

MINISTERE DE LA SANTE ET DU
DEVELOPPEMENT SOCIAL

BUREAU OMS AU MALI

SECRETARIAT GENERAL

CELLULE DE PLANIFICATION
ET DE STATISTIQUE DU SECTEUR
SANTE, DEVELOPPEMENT SOCIAL
ET PROMOTION DE LA FAMILLE
(CPS/SS-DS-PF)



**RAPPORT 1^{er} PASSAGE DE L'ENQUETE
« EVALUATION DES STRUCTURES DE SANTE DE
PREMIERE LIGNE DANS LE CONTEXTE DE LA
PANDEMIE DU COVID-19 » AU MALI EN 2021**

Octobre 2021

REMERCIEMENTS

Le Gouvernement du Mali à travers le Ministère de la Santé et du Développement Social remercie l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour le soutien qu'elle apporte à la mise en œuvre des évaluations de la capacité des services de santé de première ligne dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Ce soutien, permet d'évaluer la capacité de nos structures à faire face à la pandémie et prendre rapidement les mesures appropriées le cas échéant pour y remédier. En perspective, l'OMS apporte son soutien afin d'intégrer ce mécanisme d'évaluation dans notre système d'information sanitaire de routine.

Nous tenons à remercier aussi tous les acteurs et partenaires nationaux et internationaux qui ont participé à la réalisation de ce rapport d'analyse des données la première phase de l'enquête « **Etat de préparation des services de santé de première ligne dans le contexte de la pandémie de COVID-19.** »

SIGLES ET ABBREVIATIONS

SIGLES	SIGNIFICATION
ASC	Agent de Santé Communautaire
BD	Base de Données
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CP	Comité de Pilotage
CPS/SS-DS-PF	Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	Centre de Santé de Référence
CT	Comité Technique
DGSHP	Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DTC	Directeur Technique de Centre
EAGI	Equipe d'Assistance à la Gestion des Incidents
EPI	Equipement de Protection Individuel
FOSA	Formation Sanitaire
HeRAMS	Health Resources and Services Availability Monitoring System
INSP	Institut National de Santé Publique
IPC	Prévention et Contrôle des Infections
MSDS	Ministère de la Santé et du Développement Social
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SIS	Système d'Information Sanitaire
USI	Unité de Soins Intensif

RESUME

Le présent rapport est relatif à la première phase de l'Enquête d'Evaluation des capacités des structures de santé du Mali dans le contexte de la Pandémie du COVID-19 en 2021. Cette opération s'est déroulée dans les dix régions et le District de Bamako de mi-juillet à mi-août 2021.

Un échantillon de 219 structures tiré de la Base de Données HeRAMS de l'OMS a été utilisé pour réaliser l'enquête. Trois modules (3) adaptés ont été administrés par téléphone au niveau des répondants des Hôpitaux publics et deux Hôpitaux privés, des Centres de Santé de Référence (CSRéf), des Centres de Santé Communautaires (CSCoM) et des cliniques et polycliniques privées. Ils sont relatifs à :

Le module 1 : aborde la capacité opérationnelle des centres de prise en charge des cas de COVID-19. L'objectif principal est d'évaluer le niveau de préparation desdits centres face au risque épidémique dans le contexte de la COVID-19 afin de disposer en temps réel d'éléments organisationnels (capacités d'accueil, technique, et de ressource humaines) pour une gestion efficiente de la pandémie ;

Le module 2 : traite la continuité des services de santé dans le contexte de la pandémie à COVID-19 ;

Le module 3 porte sur la perception de la communauté de l'offre de soins dans les structures sanitaires au cours des trois derniers mois y compris aussi du vaccin anti COVID-19 à travers les informateurs clés qui sont issus de la communauté.

Les principaux résultats de la première évaluation sont résumés par module dans ce qui suit.

Module 1 :

1. Pour les capacités de prise en charge, les centres de prise en charge des cas de COVID-19 disposent tous d'un service d'hospitalisation et d'une unité de soins intensif (USI). Au total, il a été recensé pendant les trois derniers mois, 2689 lits d'hospitalisation et 145 lits en soins intensif ;
2. Equipe d'Appui à la Gestion des Incidents hospitaliers (EAGI) : Dans les centres de prise en charge de la COVID-19 (n=14), 54% disposent d'une Equipe d'Appui à la Gestion des Incidents Hospitaliers (EAGI). Seul 23% de formations sanitaires ne disposent pas d'EAGI ;
3. Gestions des cas et capacités de lits : Dans l'ensemble des centres de prise en charge des cas de COVID-19, pendant les trois derniers mois 521 lits étaient réservés aux patients COVID-19 dont 332 lits réservés au cas sévères et 173 lits pour les cas critiques ;
4. La disponibilité moyenne des médicaments traceurs dans les centres de prise en charge a été estimée à 74%. Aucun centre de prise en charge n'a disposé de l'ensemble des médicaments traceurs pendant les trois derniers mois. Cependant 86% des centres de prise en charge ont disposé d'au moins 50% des médicaments traceurs. Aussi, la disponibilité moyenne des fournitures a été de 88% pendant les trois derniers mois ;
5. L'ensemble des centres de prise en charge des cas de COVID-19 (n=14) ont mis en place des mesures de prévention et de contrôle des infections au COVID-19 au cours des trois derniers mois. Également, 100% des centres de prise en charge ont fourni au personnel, des Equipement de Protection Individuel (EPI) ;
6. Au cours des trois derniers mois, 100% des structures de prise en charge des cas de COVID-19 (n=14) ont effectuées des collectes d'échantillons sur place, mais aucune d'entre elles n'a effectué des tests PCR sur place. Conformément à la politique sanitaire de la gestion de la pandémie à COVID-19, tous les échantillons ont été acheminés vers les laboratoires certifiés à cet effet par le Ministère de la Santé et du Développement Social ;
7. Au-delà de la disponibilité satisfaisante des consommables et équipements de protection individuels pour le personnel médical et para médical, la disponibilité des équipements médicaux fonctionnels liés à la COVID-19 est l'un des facteurs clés de succès dans la prise charge des patients COVID-19. A cet effet, la disponibilité moyenne des équipements sélectionnés a été de 89% dans les centres de prise en charge au cours des trois derniers mois ;
8. Parmi les centres de prise en charge des cas de COVID-19, seulement 43% fournissent des services de vaccination. Parmi eux, 67% disposent de réfrigérateurs fonctionnels avec enregistreurs de température

et un taux de disponibilité assez faible de 33% de glacière à vaccin avec un ensemble complet des accumulateurs d'eau.

Module 2

- 1. Par rapport au personnel et le contact avec la COVID-19**, les médecins (n=814) représentent la catégorie de personnel la plus testée positive à la COVID-19 avec un taux de morbidité de 3,4%. Ils sont suivis par les autres personnels cliniques (n=1569) pour lesquels le taux est de 2,2%. Les autres personnels non cliniciens (n=1885) enregistrent le plus faible taux de 0,3% ;
- 2. Pour ce qui concerne la gestion financière**, dans l'ensemble (n=141), 47% des structures interrogées ont dispensé les usagers des frais d'utilisation des services liés à la COVID-19. Seul 2% ont augmenté les frais d'utilisation des services ;
- 3. Pour la prestation et la continuité des services**, malgré l'impact que la pandémie de la COVID-19 a eu sur le système de santé au Mali, aucune formation sanitaire n'a été fermée au cours des trois derniers mois. Cependant, la majorité des formations sanitaires interrogées (86%) ont rapporté une modification des heures de service. 81% ont orienté leurs services vers les patients à risque. La télé-ordonnance a été utilisée par 57% des formations sanitaires et plus de la moitié des soins ont été administré à domicile ;
- 4. Pour la prévention et le contrôle des infections**, sur les 212 structures, 53% disposent d'un point focal pour la prévention et le contrôle des infections (IPC). Dans les formations sanitaires de l'échantillons, 56% ont mis en œuvre au cours des trois derniers mois, des mesures quelconques pour créer un environnement sûr contre la COVID-19. En Ce qui concerne la fourniture au personnel d'Equipement de Protection Individuel (EPI), ce taux est à 42% ;
- 5. Pour la prise en charge des cas suspects ou confirmés de COVID-19**, les patients suspects ou atteints de COVID-19 sont orientés systématiquement vers les centres de prise en charge au niveau des hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} référence conformément à la politique sanitaire du pays, étant donné que les centres de soins primaires (CSCOM, cabinets médicaux, cliniques médicales et CSRéf) disposent de peu d'éléments pour la gestion de la COVID-19 (8%) car le dépistage n'est pas effectif à ce niveau. En outre, seul 2% disposent d'un système de transport d'échantillons fonctionnel vers les laboratoires accrédités pour le dépistage de la COVID-19 ;
- 6. Pour la disponibilité de certains traceurs thérapeutiques**, environ 58% des structures disposent de traceurs thérapeutiques ;
- 7. En ce qui concerne la disponibilité de certains diagnostics traceurs**, la disponibilité moyenne des médicaments EHS, des diagnostics et des capacités vaccinales dans les structures sanitaires au cours des trois derniers mois est de 67%. Seul 8% disposent de services d'imagerie fonctionnels. Les médicaments traceurs sont disponibles dans 55% des structures sanitaires. Il existe une bonne disponibilité des fournitures traceurs (94%) et de la chaîne de froid pour les vaccins (85%) ;
- 8. La capacité opérationnelle de vaccination est satisfaisante**. En effet, 84% des structures non hospitalières (CSCOM, cabinet et clinique médicale) disposent d'un réfrigérateur avec un enregistreur de température. Ce taux est de 95% dans les structures hospitalières (CSRéf, hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} référence). En outre, 100% des structures hospitalières disposent de glacière à vaccin contre 74% des structures non hospitalières. Par contre dans l'ensemble le taux de structures sanitaires disposant de porte-vaccins avec un ensemble complet d'accumulateurs d'eau qui gèlent en 1 jour est seulement de 20%.

Module 3

9. **Pour les besoins et utilisation des services de santé, pendant les trois derniers mois :**

- Quarante-neuf pour cent (49%) des informateurs clés croient que la plupart des membres de la communauté ont eu des besoins non satisfaits pour les services de santé mentale et ;
- Quarante pour cent (40%) pour les services de chirurgie programmée ;
- Trente-deux pour cent (32%) d'informateurs clés croient que la communauté a eu des besoins non satisfaits pour les analyses biologiques ou imagerie recommandé ;

10. **Obstacles à l'accès aux services de soins :** Pendant la pandémie de COVID-19, au cours des trois derniers mois, 67% des informateurs clés ont affirmés que la communauté a fait face à des difficultés/obstacles accrus pour accéder à des services de soins qui les a affectés globalement ou modérément ;

11. **Attitudes envers le vaccin COVID-19 :** Pendant la pandémie de COVID-19, au cours des trois derniers mois, 67% des informateurs clés ont affirmés que la communauté a fait face à des difficultés/obstacles accrus pour accéder à des services de soins qui les a affectés globalement ou modérément ;

12. **Obstacles à la prestation de services communautaires :** Les agents de santé communautaires (ASC) représentent la porte d'entrée du parcours de soins depuis le niveau communautaire. 36% des ASC estiment le risque est très élevé d'être infecté par la COVID-19 dans l'exercice de leur fonction. Cette perception assez élevée peut bien jouer sur l'offre de service de santé communautaire. Plus de 55% des ASC estime le risque modéré ou élevé.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
SIGLES ET ABBREVIATIONS	3
RESUME	4
TABLE DES MATIERES	7
LISTES DES TABLEAUX	9
LISTES DES FIGURES	10
LISTES DES CARTES.....	10
I. INTRODUCTION	11
I.1 Contexte et justification.....	11
I.2 Objectifs.....	11
II. METHODOLOGIE.....	12
II.1 Zone de l'étude.....	12
II.2 Processus	13
II.3 Outils de collecte	13
II.4 Echantillonnage.....	14
II.5 Collecte de données.....	14
II.6 Traitement et analyse des données	15
a) Traitement (contrôle de qualité), compilation.....	15
b) Analyse des données (réservée au Consultant International).....	15
II.7 Difficultés rencontrées/ leçons apprises	15
II.8 Considérations éthiques.....	16
III. RESULTATS	17
III.1 MODULE 1 : <i>Capacités de prise en charge des cas de COVID-19 : diagnostics, traitements, état de préparation aux vaccins et autres produits sanitaires.</i>	17
III.1.1. Description des structures participantes.....	17
III.1.2. Équipe d'appui à la gestion des incidents hospitaliers	17
III.1.3. Gestion des cas et capacité de lit pour le COVID 19	18
III.1.4. Médicaments sélectionnés et fournitures pour la prise en charge du COVID 19	19
III.1.5. Prévention et contrôle des infections au COVID-19 et équipement de protection individuelle	20
III.1.6. Diagnostic de laboratoire COVID 19.....	21
III.1.7. Matériel médical pour le diagnostic, la surveillance des patients et la gestion des cas	22
III.1.8. Capacité opérationnelle de vaccination.....	23
III.2. MODULE 2 : <i>Continuité des services de santé essentiels</i>	24
III.2.1. Description des structures participantes.....	24
III.2.2 Personnel de santé.....	24
III.2.3 Gestion financière	27

III.2.4 Prestation et utilisation des services.....	28
III.2.5. Prévention et contrôle des infections au COVID-19 et équipement de protection individuelle	30
III.2.6. Prise en charge des cas suspects et confirmés de COVID-19 dans les centres de soins primaires	32
III.2.7. Disponibilité de certains traceurs thérapeutiques.....	33
III.2.8. Disponibilité de certains diagnostics traceur.....	34
III.2.9. Capacité opérationnelle de vaccination.....	35
III.3. MODULE 3 : <i>Besoins, perceptions et demandes des communautés</i>	36
III.3.1 Caractéristiques des répondants	36
III.3.2. Besoin et utilisation des services de santé essentiels dans les communautés	37
III.3.3. Obstacles à la recherche de services de santé essentiels dans les communautés	37
III.3.4. Attitude envers le vaccin COVID-19 (facultatif).....	39
III.3.6. Obstacles à la prestation de services communautaires.....	39
IV. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	41
IV.1 Conclusion	41
IV.2 Recommandations.....	41

LISTES DES TABLEAUX

Tableau I : Récapitulatif des taux de réponse par module	15
Tableau II: Disponibilité des lits d'hospitalisation et de soins intensifs dans le pays.....	17
Tableau III : Nombre total de lits par capacité dans les établissements sentinelles	18
Tableau IV : : Pourcentage de FOSA disposant d'éléments traceurs pour la prévention et le contrôle des infections.....	21
Tableau V : Pourcentage de FOSA disposant des moyens de prélever des échantillons pour les tests COVID	22
Tableau VI : Pourcentage de FOSA avec certains équipements associés au COVID défectueux (n=36).....	23
Tableau VII :	Erreur ! Signet non défini.
Tableau VIII : Pourcentage d'établissements avec des congés ou des absences du personnel pour des raisons justifiées et des établissements avec des changements dans la gestion des agents de santé en réponse au COVID-19 au cours des trois derniers mois	25
Tableau IX : Pourcentage d'établissements avec du personnel qui a été formé ou ayant reçu une supervision de soutien liée au COVID-19 au cours des trois derniers mois	26
Tableau X : Pourcentage de FOSA ayant des plans de rétablissement de service pour les rendez-vous manqués	29
Tableau XI : Pourcentage de FOSA qui ont des directives IPC COVID-19	31
Tableau XII : Pourcentage de FOSA qui fournissent des EPI au personnel et qui ont des EPI pour tout ou partie du personnel qui doit les utiliser	32
Tableau XIII : FOSA de niveau primaire qui ont vu des patients suspectés de COVID-19 au cours des 3 derniers mois.....	33
Tableau XIV : Pourcentage d'établissements dotés d'un réfrigérateur, d'une glacière et d'un transporteur, parmi ceux qui fournissent des services de vaccination	35
Tableau XV : Caractéristiques des répondants	36

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Pourcentage d'hôpitaux avec une équipe d'assistance à la gestion des incidents activée (EAGI) ..	18
Figure 2 : Nombre total de lits occupés par les patients COVID-19 dans les établissements sentinelles	19
Figure 3 : Pourcentage de formations sanitaires qui disposent de médicaments traceurs sélectionnés.....	19
Figure 4 : Pourcentage de FOSA qui fournit des EPI au personnel et qui ont des EPI pour tout ou une partie du personnel qui doit les utiliser	20
Figure 5 : Pourcentage des FOSA qui ont des EPI pour tout le personnel qui doit les utiliser	20
Figure 6 : Pourcentage de FOSA disposant des moyens de prélever des échantillons pour les tests COVID	21
Figure 7 : Pourcentage de FOSA disposant de tous les équipements sélectionnés liés au COVID	22
Figure 8 : Pourcentage de FOSA avec réfrigérateur, glacière à vaccins, et porte-vaccins, parmi ceux qui fournissent des services de vaccination	23
Figure 9 : Pourcentage de membres de personnel ayant eu un diagnostic de COVID-19 au cours des 3 mois précédents	24
Figure 10 : Pourcentage d'établissements dont les frais d'utilisation ont changé	27
Figure 11: Pourcentage de FOSA ayant reçu un financement supplémentaire et avec paiement à temps au cours des trois derniers mois.....	27
Figure 12 : Pourcentages d'établissements sanitaires qui ont modifié leurs stratégies de prestation de services au cours des trois derniers mois (212)	28
Figure 13 : Différence en % d'établissements avec augmentation vs diminution des visites ambulatoires par service	28
Figure 14 : Pourcentage des structures sanitaires ayant mis en œuvre des mesures pour créer un environnement sûr pour le COVID-19	30
Figure 15 : Pourcentage de FOSA qui ont mis en œuvre des mesures pour gérer les cas suspects ou confirmés de COVID-19 dans les centres de soins primaires.....	32
Figure 16 : Pourcentage de FOSA disposant de médicaments traceurs.....	33
Figure 17 : Pourcentage de FOSA disposant de certains vaccins traceurs	34
Figure 18 : Les services de santé essentiels évaluant, la capacité des médicaments, des diagnostics et des vaccins (N=212).....	34
Figure 19 : Pourcentage d'informateurs clés qui croient que la communauté a des besoins non satisfaits par service (n=73)	37
Figure 20 : Distribution de Premier point de soins / information (n=73)	38
Figure 21 : Répartition (%) des principales raisons pour lesquelles les personnes ne veulent pas se faire vacciner contre la COVID-19	39
Figure 22	39
Figure 23 : Pourcentage d'ASC se sentant stigmatisés et/ou manquant de soutien (n=73)	40

LISTES DES CARTES

Carte 1 : Présentation des structures de première ligne dans le contexte de la COVID-19 par type en 2021.	12
Carte 2 : Présentation des structures de santé de première ligne dans le contexte de la COVID-19 par milieu d'implantation en 2021	12

I. INTRODUCTION

I.1 Contexte et justification

Le monde entier fait face à une crise sanitaire sans précédent due à la pandémie de COVID-19. Cette pandémie a mis à l'épreuve les systèmes de santé publique et les services de santé du monde entier, révélant que même les systèmes de santé les plus solides peuvent être rapidement dépassés et compromis par une épidémie.

Au Mali, les premiers cas de maladie à coronavirus 2019 ont été signalés le 25 mars 2020 dans un contexte marqué par l'aggravation de la crise sécuritaire.

Cette pandémie de COVID-19 survient dans un contexte politico-sécuritaire volatile avec une criminalité grandissante, la prolifération des groupes et milices armés, des tensions violentes inter et intracommunautaires. En somme, l'impact combiné de cette crise prolongée et multidimensionnelle qui touche le Mali depuis 2012, expose à plusieurs risques des catégories importantes de population y compris les femmes, les enfants, les personnes âgées ou en situation de handicap, les personnes en déplacement forcé et les communautés hôtes. Ces risques pourraient être aggravés dans un contexte de pandémie comme celle de COVID-19.

Les pays comme le Mali sont confrontés à une multitude de questions qui doivent être traitées pour se préparer et répondre directement à la pandémie COVID-19, tout en assurant la fourniture de services de santé essentiels. Les décisions et les actions clés visant à atténuer le risque d'effondrement potentiel des systèmes de santé doivent s'appuyer sur des données précises et en temps réel. Pour relever ce défi, l'OMS a mis au point une série d'outils et d'approches innovantes d'évaluation des services de santé et des communautés afin de détecter et de surveiller les goulets d'étranglement des systèmes de santé ainsi que les lacunes en matière de capacité et de préparation des structures sanitaires tout au long de la pandémie.

Le but ultime de cette opération est, d'intégrer et d'étendre cette méthode d'enquête dans notre Système d'Information Sanitaire (SIS) afin, de mettre en place un système de surveillance en temps réel et d'alerte précoce pour les services de santé en cas de crises futures.

C'est en réponse à cette situation que le Ministère de la Santé et du Développement Social a bénéficié de l'appui de l'OMS pour mettre en place un système de surveillance de la continuité des services essentiels de santé en contexte de COVID-19 au Mali. La première étape de ce processus a consisté à réaliser une évaluation initiale rapide de la préparation et de la réactivité des établissements de santé et les perceptions de la communauté face à COVID-19.

Les résultats de cette étude devraient permettre de planifier et d'allouer des ressources pour la réponse et l'atténuation des risques liés à l'impact de la pandémie de COVID-19 sur le système de santé au Mali.

I.2 Objectifs

L'objectif principal de cette enquête par sondage rapide était d'évaluer les capacités des services de première ligne, afin d'évaluer les performances du système et des services de santé pendant la pandémie de COVID-19 au Mali.

De façon spécifique, il s'agissait de :

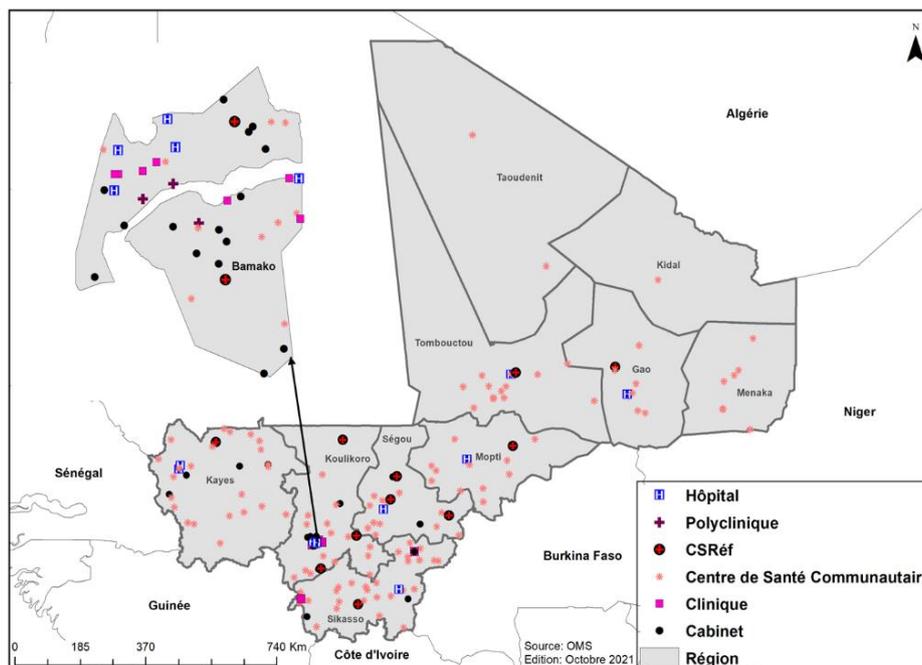
- Evaluer les capacités de prise en charge des structures sentinelles de 3^e référence pour les cas de COVID ;
- Evaluer les capacités des structures de santé et du personnel de santé pour maintenir l'offre de services de santé essentiels en toute sécurité tout au long de la pandémie ;
- Evaluer les besoins en santé communautaire, les changements dans les comportements de recherche de soins, y compris l'acceptation des vaccins et les obstacles aux soins ;

II. METHODOLOGIE

II.1 Zone de l'étude

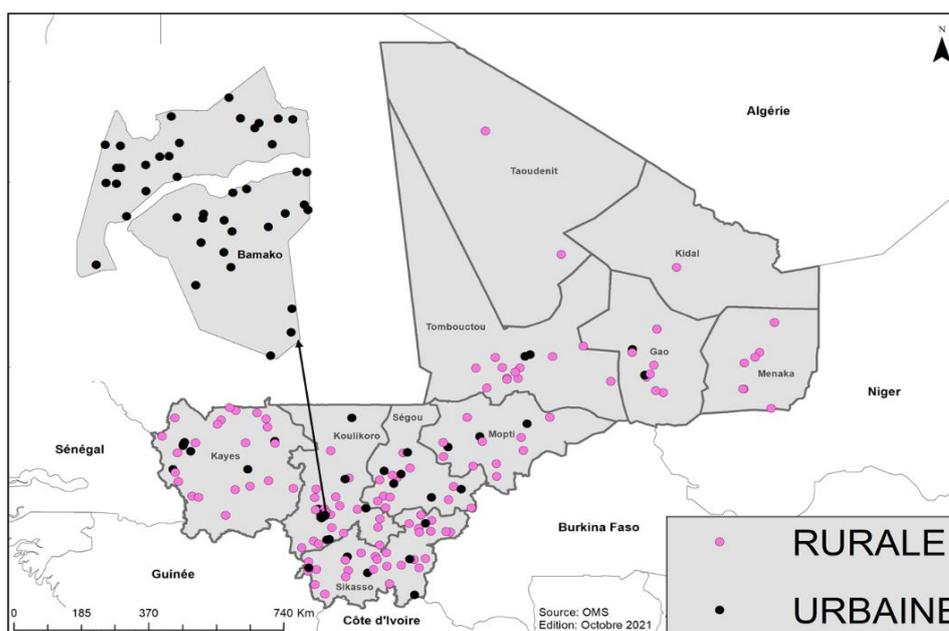
L'enquête « **Etat de préparation des services de santé de première ligne dans le contexte de la pandémie de COVID-19** » a été réalisée entre le 26 juillet et le 15 août 2021 (y compris la formation des enquêteurs et l'enquête pilote). Elle a eu lieu dans les 10 régions du Mali et le District de Bamako. Les cartes ci-dessous présentent les structures enquêtées par type et par milieu d'implantation.

Carte de l'échantillon de l'enquête d'évaluation des structures de santé de première ligne dans le contexte de la COVID-19 par type de structure en 2021



Carte 1 : Présentation des structures de première ligne dans le contexte de la COVID-19 par type en 2021

Carte de l'échantillon de l'enquête d'évaluation des structures de santé de première ligne dans le contexte de la COVID-19 par milieu de résidence en 2021



Carte 2 : Présentation des structures de santé de première ligne dans le contexte de la COVID-19 par milieu d'implantation en 2021

II.2 Processus

Le processus a commencé avec la manifestation d'intérêt du Gouvernement du Mali à réaliser l'enquête objet du présent rapport à travers son Ministère de la Santé et du Développement Social (MSDS) en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé.

Après cette manifestation d'intérêt, la Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) a été désignée par le MSDS comme service point focal de mise en œuvre d'enquête.

Il s'en est suivi la création des organes de pilotage et de mise en œuvre à savoir : (i) le Comité de Pilotage (CP) ; (ii) le Comité Technique (CT) ; (iii) l'Equipe technique de mise en œuvre ; (iv) l'équipe des enquêteurs. Pour l'aspect technique, les outils de collecte standard conçus par l'OMS ont été adaptés et validés. Il s'en est suivi la formation sur les questionnaires papier et électroniques avant le test des outils. La réalisation de l'enquête, le traitement et l'analyse des données ont clos le processus.

II.3 Outils de collecte

Ces outils standards de l'OMS sont au nombre de quatre (4) modules dont trois (3) ont été administrés. Ces 3 modules ont fait l'objet d'adaptation au contexte et spécificités du Mali (noms des entités administratives, FOSA, Pyramide Sanitaire, Type de FOSA...). Nous les présentons dans ce qui suit.

MODULE 1 : Capacités de prise en charge des cas de COVID-19 (9 sections).

- Section 1 : Identification et description de la formation sanitaire
- Section 2 : Effectifs et équipe d'appui à la gestion des incidents
- Section 3. Prise en charge des cas et capacité de lits pour les patients atteints de la COVID-19
- Section 4 : Quelques médicaments et fournitures pour la prise en charge des cas COVID-19
- Section 5. Lutte anti-infectieuse en rapport avec la COVID-19 et équipement de protection individuelle
- Section 6. Diagnostic de la COVID-19 en laboratoire
- Section 7 Équipement médical pour le diagnostic, le suivi des patients et la prise en charge des cas
- Section 8 : État de préparation aux vaccins contre la COVID-19
- Section 9 Résultat de l'entretien

MODULE 2 : Continuité des services de santé essentiels (11 sections)

- Section 1 : Identification et description de l'établissement de santé
- Section 2 : Dotation en personnel
- Section 3. Gestion financière
- Section 4 : Prestation et utilisation des services
- Section 5. Lutte anti-infectieuse en rapport avec la COVID-19 et équipement de protection individuelle
- Section 6 : Prise en charge des cas suspects et confirmés de COVID-19 dans les centres de soins primaires
- Section 7 : Disponibilité de certains traceurs thérapeutiques (facultatif)
- Section 8 : Disponibilité des produits de diagnostic (facultatif)
- Section 9 : État de préparation aux vaccins
- Section 10 : Infrastructure de l'établissement (facultatif)
- Section 11 : Résultat de l'entretien
-

MODULE 3 : Besoins, perceptions et demande des communautés (7 sections)

- Section 1 Identification et consentement donné librement en connaissance de cause
- Section 2 Besoin et utilisation des services de santé essentiels dans les communautés
- Section 3 Obstacles au recours aux services de santé essentiels dans les communautés
- Section 4 Attitudes à l'égard de la vaccination contre la COVID-19
- Section 5 Atouts et vulnérabilités des communautés
- Section 6 Obstacles à la fourniture de services communautaires
- Section 7 Consentement pour la relance et résultat de l'entretien

Le module 4 sur la capacité de résilience des structures, n'a pas été administré pour cette phase.

Pour rappel, les modules ont été adaptés aux spécificités du Mali (dénomination des circonscriptions administratives, nom des structures de santé et des agents de santé) et ensuite validées avec l'équipe de l'OMS et envoyés au siège OMS pour digitalisation des questionnaires et mise à disposition de l'équipe du Mali à travers des liens électroniques. Il faut signaler que la Base de Données de l'enquête (BD) est logée sur le serveur de l'OMS/GENEVE.

II.4 Echantillonnage

C'est la base de données HeRAMS de 2019 du MSDS / OMS qui, a servi de base de sondage. Au total, un échantillon aléatoire stratifié de deux cent vingt (220) structures a été tiré de ladite base. Il a ensuite été procédé à un tirage aléatoire spécifique pour chacun des trois modules sur les 220 structures à savoir :

- 14 pour le module 1 spécifique à la prise en charge des cas de COVID-19 (Hôpitaux). Il se compose des structures de prise en charge identifiés par le MSDS (12 Hôpitaux Publics et 2 Polycliniques privés) pour la prise en charge des cas sévères et graves de COVID-19 ;
- 219 pour le module 2 concernant la continuité des services (toutes les structures). Cet échantillon est le résultat d'un tirage aléatoire fait en collaboration avec le bureau OMS Mali (à partir de la base de données HeRAMS de l'OMS) ;
- 73 pour le module 3 relatif à la perception et à la demande des communautés (points focaux et/ou leaders communautaires). Ce chiffre a été obtenu de la même façon que la précédente au ratio de 1/3 des 220 structures de l'échantillon continuité des services.

Il faut signaler que la constitution de l'échantillon a été effectuée en tenant compte de certaines contraintes : financière et accessibilité géographique.

II.5 Collecte de données

En prélude à la collecte des données, les étapes suivantes ont été réalisées : (i) atelier de formation de l'équipe de mise en œuvre (3) et des enquêteurs (20) sur les questionnaires validés ; (ii) l'enquête pilote ; (iii) l'évaluation de l'enquête pilote ; (iv) la restitution des travaux au CT.

Pour la collecte, vingt (20) enquêteurs ont été sélectionnés et formés sur les outils validés (juillet 2021) en même temps que l'équipe de mise en œuvre. Une enquête pilote a enfin été réalisée et évaluée.

C'est la méthode d'administration téléphonique trimestrielle (10 jrs/trimestre) des questionnaires qui a été adoptée compte tenu de la pandémie, de la situation sécuritaire et de contraintes budgétaires. Ainsi, les données des trois modules ont été collectées à travers des entretiens téléphoniques rapides au moyen d'un questionnaire électronique qui a été administré aux points focaux des structures sélectionnées par les enquêteurs sélectionnés.

L'opération de collecte s'est déroulée du 03 au 15 août 2021.

Ci-dessous le tableau récapitulatif par module après la collecte/saisie des données sur le serveur.

Tableau I : Récapitulatif des taux de réponse par module

Survey section	Available tokens	Total responses	Completed responses	Incomplete responses	Data export
(MALI) Continuité des services de santé essentiels : outil d'évaluation des établissements (module 2)	250	214	213	1	
(Mali) Diagnostics, therapeutics, vaccine readiness, and other health products for COVID-19 (module 1)	25	16	14	2	
(MALI) Outil d'évaluation de la perspective des communautés (module 3)	85	73	73	0	

II.6 Traitement et analyse des données

a) Traitement (contrôle de qualité), compilation

De façon journalière, les données saisies ont fait l'objet de trois niveaux de contrôle de qualité :

Promptitude : il s'agit du nombre de structures enquêtées par jour et par enquêteur. Un tableau récapitulatif du nombre de structures /module/enquêteur est actualisé et partagé chaque jour par le chef d'équipe ;

Complétude : le contrôle consiste à passer en revue le questionnaire pour relever les données manquantes et signaler à l'enquêteur afin qu'il rappelle le répondant et procéder à la correction ;

Exactitude : il consiste : (i) rappeler le répondant (1 fois sur 5) et vérifier sur la copie dure la réponse à quelques questions principales ; (ii). Comparer le contenu du questionnaire papier et du questionnaire électronique renseigné par l'enquêteur.

Il faut signaler à ce niveau, qu'il y a eu des problèmes de saisie sur les questionnaires électroniques dus à des champs calculés qui ont été résolus. Les données ont ensuite été compilées et exportées en format Excel sur la plateforme OMS pour les dernières corrections.

b) Analyse des données (réservée au Consultant International)

Un Consultant International a été recruté par l'OMS pour procéder à l'analyse des données et soumettre les résultats de ses travaux à l'équipe du Mali et du bureau OMS Mali pour observations et validation.

II.7 Difficultés rencontrées/ leçons apprises

Elles se résument comme suit :

- Seules 214 structures ont pu être enquêtées (dont 1 incomplète) sur les 219 sélectionnées (97,7%) pour le module 2 (les cinq (5) structures de santé non enquêtées l'ont été du fait notamment de l'inaccessibilité téléphonique et du refus de participer de quelques répondants) ;
- La qualité du réseau téléphonique n'était pas bonne pour les régions du nord du Mali (Certaines antennes Orange ont été vandalisées pendant la période de l'étude et, certaines n'ont pu être remplacées dans la zone de l'étude) ;
- Certains répondants ont refusé de participer à l'entretien ;
- Contraintes de temps pour certains répondants très occupés ;
- Estimation du temps d'administration long par certains répondants (Ceux qui n'avaient pas de temps ou trouvaient le temps trop long ont été remplacés par d'autres dans la même zone dans la mesure du possible) ;

- Retard dans la mise à disposition des questionnaires électroniques et des résultats de l'analyse des données qui a impacté négativement la mise à disposition des résultats. En effet, le draft complet du rapport n'a été de ce rendu disponible qu'en octobre 2021 au lieu d'août.

II.8 Considérations éthiques

L'enquête se concentre sur les capacités des structures à assurer la continuité des services dans le contexte COVID-19. Elle ne concerne donc pas directement les patients COVID-19. L'enquête a reçu l'autorisation des autorités sanitaires.

III. RESULTATS

III.1 MODULE 1 : Capacités de prise en charge des cas de COVID-19 : diagnostics, traitements, état de préparation aux vaccins et autres produits sanitaires.

Le module 1 aborde la capacité opérationnelle des centres de prise en charge des cas de COVID-19. L'objectif principal est d'évaluer le niveau de préparation desdits centres face au risque épidémique dans le contexte de la COVID-19 afin de disposer en temps réel d'éléments organisationnels (capacités d'accueil, technique, et de ressource humaines) pour une gestion efficiente de la pandémie.

III.1.1. Description des structures participantes

Toutes les quatorze (14) structures (dont deux privées) dédiées à la prise en charge ont toutes été enquêtées pour le module 1. Leur répartition est la suivante :

- Quatre (4) Hôpitaux publics nationaux de 3^e référence, tous situés à Bamako (CHU Gabriel TOURE, CHU Point G, Hôpital de Dermatologie de Bamako, CHU Hôpital du Mali) ;
- Deux (2) Hôpitaux privés également de 3^e référence (Clinique Pasteur, Golden Life) également tous les deux à Bamako ;
- Huit (8) Hôpitaux publics de 2^{ième} référence situés dans chacune des capitales régionales (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et l'Hôpital Mère-Enfant le Luxembourg).

Information contextuelle

Les centres de prise en charge des cas de COVID-19 disposent tous d'un service d'hospitalisation et d'une unité de soins intensif (USI). Au total, il a été recensé pendant les trois derniers mois, 2689 lits d'hospitalisation et 145 lits en soins intensif.

Tableau II: Disponibilité des lits d'hospitalisation et de soins intensifs dans le pays

	% des formations avec hospitalisation	% des formations avec USI	Total lits d'hospitalisation mis en commun	Total lits USI mis en commun	Nombre de formations sanitaires
Ensemble	100	100	2689	145	14
Hôpitaux	100	100	2689	145	14
Rural	100	100	128	30	2
Urbain	100	100	2561	115	12
Publique	100	100	2689	145	14

III.1.2. Équipe d'appui à la gestion des incidents hospitaliers

Tous les centres hospitaliers devraient élaborer, instaurer et maintenir une procédure de coordination de la gestion des incidents à la politique sanitaire des autorités sanitaires du pays. Dans les centres de prise en charge de la COVID-19 (n=14), 54% disposent d'une Equipe d'Appui à la Gestion des Incidents Hospitaliers (EAGI). Seul 23% de formations sanitaires ne disposent pas d'EAGI.

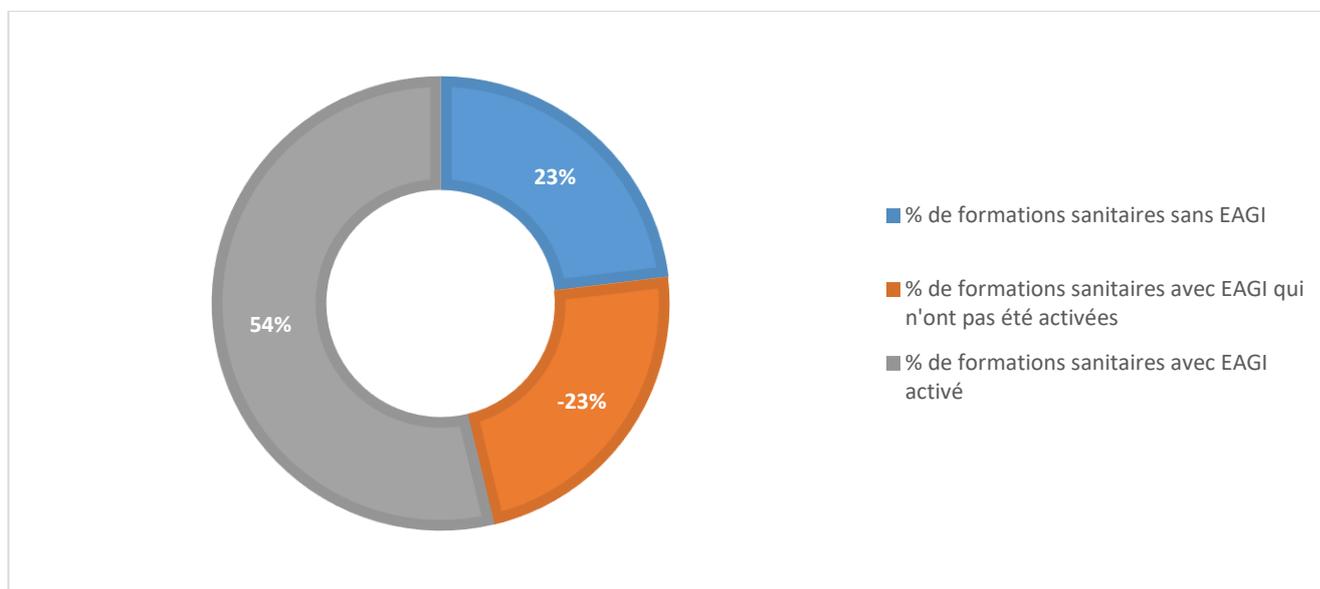


Figure 1 : Pourcentage d'hôpitaux avec une équipe d'assistance à la gestion des incidents activée (EAGI)

III.1.3. Gestion des cas et capacité de lit pour le COVID 19

Dans l'ensemble des centres de prise en charge des cas de COVID-19, pendant les trois derniers mois 521 lits étaient réservés aux patients COVID-19 dont 332 lits réservés au cas sévères et 173 lits pour les cas critiques.

Tableau III : Nombre total de lits par capacité dans les établissements sentinelles

	Tout patient COVID	Patient COVID sévère	Patient COVID critique	Peut être utilisé pour isolement respiratoire	Peut être converti en isolement respiratoire	Peut être converti en lit de soins intensifs	Nombre de formations sanitaires
Ensemble	521	332	173	50	60	51	14
Hôpitaux	521	332	173	50	60	51	14
Rural	40	20	15	15	12	9	2
Urbain	481	312	158	35	48	42	12
Publique	521	332	173	50	60	51	14

Durant cette même période, seuls 22 lits ont été occupés par des patients COVID-19 (cas sévères et critiques).

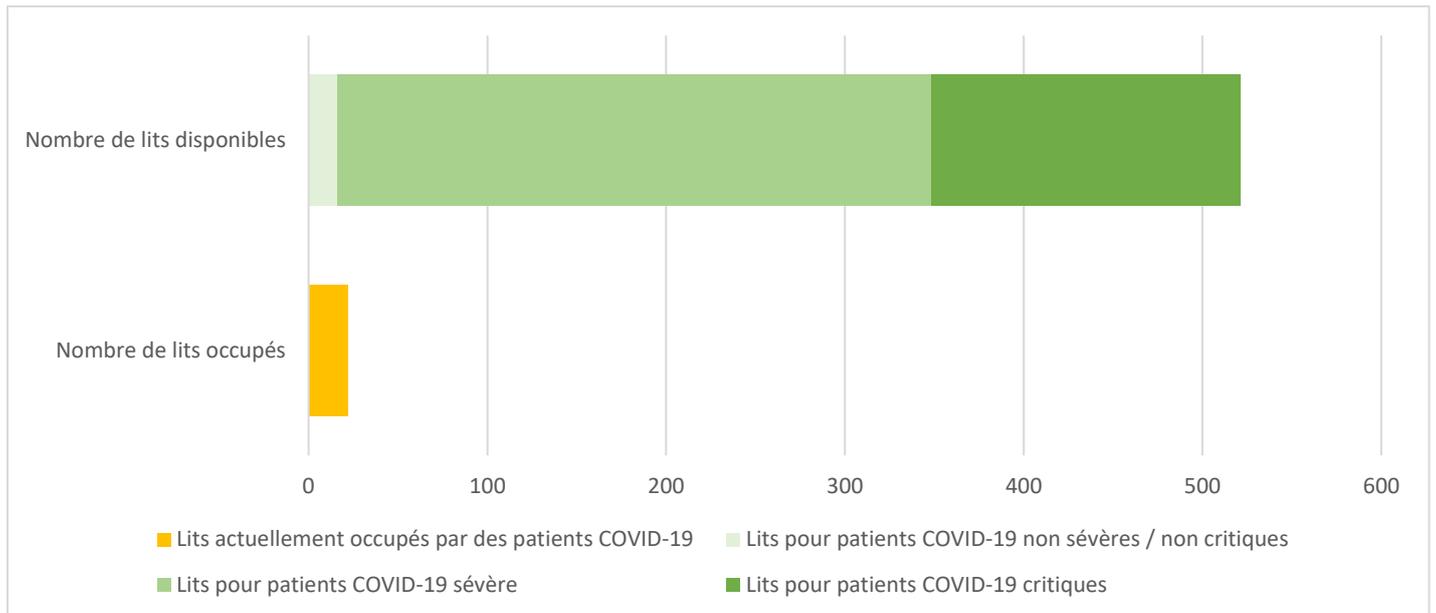


Figure 2 : Nombre total de lits occupés par les patients COVID-19 dans les établissements sentinelles

III.1.4. Médicaments sélectionnés et fournitures pour la prise en charge du COVID 19

La disponibilité moyenne des médicaments traceurs dans les centres de prise en charge a été estimée à 74%. Aucun centre de prise en charge n'a disposé de l'ensemble des médicaments traceurs pendant les trois derniers mois. Cependant 86% des centres de prise en charge ont disposé d'au moins 50% des médicaments traceurs. Aussi, la disponibilité moyenne des fournitures a été de 88% pendant les trois derniers mois.

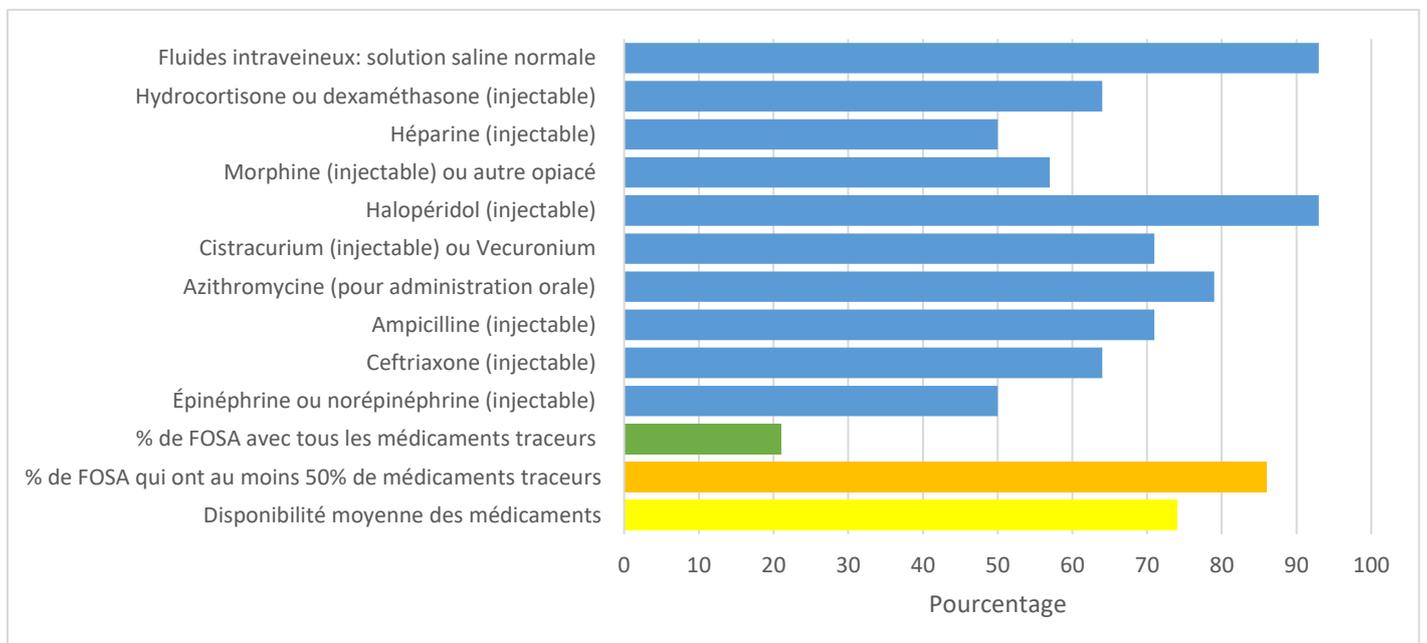


Figure 3 : Pourcentage de formations sanitaires qui disposent de médicaments traceurs sélectionnés

III.1.5. Prévention et contrôle des infections au COVID-19 et équipement de protection individuelle

L'ensemble des centres de prise en charge des cas de COVID-19 (n=14) ont mis en place des mesures de prévention et de contrôle des infections au COVID-19 au cours des trois derniers mois. Également, 100% des centres de prise en charge ont fourni au personnel, des Equipement de Protection Individuel (EPI).

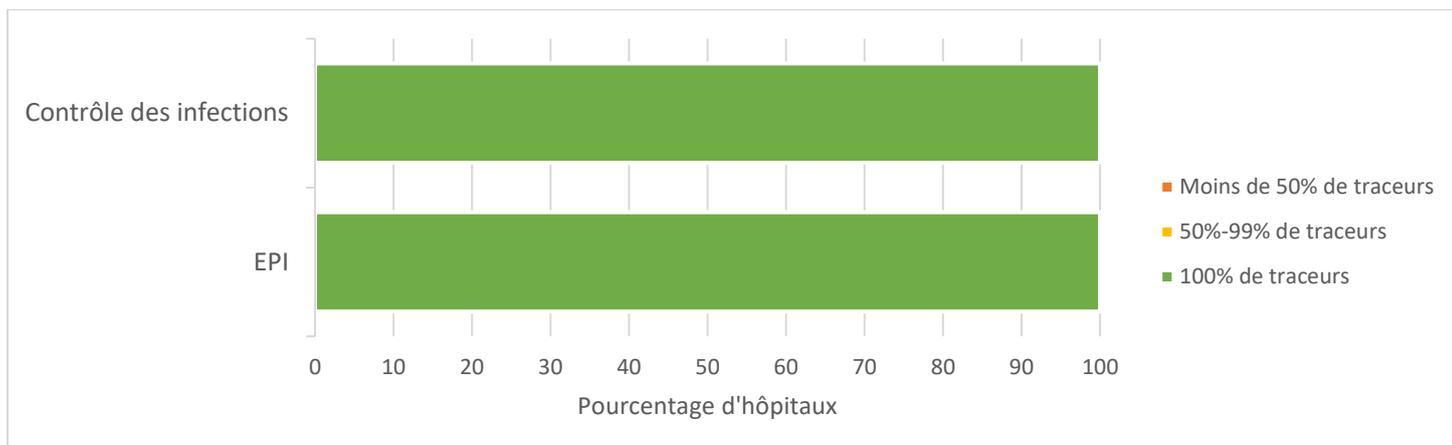


Figure 4 : Pourcentage de FOSA qui fournit des EPI au personnel et qui ont des EPI pour tout ou une partie du personnel qui doit les utiliser

Parmi les équipements de protection individuel, seule la fourniture du personnel en écran facial de protection est assez faible avec un taux de 23% au cours des trois derniers mois dans les centres de prise en charge.

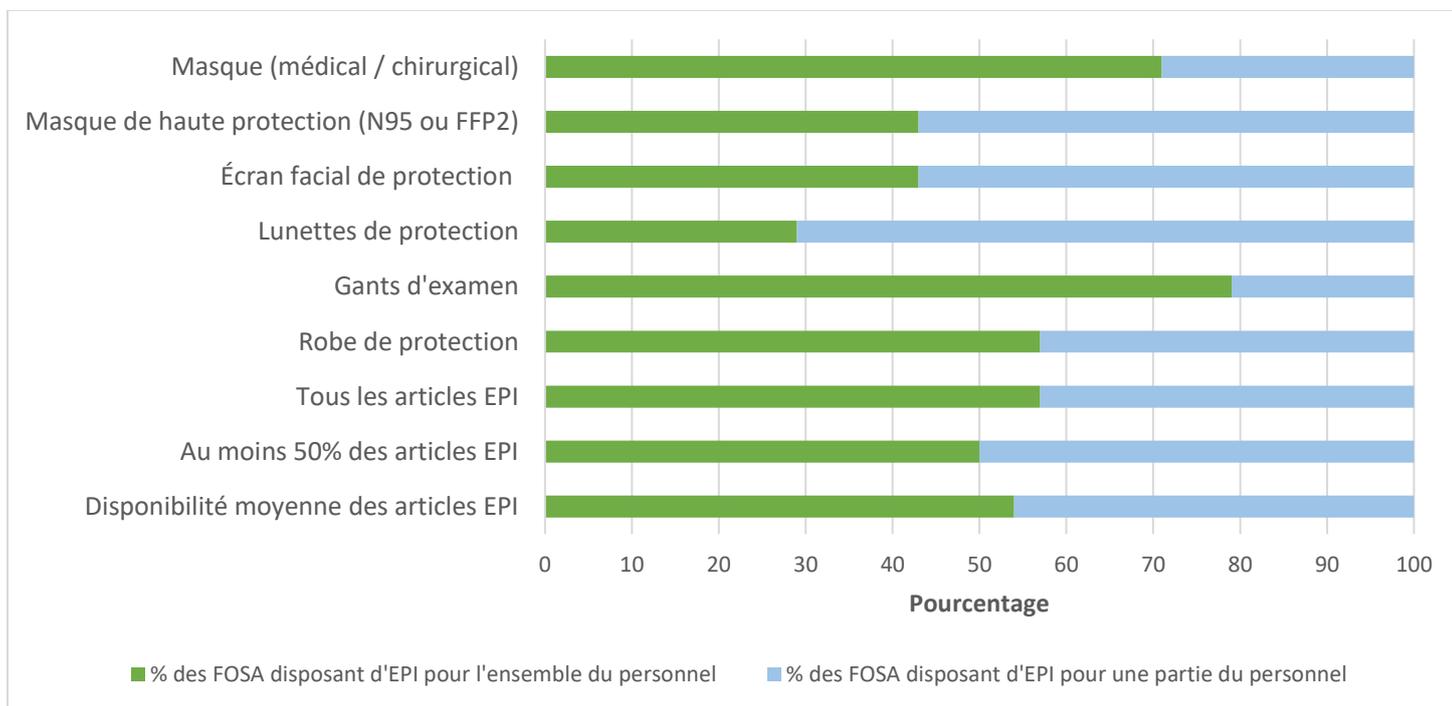


Figure 5 : Pourcentage des FOSA qui ont des EPI pour tout le personnel qui doit les utiliser

Au cours des trois derniers mois, la disponibilité des éléments traceurs pour la prévention et le contrôle des infections dans les centres de prise en charge des cas de COVID-19 est assez satisfaisant avec un score moyen de sécurité à 85%.

Tableau IV : : Pourcentage de FOSA disposant d'éléments traceurs pour la prévention et le contrôle des infections

	% de FOSA avec	Savon liquide	Désinfectant pour les mains	Poubelle pour déchets	Boîtes de sécurité	Housses mortuaires	Score moyen de sécurité	Nombre FOSA
Ensemble	82	90	92	93	67	85	60	
Hôpitaux	83	83	100	100	50	83	6	
Rural	75	75	100	75	25	70	4	
Urbain	71	86	86	100	86	86	7	
Publique	100	100	100	100	86	97	7	

III.1.6. Diagnostic de laboratoire COVID 19

Au cours des trois derniers mois, 100% des structures de prise en charge des cas de COVID-19 (n=14) ont effectuées des collectes d'échantillons sur place, mais aucune d'entre elles n'a effectué des tests PCR sur place. Conformément à la politique sanitaire de la gestion de la pandémie à COVID-19, tous les échantillons ont été acheminés vers les laboratoires certifiés à cet effet par le Ministère de la Santé et du Développement Social.

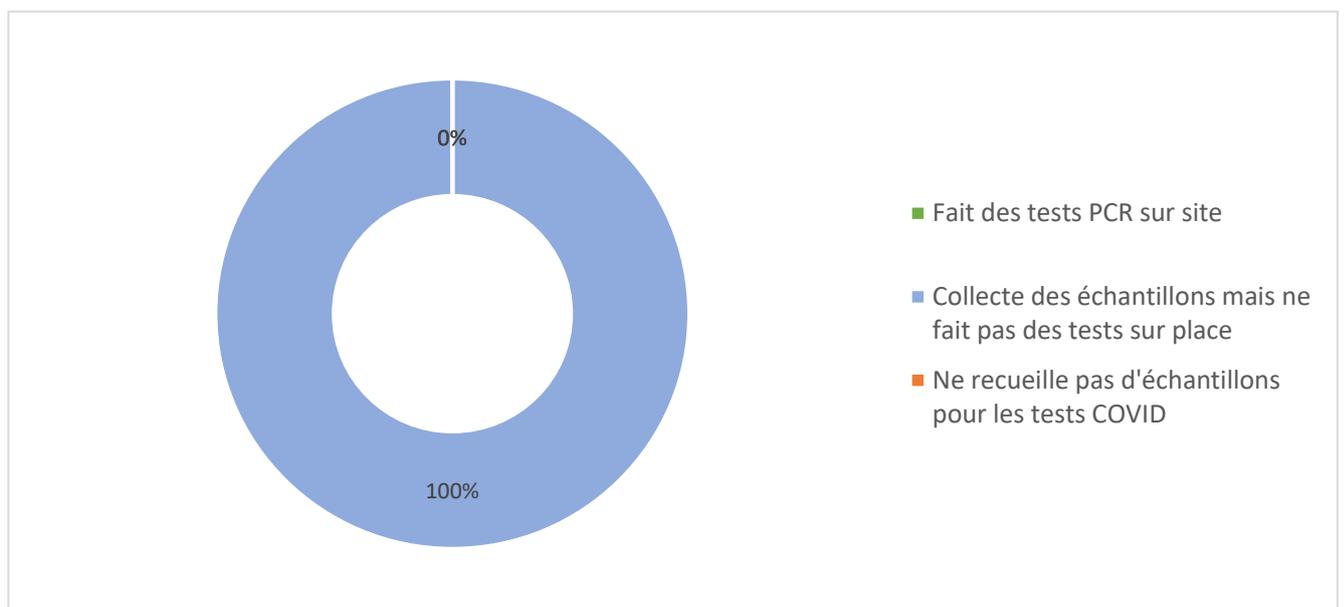


Figure 6 : Pourcentage de FOSA disposant des moyens de prélever des échantillons pour les tests COVID

Nonobstant la mise en place d'un système de transport fonctionnel des échantillons dans tous les centres de prise en charge des cas de COVID-19, les moyens de prélèvement des échantillons pour les tests COVID sont relativement faibles. Seulement 67% des centres de prise en charge ont disposés des trois éléments traceurs pour le prélèvement au cours des trois derniers mois. 50% ont disposés de kit d'extraction pendant la même période.

Tableau V : Pourcentage de FOSA disposant des moyens de prélever des échantillons pour les tests COVID

	Recueillir des échantillons pour les tests COVID	FOSA ont les trois éléments traceurs	Boîtes d'emballage triplé pour le transport	Milieu viral de transport avec écouvillon	Kit d'extraction
Ensemble	98	47	48	65	57
Hôpitaux	100	67	67	67	50
Rural	100	25	25	50	0
Urbain	100	57	57	57	100
Publique	86	29	29	29	50

III.1.7. Matériel médical pour le diagnostic, la surveillance des patients et la gestion des cas

Au-delà de la disponibilité satisfaisante des consommables et équipements de protection individuels pour le personnel médical et para médical, la disponibilité des équipements médicaux fonctionnels liés à la COVID-19 est l'un des facteurs clés de succès dans la prise charge des patients COVID-19. A cet effet, la disponibilité moyenne des équipements sélectionnés a été de 89% dans les centres de prise en charge au cours des trois derniers mois.

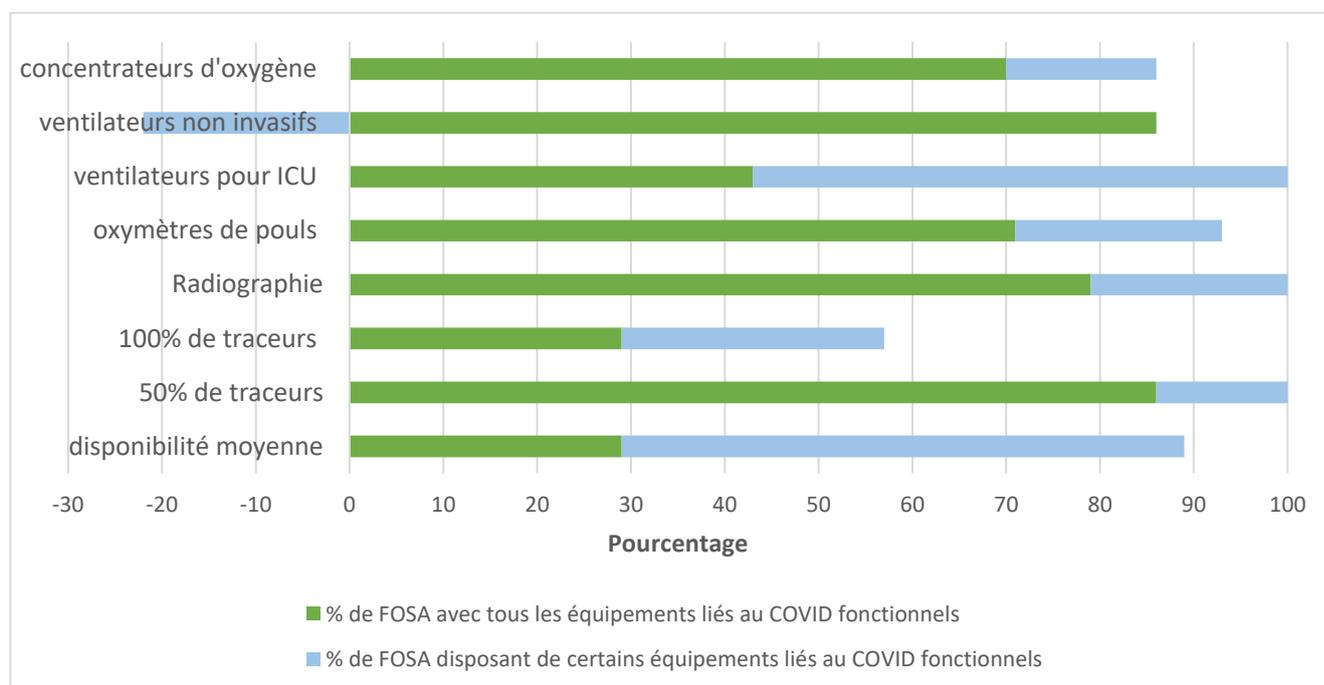


Figure 7 : Pourcentage de FOSA disposant de tous les équipements sélectionnés liés au COVID fonctionnels (n=14)

Au cours des trois derniers, il a été rapporté trente-six (36) équipements liés à la prise en charge des patients COVID-19 dans un état défectueux dans les centres de prise en charge. Par ailleurs, aucun d'entre eux ne dispose de fonds dédié uniquement à la maintenance des équipements et/ou l'achat des pièces de rechange.

Tableau VI : Pourcentage de FOSA avec certains équipements associés au COVID défectueux (n=36)

	Machines X-ray	Oxymètres de pouls	Ventilateurs pour ICU	Ventilateurs non invasifs	Concentrateurs d'oxygène	Disponibilité moyenne des équipements traceurs	Nombre de FOSA
Tous	86	79	71	43	86	70	14
Privé	100	100	50	100	100	88	2
Publique	83	75	75	33	83	67	12
Hôpitaux	83	75	75	33	83	67	12
Polyclinique	100	100	50	100	100	88	2

III.1.8. Capacité opérationnelle de vaccination

Parmi les centres de prise en charge des cas de COVID-19, seulement 43% fournissent des services de vaccination. Parmi eux, 67% disposent de réfrigérateurs fonctionnels avec enregistreurs de température et un taux de disponibilité assez faible de 33% de glacière à vaccin avec un ensemble complet des accumulateurs d'eau.

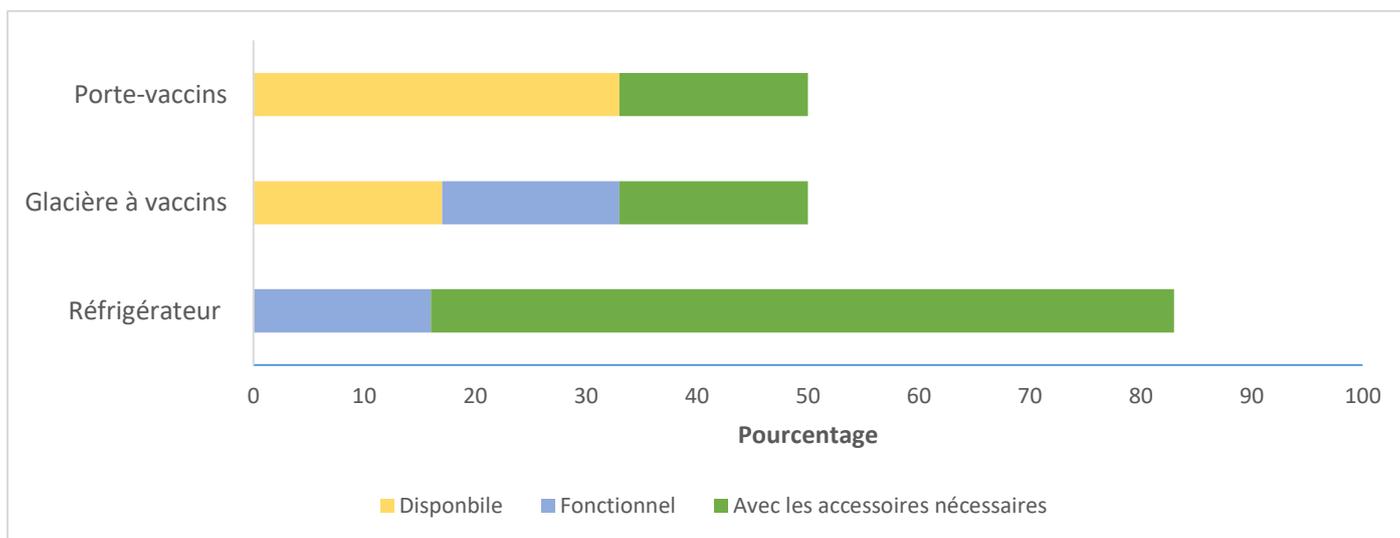


Figure 8 : Pourcentage de FOSA avec réfrigérateur, glacière à vaccins, et porte-vaccins, parmi ceux qui fournissent des services de vaccination

III.2. MODULE 2 : *Continuité des services de santé essentiels*

Le module 2 aborde la continuité des services de santé dans le contexte de la pandémie à COVID-19. La riposte à cette pandémie peut avoir des impacts sur l'accès aux services de santé courant et indirectement entraîner morbidité et mortalité pour des causes autres que la COVID-19. Dans ce contexte, il convient de ne pas négliger l'importance de la continuité des services courants essentiels lors qu'on met en place des mesures de lutte contre la COVID-19. La perte des ressources habituellement destinées aux services de santé courants, la baisse des effectifs sanitaires, la réorganisation des services, la crainte des patients de contracter le coronavirus lors d'une consultation dans un établissement de santé et le respect des mesures sont toutes susceptibles de limiter l'accès à des soins de santé vitaux.

III.2.1. Description des structures participantes

Ce module concerne l'échantillon des 212 structures de santé complètement enquêtées sur les 219 sélectionnées. Leur répartition est la suivante :

- 4 Hôpitaux publics nationaux de 3^e référence (CHU Point G, CHU Hôpital du Mali, CHU Gabriel TOURE, Hôpital de Dermatologie de Bamako) ;
- 2 Hôpitaux privés ;
- 8 Hôpitaux de 2^e référence dans les sept régions et le District de Bamako (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et l'Hôpital Mère-Enfant le Luxembourg).
- 15 CSRéf dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, et Bamako ;
- 156 CSCom répartis dans les 10 régions et le District de Bamako (voir carte de la zone d'enquête) ;
- 27 cabinets et cliniques privés.

III.2.2 Personnel de santé

Les médecins (n=814) représentent la catégorie de personnel la plus testée positive à la COVID-19 avec un taux de morbidité de 3,4%. Ils sont suivis par les autres personnels cliniques (n=1569) pour lesquels le taux est de 2,2%. Les autres personnels non cliniciens (n=1885) enregistrent le plus faible taux de 0,3%.

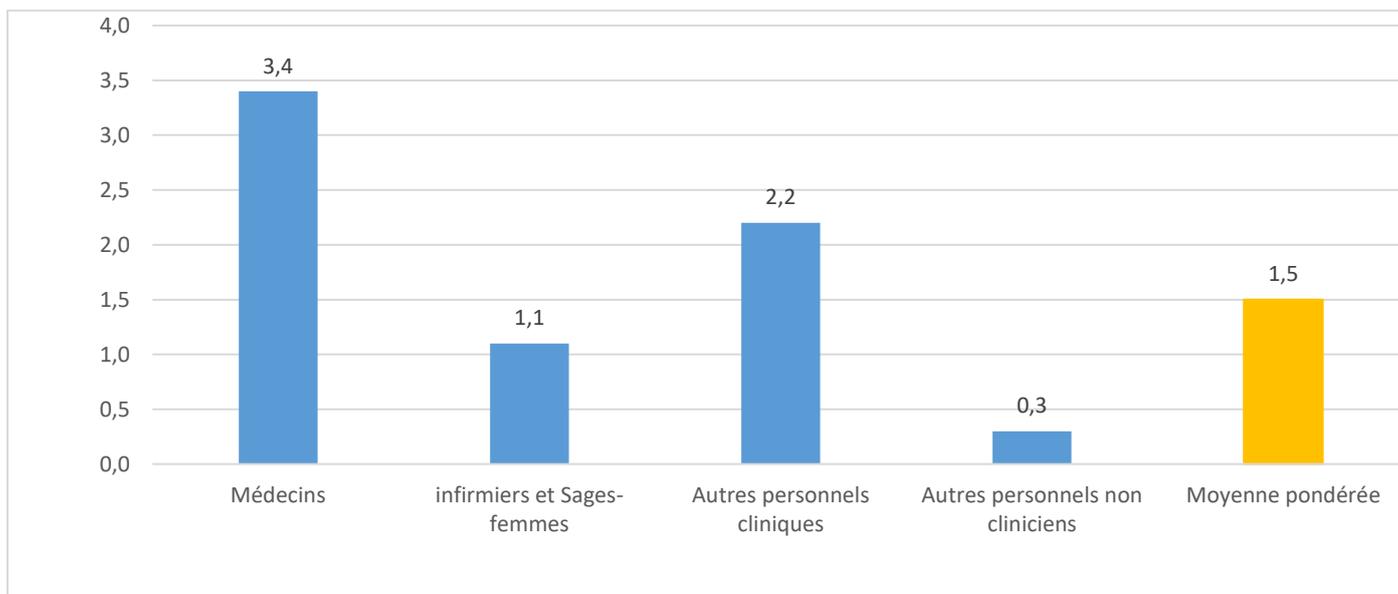


Figure 9 : Pourcentage de membres de personnel ayant eu un diagnostic de COVID-19 au cours des 3 mois précédents

Le congé/absence du personnel au cours des trois derniers mois pour toutes les raisons est assez élevé dans les structures non hospitalier (les structures qui ne font pas la prise en charge de la COVID-19) à hauteur de 43% contre 20% dans les hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} référence (structure de prise en charge de la COVID-19). Les absences pour raisons médicales liées au COVID-19 est de 4% dans les structures qui ne font pas la prise en charge de la COVID-19 et quasiment nul (0%) dans les structures de prise en charge de la COVID-19.

Tableau VII : Pourcentage d'établissements avec des congés ou des absences du personnel pour des raisons justifiées et des établissements avec des changements dans la gestion des agents de santé en réponse au COVID-19 au cours des trois derniers mois

	N'im- porte quelle raison	Raison s médic ales liées au COVI D-19	Raisons structur elles / politiqu es liées au COVID -19	Soc ial	Trans fert de tâches	Augment ation des ressource s humaines , s'il y en a	Augment ation des ressource s humaines , augmenta tion des heures de travail	Augment ation des ressource s humaines , embauch e de nouveaux employés	Diminu tion des ressour ces humain es	Nom bre de FOS A
Tous	41	4	2	1	14	18	14	11	3	212
Privé	32	3	1	0	10	19	15	12	3	73
Publique	46	4	2	1	17	17	13	10	3	139
Rural	30	1	2	2	15	16	14	9	2	129
Urbain	58	8	2	0	13	20	13	14	4	83
Clinique/Polyc linique	41	12	0	0	12	12	12	6	0	17
CSCOM et assimilés	33	1	2	1	15	20	16	12	4	164
CSREF	81	6	0	0	0	19	6	12	0	16
Hôpitaux	87	20	7	0	20	7	0	7	0	15

Les efforts restent à faire en termes de prévention et de contrôle des infections (PCI), d'équipement de protection individuelle (EPI) et la mise en place d'un protocole de triage pour la prise en charge des cas de COVID-19 dont les taux sont respectivement de 56%, 52% et 48% dans les structures de prise en charge des cas de COVID-19.

Tableau VIII : Pourcentage d'établissements avec du personnel qui a été formé ou ayant reçu une supervision de soutien liée au COVID-19 au cours des trois derniers mois

	N'im- porte quelle raison	Raisons médic- ales liées au COVI D-19	Raisons structur- elles / politiqu- es liées au COVID -19	Soc- ial	Trans- fert de tâches	Augment- ation des ressource- s humaines , s'il y en a	Augment- ation des ressource- s humaines , augmenta- tion des heures de travail	Augment- ation des ressource- s humaines , embauch- e de nouveaux employés	Diminu- tion des ressour- ces humain- es	Nom- bre de FOS A
Tous	41	4	2	1	14	18	14	11	3	212
Privé	32	3	1	0	10	19	15	12	3	73
Publique	46	4	2	1	17	17	13	10	3	139
Rural	30	1	2	2	15	16	14	9	2	129
Urbain	58	8	2	0	13	20	13	14	4	83
Clinique/Polyc- linique	41	12	0	0	12	12	12	6	0	17
CSCOM et assimilés	33	1	2	1	15	20	16	12	4	164
CSREF	81	6	0	0	0	19	6	12	0	16
Hôpitaux	87	20	7	0	20	7	0	7	0	15

III.2.3 Gestion financière

Dans l'ensemble (n=141), 47% des structures interrogées ont dispensé les usagers des frais d'utilisation des services liés à la COVID-19. Seul 2% ont augmenté les frais d'utilisation des services.

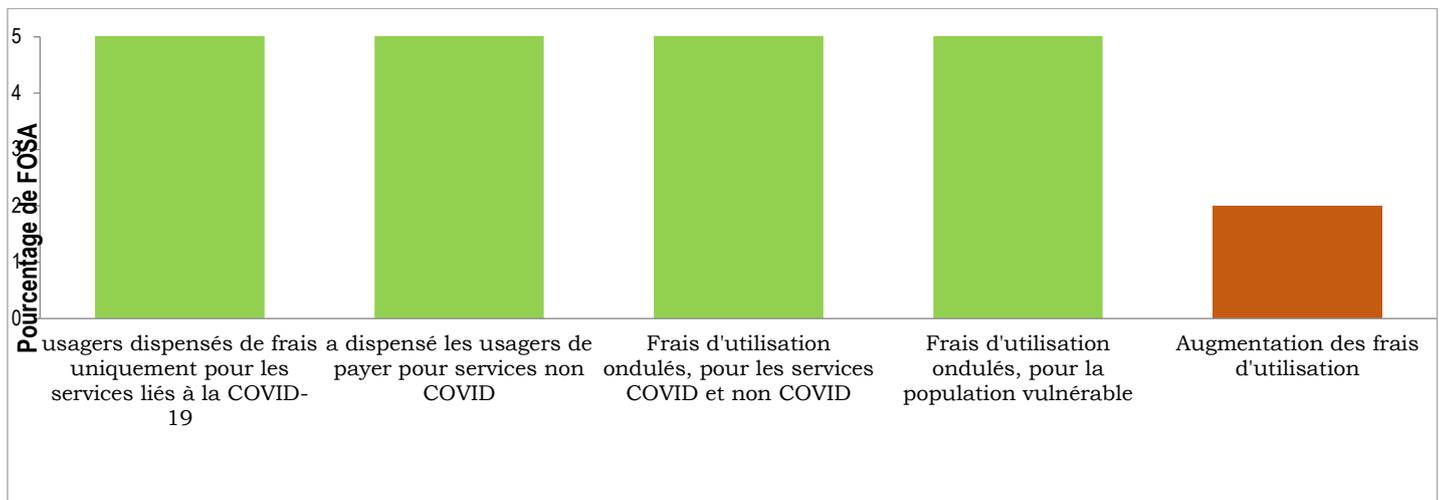


Figure 10 : Pourcentage d'établissements dont les frais d'utilisation ont changé

Généralement, quel que soit le statut des formations sanitaires, 76% ont déclaré avoir payé le salaire des personnels à temps. 49% des établissements ont déclaré avoir payer aux personnels, les heures supplémentaires à temps.

Le gouvernement à octroyer des fonds supplémentaires à 16% des structures sanitaires (n=212) dans le cadre de la lutte contre la COVID-19 et 9% seulement ont bénéficié des fonds provenant d'autres sources.

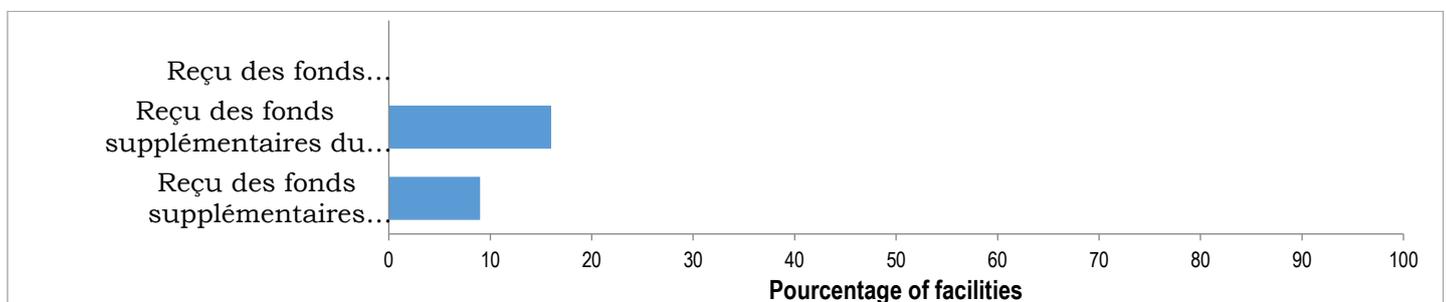


Figure 11: Pourcentage de FOSA ayant reçu un financement supplémentaire et avec paiement à temps au cours des trois derniers mois

III.2.4 Prestation et utilisation des services

Malgré l'impact que la pandémie de la COVID-19 a eu sur le système de santé au Mali, aucune formation sanitaire n'a été fermée au cours des trois derniers mois.

Cependant, la majorité des formations sanitaires interrogées (86%) ont rapporté une modification des heures de service. 81% ont orienté leurs services vers les patients à risque. La télé-ordonnance a été utilisée par 57% des formations sanitaires et plus de la moitié des soins ont été administré à domicile.

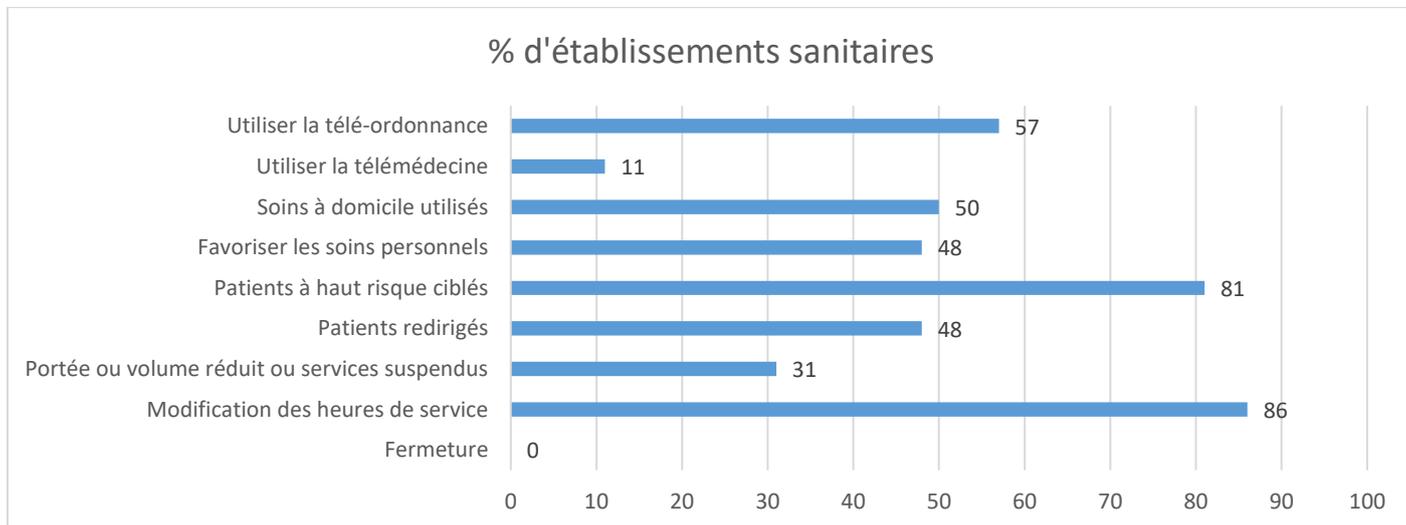


Figure 12 : Pourcentages d'établissements sanitaires qui ont modifié leurs stratégies de prestation de services au cours des trois derniers mois (212)

Nous notons une diminution de toutes les prestations de service en ambulatoire dans toutes les structures sanitaires (212) au cours des trois derniers mois sauf les services de prise en charge du paludisme où sont rapportés une hausse de 3%.

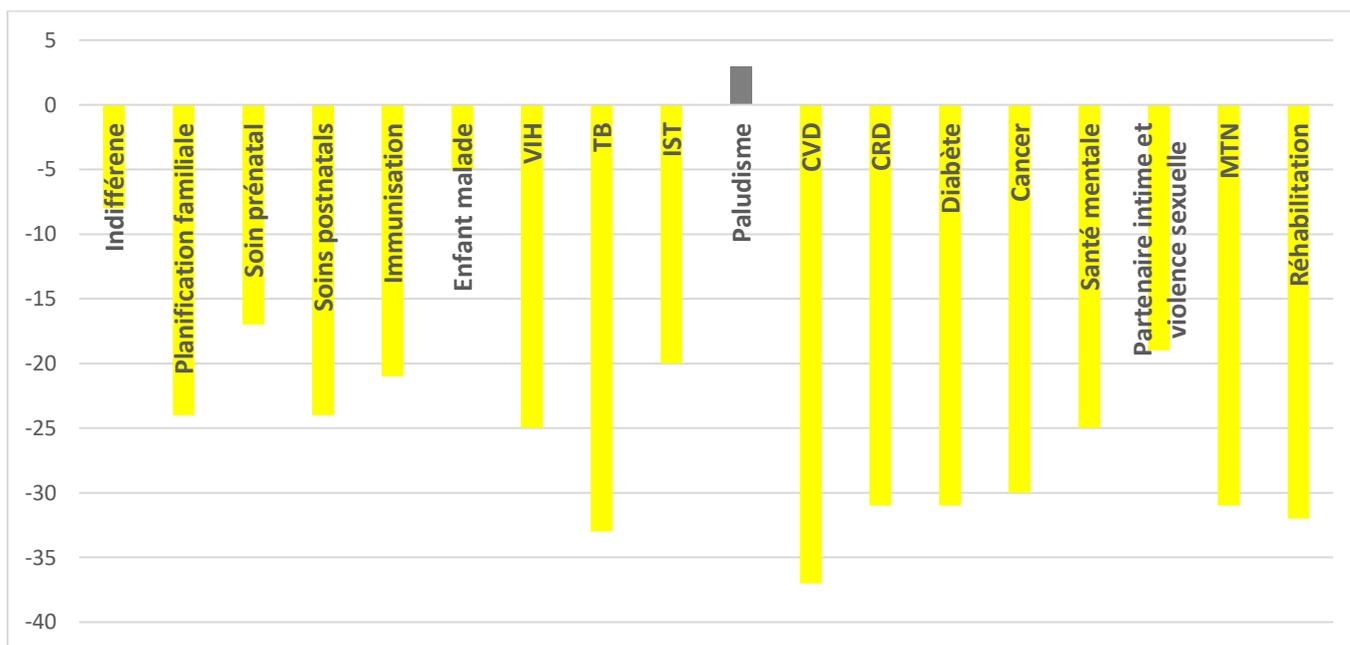


Figure 13 : Différence en % d'établissements avec augmentation vs diminution des visites ambulatoires par service

Afin d'assurer le maintien des services essentiels dans le contexte de la pandémie à COVID-19, 86% des structures hospitalières et 78% des structures non hospitalières ont mis en œuvre un plan de restauration des rendez-vous manqués pour les femmes enceintes. En ce qui concerne la vaccination systématique des enfants, 100% des structures hospitalières (CSRéf, hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} référence) ont mis en œuvre un plan de restructuration des rendez-vous manqués contre 87% des structures non hospitalières.

Tableau IX : Pourcentage de FOSA ayant des plans de rétablissement de service pour les rendez-vous manqués

	Plan de restauration avec registre des rendez-vous manqués	Femmes enceintes	Enfants pour vaccination systématique	Maladies chroniques non transmissibles	Femmes enceintes	Enfants pour vaccination systématique	Maladies chroniques non transmissibles	Nombre de FOSA
Tous	38	79	89	52	93	94	68	212
Privé	34	84	77	63	94	81	80	73
Publique	40	77	93	47	93	99	62	139
Rural	41	80	90	48	95	96	63	129
Urbain	34	77	85	61	90	89	77	83
Clinique/Polyclinique	41	80	67	80	80	67	80	17
CSCOM et assimilés	40	78	90	48	94	96	65	164
CSREF	31	100	100	80	100	100	80	16
Hôpitaux	27	75	100	25	100	100	75	15

III.2.5. Prévention et contrôle des infections au COVID-19 et équipement de protection individuelle

Dans L'ensemble (n=212), 53% des structures sanitaires disposent d'un point focal pour la prévention et le contrôle des infections (IPC). Dans les formations sanitaires de l'échantillons, 56% ont mise en œuvre au cours des trois derniers mois, des mesures quelconques pour créer un environnement sûr contre la COVID-19. En Ce qui concerne la fourniture des au personnel d'Équipement de Protection Individuel (EPI), ce taux est à 42%.

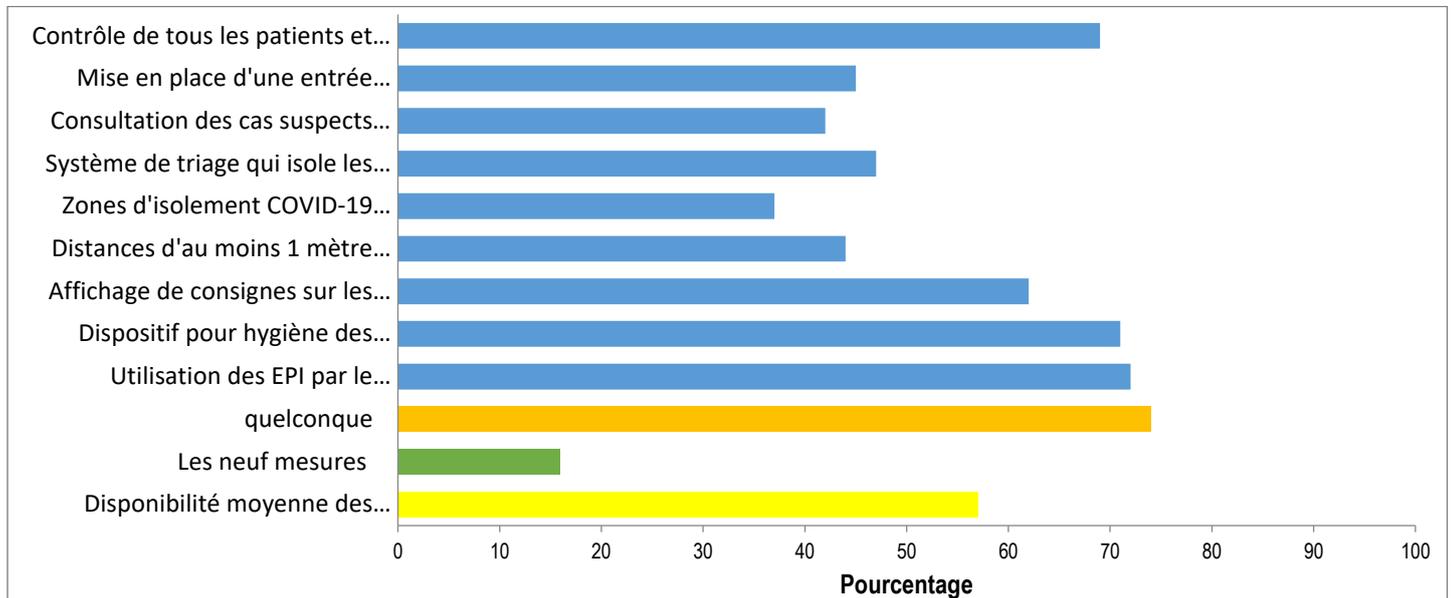


Figure 14 : Pourcentage des structures sanitaires ayant mis en œuvre des mesures pour créer un environnement sûr pour le COVID-19

Parmi les directives de contrôle et de prévention des infections (IPC), la gestion des déchets hospitaliers est assez faible car seulement 20% des structures sanitaires (n=212) assurent une bonne gestion des déchets liés à la COVID-19. Par ailleurs, 63% ont réalisé pendant les trois derniers mois un dépistage systématique des signes et symptômes de la COVID-19 chez les patients tout venant. 30% ont la capacité de prise en charge des cas suspects et confirmés.

Tableau X : Pourcentage de FOSA qui ont des directives IPC COVID-19

	Toute ligne directrice	Dépistage des signes et symptômes de la COVID-19	Prise en charge des cas suspects/confirmés de COVID-19	Surveillance de la COVID-19 parmi les professionnels de la santé	Gestion des corps	Gestion des déchets hospitaliers	Tous les cinq lignes directrices	Score (0-100)	Nombre de FOSA
Tous	76	64	31	51	20	62	12	47	212
Privé	64	55	19	37	12	48	8	36	73
Publique	83	68	37	58	24	69	14	53	139
Rural	74	60	22	51	16	60	9	44	129
Urbain	80	70	43	51	27	65	17	53	83
Clinique/Polyclinique	82	65	18	35	18	47	12	39	17
CSCOM et assimilés	72	58	22	49	13	57	7	42	164
CSREF	94	94	75	69	44	94	25	78	16
Hôpitaux	100	93	93	73	73	100	47	88	15

Les performances sont plutôt bonnes en termes de fourniture d'Equipements de Protection Individuelles (EPI) aux personnels, ce taux est de 72% aussi bien dans les structures de prise en charge que les autres structures sanitaires. Dans l'ensemble 71% des structures ont mises à la disposition du personnel des gants d'examen pour la prise en charge des patients.

Tableau XI : Pourcentage de FOSA qui fournissent des EPI au personnel et qui ont des EPI pour tout ou partie du personnel qui doit les utiliser

	Fournir des EPI	Blouse de protection	Gants d'examen	Lunettes de protection	Écran facial	Masques respiratoires (N95 ou FFP2)	Masque médical ou chirurgical	Les six éléments traceurs	Score (0-100)	Nombre de FOSA
Tous	73	57	71	50	38	49	67	26	56	212
Privé	71	47	70	32	22	41	67	16	46	73
Publique	73	63	72	60	47	53	67	32	60	139
Rural	67	51	65	50	33	42	60	19	50	129
Urbain	82	66	81	51	46	60	77	39	63	83
Clinique/Polyclinique	59	29	53	29	24	35	53	18	37	17
CSCOM et assimilés	70	53	68	45	31	44	63	17	51	164
CSREF	94	88	94	81	69	69	94	62	82	16
Hôpitaux	100	100	100	100	100	100	100	100	100	15

III.2.6. Prise en charge des cas suspects et confirmés de COVID-19 dans les centres de soins primaires

Les patients suspects ou atteints de COVID-19 sont orientés vers les centres de prise en charge au niveau des hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} référence conformément à la politique sanitaire du pays, tant et bien que les centres de soins primaires (CSCOM, cabinets médicaux, cliniques médicales et CSRéf) disposent moins d'éléments pour la gestion de la COVID-19 (8%) car le dépistage n'est effectif à ce niveau. Seul 2% disposent d'un système de transport d'échantillons fonctionnel vers les laboratoires accrédités pour le dépistage de la COVID-19.

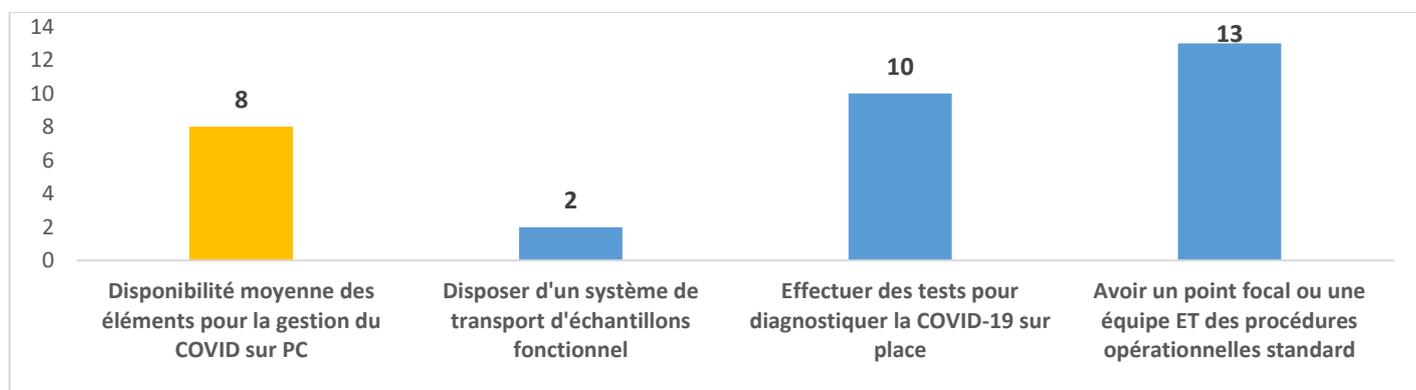


Figure 15 : Pourcentage de FOSA qui ont mis en œuvre des mesures pour gérer les cas suspects ou confirmés de COVID-19 dans les centres de soins primaires

Au niveau des centres de santé primaires, 52% ont reçu des patients suspectés de COVID-19 au cours des trois derniers mois. 67% des structures primaires ont reçu les patients suspectés de COVID-19 dans une salle de consultation isolée à l'écart des autres patients.

Tableau XII : FOSA de niveau primaire qui ont vu des patients suspectés de COVID-19 au cours des 3 derniers mois

	Avait des patients COVID au cours des trois derniers mois	La consultation du patient a lieu dans une pièce séparée	Vérifié pour les symptômes du COVID-19	Saturation en O2 mesurée avec oxymètre de pouls	Référé le patient vers des soins spécialisés	Test de diagnostic Réalisé	Patients ayant des symptômes légers pour s'auto-isoler à domicile	Téléconsultation pour répondre aux questions du patient avant la visite à la FOSA	50% des éléments traceur	Nombre de FOSA de soins primaires
Tous	8	62	94	19	50	88	94	12	88	197
Privé	3	50	50	100	100	100	100	0	100	70
Publique	10	64	100	7	43	86	93	14	86	127
Rural	2	100	100	0	0	50	100	50	100	127
Urbain	17	57	93	21	57	93	93	7	86	70
Clinique/Polyclinique	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	17
CSCOM et assimilés	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	164
CSREF	44	71	100	0	14	86	100	29	86	16
Hôpitaux	60	56	89	33	78	89	89	0	89	0

III.2.7. Disponibilité de certains traceurs thérapeutiques

Seul 1% des structures sanitaires disposent de tous les médicaments, 57% disposent d'au moins la moitié. Les taux de disponibilité des différents médicaments sont recensés sur la figure suivante.

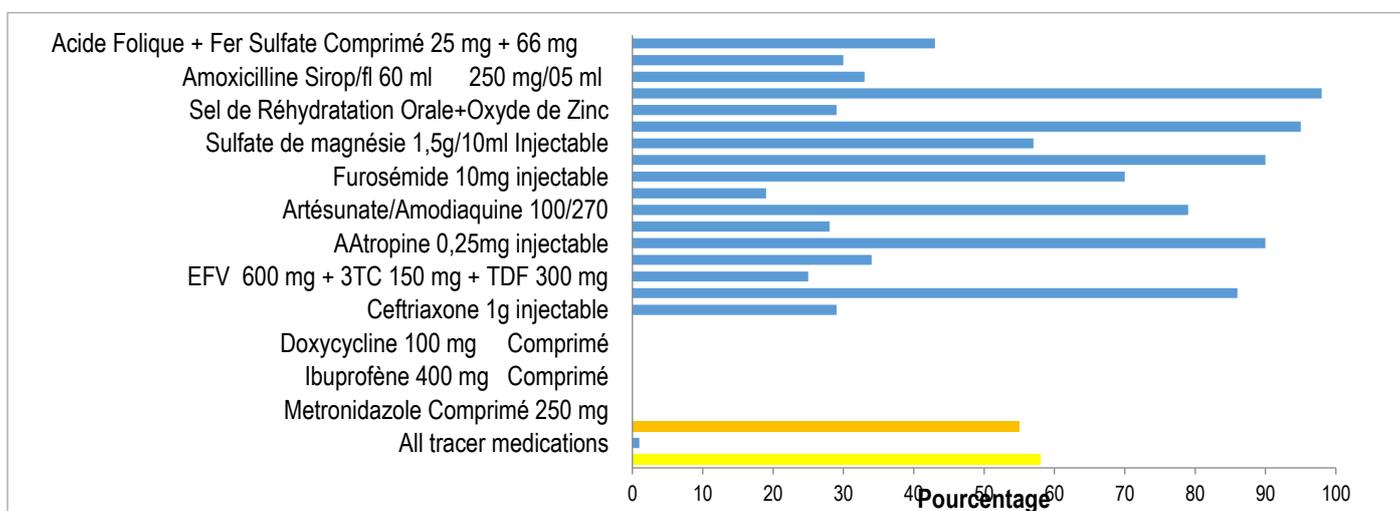


Figure 16 : Pourcentage de FOSA disposant de médicaments traceurs

Concernant les vaccins, 72% des structures sanitaires disposent de tous les vaccins, 84% disposent d'au moins la moitié. Les taux de disponibilité des différents vaccins sont recensés dans sur la figure suivante.

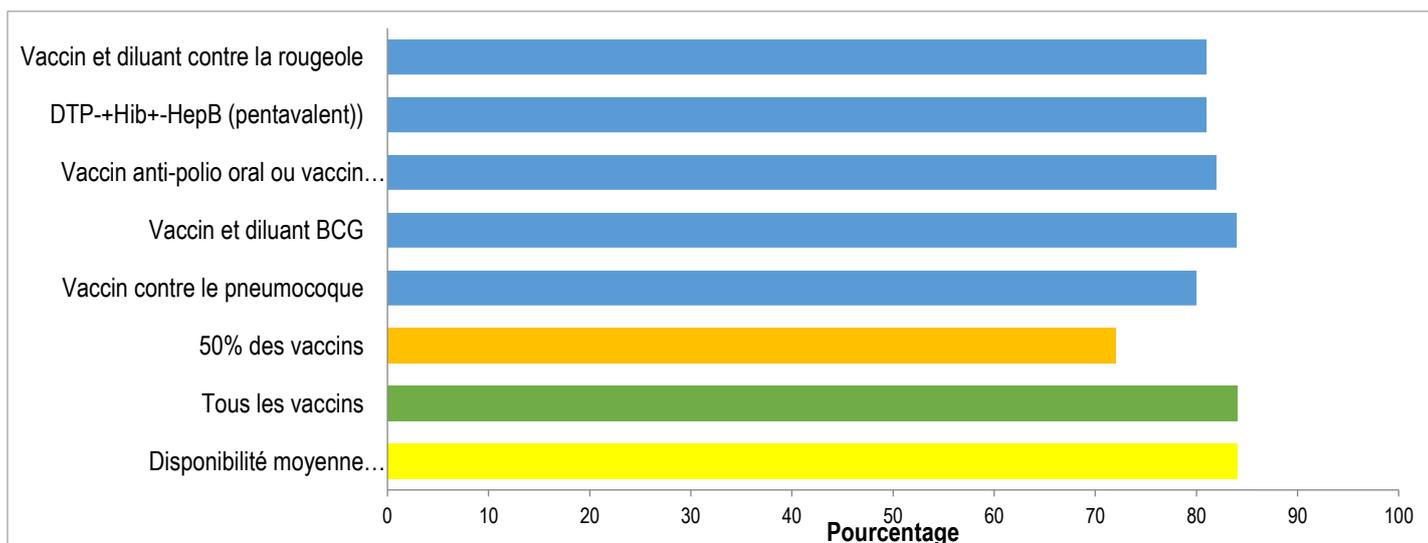


Figure 17 : Pourcentage de FOSA disposant de certains vaccins traceurs

III.2.8. Disponibilité de certains diagnostics traceur

La disponibilité moyenne des médicaments EHS, des diagnostics et des capacités vaccinales dans les structures sanitaires (n=212) au cours des trois derniers mois est de 67%. Seul 8% disposent de services d'imagerie fonctionnels. Les médicaments traceurs sont disponibles dans 55% des structures sanitaires. Il existe une bonne disponibilité des fournitures traceurs (94%) et de la chaîne de froid pour les vaccins (85%) (Figure A6 1).

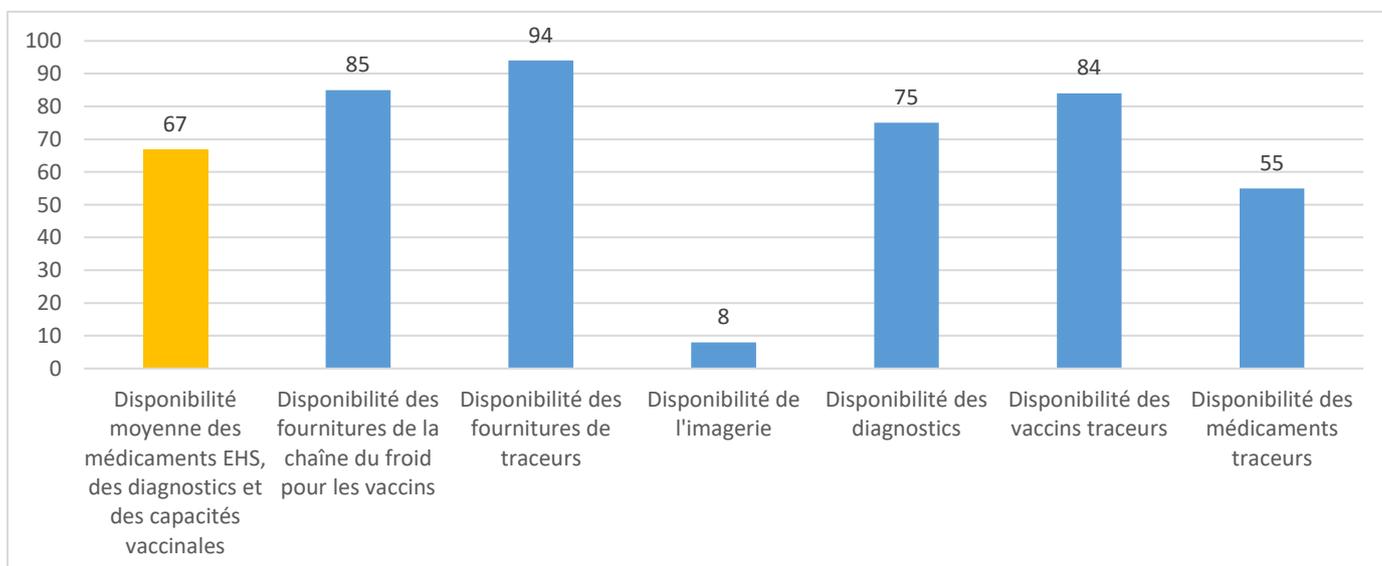


Figure 18 : Les services de santé essentiels évaluant, la capacité des médicaments, des diagnostics et des vaccins (N=212)

III.2.9. Capacité opérationnelle de vaccination

Le dispositif de la chaîne du froid dans les structures sanitaires interrogées (n=212) est satisfaisant. En effet, 84% des structures non hospitalières (CSCOM, cabinet et clinique médicale) disposent d'un réfrigérateur avec un enregistreur de température. Ce même taux est de 95% dans les structures hospitalières (CSRéf, hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} référence).

De même 100% des structures hospitalières disposent de glacière à vaccin contre 74% des structures non hospitalières. Par contre dans l'ensemble le taux de structures sanitaires disposant de porte-vaccins avec une ensemble complet d'accumulateurs d'eau qui gèlent en 1 jour est seulement de 20%.

Tableau XIII : Pourcentage d'établissements dotés d'un réfrigérateur, d'une glacière et d'un transporteur, parmi ceux qui fournissent des services de vaccination

	Réfrigé- rateur fonctio- nnel	Réfrigé- rateur fonctio- nnel avec tempé- rature enregist- rée	Glac- ière à vacc- ins	Glacière à vaccins avec une ensembl- e complet des accumul- ateurs d'eau qui gèlent en 1 jour	Glacière avec une ensembl- e complet des accumul- ateurs d'eau qui gèlent en 1 jour	Port- e- vac- cins	Porte- vaccins avec une ensembl- e complet des accumul- ateurs d'eau	Glaciè- re à vaccin s ou porte- vaccin s	Glacière à vaccins ou porte- vaccins avec une ensemble complet des accumulat- eurs d'eau qui gèlent en 1 jour	Nombr- e de FOSA fourniss- ant des services de vaccina- tion
Tous	89	85	77	51	21	88	54	95	21	170
Privé	79	74	81	47	14	70	35	86	14	43,07
Publique	92	89	76	52	23	94	60	98	23	126,49
Rural	93	90	77	47	21	91	53	98	21	116,1
Urbain	80	76	78	59	20	81	56	89	20	53,95
Clinique/P olycliniqu- e	78	67	67	56	33	67	44	78	33	9,01
CSCOM et assimilés	89	86	79	52	19	89	54	97	19	139,4
CSREF	100	100	71	50	29	93	79	93	29	14,08
Hôpitaux	71	71	71	14	14	86	14	86	14	7,05

III.3. MODULE 3 : *Besoins, perceptions et demandes des communautés*

Le module 3 porte sur la perception de la communauté de l'offre de soins dans les structures sanitaires au cours des trois derniers mois y compris aussi du vaccin anti COVID-19 à travers les informateurs clés qui sont issus de la communauté. En effet chaque formation sanitaire est liée à une ou des communautés qui représentent plus de 80% des patients qui la fréquente. Afin de prendre en compte les besoins spécifiques de ces communautés, elles sont représentées dans les instances de gestion des établissements de santé à travers les comités de gestions et les conseils d'administration. En tant que premières utilisatrices des services de santé, leurs avis compte pour rendre le système de santé plus performant et en adéquation avec leurs attentes.

III.3.1 Caractéristiques des répondants

Ce module s'adresse à la communauté. L'échantillon est de 73 répondants dont 33 Agents de Santé Communautaires (ASC) dont 3 bénévoles et 40 points focaux COVID-19. La désagrégation par sexe est de 11 femmes (soit 15%) et de 62 hommes.

Tableau XIV : Caractéristiques des répondants

		Nombre d'informateurs clés
Ensemble		73
ASC		
	Non	40
	Oui	33
Genre		
	Féminin	11
	Masculin	62
Milieu		
	Rural	49
	Urbain	24
Profession		
	ASC bénévole	3
	ASC renuméré	30
	Autre	36
	Chef de communauté	4

III.3.2. Besoin et utilisation des services de santé essentiels dans les communautés

Pour les besoins communautaires sanitaires pendant les trois derniers mois, 49% des informateurs clés croient que la plupart des membres de la communauté ont eu des besoins non satisfaits pour les services de santé mentale et 40% pour les services de chirurgie programmée. Les prestations de services d'examen complémentaires ont également été impactées, 32% d'informateurs clés croient que la communauté a eu des besoins non satisfaits pour les analyses biologiques ou imagerie recommandée.

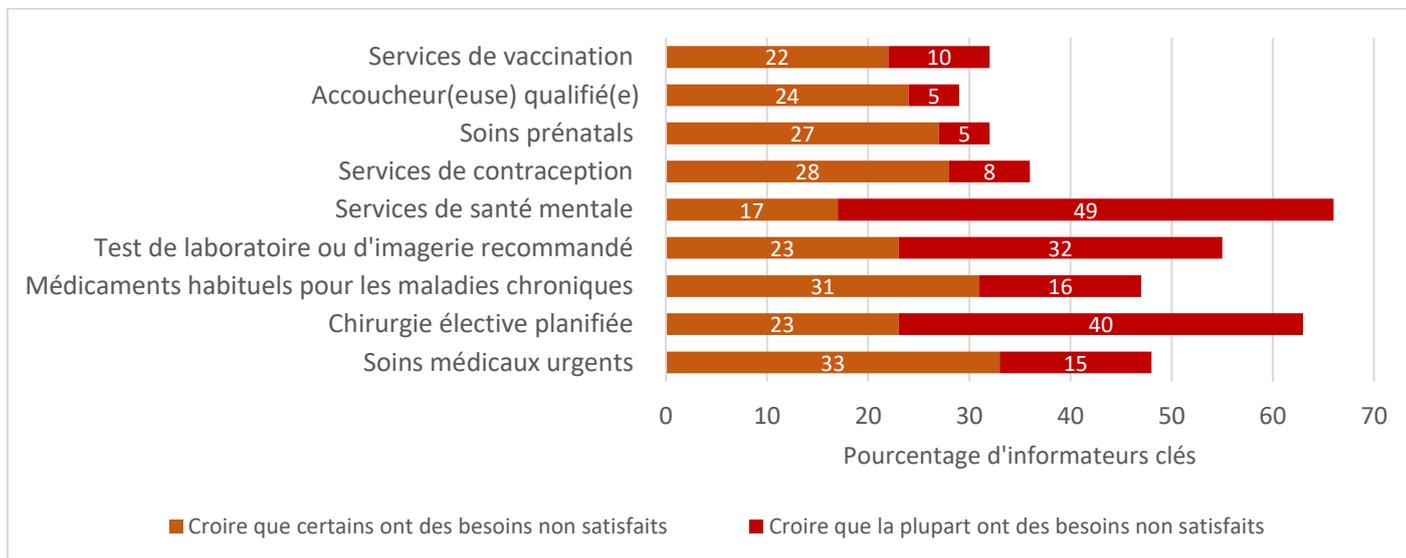


Figure 19 : Pourcentage d'informateurs clés qui croient que la communauté a des besoins non satisfaits par service (n=73)

III.3.3. Obstacles à la recherche de services de santé essentiels dans les communautés

Pendant la pandémie de COVID-19, au cours des trois derniers mois, 68% des informateurs clés ont affirmé que la communauté a fait face à des difficultés/obstacles accrus pour accéder à des services de soins qui les affectés globalement ou modérément.

Tableau XVI : Pourcentage d'informateurs clés qui croient que la communauté fait face à des difficultés/obstacles accrus pour obtenir des soins pendant la COVID-19 (n=73)

		Barrières pré-Covid dues à:	demande de services	informations	Accès physique	financement	qualité des intrants / préparation,	expérience de la FOSA	administration de la FOSA	Nombre d'entretiens
Tous		68	59	56	5	19	8	3	73	
Genre	Féminin	82	73	55	18	18	0	0	11	
	Masculin	66	56	56	3	19	10	3	62	
Location	Rural	73	51	55	2	24	8	0	49	
	Urbain	58	75	58	12	8	8	8	24	

L'accessibilité financière à des services de santé a été l'un des éléments précurseurs de la politique de santé communautaire au Mali. Nonobstant les efforts déployés par les autorités pour garantir l'accès à des services de santé de qualité et à moindre coût, 62% des informateurs clés croient que des personnes marginalisées dans la communauté sont en situation de pauvreté.

Tableau XVII : Pourcentage d'informateurs clés qui croient qu'il y a des personnes marginalisées dans la communauté (n=73)

		Groupes marginalisés:								Nombre d'entretiens
		Quelconque	Personnes en situation de pauvreté	Personnes travaillant dans le secteur informel	Chômeurs	Ménage monoparental	Ménage isolé avec personne âgée	Personnes handicapées	Personnes LGBTI	
Tous		97	62	0	0	0	0	0	0	73
Genre	Féminin	91	64	0	0	0	0	0	0	11
	Masculin	98	61	0	0	0	0	0	0	62
Location	Rural	96	59	0	0	0	0	0	0	49
	Urbain	100	67	0	0	0	0	0	0	24

Au cours des trois derniers mois, 80% d'informateurs clés ont affirmés que les agents de santé communautaires (ASC) ont été les premiers points de soins/d'informations pour les communautés dans le contexte de la pandémie à COVID-19. Au-delà des ASC, les structures de premier contact ont aussi été assez sollicitées. A cet effet, 41% des informateurs clés croient que les dispensaires/postes de santé ont été les premiers points de soins/d'informations et 37% pour les guérisseurs traditionnels.

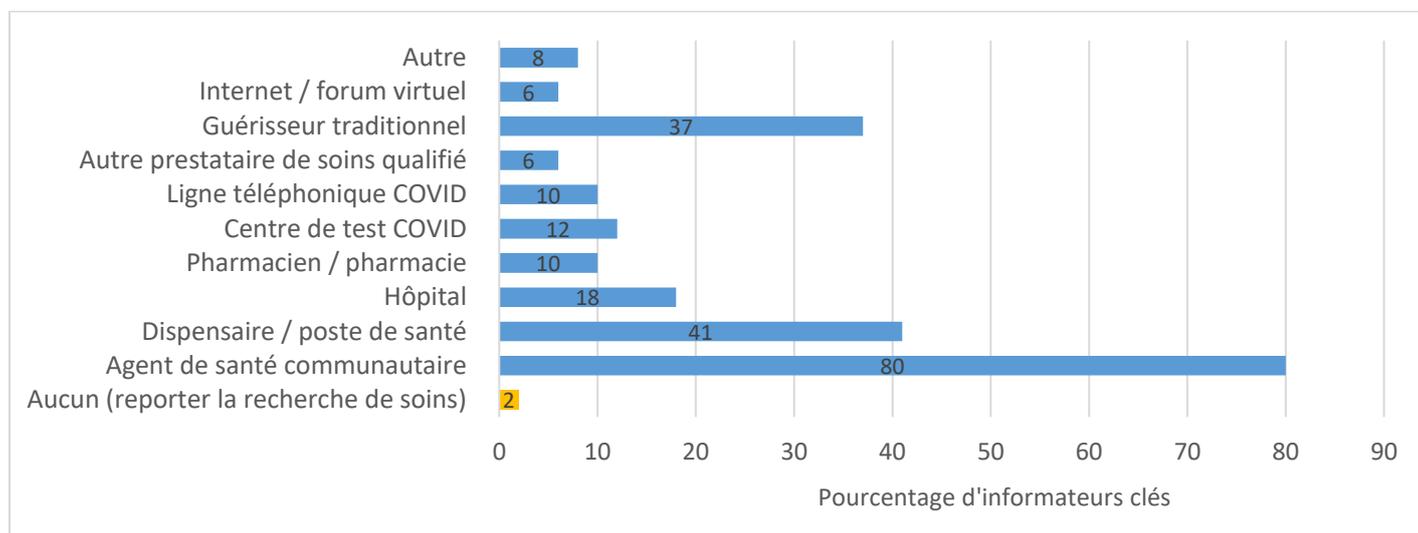


Figure 20 : Distribution de Premier point de soins / information (n=73)

III.3.4. Attitude envers le vaccin COVID-19 (facultatif)

Malgré une campagne de sensibilisation assez intense pour démentir les théories du complot autour du vaccin contre la COVID-19, 71% des informateurs clés de la communauté croient que les personnes refusent le vaccin pour des raisons d'incertitude sur son efficacité. 69% pensent que les populations sont préoccupées par les effets secondaires du vaccin. Par ailleurs, seul 34% d'informateurs clés croient que les populations ne sont pas inquiètes d'être infecté par la COVID-19 concernant le vaccin.

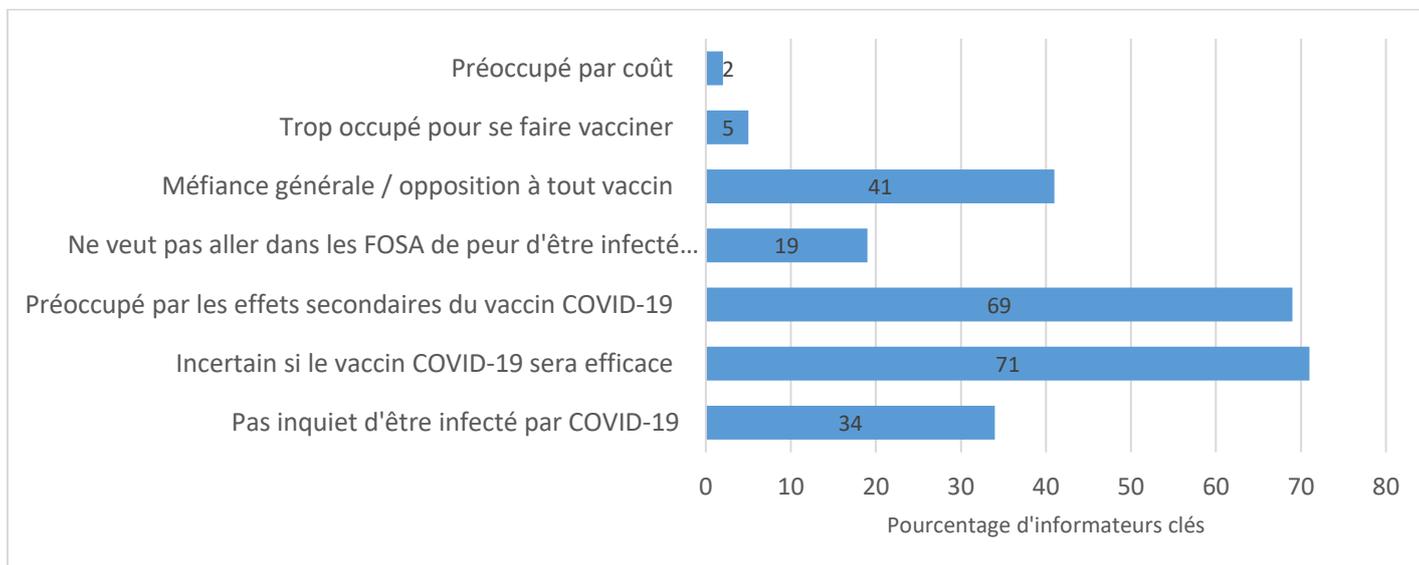


Figure 21 : Répartition (%) des principales raisons pour lesquelles les personnes ne veulent pas se faire vacciner contre la COVID-19

III.3.6. Obstacles à la prestation de services communautaires

Les agents de santé communautaires (ASC) représentent la porte d'entrée du parcours de soins depuis le niveau communautaire. 36% des ASC estiment le risque très élevé d'être infecté par la COVID-19 dans l'exercice de leur fonction. Cette perception assez élevée peut bien jouer sur l'offre de service de santé communautaire. Plus de 55% des ASC estime le risque modéré ou élevé.

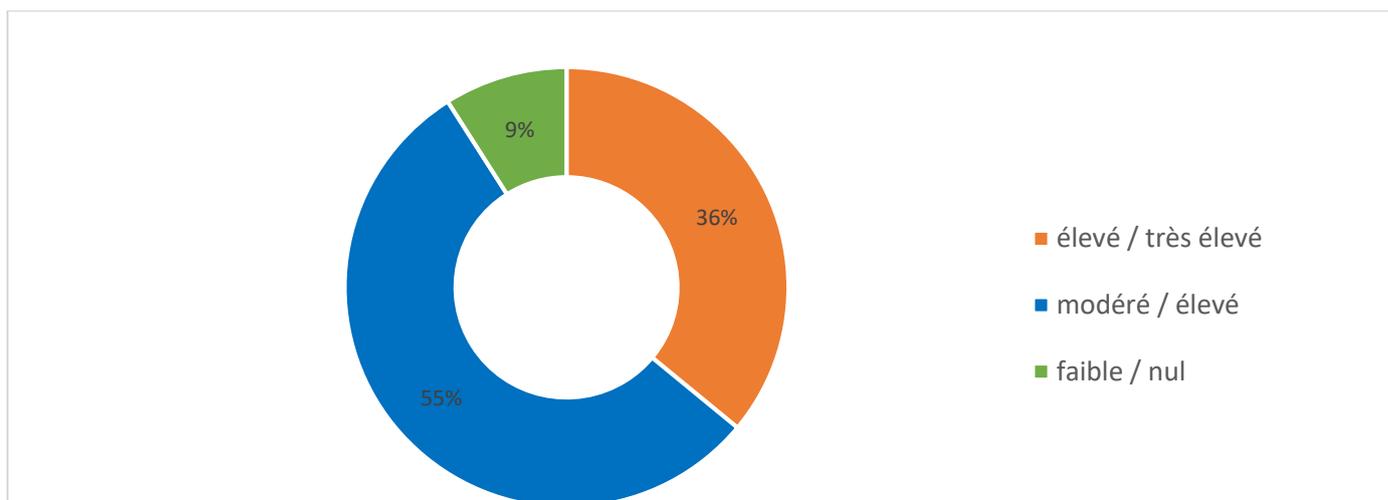


Figure 22 : Perception des ASC du risque de COVID-19 (n=73)

Plus de 71% des ASC se sentent stigmatisés et estiment n'avoir pas reçu de soutien adéquat à cet effet.

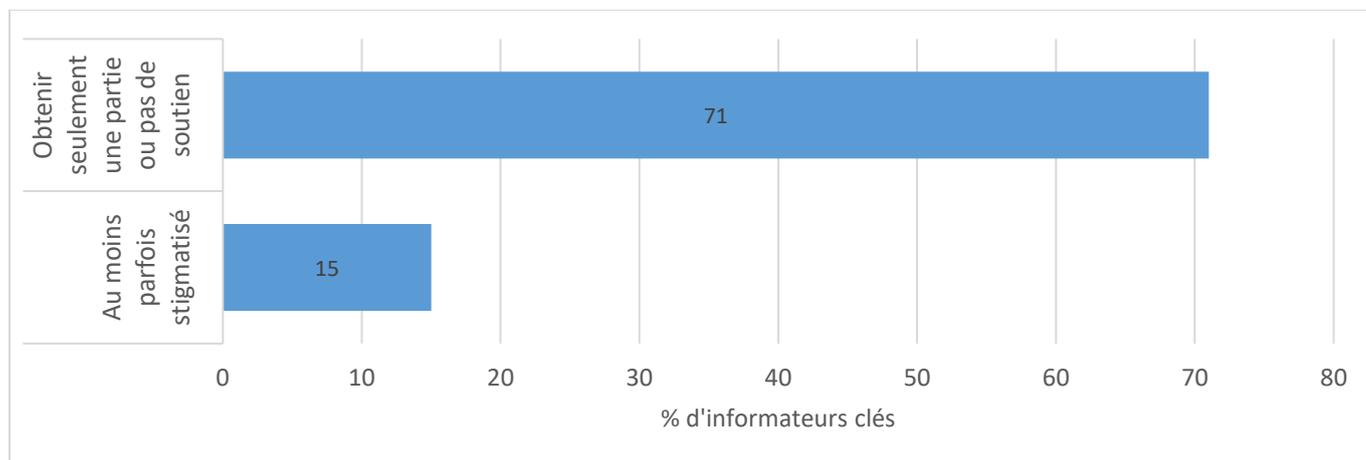


Figure 23 : Pourcentage d'ASC se sentant stigmatisés et/ou manquant de soutien (n=73)

IV. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

IV.1 Conclusion

La plupart des personnes enquêtées dans les modules 1 et 2 étaient des points focaux COVID-19 dans leurs structures de santé respectives. Au décours de l'interview, il ressort que les services de santé essentiels sont ceux qui d'après la plupart des répondants sont les services qui continue de fonctionner de façon optimale malgré la pandémie. Aucune fermeture de structure de santé n'a été observée pendant les trois derniers mois. D'après eux, l'ignorance des services disponibles et les rumeurs d'une théorie du complot sont des obstacles au recours aux services de santé essentiels par la population. Les informateurs clés dans le module 3 interrogés estiment que la pandémie à COVID-19 a fortement impacté le recours par la communauté, aux soins de santé. Selon les informateurs, la peur de contracter la COVID-19 dans les formations sanitaires est une raison de non recours aux soins de la communauté depuis le début de la pandémie. Les CSCOM et assimilés et les CSRéf sont les lieux de premiers recours des patients en cas de problème de santé. Les personnes en situation de pauvreté sont défavorisées dans l'accès aux soins. D'après eux, les adultes et parents seraient peu intéressés par la vaccination COVID-19 que ce soit pour eux ou pour leurs enfants, et la raison la plus incriminée serait l'incertitude sur l'efficacité du vaccin. La majorité des répondants, estiment que des initiatives en matière de santé et d'hygiène ont augmenté depuis le début de la pandémie, le dispositif de lavage des mains et la disponibilité des masques de protection individuel étant les plus répandus. Les enquêtées estiment avoir un risque au moins modéré de contracter le COVID. Plus de 71% des informateurs clés estiment être stigmatisés par les membres de la communauté qui craignent qu'ils ne les transmettent COVID. La plupart des répondants déclarent ne recevoir que peu de soutien pour leurs tâches quotidiennes.

IV.2 Recommandations

Suite à la première phase de l'enquête qui est maintenant terminée, certaines recommandations ont été formulées par l'équipe de mise en œuvre à savoir :

- Renforcer les capacités des structures en ressources humaines, matérielles et logistiques afin d'améliorer la prise en charge des cas de COVID-19 et autres pandémies ;
- Renforcer le respect des mesures barrières pour limiter et ou stopper la propagation de la pandémie au sein du personnel de santé et de la communauté ;
- Accroître la sensibilisation des points focaux pour améliorer la collecte des données ;
- Sensibiliser les communautés par la CCC pour une prise de conscience du danger ;
- Appropriation de la méthode innovante de l'évaluation par les pays afin de l'intégrer dans le système d'information sanitaire de routine.