2

Les établissements de santé dans lesquels l'ensemble du personnel avait un accès à l'eau étaient ceux disposant des sources d'eau courante à l'intérieur du bâtiment et ceux dont la source était protégée. Environ, dans 96% des établissements disposant d'un puit tubulaire/forage, leur personnel avait un accès à cette source d'eau. Le personnel avait accès à la source d'eau dans presque 90% des établissement qui disposaient du Robinet public/borne fontaine (tableau 14).

Dans deux établissements sur les trois disposant de l'eau courante à l'extérieur du bâtiment, le personnel avait accès à cette source d'eau.

Disponibilité des utilitaires de routine

Tableau 15 : Disponibilité des utilitaires de routine en continu au cours de 7 derniers jours au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Utilitaires de routine	Effectif	Pourcentage (%)
Eau disponible en continu au cours des 7 derniers jours	86	27,6
Service téléphonique disponible en continu au cours des 7 derniers jours	190	60,9
Electricité toujours disponible au cours des 7 derniers jours	133	42,6
Internet disponible en continu au cours des 7 derniers jours	170	54,5

Par rapport à la disponibilité des utilitaires :

- les services téléphoniques étaient disponibles 7 jours sur 7 dans environ 61% des établissements de santé ;
- l'internet était disponible 7 jours sur 7 dans 54,5% des établissements de santé ;
- Seulement environ 27,6% des établissements de santé enquêtés disposaient de l'eau en continu 7 jours sur 7 (tableau 15).

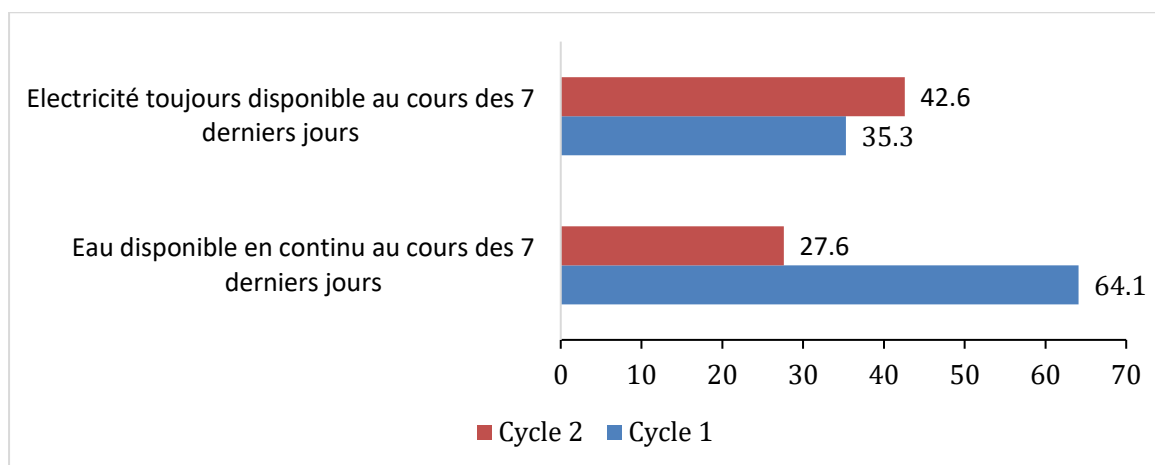


Figure 21 : Disponibilité continue en eau et l'électricité au cours des 7 derniers jours avant l'enquête du cycle 1 et cycle 2 au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Le pourcentage d'ES disposant de l'électricité en continu au cours des 7 derniers jours avant l'enquête a connu une augmentation lors du cycle 2 tandis qu'on note une diminution importante pour l'eau au cours du cycle 2 (figure 21).

Tableau 16 : méthodes sécurisées d'élimination des déchets médicaux à risque infectieux non tranchants au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Eléments d'autonomie	Effectif	Pourcentage (%)
Incinération dans un incinérateur, l'incinérateur étant opérationnel et avec du carburant aujourd'hui	125	40,1
Incinération dans un incinérateur, mais l'incinérateur n'est pas opérationnel ou n'a pas de carburant aujourd'hui	34	10,9
Brûlage à l'air libre sur un terrain plat (sans protection)	28	9,0
Brûlage à l'air libre dans une fosse ou un terrain protégé	55	17,6
Jeter sans brûler sur un terrain plat ou une fosse ouverte (sans protection)	11	3,5
Jeter sans brûler dans une fosse couverte, une latrine à fosse protégée ou un terrain protégé	16	5,1
Déplacer hors du site, en conservant les déchets dans un contenant couvert ou dans un autre environnement protégé	36	11,5
Déplacer hors du site, sans protection	5	1,6
Autres	2	0,6
Total	312	100

L'enquête a montré que moins de la moitié des établissements de santé utilisaient les méthodes sécurisées d'élimination des déchets médicaux à risque infectieux non tranchants. Environ 40% d'ES utilisaient une incinération dans un incinérateur, l'incinérateur étant opérationnel et avec du carburant aujourd'hui. Avec une proportion de 11,5%, les déchets étaient déplacés hors du site, en les conservant dans un contenant couvert ou dans un autre environnement protégé (tableau 16).

Indice de disponibilité des infrastructures

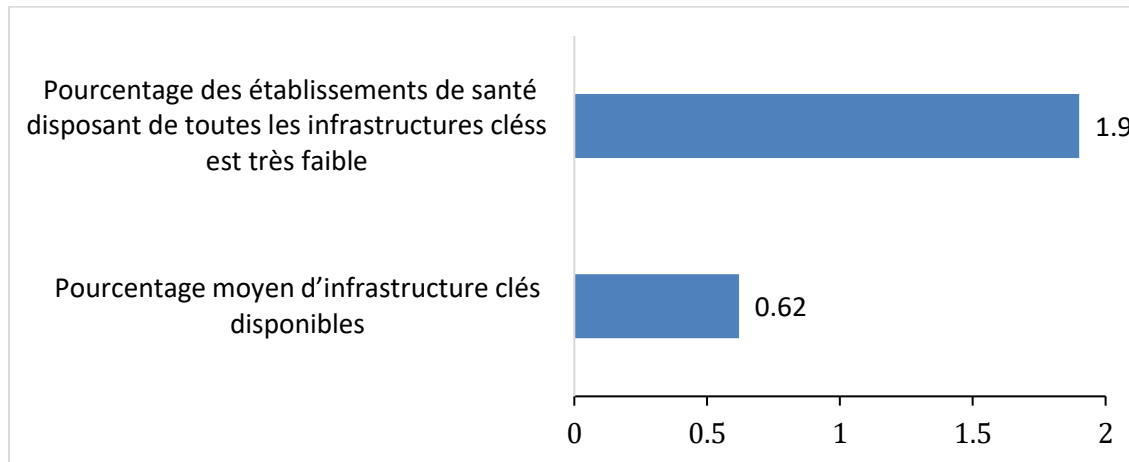


Figure 22 : Indice de disponibilité des infrastructures durant le cycle 2.

Le pourcentage des établissements de santé disposant de toutes les infrastructures clés est très faible (1,9%) soit 6/312.

5.4. BLOC E : FINANCEMENT

Autonomie et responsabilité financière des établissements de santé

Tableau 17 : Pourcentage d'établissements de santé disposant d'une autonomie financière et ceux réalisant un audit interne annuel de ses comptes au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Éléments d'autonomie	Effectif	Pourcentage (%)
Etablissements sanitaires disposant de leur propre compte bancaire	288	92,3
Etablissements sanitaires réalise un audit interne annuel de ses comptes	205	71,2
Etablissements sanitaires autonomes dans la gestion de certains de ses fonds ou ressources financières	273	87,5
Etablissement sanitaire rapporte les informations sur les fonds qu'elle reçoit et sur ses dépenses au moins une fois par an	235	75,3
Etablissement sanitaire rapporte les informations sur les fonds qu'elle reçoit au moins une fois par an	18	5,8
Etablissement sanitaire rapporte les informations sur ses dépenses au moins une fois par an	28	9,0

Par rapport à l'autonomie financière : 92,3% des établissements de santé enquêtés disposaient de leur propre compte bancaire ; 87,5% étaient autonomes dans la gestion de certains de leurs

fonds ou ressources financières ; 75,3% des établissements rapportent les informations sur les fonds qu'elle reçoit et sur ses dépenses au moins une fois par an. Seulement, environ 6% des établissements rapportaient les informations sur les fonds qu'elle reçoit au moins une fois par an (tableau 17).

Autonomie pour la gestion indépendante des fonds liés à certains services clés de l'établissement de santé

Tableau 18: Pourcentage d'établissements de santé disposant d'une autonomie indépendante des fonds liés à certains services clés de l'établissement de santé au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Éléments d'autonomie de gestion des services clés	Effectif	Pourcentage (%)
Embauche de personnel	192	70,3
Contrats avec des prestataires externes pour des services de soutien	170	62,3
Achat de médicaments et de produits médicaux	250	91,6
Achat d'équipements médicaux	226	82,8
Achat d'équipements et/ou de produits non médicaux	221	81
Paiement des services publics courants	163	59,7
Soutenir les activités d'engagement et de sensibilisation de la communauté	211	77,3

Par rapport à l'autonomie de gestion des services clés : environ 92% des établissements de santé enquêtés font des achats de médicaments et de produits médicaux ; environ 83% font des achats d'équipements médicaux ; 81% des établissements de santé enquêtés font des achats d'équipements et/ou de produits non médicaux. Seulement, près de 60% font les paiements des services publics courants (tableau 18).

Indice d'autonomie de gestion des services clés

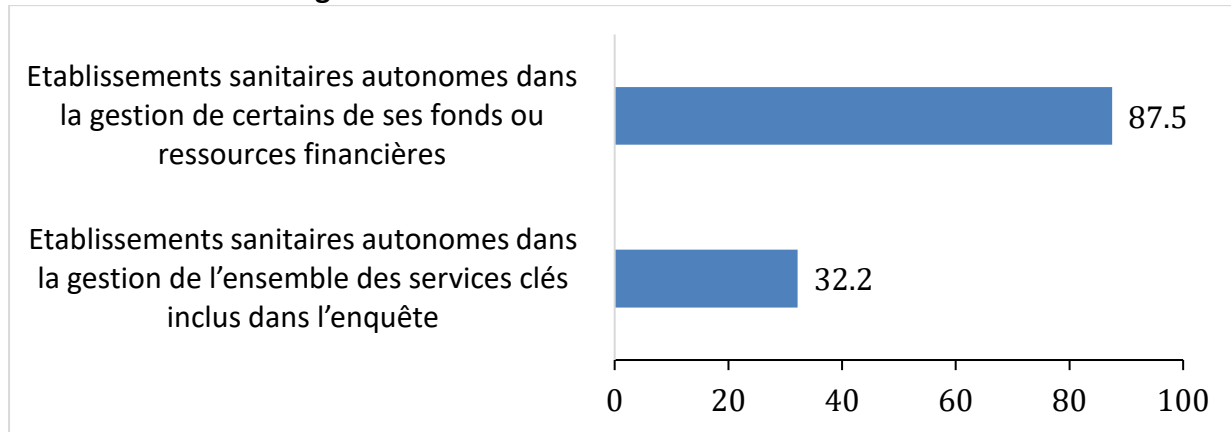


Figure 23 : Répartition des établissements de santé en fonction de l'autonomie de gestion

Dans l'ensemble 87,5% des établissements de santé sont autonomes dans la gestion de certains de leurs fonds ou ressources financières au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Par rapport au total des établissements de santé enquêtés, seulement 32,2% étaient autonomes dans la gestion de l'ensemble des services clés inclus dans l'enquête (figure 23).

EXEMPTIONS AUX FRAIS ET CONDITIONS D'ACCES

Affichage des frais médicaux afin que les patients puissent les voir.

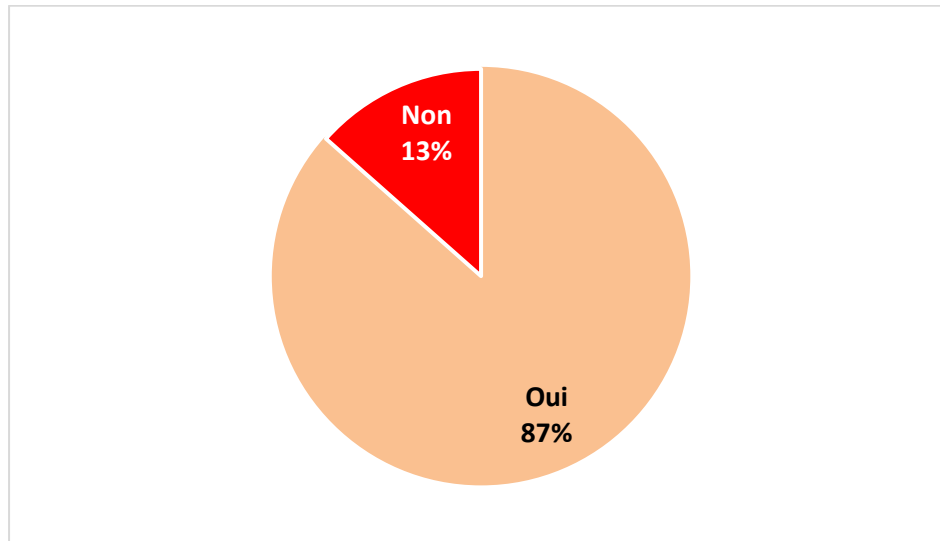


Figure 24: Proportion d'établissements de santé qui affichent publiquement les frais médicaux au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

La figure 24 ci-dessus révèle que 87% des établissements de santé affichent publiquement les frais médicaux.

Défis liés au financement

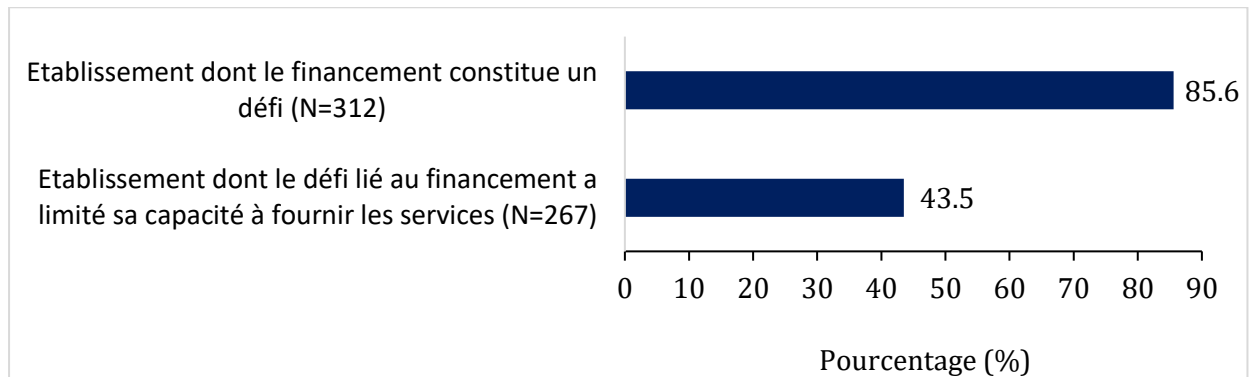


Figure 25: Pourcentage d'établissement de santé dont le financement constitue un défi au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Par rapport au défi lié au financement, les responsables de 86% des établissements de santé ont affirmé que le financement demeure un défi. Parmi cette fréquence, 43,5% des responsables ont affirmé que le défi lié au financement a limité sa capacité à fournir les services (figure 25).

Description de la manière dont les défis liés au financement ont affecté l'établissement sanitaire et sa capacité à fournir des services.

Les défis liés au financement ont affecté la capacité de certains établissements sanitaires à fournir les services dans plusieurs domaines à savoir : les infrastructures, la disponibilité des ressources humaines qualifiées, la disponibilité des ressources matérielles, la référence/ évacuation, l'achat des intrants et médicaments, l'amélioration du plateau technique, la disponibilité de l'eau et de l'électricité , le téléphone ainsi que l'internet. En effet plusieurs constructions de salles de maternité, de toilettes pour le personnel et de clôture des CSComs ont été arrêtés avec l'arrêt des subventions FBR. Selon les enquêtés, cet arrêt a engendré l'arrêt des motivations et des contrats de plusieurs agents de santé qualité qui n'étaient pas au compte du CSCom. Ce qui a joué considérablement sur la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services. A cela s'ajoute le manque de logistique qui a entravé la tenue des stratégies avancées dans les villages.

5.5. BLOC G : INTRANTS MÉDICAUX

Disponibilité de méthodes de contraception réversibles à longue durée d'action au moment de l'enquête

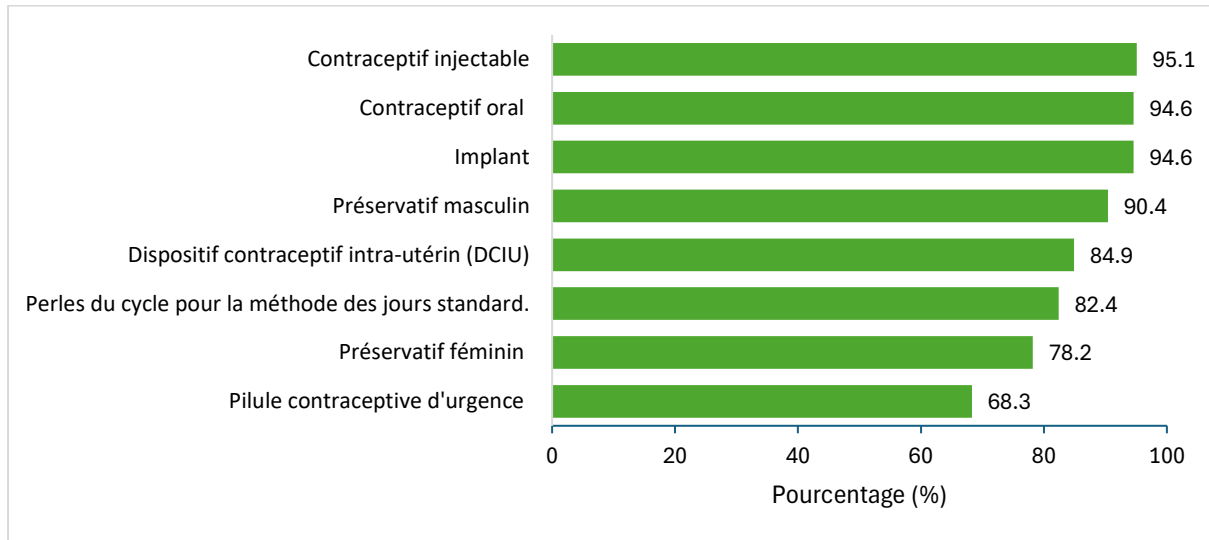


Figure 26 : Pourcentage d'établissement de santé disposant des méthodes de contraception réversibles au moment de l'enquête au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Les méthodes de contraception modernes réversible à longue et à courte durée d'action sont disponibles dans les établissements de santé enquêtés. Ainsi, parmi les méthodes de longue durée d'action, environ 95% des établissements disposaient des implants (figure 26).

Par rapport aux méthodes de courte durée d'action, la quasi-totalité des établissements de santé disposait des contraceptifs injectables (95%) et les contraceptifs oraux (environ 95%). La méthode la moins disponible était la pilule contraceptive d'urgence (68,3%).

5.6. BLOC H : ORGANISATION DE LA REFERENCE/EVACUATION

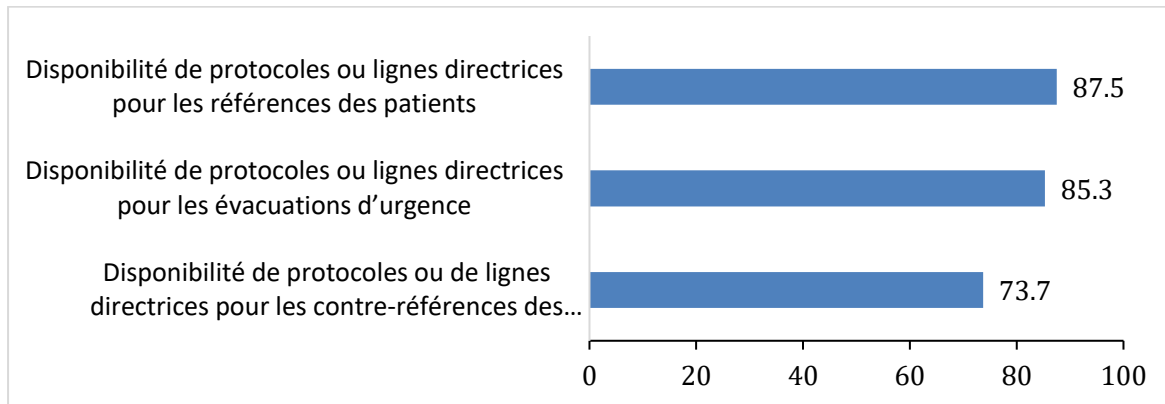


Figure 27: Pourcentage d'établissements de santé disposant d'un dispositif de référence / évacuation au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Par rapport à la disponibilité d'un dispositif de Référence/évacuation, la majorité des établissements de santé disposait de protocoles ou lignes directrices pour les références des patients (87,5%) et de protocoles ou lignes directrices pour les évacuations d'urgence (85,3%) (figure 27).

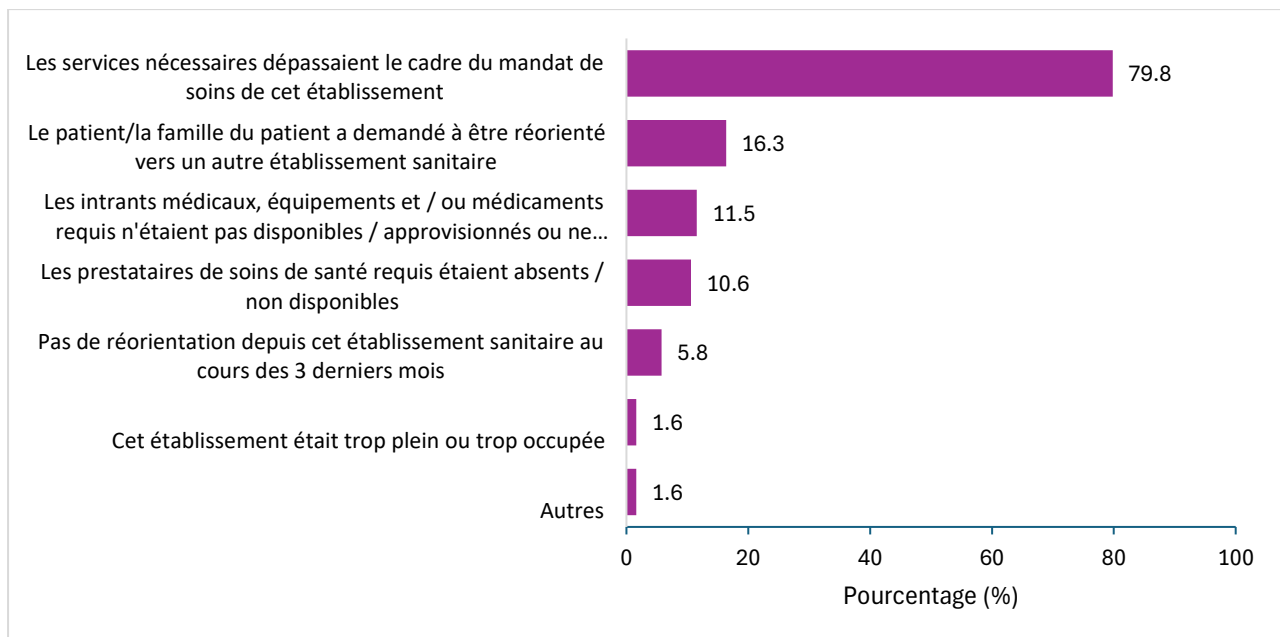


Figure 28 : Répartition des établissements de santé selon les motifs pour référer un patient au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

En fonction des motifs de référence, les plus évoqués étaient : les services nécessaires dépassaient le cadre du mandat de soins de cet établissement (79,8%) ; le patient/la famille du patient a demandé à être réorienté vers un autre établissement sanitaire (16,4%) (figure 28).

Le motif le moins évoqué a été « Pas de réorientation depuis cet établissement sanitaire au cours des 3 derniers mois » pour seulement environ 6%.

5.7. BLOC I : ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

Pratiques d'engagement communautaire

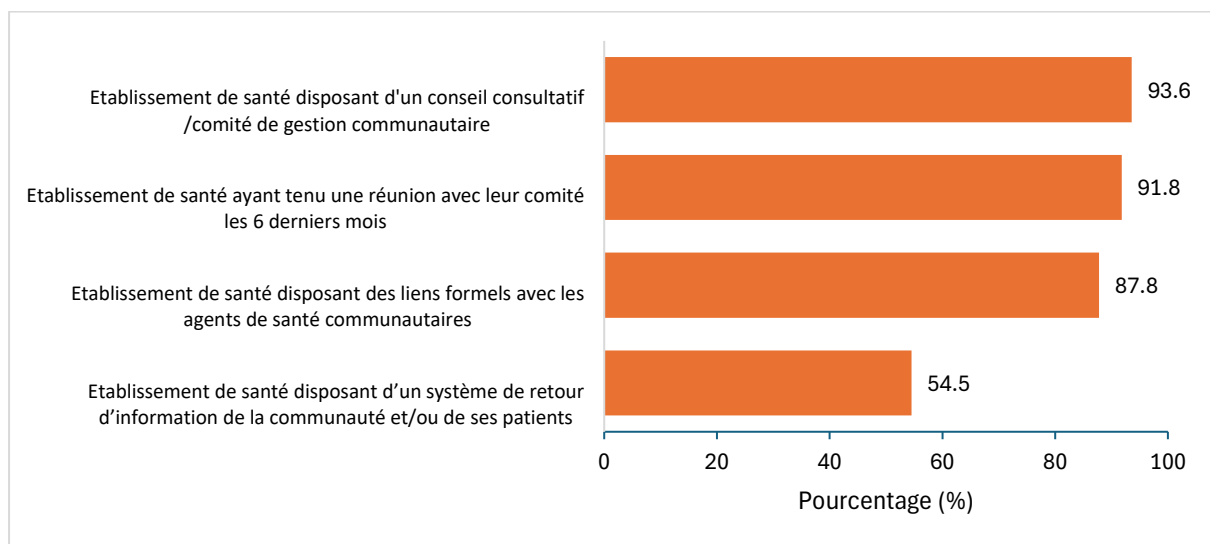


Figure 29 : Pourcentage d'établissements de santé ayant des pratiques adéquates en matière d'implication des communautés au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Par rapport aux pratiques adéquates en matière d'engagement communautaire, environ 94% des établissements de santé ayant un conseil consultatif/comité de gestion communautaire et les établissements de santé disposaient d'un système de retour d'information de la communauté et/ou de ses patients représentaient 54,5% (figure 29).

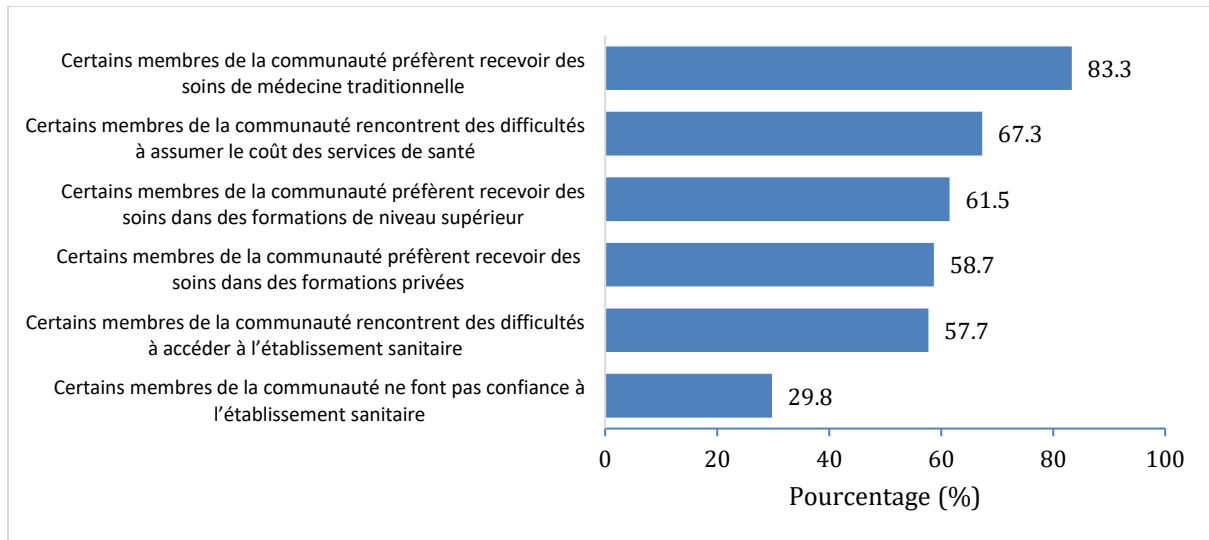


Figure 30 : répartition des établissements de santé en fonction des raisons de non-utilisation des services de santé de l'établissement au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Les raisons de non-utilisation des services les plus évoquées ont été : « Certains membres de la communauté préfèrent recevoir des soins de médecine traditionnelle » (83,3%), « Certains membres de la communauté rencontrent des difficultés à assumer le coût des services de santé » (67,3%), « Certains membres de la communauté préfèrent recevoir des soins dans des formations de niveau supérieur » (61,5%). Seulement 30% des établissements ont évoqué comme raison « Certains membres de la communauté ne font pas confiance à l'établissement sanitaire » (figure 30).

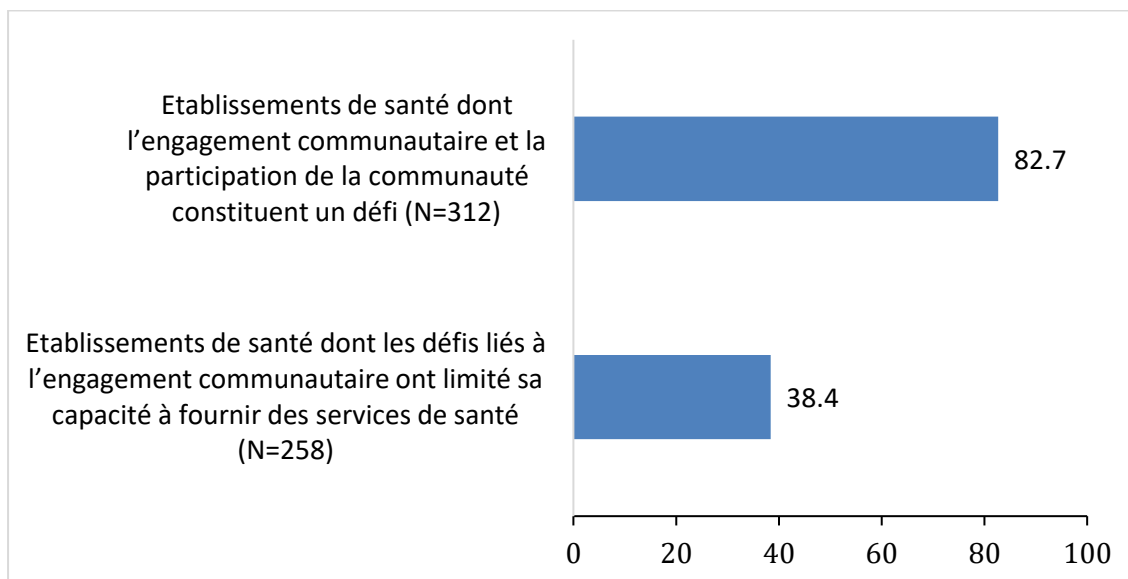


Figure 31 : Défis liés à l'engagement communautaire au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

D'une manière générale, l'engagement communautaire et la participation de la communauté constituent des défis pour environ 83% des établissements de santé parmi lesquels, 38,4% ont déclaré que ces défis ont limité leur capacité à fournir les services de santé (figure 31).

Autres raisons pour lesquelles les membres de la communauté ne viendraient pas se faire soigner dans l'établissement de santé.

L'analyse des propos recueillies met en évidence qu'il existe d'autres facteurs limitant le recours de la communauté aux services des établissements de santé. Parmi ces facteurs, on note l'accessibilité géographique et les contraintes financières, les aspects socio-culturels et les problèmes liés au fonctionnement des établissements de santé. La distance importante entre certains villages et le CSCoM, l'état dégradé des routes, l'enclavement durant la saison des pluies ainsi que l'absence de moyens de transport ont été aussi cités comme barrières majeures à l'accès aux établissements de santé. Les contraintes financières et l'absence de couverture sanitaire ont aussi été évoquées comme barrières d'utilisation des services. En effet, la pauvreté des ménages, l'absence ou le dysfonctionnement des mécanismes de couverture sanitaire (Assurance Maladie Obligatoire, mutuelles) et le coût élevé des prescriptions limitent fortement la capacité des populations à recourir aux soins. Les facteurs socio-culturels tels que le recours fréquent à l'automédication, la préférence pour les soignants ambulants, les tradi-praticiens ou cliniques privées non autorisées, ainsi que la faible connaissance du système de santé communautaire, constituent des facteurs de réticence vis-à-vis du CSCoM. Les problèmes liés au fonctionnement du CSCoM tels le manque de confiance envers certains prestataires, la qualité jugée insuffisante de l'accueil, l'insuffisance en ressources humaines qualifiées et en équipements médicaux ainsi que l'insécurité ont été signalés par les enquêtés.

5.8. BLOC J : PROCESSUS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

Tableau 19 : Pratiques d'amélioration de la qualité des soins mises en œuvre par l'établissement de santé (procédures) au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Procédures d'amélioration de la qualité des services	Effectif	Pourcentage (%)
Etablissement de santé mène régulièrement des activités d'amélioration de la qualité pour l'un de ses services	299	95,8
Etablissement de santé analyse régulièrement ses propres données pour prendre des décisions sur les services de soins	297	95,2
Etablissement de santé dispose d'un processus de mise en œuvre des recommandations issues des audits des décès maternels, périnataux et néonataux (N = 120)	112	93,3
Etablissement de santé mène régulièrement des évaluations de compétences de son personnel soignant	264	84,6
Equipe d'amélioration de la qualité des soins s'est réunie au cours des six derniers mois (N=203)	165	81,3
Etablissement de santé dispose d'une personne, équipe focale ou comité chargé de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients	203	65,1
Etablissement de santé dispose d'une équipe chargée de l'évaluation de compétences du personnel soignant	189	60,6
Etablissement de santé réalise des audits de tous les décès de nouveau-nés qui meurent dans les 7 jours suivant leur naissance dans la l'établissement	142	45,5
Etablissement de santé réalise des audits de toutes les mortinaissances qui surviennent dans l'établissement sanitaire	141	45,2
Etablissement de santé réalise des audits de tous les décès de femmes qui meurent dans les 6 semaines suivant leur accouchement	120	38,5

Parmi les pratiques d'amélioration de la qualité des soins, environ 96% des établissements de santé mènent régulièrement des activités d'amélioration de la qualité pour l'un de ses services et 95% analysent régulièrement leurs propres données pour prendre des décisions sur les services de soins. Les évaluations de compétences de son personnel soignant étaient régulièrement menées par 84,6% des établissements de santé. Les audits de tous les décès de

femmes qui meurent dans les 6 semaines suivant leur accouchement étaient faiblement réalisés soit 38,5% des établissements de santé. Parmi les établissements de santé qui disposent d'une équipe d'amélioration de la qualité des soins, 87,3% ont tenu une réunion au cours des six derniers mois. Parmi les établissements de santé réalisant des audits de tous les décès de femmes, 93,3% disposent d'un processus de mise en œuvre des recommandations issues des audits des décès maternels, périnataux et néonataux (tableau 19).

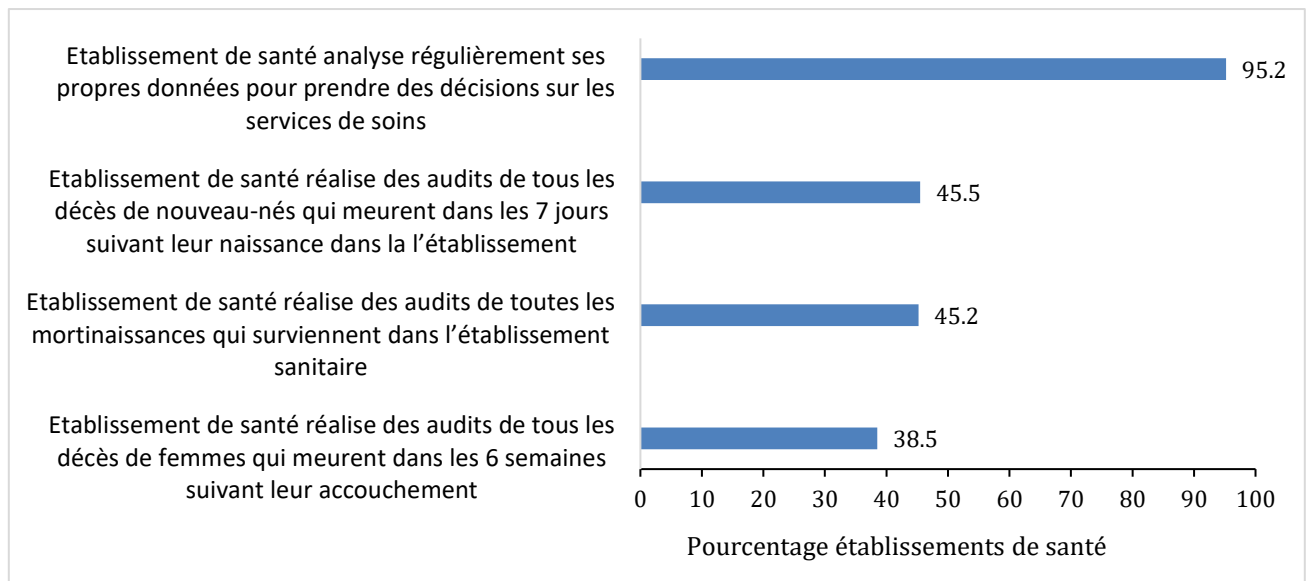


Figure 32: Pourcentage d'établissements de santé satisfaisant les procédés d'audits d'amélioration de la qualité des soins au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Les audits ont été les pratiques d'amélioration les moins mis en œuvre par les établissements de santé (38,5%).

Tableau 20 : Décisions ou actions prises par l'établissement de santé sur la base des données au cours des 3 derniers mois au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Actions prises sur la base des données	Effectif (N=297)	Pourcentage (%)
Aucune décision ou action n'a été prise sur la base de données au cours des trois derniers mois	19	6,4
Examen des responsabilités du personnel de la formation	63	21,2
Renforcement de la formation ou de la supervision du personnel de la formation	116	39,1
Mobilisation ou demande de nouvelles ressources financières ou humaines	88	29,6
Modification de l'allocation actuelle des ressources	33	11,1
Examen ou révision des protocoles existants	45	15,1
Conduite d'activités d'éducation, sensibilisation ou information de la communauté	138	46,5
Achat de produits ou de fournitures	92	31,0
Amélioration de la qualité et/ou de l'utilisation des données	125	42,1
Amélioration de la qualité des soins	7	2,4
Autre (précisez)	5	1,7

Par rapport aux décisions prises par l'établissement, les plus fréquemment évoquées ont été : « Conduite d'activités d'éducation, sensibilisation ou information de la communauté » (46,8%), « Amélioration de la qualité et/ou de l'utilisation des données » (environ 42,4%), « Renforcement de la formation ou de la supervision du personnel de la formation » (39,4%). Environ 6,4% des établissements de santé ont évoqué qu'aucune décision ou action n'a été prise sur la base de données au cours des trois derniers mois (tableau 20).

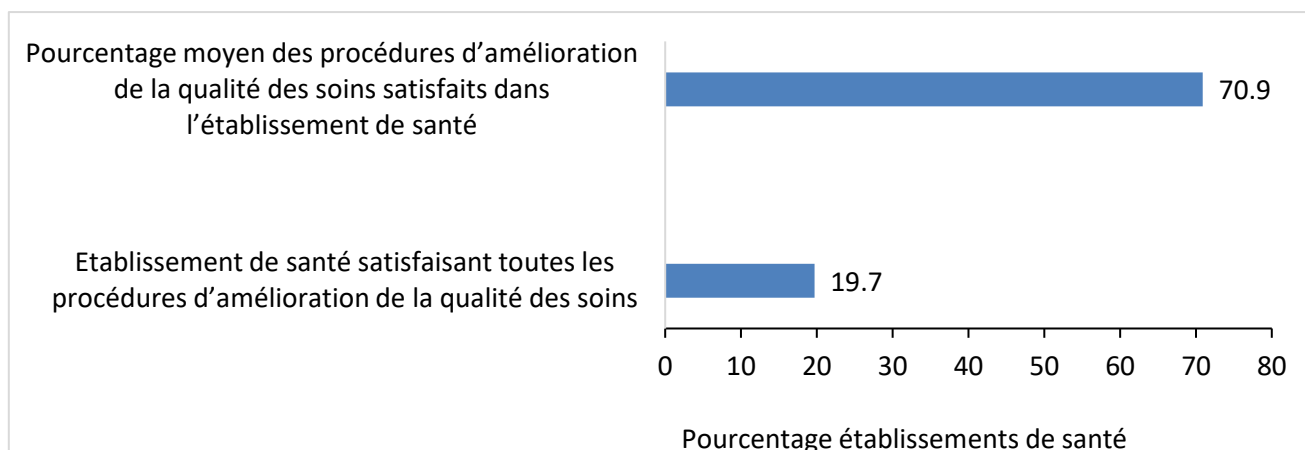


Figure 33: Indices d'amélioration de la qualité des soins au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

Le pourcentage moyen des procédures d'amélioration de la qualité des soins satisfaits dans l'établissement de santé est d'environ 71%. Le pourcentage d'établissement de santé qui a satisfait toutes les procédures d'amélioration de la qualité des soins est d'environ 20% (figure 33).

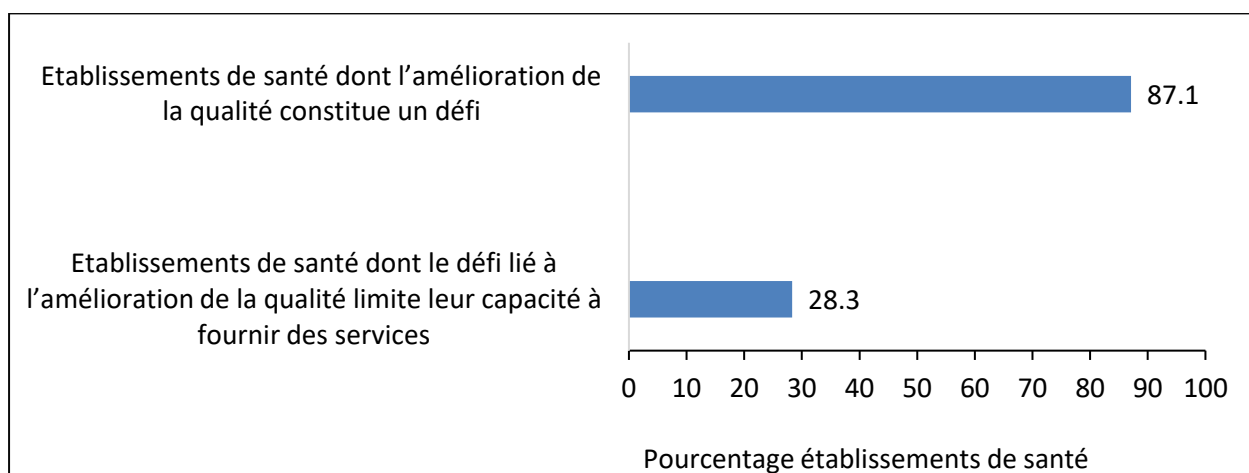


Figure 34 : Défis liés à la qualité des soins rapportés par les établissements de santé au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali.

La figure 34 montre que 87% des établissements de santé ont évoqué que l'amélioration de la qualité des soins constitue un défi. Parmi ces établissements 28,3% ont estimé que le défi lié à l'amélioration de la qualité limite la capacité de l'établissement sanitaire à fournir des services (figure 34).

Description de la manière dont les défis en matière de qualité des soins de santé ont affecté l'établissement sanitaire et sa capacité à fournir des services.

Au cours des six derniers mois, plusieurs défis majeurs ont affecté la qualité des soins offerts par le CSCoM et leur capacité à répondre aux besoins de la communauté. Tout d'abord, l'insuffisance de financement a limité la mise en œuvre de nombreuses activités essentielles, notamment les stratégies avancées, les formations du personnel et l'achat de médicaments ou d'équipements médicaux. Ensuite les CSCoMs font face à un manque de personnel qualifié suite à l'arrêt de subvention. Le déficit en ressources humaines qualifiées, associé à une faible motivation et à l'absence de formations continues, a compromis la qualité des soins. Par ailleurs, les infrastructures et équipements demeurent insuffisants et inadaptés. L'absence de certaines installations (maternité fonctionnelle, salles adaptées, incinérateur) et la vétusté ou le manque de matériel médical (laboratoire, échographie, équipements de réanimation) ont considérablement limité la capacité de certains centres à fournir des soins de qualité. Les problèmes récurrents d'électricité, d'eau et de transport, liés notamment à l'absence d'ambulance ou de motos ou de carburant pour l'évacuation des patients, aggravent cette situation. Enfin, l'insécurité et la pauvreté des populations ont accentué la sous-fréquentation du centre et ont limité l'accès effectif aux services de santé.

BLOC K : PRÉPARATION ET RÉPONSE AUX URGENCES

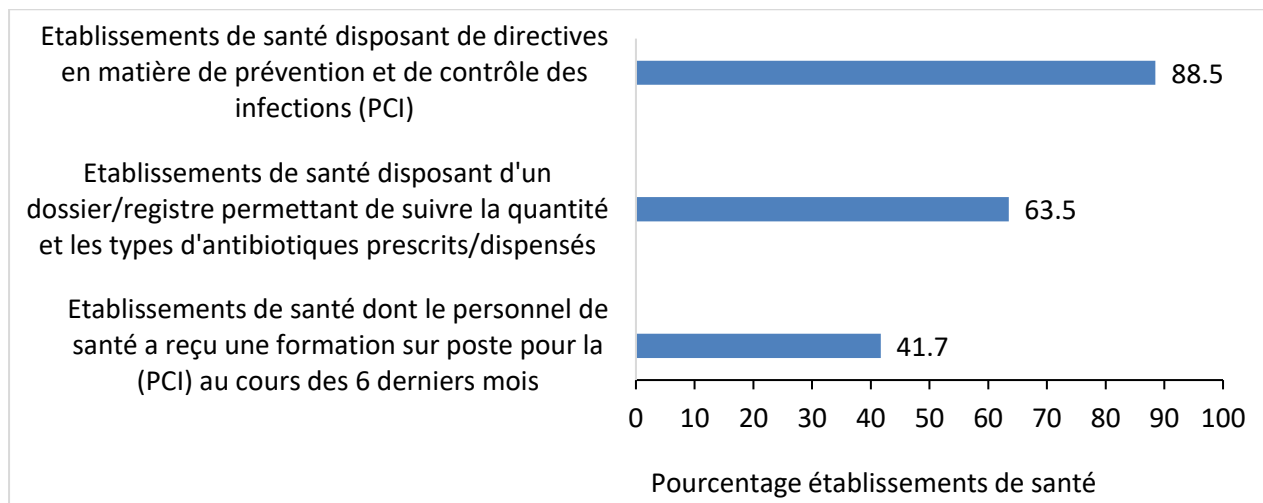


Figure 35 : *Prévention et contrôle des infections* au cours de de l'enquête FASTR-cycle2 au Mali. Dans le cadre de la prévention et le contrôle des infections, les établissements de santé disposaient de directives en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans 88,5% des cas, et les établissements de santé dont le personnel de santé a reçu une formation sur poste pour la PCI représentaient 41,7% (figure 35).

Conclusion

Le deuxième cycle de l'enquête téléphonique a intégré le module Financement Basé sur les Résultats (FBR). En outre sur 312 établissements de santé enquêtés, 60% étaient des établissements FBR. L'analyse montre que l'arrêt des financements FBR a entraîné une perturbation des services dans plusieurs domaines comme les infrastructures, les ressources humaines, les équipements et les intrants. Si dans certains cas ceci a affecté l'offre des services, dans d'autres cas il n'y a pas eu de changements majeurs. Les défis existent par rapport à certaines utilitaires comme l'eau, l'électricité et l'internet. Par rapport au financement, la majorité des établissements disposaient de compte bancaire et d'autonomie de gestion. Malgré cela, le financement reste un défi selon les responsables interrogés. Par rapport aux intrants médicaux, les méthodes de contraception à longue et courte durée d'action étaient disponibles. Il existe dans la majorité des établissements enquêtés le dispositif de référence/évacuation et le système est fonctionnel. L'engagement communautaire est effectif à travers l'existence des conseils de gestion et la tenue de leurs réunions. Il existe aussi des mécanismes d'amélioration de la qualité des soins à travers l'analyse de la qualité des soins et les audits. Mais les défis importants demeurent par rapport à la réalisation des audits et la mise en œuvre des recommandations. Il existe des directives en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), les dossier/registres et les établissements de santé dont le personnel de santé a reçu une formation. Les défis demeurent au niveau des infrastructures, du financement, de l'organisation des services, de la référence/évacuation, de l'engagement communautaire, de la qualité des services et la préparation aux épidémies. Il appartient à l'équipe de recherche de pouvoir diffuser ces résultats afin que les décideurs puissent s'en servir pour les planifications futures.

Annexes

Annexe 1 : Liste des établissements de santé enquêtés

N°	Region	District	Etablissements de santé enquêtés
1	Kayes	Bafoulabe	CSCom Diakitela
2	Kayes	Bafoulabe	CSCom Dialakon
3	Kayes	Bafoulabe	CSCom Diokeli
4	Kayes	Bafoulabe	CSCom Horokoto
5	Kayes	Bafoulabe	CSCom Oualia
6	Kayes	Diema	CSCom Dianguounte Camara
7	Kayes	Diema	CSCom Groumera
8	Kayes	Diema	CSCom Lakamane
9	Kayes	Diema	CSCom Sansankide
10	Kayes	Kayes	CSCom Ambidedi-poste
11	Kayes	Kayes	CSCom Aourou
12	Kayes	Kayes	CSCom Dialakasso
13	Kayes	Kayes	CSCom Dialane
14	Kayes	Kayes	CSCom Diamou
15	Kayes	Kayes	CSCom Gabou
16	Kayes	Kayes	CSCom Kakadian
17	Kayes	Kayes	CSCom Kayes ndi
18	Kayes	Kayes	CSCom Kobokotossou
19	Kayes	Kayes	CSCom Marintoumania
20	Kayes	Kayes	CSCom Mouliné
21	Kayes	Kenieba	CSCom Diabarou
22	Kayes	Kenieba	CSCom Fadougou
23	Kayes	Kenieba	CSCom Kenieba Central
24	Kayes	Kenieba	CSCom Mahinamine
25	Kayes	Kenieba	CSCom Tambafigna
26	Kayes	Kenieba	CSRef Kenieba
27	Kayes	Kita	CSCom Balandougou- Kita
28	Kayes	Kita	CSCom Darsalam Kita
29	Kayes	Kita	CSCom Kofeba
30	Kayes	Kita	CSCom Makandiamougou
31	Kayes	Kita	CSCom Sandiamougou
32	Kayes	Kita	CSCom Sebekoro
33	Kayes	Kita	CSCom Sibikily
34	Kayes	Nioro	CSCom Gavinane
35	Kayes	Nioro	CSCom Gogui
36	Kayes	Nioro	CSCom Kouroukere
37	Kayes	Nioro	CSCom Sambagoré
38	Kayes	Nioro	CSCom Tichitt

N°	Region	District	Etablissements de santé enquêtés
39	Kayes	Oussoubidiagna	CSCom Diakon
40	Kayes	Oussoubidiagna	CSCom Douale
41	Kayes	Oussoubidiagna	CSCom Goundara
42	Kayes	Oussoubidiagna	CSCom Oussibidiagna
43	Kayes	Sagabari	CSCom Sagabari
44	Kayes	Sagabari	CSCom Sitaoule
45	Kayes	Sagabari	CSRef Sagabari
46	Kayes	Sefeto	CSCom Djougoun
47	Kayes	Sefeto	CSCom Guemoukouraba
48	Kayes	Yelimane	CSCom Dialaka
49	Kayes	Yelimane	CSCom Gory
50	Kayes	Yelimane	CSCom Lambatra
51	Kayes	Yelimane	CSCom Niogomera
52	Kayes	Yelimane	CSCom Takaba
53	Koulikoro	Banamba	CSCom Banamba Central
54	Koulikoro	Banamba	CSCom Kerouane
55	Koulikoro	Banamba	CSCom Kokoni
56	Koulikoro	Banamba	CSCom Ouaro
57	Koulikoro	Dioila	CSCom Baoufoulala
58	Koulikoro	Dioila	CSCom Degnekorro
59	Koulikoro	Dioila	CSCom Kle
60	Koulikoro	Dioila	CSCom Kola
61	Koulikoro	Dioila	CSCom N'Tobougou
62	Koulikoro	Dioila	Cscom Ndjila Fignana
63	Koulikoro	Fana	CSCom Falako
64	Koulikoro	Fana	CSCom Fougadougou
65	Koulikoro	Fana	CSCom Kerela
66	Koulikoro	Fana	CSCom Korokoro
67	Koulikoro	Fana	CSCom Mena
68	Koulikoro	Kalaban coro	CSCom Baguineda
69	Koulikoro	Kalaban coro	CSCom Bakorobabougou
70	Koulikoro	Kalaban coro	CSCom Banco-Coura
71	Koulikoro	Kalaban coro	CSCom Kalabancoro Nerecoro
72	Koulikoro	Kalaban coro	CSCom Sanancoroba
73	Koulikoro	Kangaba	CSCom Danga
74	Koulikoro	Kangaba	CSCom Kenegoue
75	Koulikoro	Kangaba	CSCom Salamale
76	Koulikoro	Kangaba	CSCom Tégué
77	Koulikoro	Kati	CSCom Dio gare
78	Koulikoro	Kati	CSCom Dio-Ba
79	Koulikoro	Kati	CSCom Doubabougou

N°	Region	District	Etablissements de santé enquêtés
80	Koulikoro	Kati	CSCom Farada
81	Koulikoro	Kati	CSCom Ouezzindou
82	Koulikoro	Kati	CSCom Sandama
83	Koulikoro	Kati	CSCom Siby
84	Koulikoro	Kati	CSCom Wadougou Sikoro
85	Koulikoro	Kati	CSRef Kati
86	Koulikoro	Kolokani	CSCom Didieni
87	Koulikoro	Kolokani	CSCom Mercoya
88	Koulikoro	Kolokani	CSCom Niatoumana
89	Koulikoro	Kolokani	CSCom Nossombougou
90	Koulikoro	Kolokani	CSCom Sabougou
91	Koulikoro	Koulikoro	CSCom Kenenkoun
92	Koulikoro	Koulikoro	CSCom Koula Koulikoro
93	Koulikoro	Koulikoro	CSCom Monzombala
94	Koulikoro	Koulikoro	CSCom Sirakorobougou
95	Koulikoro	Koulikoro	CSRef Koulikoro
96	Koulikoro	Nara	CSCom Alasso
97	Koulikoro	Nara	CSCom Bagué
98	Koulikoro	Nara	CSCom Boulal
99	Koulikoro	Nara	CSCom Digan
100	Koulikoro	Nara	CSCom Dilly
101	Koulikoro	Nara	CSCom Gassambarou
102	Koulikoro	Nara	CSCom Gueneibe
103	Koulikoro	Ouelessebougou	CSCom Digan
104	Koulikoro	Ouelessebougou	CSCom Mana
105	Koulikoro	Ouelessebougou	CSCom Safe-Bougoula
106	Koulikoro	Ouelessebougou	CSCom Tiele
107	Sikasso	Bougouni	CSCom Bamba
108	Sikasso	Bougouni	CSCom Bougouni Sud
109	Sikasso	Bougouni	CSCom Defina
110	Sikasso	Bougouni	CSCom Dogo
111	Sikasso	Bougouni	CSCom Domba
112	Sikasso	Bougouni	CSCom Keleya
113	Sikasso	Bougouni	CSCom Kola
114	Sikasso	Bougouni	CSCom Meridiela
115	Sikasso	Kadiolo	CSCom Bananso
116	Sikasso	Kadiolo	CSCom Diou
117	Sikasso	Kadiolo	CSCom Lanfiala
118	Sikasso	Kadiolo	CSCom Nimbougou
119	Sikasso	Kadiolo	CSCom Ouatialy
120	Sikasso	Kignan	CSCom Koumankou

N°	Region	District	Etablissements de santé enquêtés
121	Sikasso	Kignan	CSCom Nanérébougou
122	Sikasso	Kolondieba	CSCom Kolondieba Central
123	Sikasso	Kolondieba	CSCom Niakourazana
124	Sikasso	Kolondieba	CSCom Wakoro
125	Sikasso	Kolondieba	CSCom Zeguere
126	Sikasso	Kolondieba	CSRef Kolondieba
127	Sikasso	Koutiala	CSCom Bongosso
128	Sikasso	Koutiala	CSCom Koko
129	Sikasso	Koutiala	CSCom Kouo
130	Sikasso	Koutiala	CSCom N'Togonasso
131	Sikasso	Koutiala	CSCom Oula
132	Sikasso	Koutiala	CSCom Zangasso
133	Sikasso	Koutiala	CSCom Zanina
134	Sikasso	Koutiala	CSCom Zebala
135	Sikasso	Niena	CSCom Banzana
136	Sikasso	Niena	CSCom Finkolo ganadougou
137	Sikasso	Niena	CSCom Ntjikouna
138	Sikasso	Niena	CSCom Ntjilla
139	Sikasso	Selingue	CSCom Faraba (Sélingué)
140	Sikasso	Selingue	CSCom Kangare
141	Sikasso	Selingue	CSRef Selingue
142	Sikasso	Sikasso	CSCom Diomatene
143	Sikasso	Sikasso	CSCom Kouloukan
144	Sikasso	Sikasso	CSCom Mandela
145	Sikasso	Sikasso	CSCom Natien
146	Sikasso	Sikasso	CSCom Nongon
147	Sikasso	Sikasso	CSCom Pimperna
148	Sikasso	Sikasso	CSCom Sanoubougou 2
149	Sikasso	Sikasso	CSCom Sanoubougou1
150	Sikasso	Sikasso	CSCom Wayerma 2
151	Sikasso	Yanfolila	CSCom Balanfina
152	Sikasso	Yanfolila	CSCom Koloni_Y
153	Sikasso	Yanfolila	CSCom Lontola
154	Sikasso	Yanfolila	CSCom MDiassa
155	Sikasso	Yorosso	CSCom Kiffosso I
156	Sikasso	Yorosso	CSCom Menamba I
157	Sikasso	Yorosso	CSCom Toro
158	Segou	Baroueli	CSCom Gouendo
159	Segou	Baroueli	CSCom Kodougouni
160	Segou	Baroueli	CSCom Kourale
161	Segou	Baroueli	CSCom Seguela

N°	Region	District	Etablissements de santé enquêtés
162	Segou	Baroueli	CSCCom Somo Baroueli
163	Segou	Bla	CSCCom Fani
164	Segou	Bla	CSCCom Kamona
165	Segou	Bla	CSCCom Kola
166	Segou	Bla	CSCCom Nampasso
167	Segou	Bla	CSCCom Niala
168	Segou	Bla	CSCCom Niamana - Bla
169	Segou	Bla	CSRef Bla
170	Segou	Macina	CSCCom Folomana
171	Segou	Macina	CSCCom Sarro
172	Segou	Macina	CSCCom Saye
173	Segou	Macina	CSCCom Souleye
174	Segou	Markala	CSCCom Diamarabougou
175	Segou	Markala	CSCCom Dougabougou
176	Segou	Markala	CSCCom Markanibougou
177	Segou	Markala	CSCCom Togou
178	Segou	Markala	CSRef Markala
179	Segou	Niono	CSCCom Bolibana B6
180	Segou	Niono	CSCCom Dougouba
181	Segou	Niono	CSCCom Makarila
182	Segou	Niono	CSCCom N'Debougou
183	Segou	Niono	CSCCom Siribala
184	Segou	San	CSCCom Bounoumba
185	Segou	San	CSCCom Fion
186	Segou	San	CSCCom Madina
187	Segou	San	CSCCom Niamana - San
188	Segou	San	CSCCom Ouolon
189	Segou	San	CSCCom Sourountouna
190	Segou	Segou	CSCCom Katiena
191	Segou	Segou	CSCCom N'Gueni
192	Segou	Segou	CSCCom Ngara
193	Segou	Segou	CSCCom Pelegana Nord
194	Segou	Segou	CSCCom Sidosoninkoura
195	Segou	Segou	CSCCom Siribougou
196	Segou	Segou	CSCCom Tongo
197	Segou	Tominian	CSCCom Lanfiala
198	Segou	Tominian	CSCCom Mafoune
199	Segou	Tominian	CSCCom Mankoina
200	Segou	Tominian	CSCCom Turula
201	Mopti	Bandiagara	CSCCom Bandiagara central
202	Mopti	Bandiagara	CSCCom Diankassagou

N°	Region	District	Etablissements de santé enquêtés
203	Mopti	Bandiagara	CSCom Djigui Bombo
204	Mopti	Bandiagara	CSCom Dogani bere
205	Mopti	Bandiagara	CSCom Kendie
206	Mopti	Bandiagara	CSCom Kendé
207	Mopti	Bankass	CSCom Diallaye
208	Mopti	Bankass	CSCom Niamnia
209	Mopti	Bankass	CSCom Pissa
210	Mopti	Bankass	CSCom Tori
211	Mopti	Djenne	CSCom Djenne Central
212	Mopti	Djenne	CSCom Sofara
213	Mopti	Djenne	CSCom Tomina
214	Mopti	Djenne	CSCom Yebe
215	Mopti	Douentza	CSCom Douna
216	Mopti	Douentza	CSCom Gandamia
217	Mopti	Douentza	CSCom Tarabe
218	Mopti	Douentza	CSCom Tongo-Tongo
219	Mopti	Douentza	CSRef Douentza
220	Mopti	Koro	CSCom Bargou
221	Mopti	Koro	CSCom Mbana
222	Mopti	Koro	CSCom Pel-Maoude
223	Mopti	Koro	CSCom Yoro
224	Mopti	Mopti	CSCom Ascotam
225	Mopti	Mopti	CSCom Fatoma
226	Mopti	Mopti	CSCom Severe 3
227	Mopti	Mopti	CSCom Severy
228	Mopti	Mopti	CSCom Soufroulaye
229	Mopti	Tenenkou	CSCom Dioura
230	Mopti	Tenenkou	CSCom Malimana
231	Mopti	Tenenkou	CSCom Senebamana
232	Mopti	Tenenkou	CSCom Tenenkou
233	Mopti	Youwarou	CSCom Dogo
234	Mopti	Youwarou	CSCom Sah
235	Mopti	Youwarou	CSRef Youwarou
236	Tombouctou	Dire	CSCom Garbacoira
237	Tombouctou	Dire	CSCom Haibongo
238	Tombouctou	Dire	CSCom Sareyamou
239	Tombouctou	Dire	CSCom Tindirma
240	Tombouctou	Goundam	CSCom Adarmalane
241	Tombouctou	Goundam	CSCom Aljounoub
242	Tombouctou	Goundam	CSCom Kaneye
243	Tombouctou	Goundam	CSCom Tonka

N°	Region	District	Etablissements de santé enquêtés
244	Tombouctou	Gourma-Rharous	CSCom Arsy Bella
245	Tombouctou	Gourma-Rharous	CSCom Dimamou
246	Tombouctou	Gourma-Rharous	CSCom Bambara Maoudé (remplacement)
247	Tombouctou	Gourma-Rharous	CSCom Haribomo
248	Tombouctou	Niafunke	CSCom Andiam
249	Tombouctou	Niafunke	CSCom Attara
250	Tombouctou	Niafunke	CSCom Garnati
251	Tombouctou	Niafunke	CSCom Lere
252	Tombouctou	Niafunke	CSCom Sarafere
253	Tombouctou	Niafunke	CSCom Waki
254	Tombouctou	Tombouctou	CSCom BELLAFARANDI
255	Tombouctou	Tombouctou	CSCom Bori
256	Tombouctou	Tombouctou	CSCom Teherdje
257	Gao	Almoustarat	CSCom Almoustarat Central
258	Gao	Ansongo	CSCom Bara
259	Gao	Ansongo	CSCom Golingo
260	Gao	Ansongo	CSCom Talataye
261	Gao	Ansongo	CSCom Tassiga
262	Gao	Ansongo	CSRef Ansongo
263	Gao	Bourem	CSCom Abakoria
264	Gao	Bourem	CSCom Bahondo
265	Gao	Bourem	CSCom Bamba Bourem
266	Gao	Bourem	CSCom Fia
267	Gao	Bourem	CSCom Hamankoira
268	Gao	Gao	CSCom Amasrakad
269	Gao	Gao	CSCom Forgo
270	Gao	Gao	CSCom Hamakouladji
271	Gao	Gao	CSCom Koïssa
272	Gao	Gao	CSCom Lobou
273	Gao	Gao	CSCom Marga
274	Gao	Gao	CSCom Marsi
275	Gao	Gao	CSCom Ntillit
276	Gao	Gao	CSCom Tamakoutat
277	Kidal	Kidal	CSCom Aliou
278	Kidal	Kidal	CSRef Kidal
279	Kidal	Tessalit	CSCom Timgaghène/Tessalit central
280	Taoudenit	Ahouratt	CSCom Al-Matlaa
281	Taoudenit	AL-Ourche	CSCom Nibket Elk
282	Taoudenit	Boujbeha	CSCom Boujbeha central
283	Taoudenit	Taoudenit	CSCom Zoueya
284	Menaka	Anderamboukane	CSCom Inchinanane

N°	Region	District	Etablissements de santé enquêtés
285	Menaka	Anderamboukane	CSCom Tagalalt
286	Menaka	Inekar	CSCom Aballag
287	Menaka	Inekar	CSCom Emissemis
288	Menaka	Inekar	CSRef Inekar
289	Menaka	Menaka	CSCom Eghallayate
290	Menaka	Menaka	CSCom Ingouyasse
291	Menaka	Menaka	CSCom Intirzawene
292	Menaka	Menaka	CSCom Mka central
293	Menaka	Menaka	CSCom Tinabaw
294	Menaka	Menaka	CSCom Zangalan
295	Menaka	Tidermene	CSCom Elangué
296	Menaka	Tidermene	CSCom Ihinita
297	Menaka	Tidermene	CSCom Inguijal
298	Menaka	Tidermene	CSCom Tarinkate
299	Menaka	Tidermene	CSCom Tidemene
300	Bamako	Commune I	CSCom ASACODOU
301	Bamako	Commune I	CSCom ASACOMSI
302	Bamako	Commune II	CSCom ABOSAC
303	Bamako	Commune II	CSCom ASACOME
304	Bamako	Commune III	CSCom ASACOBAKON
305	Bamako	Commune III	CSCom ASACODES
306	Bamako	Commune III	CSRef Commune III
307	Bamako	Commune IV	CSCom ASACOKA
308	Bamako	Commune IV	CSCom ASACOLABASAD
309	Bamako	Commune V	CSCom ASACOGA
310	Bamako	Commune V	CSCom ASACOKAL
311	Bamako	Commune VI	CSCom ASACO-SODIA
312	Bamako	Commune VI	CSCom ASACONIA

Annexe 2 : Liste des établissements de santé FBR enquêtés ayant connu une période de rupture ou d'interruptions de subvention FBR affectant leur capacité à fournir des services de santé au cours des 6 derniers mois

N°	Région	District	Etablissement
1	Koulikoro	Banamba	CSCom Banamba Central
2	Koulikoro	Dioila	Cscom Ndjila Fignana
3	Koulikoro	Fana	CSCom Kerela
4	Koulikoro	Fana	CSCom Korokoro
5	Koulikoro	Kalaban coro	CSCom Baguineda
6	Koulikoro	Kalaban coro	CSCom Banco-Coura
7	Koulikoro	Kangaba	CSCom Salamale
8	Koulikoro	Kati	CSCom Farada
9	Koulikoro	Kolokani	CSCom Didieni
10	Koulikoro	Kolokani	CSCom Mercoya
11	Koulikoro	Koulikoro	CSCom Koula Koulikoro
12	Koulikoro	Nara	CSCom Bagué
13	Koulikoro	Nara	CSCom Digan
14	Koulikoro	Nara	CSCom Gueneibe
15	Koulikoro	Ouelessebougou	CSCom Digan
16	Koulikoro	Ouelessebougou	CSCom Mana
17	Koulikoro	Ouelessebougou	CSCom Safe-Bougoula
18	Koulikoro	Ouelessebougou	CSCom Tiele
19	Segou	Baroueli	CSCom Gouendo
20	Segou	Baroueli	CSCom Somo Baroueli
21	Segou	Bla	CSCom Fani
22	Segou	Niono	CSCom Siribala
23	Segou	San	CSCom Ouolon
24	Segou	Segou	CSCom N'Gueni
25	Segou	Segou	CSCom Siribougou
26	Mopti	Douentza	CSCom Douna
27	Mopti	Douentza	CSCom Tarabe
28	Mopti	Douentza	CSRef Douentza
29	Mopti	Koro	CSCom Mbana
30	Mopti	Koro	CSCom Pel-Maoude
31	Mopti	Mopti	CSCom Ascotam
32	Mopti	Youwarou	CSCom Dogo
33	Gao	Ansongo	CSRef Ansongo
34	Gao	Bourem	CSCom Bahondo
35	Gao	Gao	CSCom Ntillit