

**Quantification et plan d'approvisionnement pour
les traitements combinés à base d'artémisinine :
Rapport de mission de RPM Plus au Mali, 19 au 23 décembre 2005**

Rima Shretta
Kathleen Webb
Thidiane Ndoye

Imprimé en février 2006

Programme de Gestion rationnelle des Produits pharmaceutiques
Centre pour la Gestion des Produits pharmaceutiques
Management Sciences for Health
4301 N. Fairfax Drive, Suite 400
Arlington, VA 22203
États-Unis
Tél: 703-524-6575
Télécopieur: 703-524-7898
E-mail: rpplus@msh.org

Financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement
international
Objectif Stratégique numéro 5

Cette publication n'aurait pas été possible sans l'appui de l'Agence des États-Unis pour le Développement International, sous les termes de l'Accord de Coopération numéro HRN-A-00-00-00016-00. Les opinions exprimées dans ce document sont propres aux auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence des États-Unis pour le Développement International.

À propos de RPM Plus

RPM Plus fournit une assistance technique dans plus de 20 pays en développement pour le renforcement des systèmes de gestion des médicaments et fournitures médicales. Le programme fournit son assistance technique et assiste les pays dans l'identification de stratégies et la mise en œuvre de programmes pour améliorer la disponibilité des intrants médicaux – médicaments, vaccins, consommables médicaux, et équipement médical de base – de qualité pour la santé maternelle et infantile, l'infection au VIH/SIDA, les maladies infectieuses, et la planification familiale. Il assure aussi la promotion de l'utilisation appropriée des intrants médicaux dans les structures sanitaires publiques et privées.

Citation recommandée

Ce rapport peut être reproduit dans la mesure où RPM Plus en soit crédité et en utilisant la citation ci-dessous:

Shretta, R., K. Webb, et T. Ndoye. 2006. *Quantification et plan d'approvisionnement pour les traitements combinés à base d'artémisinine : Rapport de mission de RPM Plus au Mali, 19 au 23 décembre 2005*. Soumis à l'Agence des États-Unis pour le développement international par le Programme de Gestion rationnelle des Produits pharmaceutiques. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Programme de Gestion rationnelle des Produits pharmaceutiques
Centre pour la Gestion des Produits pharmaceutiques
Management Sciences for Health
4301 North Fairfax Drive, Suite 400
Arlington, VA 22203, EU
Tél: 703-524-6575
Télécopieur: 703-524-7898
E-mail: rpmpius@msh.org
Site Web: www.msh.org/rpmpius

TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES	v
CONTEXTE	1
Objectif de la mission	2
Termes de référence.....	2
ACTIVITÉS.....	3
Briefing avec l’USAID	3
Réunions avec le PNLP et autres partenaires	4
Visite d’une pharmacie privée	16
Atelier d’harmonisation sur les moustiquaires imprégnées d’insecticide (Cérémonie d’ouverture et session initiale).....	16
Débriefing avec l’USAID: Christine Sow et Sixte Zigirumugabé	16
Assistance technique pour la quantification des besoins en TCA	18
Assistance technique pour l’achat des TCA avec conception de leur plan d’approvisionnement	19
Plan pour le suivi des activités de RPM Plus/MAC au Mali	19
Collaborateurs et Partenaires	19
PROCHAINES ÉTAPES.....	21
Activités de suivi immédiat	21
Recommandations.....	21
Sélection.....	21
Mobilisation des ressources	21
Planification	22
Approvisionnement.....	23
Quantification	23
Stockage et Distribution.....	23
Pharmacovigilance.....	23
Utilisation rationnelle des médicaments et formation	24
Suivi et évaluation	24
ANNEXE 1. PERSONNES CONSULTÉES AU COURS DE LA MISSION	25
ANNEXE 2. QUANTIFICATION DES BESOINS EN TCA AU MALI UTILISANT LES DONNÉES SUR LA FRÉQUENCE DU PALUDISME PROVENANT DE SOTUBA.....	27
ANNEXE 3. STRUCTURE OFFICIELLE DE LA RÉGLÉMENTATION DES PRIX DES MÉDICAMENTS	33

ACRONYMES

AFRO	Bureau régional pour l'Afrique [OMS]
AS/AQ	Artésunate/Amodiaquine
ATN	Assistance Technique Nationale
CQ	Chloroquine
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
DAF	Direction des Affaires Administratives et Financières
DNS	Direction Nationale de la Santé
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DRC	Dépôt Répartiteur de Cercle
DST	Directives Standardisées de Traitement
EU	États-Unis
GFATM	Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
LME	Liste des Médicaments Essentiels
LNS	Laboratoire National de la Santé
MAC	Malaria Action Coalition
MRTC	Medical Research and Training Center
MSF	Médecins Sans Frontières
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccinations
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
RPM Plus	[Programme] Gestion rationnelle des Produits pharmaceutiques
SLIS	système logistique d'informations sanitaires
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
TCA	Traitement Combiné à base d'Artémisinine
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International

CONTEXTE

Le paludisme est la cause majeure de morbidité et de mortalité au Mali. D'après les statistiques de l'année 2002, le taux de fréquence du paludisme estimé pour l'ensemble de la population est de 67 pour cent. Alors que le paludisme est endémique dans la plus grande partie du pays, il existe un risque élevé d'épidémie dans les régions du nord et les grandes villes. Dans les établissements de santé publique, le paludisme représente 39 pour cent des consultations pour les enfants âgés de moins de cinq ans et 34 pour cent du nombre total de consultations. Le paludisme est également une cause majeure du faible poids à la naissance et de l'anémie maternelle.

La résistance à la chloroquine (CQ) est très importante dans plusieurs régions du Mali. Afin de réduire l'impact du paludisme sur la santé des populations et conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le nouveau document de politique du Ministère de la Santé préconise l'utilisation de la combinaison thérapeutique amodiaquine - artésunate (AS/AQ) pour le traitement de première intention des cas de paludisme simple. Cependant, dans la mesure où le Coartem[®] (artéméter/luméfántrine) deviendrait plus disponible et plus abordable, le Mali examinera l'adoption de ce produit comme traitement de première intention du paludisme simple. Un document officiel de politique a été ébauché (en août 2005) et attend la signature du Ministre de la Santé.

Le Mali a reçu 2 millions de dollars US au premier round du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM), cependant peu de ressources sont allouées à l'achat de traitements combinés à base d'artémisinine (TCA). En outre, le paiement de la Phase II du financement du Round 1 a été ralenti par le retard de la mise en œuvre de la Phase I. Les demandes de financement soumises pour les Rounds 4 et 5 du GFATM n'ont pas été approuvées.

Par ailleurs, le Mali applique l'Initiative de Bamako, qui opère d'après le principe du recouvrement des coûts. Les TCA sont beaucoup plus chers que la chloroquine et en l'absence de stratégies de subvention, leur achat sera presque 30 fois plus élevé que celui de la chloroquine, rendant quasiment inaccessible, l'accès du traitement antipaludique pour la majorité de la population. Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) prévoit de mettre en place un système de recouvrement partiel des coûts; cependant le niveau de subvention prévu pour les TCA n'est pas clairement établi.

Le Programme de Gestion rationnelle des Produits pharmaceutiques (RPM Plus) de Management Sciences for Health a reçu des fonds de l'Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID) afin de développer des stratégies de mise en œuvre des politiques et stratégies de lutte contre le paludisme et fournir une assistance technique dans le domaine de la gestion des produits pharmaceutiques contre le paludisme. RPM Plus est un partenaire technique clé dans Malaria Action Coalition (MAC) de l'USAID, qui inclut l'OMS (principalement par le biais de son bureau régional pour l'Afrique [AFRO]), le Centre de contrôle et de prévention des maladies de Atlanta, et le programme d'accès aux services de santé cliniques et communautaires pour les femmes, les mères et les nourrissons (ACCESS) de JHPIEGO.

Dans le cadre de MAC, RPM Plus œuvre pour l'amélioration de la gestion des produits pharmaceutiques contre le paludisme dans les pays d'Afrique à travers l'identification et la résolution des problèmes liés à un accès limité, une faible disponibilité et une utilisation inadéquate des produits antipaludiques. RPM Plus a développé, testé et appliqué des approches et outils d'évaluation de la gestion des produits antipaludiques pour la mise en œuvre d'interventions innovantes et qui ont déjà fait leurs preuves. RPM Plus fournit son assistance technique aux pays endémiques en travaillant de concert avec les partenaires du niveau global, les autorités nationales, la recherche et les prestataires de santé des secteurs public et privé.

Objectif de la mission

Rima Shretta, Kathleen Webb et Thidiane Ndoye de RPM Plus se sont rendus à Bamako, au Mali, afin de fournir une assistance technique dans les domaines de l'approvisionnement et la quantification des produits antipaludiques.

Termes de référence

- Organiser une réunion de coordination avec l'USAID à l'arrivée et au départ de la mission,
- Fournir une assistance technique pour la quantification des TCA
- Fournir une assistance technique pour l'approvisionnement des TCA (y compris la mise au point d'un plan d'approvisionnement)
- Planifier les activités de suivi de RPM Plus/MAC au Mali
- Présenter le nouveau conseiller technique régional de RPM Plus, Thidiane Ndoye

ACTIVITÉS

Briefing avec l'USAID

L'équipe de RPM Plus a été reçue par les membres de l'équipe santé de l'USAID au Mali, Sixte Zigirumugabé, Christine Sow et Mahamadou Sissoko afin de présenter et discuter des termes de références de la mission. Ces derniers comprenaient :

- la quantification pour les traitements combinés à base d'artémisinine (TCA)
- le développement d'un plan d'approvisionnement des TCA
- la planification des activités de RPM Plus pour l'année 2006

Le nouveau conseiller technique régional de RPM Plus pour l'Afrique de l'Ouest, Thidiane Ndoye, sera le nouvel interlocuteur pour les activités de RPM Plus contre le paludisme au Mali et sera assisté de Rima Shretta, en fonction des besoins.

L'équipe de RPM Plus a proposé revoir la quantification des TCA effectuée par le PNLP en mars 2005. Il a été convenu d'obtenir les données de morbidité et d'incidence du paludisme auprès du PNLP, afin de disposer de données représentatives et calculer les besoins en TCA pour un plan d'approvisionnement couvrant l'ensemble du pays. L'équipe de RPM Plus a soulevé la question du choix du traitement de première intention. D'après les documents de politique nationale antipaludique, l'artéméther/luméfantrine (Coartem) et l'artésunate combiné avec l'amodiaquine ont tous deux été choisis comme traitements de première intention. L'USAID n'avait pas pu déterminer laquelle des deux représentait le choix final; toutefois, il a recommandé que le PNLP sélectionne un traitement pour que la quantification puisse se faire sur la base d'une seule bithérapie.

La question du coût de l'approvisionnement a été posée, en particulier son inclusion dans le plan d'approvisionnement. Les coûts de distribution devront être déterminés lors d'une mission ultérieure. Il a été convenu que RPM Plus reviendrait au Mali pour mener l'évaluation des coûts de distribution en même temps que se fera l'estimation budgétaire pour la mise en place des TCA durant l'année fiscale 2005. Le problème du manque d'informations précises sur les ressources disponibles pour l'achat des TCA a été soulevé et M. Zigirumugabé a proposé à l'équipe de réviser le plan d'approvisionnement comme si les ressources étaient en place.

En plus des réunions déjà planifiées, l'USAID a conseillé à l'équipe de RPM Plus de rencontrer les représentants de l'Assistance Technique Nationale (ATN), de Save the Children, du projet Ciwara Keneya (CARE), du Medical Research and Training Center (MRTC) ainsi que de Médecins Sans Frontières (MSF). MSF est déjà en train d'utiliser les TCA à petite échelle au Mali.

D'autres questions qui pourraient affecter directement l'utilisation des TCA au Mali ont été discutées, y compris le Programme de lutte contre le paludisme de la Banque mondiale (Booster Program) et le rôle de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM). L'USAID n'a pas

pu fournir de détails sur les fonds du programme PPTe et du Programme d'action de la Banque mondiale destinés à l'achat de TCA mais a suggéré que l'équipe obtienne ces informations auprès du Ministère de la Santé et de la Banque mondiale. L'USAID a aussi proposé que le rôle du Laboratoire national de contrôle de qualité soit discuté avec la DPM.

RPM Plus a informé l'USAID du cours de formation régional pour l'Afrique de l'Ouest sur la gestion pharmaceutique des produits antipaludiques qui se tiendra à Dakar durant la dernière semaine du mois de mars 2006.

La participation du Mali au cours régional de formation des formateurs pour l'Afrique de l'Ouest sur la Quantification des Antipaludiques qui a eu lieu en août 2005 à Accra a aussi été discutée. L'équipe a confirmé que M. Ndoye sera disponible pour fournir une assistance au programme de lutte contre le paludisme du Mali avec une formation au niveau national pouvant être prévue durant l'année 2006.

Réunions avec le PNLP et autres partenaires

1. PNLP : Dr Georges Dakono et Dr Barasson Diarra

RPM Plus a présenté l'objectif de sa mission et discuté des termes de référence avec le PNLP. Le Dr Dakono a souhaité la bienvenue à l'équipe et décrit les problèmes auxquels le PNLP fait face en ce qui concerne le GFATM, en particulier la quantification des besoins et le plan d'approvisionnement. Il a aussi exprimé le fait que la mission de RPM Plus soit arrivée à un moment opportun.

Le Dr Dakono a présenté l'historique du choix des traitements antipaludiques de première intention. La décision initiale de disposer à la fois d'artéméther/luméfantrine et d'AS/AQ en tant que médicaments de première intention avait été prise mais les partenaires n'ayant pas été suffisamment impliqués dans le processus ont refusé de la soutenir. Par la suite, une réunion de tous les partenaires a été organisée et deux comités ont été formés, l'un sur les médicaments antipaludiques et l'autre sur la mise en œuvre des TCA. La bithérapie AS/AQ a été choisie comme traitement de première intention suite à cette large consultation, pensant que Coartem n'était pas disponible à court terme. Le PNLP a informé l'équipe qu'il serait possible que ce choix change si le Coartem devenait plus facilement disponible.

Des discussions ultérieures ont éclairé le fait que l'exercice de quantification effectué plus tôt durant cette année s'était basé sur des données provenant du district de Faladie, une zone de forte résistance à la chloroquine.

Le Mali opère selon les principes de l'Initiative de Bamako pour la cession des médicaments et le Ministère de la Santé prévoit d'appliquer un système de recouvrement partiel des coûts sur les TCA mais leur niveau de subvention n'est pas encore défini. Certains partenaires proposent que le prix des TCA ne dépasse celui qui est actuellement appliqué pour la chloroquine.

Le PNLP a expliqué que la Direction des Affaires Administratives et Financières (DAF) du Ministère de la Santé/Direction Nationale de la Santé (DNS) gère le portefeuille des fonds PPTE avec la Banque mondiale. Un plaidoyer est nécessaire pour s'assurer qu'une partie de ces fonds puisse être affectée à l'achat de TCA. Le Dr Dakono ne connaissait pas bien le nouveau Programme antipaludique de la Banque mondiale, n'en ayant seulement entendu parler le mois précédent.

Le Dr Dakono a conseillé à l'équipe de discuter des questions de pharmacovigilance avec la DPM, le Laboratoire national de contrôle de qualité et le MRTC.

Le Dr Diarra est responsable du suivi et de l'évaluation au sein du PNLP et a fourni à l'équipe des données sur les cas de paludisme et sur la fréquence du paludisme par tranche d'âge, région, et cercle (district). Cette information sera utilisée pour quantifier les besoins en TCA et contribuera à la fois aux plans d'approvisionnement et de distribution.

RPM Plus a informé le Dr Dakono que le programme serait disposé à aider le PNLP à développer une proposition pour la lutte contre le paludisme, au cas où il y aurait un Round 6 avec le GFATM.

Le PNLP a fourni les documents suivants à RPM Plus :

- Document de Politique Nationale de Santé du Mali
- Plan d'approvisionnement (quantification pour Faladie)
- Données du système logistique et d'informations sanitaires (SLIS) pour 2003

2. Directeur national adjoint de la santé (Direction Nationale de la Santé) : Dr Mountaga Bore

Le coordinateur du PNLP a expliqué l'objectif de la mission et exprimé sa satisfaction en ce qui concerne l'appui technique fourni par MSH/RPM Plus dans le domaine de la gestion des produits pharmaceutiques antipaludiques.

Le Dr Bore a exprimé la préoccupation du Ministère de la Santé en ce qui concerne la nécessité urgente de rendre disponible un approvisionnement ininterrompu de TCA à la population à un prix abordable.

L'équipe de RPM Plus a demandé à la DNS de plaider pour que la DAF affecte davantage de fonds PPTE à la lutte antipaludique, en particulier pour l'achat de TCA. Le Dr Bore a assuré l'équipe que cela était déjà une de ses préoccupations.

3. Direction de la Pharmacie et du Médicament : Dr Minkala Maiga

Le Dr Maiga a expliqué la mission de la DPM qui a la responsabilité de réviser tous les deux ans la liste des médicaments essentiels (LME) et en tenant compte des contributions des différents programmes nationaux. La liste actuelle des médicaments essentiels doit être révisée en janvier 2006. La DPM aide également à déterminer les besoins en médicaments (quantification) et

participe au processus d'approvisionnement. Elle assure la distribution des médicaments dans les secteurs public et privé et coordonne avec le Laboratoire National de la Santé (LNS), les questions d'assurance et de contrôle de qualité. La DPM est aussi responsable de la réglementation pharmaceutique, de la formation et de la révision des directives standardisées de traitement (DST). Les DST n'ont pas encore été révisées pour la nouvelle politique de traitement contre le paludisme. La DPM et le PNLP travailleront ensemble pour réviser les DST sur la base des directives de traitement qui seront fournies par le PNLP. Ces entités œuvreront de paire pour concevoir les directives de prise en charge des cas de paludisme, les aide-mémoires et les algorithmes de traitement.

Bien que les bithérapies artéméther/luméfantine et AS/AQ soient toutes deux homologuées au Mali, Coartem est la seule bithérapie figurant sur la LME. Des monothérapies supplémentaires à base d'artémisinine, telles que l'artéméther, l'artémisininesinine et l'artésunate, figurent également sur la liste mais ne sont disponibles que dans les pharmacies du secteur privé.

L'autorité nationale de réglementation des médicaments, la DPM, dirige la commission d'homologation des médicaments qui inclut le LNS, la faculté de médecine et de pharmacie, les hôpitaux et la DNS. Cette commission se réunit tous les trimestres et les discussions sur l'homologation des médicaments sont influencées par les résultats des tests de contrôle de qualité du LNS et l'information fournie par le candidat à travers un dossier déposé au niveau de la DPM. Les médicaments vendus dans le secteur public sont contrôlés et leur qualité est assurée; néanmoins les médicaments de qualité inférieure restent un problème, en particulier dans le secteur privé non officiel. En principe, les échantillons soumis au LNS devraient l'être uniquement pour des médicaments en cours de commande mais souvent, les échantillons reçus par le LNS pour des tests de contrôle de qualité sont déjà livrés et en attente de dédouanement.

La DPM coordonne et travaille avec le LNS selon des règles clairement définies. Toutefois, le LNS manque de ressources pour analyser les échantillons, en particulier lors des procédures d'achat et de la surveillance pendant la commercialisation.

Le PNLP a demandé l'assistance de la DPM pour former les prestataires de services de santé et les pharmaciens dans la nouvelle politique de traitement contre le paludisme et les DST. La DPM travaillera également avec les pharmaciens privés pour fournir une mise à niveau sur la nouvelle politique.

La question de la déclassification du traitement de première intention a été discutée ainsi que celle de savoir s'il était nécessaire de changer le statut juridique du produit pour qu'il soit disponible aux échelons les plus bas du système de soins de santé. La DPM était d'avis que cela n'était pas nécessaire.

Le Mali ne dispose pas de système de pharmacovigilance mais il est prévu de le créer pour les médicaments contre le VIH/SIDA. Le système de surveillance fait aussi défaut aux niveaux inférieurs du système de santé. C'est une priorité et la DPM espère améliorer la gestion de l'information sanitaire. Il existe un besoin de formation en contrôle de qualité et d'assistance technique pour la pharmacovigilance.

La mise en œuvre effective des TCA et leur monitoring nécessiteront un engagement au plus haut niveau du Ministère de la Santé.

4. Laboratoire National de la Santé : Dr Amara Cherif Traoré et Dr Sindy Berthe

Le Dr Traoré, directeur du département de contrôle de la qualité des médicaments, a expliqué que le LNS effectue des tests de contrôle de qualité sur tous les échantillons reçus par le biais d'appels d'offres internationaux. Les tests sont effectués à la fois au stade de la proposition et lors de la réception du produit dans le pays. Un système de surveillance durant la commercialisation est en place pour toutes les catégories de médicaments, y compris les médicaments antipaludiques. Cette surveillance, effectuée annuellement, a été financée par l'OMS, dans le passé. Des échantillons sont prélevés de manière aléatoire une fois par an à tous les échelons du système de santé et dans toutes les régions. Toutefois, les résultats de ces tests ne sont pas communiqués aux différents échelons du système.

En outre, le LNS est responsable des tests et autorise l'homologation et l'importation de tous les nouveaux produits. La DPM accorde son autorisation sur la base des résultats des tests et des recommandations du comité en matière de « visa » pharmaceutique ou autorisation de mise sur le marché.

Le LNS est un des membres du comité de réception lorsque les produits sont reçus par la Pharmacie Populaire du Mali (PPM). Des discussions et observations il a été noté que :

- , 3,8 pour cent des produits génériques ne satisfont pas les tests de qualité et de conformité.
- Les instruments de laboratoire sont partagés entre plusieurs départements et un grand nombre d'entre eux ne fonctionnent pas ou doit être réétalonné.
- Il n'existe pas de procédures opérationnelles standardisées pour les tests de qualité.

5. OMS/Mali : Dr Massambou Sacko

Le Dr Sacko a expliqué que l'appui fourni par l'OMS vise à mettre au point les modules de formation des prestataires de soins de santé sur la nouvelle politique. Ce matériel de formation a été développé avec la participation de nombreux partenaires et concerne à la fois la bithérapie Coartem et celle à base de AS/AQ. L'OMS a organisé un atelier pour sensibiliser et former les médecins chefs dans chaque région pour qu'ils jouent le rôle de formateurs régionaux. On projette que ces formateurs effectuent une formation en cascade avec un appui du niveau national. Il a été demandé à chaque région de concevoir un plan de formation pour la formation de tous les prestataires de soins de santé, publics et privés, des médecins chefs aux infirmières responsables des centres de santé communautaires (CSCoM). La formation en cascade devrait être planifiée en coordination avec le PNLP lorsque les plans seront finalisés; toutefois, les premières formations devraient cibler les prescripteurs du privé car les TCA sont déjà disponibles dans les pharmacies du secteur privé. Les prestataires de services de santé du secteur

public devront être formés lorsque le PNLP aura une idée plus précise sur la date à laquelle les TCA deviendront disponibles dans le secteur public. La formation devrait avoir lieu juste avant leur mise en place pour s'assurer que les agents de santé n'oublient pas les messages clés.

Un accord officiel d'assistance et d'appui pour la période 2006–2007 existe entre l'OMS et le gouvernement du Mali.

6. UNICEF/Mali : Dr Alpha Telli Diallo

Le Dr Diallo a présenté l'appui du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) pour la de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) effectué avec le Ministère de la Santé, dans les régions de Kayes, Koulikoro, Ségou et Mopti. Ces activités font partie de la stratégie accélérée pour la survie de l'enfant et les interventions sont basées sur la série d'articles sur la survie de l'enfant publiée dans la revue *The Lancet* en 2004. Ces interventions comportent trois ensembles de services intégrés : le Programme élargi de vaccinations Plus [PEV+], Consultation prénatale Plus [CPN+], et la PCIME Plus. Dans ces quatre régions, l'UNICEF fournit la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) pour le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme chez les femmes enceintes. Leur stratégie est de distribuer des moustiquaires imprégnées d'insecticide à tous les enfants de la naissance à un an et aux femmes enceintes pour une période de quatre ans afin d'accroître les taux de couverture. Les relais communautaires de chaque cercle ont été formés et équipés afin de faire le un suivi des personnes ayant reçu une moustiquaire et s'assurer qu'elles les utilisent correctement. Dans les six cercles d'intervention de l'UNICEF pour cette année, le taux de couverture pour les moustiquaires imprégnées d'insecticide a été de 87 pour cent.

Bien que l'UNICEF ne dispose pas de suffisamment de ressources pour financer les TCA, elle est prête et disposée à appuyer le Ministère de la Santé et le PNLP en ce qui concerne les activités connexes de formation et de communication.

Le Dr Diallo a conseillé de contacter la Banque mondiale pour explorer la possibilité qu'elle considère l'achat de TCA comme une priorité dans sa coopération avec le Gouvernement. Il a déclaré que seul le GFATM ou la Banque mondiale peut fournir la somme nécessaire pour acheter les TCA.

Il a également suggéré d'examiner les réponses et questions du panel de revue technique du GFATM et qui sont relatives à la proposition du round 5 et d'en tenir compte lors de la mise au point du plan d'approvisionnement.

7. Assistance Technique Nationale : Ciro Franco, Chef de Projet

L'Assistance Technique Nationale est l'un des deux projets bilatéraux de l'USAID et il est géré par Abt Associates. L'autre projet, Ciwara Keneya, est piloté par CARE. ATN travaille dans le domaine des services à impact élevé qui incluent la santé de la reproduction, le paludisme, la nutrition, l'immunisation et la réforme de la santé.

Des discussions ont porté sur le programme de lutte contre le paludisme et les défis posés par l'achat et la mise en place des TCA. M. Franco a mentionné qu'il y avait certains problèmes associés à une dépense effective des fonds du GFATM provenant du Round 1. Il a également remarqué que des discussions avec la Banque mondiale devraient fournir un plan d'approvisionnement et de mise en œuvre clair et bien conçu pour les TCA.

8. MSF : Dr Carlos Recio

MSF travaille dans le cercle de Kangaba (population approximative: 100.000) dans la région de Koulikoro. Ils ont commencé à mettre en place une bithérapie AS/AQ en août 2005 à travers le système de santé publique. Tout le personnel des CSCom et des Centres de Santé de Référence a reçu une formation sur les TCA. Les TCA sont fournis gratuitement aux enfants de moins de cinq ans. Toute personne de plus de 5 ans doit payer 85 francs CFA pour un traitement, ce qui correspond au prix d'un traitement à base de chloroquine. Des tests de diagnostic rapide (Paracheck) sont utilisés pour diagnostiquer tous les cas de paludisme avant de donner le traitement, et des analyses pour d'autres maladies sont effectuées chez les personnes testées négatives pour le paludisme.

MSF fait le plaidoyer pour la gratuité des TCA, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans car ils considèrent que le coût des médicaments dans les établissements de santé constitue une des raisons de la faible utilisation du système sanitaire publique.

MSF est également en train d'examiner la possibilité de commencer à traiter les cas de paludisme grave avec une monothérapie d'artéméther pendant cinq jours suivie immédiatement par un traitement avec AS/AQ, bien que cela ne soit pas dans la politique officielle de lutte contre le paludisme.

Les agents de santé communautaire ou relais sont formés pour travailler avec les communautés afin de renforcer le comportement consistant à chercher un traitement rapide des symptômes du paludisme. Il en est résulté une augmentation du nombre de visites au centre de santé durant ces derniers mois. Bien qu'il soit prévu que le programme ne dure qu'un an, il est possible qu'il soit prolongé jusqu'à la fin décembre 2006.

9. Pharmacie Populaire du Mali : Dr Aicha Guindo, Dr Amir Maiga et Dr Adama Dembélé

Le Dr Guindo a présenté le mandat de la PPM, la son système d'organisation et sa mission. Elle a également expliqué le rôle des différents organes gouvernementaux (DPM, LNS, DGMP) siégeant à la commission de réception des médicaments.

Le Dr Guindo est préoccupée par le fait qu'une décision finale ne soit pas prise et que la nouvelle politique ne soit pas approuvée au sujet des TCA après près de deux ans de discussions. Cela affecte fortement le travail de la PPM puisqu'elle ne peut pas progressivement retirer la chloroquine et introduire les TCA tant que la nouvelle politique et ses directives de traitement ne sont pas en place. En outre, la PPM n'a pas décidé des mesures à prendre avec le stock de chloroquine. Il y a environ un an une annonce du service public (mise au point par le PNLP) a

été diffusée à la télévision nationale et expliquait que la CQ ne devrait plus être utilisée pour le TPI parce qu'elle est inefficace et qu'elle devait être remplacée par la SP. Dr Guindo pense que cela entraîné une méfiance de la population par rapport à l'utilisation de la chloroquine pour le traitement et que, par conséquent, la PPM ne peut pas vendre les stocks de chloroquine qui son actuellement à sa disposition. Selon le Dr Guindo, la chloroquine devrait continuer à être utilisée dans les zones où la résistance à la chloroquine est faible.

La PPM effectue un approvisionnement une fois par an par le biais d'un appel d'offres international ouvert. Les fabricants sont présélectionnés pour une période de trois ans et tous les producteurs et fournisseurs ont un délai de 45 jours pour répondre à l'appel d'offres. La période d'approvisionnement est de six mois et nécessite d'avoir six mois de stock sur place ou dans le pipeline, ce qui constitue un challenge.

Le Dr Guindo a déclaré qu'elle n'achètera pas de TCA non génériques. Elle a remarqué qu'elle avait parlé à un certain nombre de fabricants de produits pharmaceutiques et qu'elle sait qu'ils sont en train de travailler sur des produits génériques ainsi que sur une bithérapie AS/AQ à dose fixe.

Elle a expliqué qu'un consultant du GFATM était venu au Mali pour évaluer le système d'approvisionnement et de distribution. Le Dr Guindo a déclaré que le consultant n'avait pas rencontré le personnel de la PPM et que son rapport (basé sur un document de l'OMS) s'était concentré seulement sur les faiblesses du système.

Le Dr Guindo a également expliqué que la PPM approvisionne à la fois le secteur public et le secteur privé. Les prix dans le secteur privé ne sont pas réglementés en ce moment; toutefois une loi visant à réglementer ce secteur, et en particulier les TCA, est en cours de préparation. La PPM a fourni un exemplaire du décret officiel qui donne un aperçu de la structure des prix et des marges fixes entre les différents niveaux (Annexe 3). Les prix des médicaments dans le secteur public sont fixés selon un coefficient établi. La PPM a fixé les plafonds des prix pour le secteur privé afin de réduire le nombre de fournisseurs.

Le Dr Guindo a présenté le système d'information de la PPM et les outils de prévision qu'elle utilise. Le système est décentralisé et la PPM livre les médicaments à des dépôts régionaux une fois par mois, sur la base des données de consommation de ces dépôts. Un stock de sécurité de trois mois est toujours disponible. Les hôpitaux régionaux et les dépôts/pharmacies au niveau des cercles obtiennent leurs médicaments dans les dépôts régionaux et sont responsables d'aller chercher leur stock. Les CSCom obtiennent à leur tour leur stock du dépôt/pharmacie au niveau du cercle. La chaîne d'approvisionnement est décrite en détail dans le décret officiel réglementé par la DPM.

La PPM et les établissements de santé sont tenus de respecter la chaîne d'approvisionnement établie par la DPM. Le Dr Guindo a expliqué qu'officiellement la DPM est responsable des prévisions; toutefois la PPM essaie de baser ses commandes sur les données de consommation précédentes. Cela s'avère difficile à cause du manque d'information fiable et exacte sur les quantités nécessaires. En outre, des données sur la consommation ne sont pas disponibles au

dessous de l'échelon régional puisque la PPM n'est pas responsable de la collecte des données au-delà de ce niveau.

Les coûts de distribution ne sont pas disponibles mais le transport est assuré par la PPM au niveau régional.

Lorsqu'une livraison arrive à la PPM, une commission de réception intervient et des échantillons sont prélevés à des fins d'analyse par le LNS. Le Dr Guindo a remarqué que les procédures de contrôle de la qualité ne sont pas efficaces. Une fois que la cargaison a été approuvée, elle est transportée de l'entrepôt de réception à l'entrepôt approprié de stockage. Elle a également expliqué que parfois il y a des ruptures de stock pour des raisons indépendantes de leur volonté. Elle a parlé spécifiquement d'une inondation à Dakar plus tôt cette année qui a résulté en un retard de livraison de trois semaines à cause de problèmes ferroviaires.

Le Schéma directeur d'approvisionnement est le texte de référence pour la PPM et peut être obtenu auprès de la DPM.

Le Dr Guindo a dit qu'une assistance technique en matière de quantification et de logistique serait particulièrement bienvenue mais qu'en général toute assistance technique serait la bienvenue.

L'équipe a ensuite visité les installations d'emmagasinage.

10. Banque mondiale : Tonia Marek

Tonia Marek a expliqué que Mali a reçu des fonds PPTE s'élevant à près de 6 millions de dollars US par an mais qu'une part minime de ceux-ci est affectée à la lutte contre le paludisme. La Banque mondiale ne gère pas ces fonds mais elle s'assure qu'ils sont dépensés pour des programmes prioritaires à moyen terme.

Madame Marek a signalé que la décentralisation des ressources n'était pas suffisante et qu'il n'existait pas de contrat basé sur la performance pour les prestataires de soins. Trop peu d'argent parvient au niveau périphérique et souvent il y parvient trop tard. Elle a déjà parlé à la DNS d'obtenir davantage de fonds pour la lutte contre le paludisme; toutefois, il existe des problèmes en ce qui concerne la façon dont l'argent est dépensé et le Ministère de la Santé et le PNLP doivent effectuer des enquêtes pour résoudre ces problèmes.

En ce qui concerne le Programme d'action de la Banque mondiale, Tonia Marek a expliqué qu'il s'agissait plus de réaffecter les ressources existantes que de fournir des ressources et fonds supplémentaires. Elle a remarqué que le Ministère de la Santé devrait fournir plus de directives aux bailleurs de fonds et partenaires au développement. Actuellement, le manque de coordination et de direction du Ministère de la Santé permet aux partenaires de mettre au point leurs propres programmes qui peuvent être incohérents avec d'autres programmes et difficiles à coordonner. Elle a souligné que le Ministère de la Santé a un programme de développement sanitaire et social, PRODESS, qui aide les partenaires à appuyer le gouvernement. Des discussions sont en cours pour coordonner les procédures des partenaires.

Tonia Marek a expliqué que la Banque mondiale avait rendu 750 millions de francs CFA disponibles pour acheter des moustiquaires imprégnées d'insecticide mais que l'absence de réaction du Ministère de la Santé et du PNLP compromettrait ces fonds.

Le plan opérationnel annuel doit être validé en janvier 2006 et cela serait une bonne occasion pour que le Ministère de la Santé définisse ses priorités et décide de la façon dont les fonds devraient être affectés. La Banque mondiale participe peu à la mise au point du plan opérationnel et en connaît peu les détails. Tonia Marek a expliqué que 70 pour cent des fonds de la Banque mondiale seront versés au Gouvernement, une fois que le plan opérationnel aura été approuvé. Les progrès réalisés pour un ensemble déterminé d'indicateurs seront examinés plus tard en cours d'année 2006 et, en fonction des performances, les fonds restants seront transférés au Gouvernement. Elle a remarqué que ces fonds de la Banque mondiale permettront au Gouvernement de maintenir son fonctionnement car le budget de l'Etat n'est rendu disponible qu'au mois de juillet.

Elle a également annoncé qu'une mission d'évaluation de la Banque mondiale est prévue en février 2006 et exprimé le souhait qu'un expert du paludisme de l'USAID y participe et aide le Gouvernement à sélectionner les indicateurs qui devront être considérés pour le plan opérationnel des cinq prochaines années. RPM Plus fera part de cette requête à l'USAID.

11. Direction régionale de la santé de Koulikoro : Dr Souleymane Sidibe, Chef de division

Le Dr Sidibe a présenté la mission de la Direction régionale de la Santé, qui inclut un appui technique aux districts, la formation, le suivi et la supervision, ainsi que la gestion du système d'information sanitaire. Des TCA sont nécessaires à tous les échelons du système de santé. La situation est particulièrement grave parce qu'on a dit à la population que la chloroquine n'était plus efficace.

Les prestataires privés et publics ont participé à quelques sessions de formation pour être sensibilisés à la nouvelle politique; cependant les manuels de formation ont été révisés entretemps et une formation en cascade à tous les échelons de la pyramide sanitaire sera planifiée une fois que la procédure d'achat des TCA sera entamée. Actuellement, les prestataires de soins de santé prescrivent des TCA à ceux qui ont les moyens de les acheter dans le secteur privé; mais dans la plupart des cas, la chloroquine est prescrite à ceux qui n'ont pas les moyens de s'acheter les TCA.

La quantification des médicaments au niveau régional présente quelques insuffisances du fait de la disponibilité limitée de données sur la population et la gestion des médicaments au niveau des districts et des CSCom. Le Dr Sidibe a également expliqué qu'un système est en place pour redistribuer les médicaments arrivant presque qu'à leur date de péremption vers les aires de santé dont les besoins sont importants et non satisfaits. Cependant, sa fonctionnalité dépend de la surveillance des niveaux de stock par l'équipe de cercle. Bien que ce mécanisme existe, il n'a été utilisé que très rarement du fait du manque d'information sur les niveaux de stock.

Le Dr Sidibe a présenté le processus de soumission, collecte et analyse des rapports sur les médicaments du CSCom jusqu'au au niveau national. Les responsables de CSCom compilent les données du registre des consultations de manière mensuelle et les envoient au district de la santé tous les trimestres. Le district de la santé compile ensuite les données de tous les CSCom et les révisent avant de les envoyer chaque trimestre au niveau régional. A ce niveau, les données de l'ensemble des cercles sont collectées puis faites suivre trimestriellement au niveau national. Ce dernier niveau analyse l'ensemble des données des régions et envoie les résultats accompagnés d'un feedback à chaque échelon de la pyramide sanitaire. Le Dr Sidibe a proposé que les données recueillies au niveau des CSCom puissent être renforcées et que chaque CSCom analyse ses propres données (c'est-à-dire au niveau opérationnel) avant de les envoyer au niveau suivant pour voir comment il pourrait améliorer ses services.

12. Dépôt régional de la PPM à Koulikoro : Dr Boubacar Koita

Le Dr Koita a présenté comment le dépôt œuvre pour approvisionner à la fois les pharmacies du secteur public et celles du secteur privé. Le secteur privé est directement desservi par le dépôt régional (non par le biais de grossistes) et les pharmacies viennent y prendre livraison de leurs médicaments. Il n'existe pas de liste spécifique à partir desquelles les pharmacies privées peuvent commander et acheter des médicaments.

Les CSComs sont approvisionnés par le dépôt répartiteur de cercle (DRC). Entre le DRC et les CSCom une marge préétablie est appliquée et ceci est la règle entre chaque niveau de la distribution des médicaments. Le Dr Koita a également observé que bien que les prix du secteur public soient fixes, il n'en est pas de même dans le secteur privé mais le Ministère de la Santé est en train de revoir ce problème. Le conditionnement de gros (par exemple boîtes de 1000 comprimés) est uniquement réservé aux établissements de santé publique.

Une formation sur l'utilisation des TCA a été effectuée à Koulikoro mais le Dr Koita n'y a pas participé.

Les commandes mensuelles des établissements de santé publique sont basées sur la consommation déterminée à partir des relevés de ventes du dépôt régional et non par les données de consommation provenant directement de la DRC et des CSCom. Les estimations de consommation mensuelle moyenne sont calculées en utilisant la moyenne des consommations de l'ensemble des structures sanitaires. L'équipe a ensuite visité les entrepôts de stockage. Il y avait deux salles de stockage avec très peu d'espace pour un nombre additionnel élevé de cartons de large volume. Il n'y avait pas de chambre froide dans l'entrepôt mais plutôt deux réfrigérateurs en guise de chaîne de froid.

Médicament	Dosage	Conditionnement	Prix (FCFA)
Comprimés de CQ	100 mg	Plaquette	35/10
		Boite 1000 cp	1.375/1000
SP	500 mg/25 mg	Plaquette	200/3
		Boite 1000 cp	2725/1000
Comprimés de quinine	300 mg	Boite 1000 cp	24.715
Ampoule de quinine	100 mg/ml	2 ml	70
Ampoule de quinine	100 mg/ml	4 ml	90

13. DRC de Koulikoro (dépôt au niveau du cercle)

La pharmacie était fermée.

14. Centre de santé communautaire situé juste à l'extérieur de Koulikoro

Les prix des médicaments antipaludiques (CQ, SP, quinine) ont été recueillis à titre de comparaison.

Médicament	Dosage	Conditionnement	Prix (FCFA)
Comprimés de CQ	100 mg	Vrac*	5/comprimé
SP	500 mg/25 mg	Vrac	110/3
Comprimés de quinine	300 mg	Vrac	20/comprimé
Infusion de glucose	5%		595

* Conditionnement économique utilisé seulement dans le secteur public

Par ailleurs, il existe une disparité dans la structure des prix en fonction de la période d'achat des médicaments et du producteur.

15. Medical Research Training Center (MRTC) : Professeur Ogobaro Doumbo

Le MRTC est intéressé par le contrôle de la qualité des TCA et la pharmacovigilance. Le centre a effectué des études sur l'efficacité des médicaments pour une gamme de TCA et ils se sont tous avérés efficaces à plus de 98 pour cent. Le Professeur Doumbo a également remarqué l'importance d'un suivi soutenu de l'efficacité des TCA et le fait que le MRTC est déjà en train mener ce suivi avec un certain nombre de TCA.

Il est préoccupé par la mise en place des TCA sans un système de pharmacovigilance qui soit opérationnel et trouve cette situation contraire à toute éthique. Il a aussi demandé à ce qu'un certain nombre d'études soient menées avant que ne soient utilisés les TCA chez les femmes enceintes.

Le niveau élevé de TCA de mauvaise qualité qui circule en Afrique (50 pour cent) l'inquiète fortement et il a suggéré qu'un système soit mis en place pour contrôler la qualité des médicaments arrivant dans les pays. Il a remarqué en particulier que chaque lot importé devrait être analysé pour confirmer la qualité des médicaments. Il a également suggéré que les médicaments soient conditionnés en fonction de chaque niveau de la pyramide sanitaire où ils seront utilisés.

Selon le Professeur Doumbo, des subventions élevées pour les TCA seront nécessaires pendant au moins cinq ans pour démontrer et établir leur efficacité. C'est seulement après cette période que le Ministère de la Santé pourra considérer les options de recouvrement des coûts.

Le choix du PNLP d'avoir deux produits recommandés pour le traitement du paludisme en première intention a été discuté. Selon le Professeur Doumbo plusieurs produits peuvent être considérés et simultanément recommandés par le programme. Les prestataires de soins de santé auront seulement besoin d'avoir une bonne information et des directives claires sur les protocoles de traitement relatifs aux différentes bithérapies. Le Professeur Doumbo a également proposé que des tests de diagnostic rapide soient utilisés dans les endroits où l'on dispose de prestataires de services de santé mais dans les villages qui n'en ont pas, le traitement basé sur les symptômes cliniques devrait être maintenu.

16. DNS : Dr Mamadou Traoré

Les thèmes suivants ont été examinés :

- Nécessité d'avoir la nouvelle politique signée par le Ministère de la Santé
- Besoins de financement pour l'achat de TCA—fonds PPTE
- La question des deux bithérapies recommandées pour le traitement de première intention
- Le problème de la non utilisation des fonds alloués à l'achat de moustiquaires imprégnées d'insecticide constitue une contrainte pour l'obtention de fonds supplémentaires requis dans la lutte contre le paludisme.

17. Débriefing avec le PNLP : Dr Georges Dakono

L'équipe RPM Plus s'est brièvement réunie avec le Dr Dakono pour recueillir un certain nombre de documents (matériel de formation, commentaires de l'équipe d'étude technique du Fonds mondial sur la proposition du Round 5 et termes de référence du groupe de travail) et convenir des prochaines étapes. RPM Plus finalisera le rapport de mission en anglais et le fera traduire en français pour le distribuer aux partenaires locaux afin d'obtenir leurs commentaires et suggestions. L'équipe finalisera la quantification des besoins en TCA avec un plan d'approvisionnement pour faciliter les discussions futures sur l'achat des TCA.

L'équipe de RPM Plus a profité de l'occasion pour exprimer sa sincère gratitude au PNLP et pour l'assistance fournie durant leur mission.

Visite d'une pharmacie privée

L'équipe a visité une pharmacie privée pour déterminer quels médicaments antipaludiques sont disponibles et à quel prix. L'information collectée est reportée dans le tableau ci-dessous.

Médicament	Dosage	Conditionnement	Prix (FCFA)
Comprimés de CQ	100 mg	30	250
SP	500 mg/25 mg	3	525
ampoule de quinine	100 mg/ml	Ampoule de 2 ml	150
Coartem		8	3.500
		16	5.600

Atelier d'harmonisation sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide (Cérémonie d'ouverture et session initiale)

L'équipe de RPM Plus a participé à la cérémonie d'ouverture et à la première session de l'atelier national d'harmonisation sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide organisé par la DNS/PNLP. Cet atelier rassemblait la plupart des partenaires travaillant dans le domaine des moustiquaires et leur distribution au Mali et avait pour objectif d'harmoniser le système de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide au Mali.

Débriefing avec l'USAID: Christine Sow et Sixte Zigirumugabé

Les membres de la mission de RPM Plus ont rencontrés Mme C. Sow et Mr. S. Zigirumugabé le vendredi matin avant leur départ. Après avoir présenté un résumé de toutes les réunions et visites menées par l'équipe pendant la semaine, la discussion s'est portée sur la quantification et le plan d'approvisionnement.

RPM Plus a effectué une quantification des besoins en TCA des cinq prochaines années à partir des données de morbidité et d'incidence du paludisme reçues du PNLP par l'intermédiaire du SLIS. RPM Plus a soulevé la question de la qualité de ces données car certains cercles n'ont signalé aucun cas de décès dus au paludisme égal pendant toute l'année 2004. M. Zigirumugabé a mentionné que ce problème de sous estimation des décès dus au paludisme a été abordé au cours d'une réunion tenue à Sikasso plus tôt durant la semaine. L'équipe a fourni un exemplaire de la quantification des besoins en TCA pour la période 2006–2010 à l'USAID/Mali et a expliqué les assomptions utilisées pour déterminer les estimations.

L'USAID/Mali a suggéré que l'équipe soumette son rapport de mission pour revue et commentaires et de l'utiliser comme base de discussion avec la Mission pour la conception du plan d'approvisionnement.

L'équipe de RPM Plus a partagé sa préoccupation relative à la nouvelle politique de lutte contre le paludisme qui comporte deux bithérapies pour le traitement de première intention. Bien que la question ait été posée à de nombreuses reprises, la raison pour laquelle deux bithérapies sont

préconisées et leur plan d'utilisation n'est pas clairement établi. Pour le PNLN c'est la disponibilité limitée du Coartem qui a conduit à l'inclusion de la bithérapie AS/AQ dans la politique et elle sera seulement utilisée à court terme du fait de sa plus grande disponibilité. Lorsque la disponibilité du Coartem sera stabilisée, une transition sera opérée vers cette bithérapie.

L'équipe de RPM Plus a suggéré que le LNS soit renforcé mais des interrogations se posent au sujet de sa capacité à analyser le nombre important d'échantillons qui proviendront de l'achat des TCA. Mme Sow a mentionné qu'il existait des fonds budgétisés dans le Round 1 du GFATM pour renforcer le LNS. Bien que cela soit dans le contexte du VIH/SIDA et comme les installations sont partagées, cela aura également un impact sur les médicaments antipaludiques.

En ce qui concerne la question du financement de l'approvisionnement des TCA, l'équipe a expliqué que le Gouvernement du Mali est responsable de la décision finale pour l'affectation des fonds PPTE. La Banque mondiale est seulement s'assurer que ces fonds PPTE soient disponibles et dépensés pour des programmes prioritaires. L'équipe suggéré qu'un plaidoyer soit mené aux plus haut niveau du Ministère de la Santé et de la DNS pour s'assurer que les fonds PPTE soient affectés aux activités de lutte contre le paludisme, et en particulier à l'approvisionnement en TCA. RPM Plus et l'USAID/Mali ont discuté l'idée suivante: si des fonds PPTE pouvaient être affectés à l'approvisionnement en TCA, même s'ils n'étaient pas suffisants pour acquérir la totalité des TCA requis pour couvrir l'ensemble du pays, cela pourrait créer un effet de levier pour l'obtention de fonds complémentaires à partir d'autres sources de financement.

L'équipe a également mentionné le problème de l'achat de moustiquaires imprégnées d'insecticide et l'inquiétude exprimée par la Banque mondiale au sujet des 750 millions de francs CFA mis en attente pour leur achat. Cette préoccupation est principalement liée aux insuffisances du PNLN dans les domaines de la planification, de la budgétisation, de la mise en œuvre et du suivi. Ces problèmes entravent l'avancée du programme antipaludique au Mali, en particulier dans ses discussions avec le Ministère de l'Économie et des Finances. Le secteur de la santé est perçu par de nombreuses personnes dans le Gouvernement comme un secteur disposant déjà de suffisamment de ressources.

L'équipe de RPM Plus a également mentionné le Plan opérationnel de la Banque mondiale qui doit être finalisé et soumis par le Gouvernement en janvier 2006, la mission d'évaluation prévue pour février 2006 et la requête qu'un expert de l'USAID pour le paludisme participe à cette mission.

L'équipe a ensuite discuté du statut de la formation sur la nouvelle politique de lutte contre le paludisme. Une formation/sensibilisation au niveau national a eu lieu avec la participation des médecins chefs de chaque région. Lors de sa visite dans la région de Koulikoro, l'équipe a brièvement examiné le matériel de formation mis au point avec l'assistance d'AFRO/OMS par le biais du MAC. L'USAID/Mali souhaite que le matériel de formation soit partagé avec les partenaires de MAC et que des commentaires soient fournis avant de réutiliser ce matériel de formation.

Assistance technique pour la quantification des besoins en TCA

La quantification initiale des besoins en TCA a été effectuée en utilisant les données existantes sur l'incidence du paludisme fournies par le PNLP (Annexe 1); toutefois, ces chiffres sous-estiment largement l'importance réelle de la maladie. Ils ne tiennent compte que de la fréquence du paludisme reportée par le secteur public. Des discussions avec le personnel des établissements régionaux ont confirmé que l'enregistrement des cas était peu fiable et présentait un tableau inexact de la situation. Par conséquent, ces chiffres n'ont pas été utilisés pour la quantification.

Les données de 2001 provenant de Sotuba, une zone périurbaine, ont été utilisées pour effectuer une deuxième quantification et déterminer la différence qui existe avec les chiffres fournis par le PNLP. La fréquence du paludisme dans cette zone a été extrapolée au reste du Mali et on a supposé qu'elle n'allait pas s'accroître. Les résultats de ce calcul sont illustrés dans l'Annexe 2 et résumés dans le Tableau 1.

Si la bithérapie AS/AQ est remplacée par Coartem en 2006, le coût total de l'achat de Coartem s'élèvera à 3.837.475 US dollars, plus les frais de 3 pour cent de manutention de l'OMS à rajouter au prix de la commande.

Comme ces chiffres ont été obtenus à partir de données provenant d'une seule région, il faut faire preuve d'une certaine prudence lorsqu'on les généralise pour l'ensemble du pays. Pour obtenir une estimation exacte des besoins, il sera nécessaire d'effectuer une quantification au niveau national avec un processus plus approfondi de collecte des données.

Ces chiffres seront ajustés dans le plan d'approvisionnement une fois que le MRTC aura fourni des chiffres plus exacts sur la fréquence du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.

RPM Plus fournira également une assistance technique pour une formation nationale sur la quantification des médicaments antipaludiques.

Tableau 1. Estimations des besoins en AS/AQ au Mali (voir en annexe 2)

Année	Utilisation du secteur public, en %	Nombre total de traitements avec AS/AQ nécessaires (pour le secteur public)	
			Coût (dollars EU)
2006	25	1.846.407	2.013.305
2007	45	3.480.010	3.794.572
2008	55	4.359.942	4.730.427
2009	60	4.841.541	5.279.312
2010	60	4.872.434	5.312.902

Assistance technique pour l'achat des TCA avec conception de leur plan d'approvisionnement

Au cours des discussions avec la Mission de l'USAID/Mali, il a été décidé que le plan d'approvisionnement devra être mis au point après réception du rapport de mission. Le PNLP partagera les recommandations du rapport de mission avec les partenaires impliqués au Mali et une décision conjointe sur le cadre du plan d'approvisionnement sera prise.

Plan pour le suivi des activités de RPM Plus/MAC au Mali

Il a été décidé avec la Mission de l'USAID/Mali que RPM Plus poursuivra les activités du plan de travail. Une mission de suivi sera effectuée par M. Ndoye pour débiter l'exercice d'estimation des coûts et les autres activités planifiées.

Collaborateurs et Partenaires

Voir liste dans l'Annexe 1.

PROCHAINES ÉTAPES

Activités de suivi immédiat

- Terminer le rapport de mission
- Finaliser le plan d'approvisionnement après avoir reçu un feedback du PNL
- Déterminer avec le PNL si une quantification complète doit être effectuée sur la base des données disponibles mais limitées, obtenues pendant la mission

Recommandations

Pour que les TCA soient adoptés, achetés et effectivement mis en place, les étapes suivantes sont préconisées :

Sélection

- Il doit y avoir un seul choix pour le traitement de première intention. L'existence de deux choix entrainera une certaine confusion chez les agents de santé et compliquera grandement l'approvisionnement et la distribution. En outre, commencer la mise en œuvre avec la bithérapie AS/AQ puis passer à la bithérapie Coartem peut créer des pipelines de médicaments inutilisés résultant en un gaspillage important de fonds. Le choix d'un traitement de première intention affecte également les activités en aval telles que la pharmacovigilance.
- La bithérapie AS/AQ doit être rajoutée dans la Liste des Médicaments Essentiels dès que possible.
- Une décision sur le rôle des tests de diagnostic rapide doit être prise. L'OMS recommande que les enfants de moins de cinq ans continuent à être diagnostiqués d'après leurs symptômes cliniques et que les tests de diagnostic rapide ne soient utilisés que pour les adultes, dans des zones de transmission stable du paludisme.
- Les nouvelles DST, qui seront révisées en 2006, doivent inclure le nouveau traitement.

Mobilisation des ressources

- La question de la mobilisation des ressources pourrait être un obstacle à l'adoption et à la mise en œuvre de la politique relative aux TCA, à moins que les problèmes relatifs au retard d'utilisation des fonds du Round 1 du GFATM et que l'affectation appropriée de fonds PPTE ne soient résolues, il sera difficile de plaider pour des ressources additionnelles. L'achat des moustiquaires imprégnées d'insecticide en utilisant les 750 millions de francs CFA affectés

par la Banque mondiale est une des priorités majeures. La deuxième priorité concerne l'affectation du reliquat des fonds PPTE à des programmes tenant compte des priorités nationales.

- Un plan opérationnel estimant les ressources financières requises pour la mise en œuvre effective des TCA (achat direct et activités auxiliaires) doit être élaboré. Les ressources financières disponibles pouvant être allouées à ce plan, telles que le PPTE et autres ressources au niveau national, devront être répertoriées et complétées par une estimation des ressources additionnelles requises à mobiliser. Cette information pourra ensuite être utilisée afin de plaider pour des fonds supplémentaires auprès des bailleurs de fonds comme la Banque mondiale. Le secteur de la santé étant perçu comme disposant de suffisamment de ressources par de nombreuses personnes du Gouvernement, cette information pourra aussi servir de plaidoyer au sein du gouvernement. En outre, bien que le Mali ne soit pas un pays actuellement inclus dans l'Initiative du Président des États-Unis pour le paludisme, une approche planifiée de ce type peut être adoptée pour accéder à ces fonds.
- La DAF doit être sensibilisée aux problèmes des TCA.
- Pour que les étapes précédentes puissent avoir lieu, la participation de tous les partenaires et personnes à impliquer est requise. Une des causes majeures du retard de la mise en œuvre des TCA au Mali est la communication limitée entre les différentes structures du Ministère de la Santé (PPM, DPM, DNS, PNLP, DAF). Souvent, le PNLP n'est pas informé des activités qui pourraient directement affecter le programme. Les réunions qui ont pu être organisées n'ont pas impliqués les représentants de toutes les structures et institutions concernées. Une réunion ou un groupe de travail devra être organisée avec la participation de la DAF, du PNLP, de la DNS, et autres institutions engagées dans la mobilisation des ressources et la mise en œuvre des TCA.
- Le PNLP doit assumer un rôle de leadership plus important en particulier dans les domaines de la planification, de la budgétisation, du suivi de la mise en œuvre et de la communication entre les instances du Ministère de la Santé et du Ministère des Finances.

Planification

- Un comité de mise en œuvre de la politique relative aux TCA doit être créé et les divers secteurs qui seront engagés dans la mise en œuvre devront y être représentés, y compris le PNLP, la DPM, la PPM et l'OMS. Ce comité devra décider de la séquence et du timing des activités de mise en œuvre des TCA, y compris la formation, la préparation des documents normatifs (LME, GTS, ...) et constituer des groupes de travail qui veilleront au suivi global de cette mise en œuvre.

Approvisionnement

- Les commandes pour le TCA retenu, accompagnées de la date de mise en œuvre anticipée, doivent être transmises au Malaria Medicines and Supplies Service dès que possible.

Quantification

- Il est nécessaire de mettre au point un système au niveau national pour obtenir les données de consommation par régions/cercles.
- Il est nécessaire de former les échelons inférieurs pour la quantification appropriée des besoins. Le PNLP a mentionné le fait que c'est une activité prévue mais n'a pas fourni de détails sur les dates et l'approche de formation.

Stockage et Distribution

- Un plan de distribution détaillé doit être mis au point conformément au schéma directeur du Ministère de la Santé.
- Le stockage est un problème sérieux pour les TCA. Les colis de TCA sont volumineux et nécessitent plus de place que les traditionnelles boîtes de 1000 comprimés de chloroquine. En outre, ils nécessitent un local plus frais que les zones d'emménagement habituelles. Dans la PPM et les dépôts régionaux, il ne semblait pas y avoir l'espace adéquat pour emmagasiner les TCA.¹

Pharmacovigilance

Surveillance des effets indésirables des médicaments

- La DPM (y compris le LNS) et le PNLP doivent établir un partenariat avec le MRTC pour mettre au point un système efficace visant à surveiller les effets indésirables des médicaments.
- Des procédures opérationnelles standard pour surveiller les effets indésirables des TCA doivent être mises au point, en particulier pour un surdosage accidentel chez les femmes enceintes.

¹ Un distributeur de 6 plaquettes de Coartem (144 comprimés) mesure 160 x 95 x 125 mm. Chaque boîte contient 30 distributeurs. Un conteneur de chloroquine (1000 comprimés) mesure environ 250 x 125 mm.

Contrôle de la qualité

- La DPM et le LNS doivent mettre au point les procédures opérationnelles standard pour analyser les produits antipaludiques. Elles concerneront l'échantillonnage, la fréquence du prélèvement des échantillons ainsi qu'un feedback sur les problèmes de qualité aux organes/institutions appropriés.
- Un système de surveillance de la qualité établi à plusieurs niveaux doit être mis en place avec un dépistage simple utilisant la réaction colorimétrique aux niveaux périphériques avec un test de confirmation au niveau national.
- Au niveau central, le problème n'est pas le manque de ressources humaines ni de compétences car plusieurs membres du LNS ont déjà reçu une formation intensive sur les divers aspects de la pharmacovigilance. C'est plutôt le système de contrôle de la qualité en lui-même qui doit être mis en place, sur la base de directives et orientations clairement définies.

Utilisation rationnelle des médicaments et formation

- Les agents de santé devront être formés juste avant la mise en œuvre de la nouvelle politique. Une formation prématurée conduirait à l'oubli des points essentiels et une formation tardive encouragerait l'utilisation irrationnelle des médicaments. Ils seraient disponibles avant que les agents de formation aient reçu la formation sur leur utilisation. La formation en cascade prévue par l'OMS devrait être reprogrammée pour avoir lieu juste avant la mise en place du nouveau traitement.
- Les pharmaciens et les responsables des points de vente devront être formés à la nouvelle thérapie.
- Les médecins et les pharmacies privés doivent être sensibilisés à la nouvelle thérapie.

Suivi et évaluation

- Alors qu'il semble exister un système de collecte des données sur le nombre de cas et la fréquence du paludisme dans chaque région, ces informations présentent d'importantes omissions d'enregistrement. En outre, les cas de fièvre sont utilisés en tant qu'indicateurs pour le paludisme et il n'existe pas de chiffres fiables pour la fréquence du paludisme. Le système d'information sanitaire doit être amélioré pour s'assurer que les cas de paludisme soient régulièrement enregistrés et obtenir des données qui reflètent plus fidèlement la fréquence du paludisme dans le pays.

ANNEXE 1. PERSONNES CONSULTÉES AU COURS DE LA MISSION

Nom	Organisation	Poste
Sindy Berthe	Ministère de la Santé/Laboratoire National de la Santé	Pharmacienne responsable des analyses de contrôle de la qualité pour les médicaments
Mountaga Bore	Ministère de la Santé/Direction Nationale de la Santé	Directeur national adjoint de la santé
Georges Dakono	Ministère de la Santé/Programme National de Lutte contre le Paludisme	Directeur
Adama Dembele	Ministère de la Santé/Pharmacie Populaire du Mali	Directeur des achats
Alpha Telli Diallo	UNICEF/Mali	Administrateur de projets Santé – Nutrition
Barasson Diarra	Ministère de la Santé/Programme National de Lutte contre le Paludisme	Responsable du Suivi et de l'Évaluation
Ogobaro Doumbo	Malaria Research and Training Center	Directeur
Ciro Franco	Assistance Technique Nationale (projet bilatéral de l'USAID)	Chef de Projet
Aicha Guindo	Ministère de la Santé/Pharmacie Populaire du Mali	Président-directeur général
Boubacar Koita	Ministère de la Santé/Dépôt régional de la PPM à Koulikoro	Administrateur
Amir Maiga	Ministère de la Santé/Pharmacie Populaire du Mali	
Minkaila Maiga	Ministère de la Santé/Direction de la Pharmacie et du Médicament	Directeur
Tonia Marek	Banque mondiale	Spécialiste de la santé publique
Carlos Recio	Médecins Sans Frontières – Luxembourg	Coordinateur médical
Massambou Sacko	OMS/Mali	Administrateur national de programme
Souleymane Sidibe	Ministère de la Santé/Direction régionale de la santé de Koulikoro	Chef de division
Mahamadou Sissoko	Ministère de la Santé/Programme National de Lutte contre le Paludisme - TFGI	Conseiller pour le paludisme
Christine Sow	USAID/Mali	Chef d'équipe sanitaire
Amara Cherif Traoré	Ministère de la Santé/Laboratoire National de la Santé	Directeur du Département de contrôle de la qualité des médicaments
Mamadou Souncalo Traoré	Ministère de la Santé/Direction Nationale de la Santé	Directeur national
Sixte Zigirumugabé	USAID/Mali	Administrateur des activités de santé

ANNEXE 2. QUANTIFICATION DES BESOINS EN TCA AU MALI UTILISANT LES DONNÉES SUR LA FRÉQUENCE DU PALUDISME PROVENANT DE SOTUBA

(avec extrapolation au niveau national, d'après les données sur la fréquence du paludisme de 2001 chez les enfants de moins de cinq ans à Sotuba)

Besoins pour 2006

Tranche d'âge	Nombre d'épisodes par 1000 contacts	Nombre d'épisodes estimés l'année précédente	Nombre d'épisodes projetés	% d'utilisation	Produit pharmaceutique	Unité de base	Unité de base par dose	Unités de base par épisode	Unités de base totales nécessaires	Temps d'attente, Stock de sécurité, etc.*	Unités de base totales ajustées nécessaires**	Nombre total de traitements nécessaires†	Coût	Coût total (dollars EU)
<1 an	1.056.01	484.101	506.893	25	AS/AQ	Comprimé	0,5	3	1.520.679	380.170	475.212	158.404	0,066	31.364
1 à 6 ans	593.334	1.360.005	1.424.034	25	AS/AQ	Comprimé	1	6	8.544.207	2.136.052	2.670.065	445.011	0,066	176.224
7 à 11 ans	366.282	629.678	659.323	25	AS/AQ	Comprimé	2	12	7.911.880	1.977.970	2.472.463	206.039	0,066	163.183
>12 ans	482	3.168.129	3.318.252	25	AS/AQ	Comprimé	4	24	79.638.037	19.909.509	24.886.887	1.036.954	0,066	1.642.535
											30.504.626	1.846.407		2.013.305

*Temps d'attente + stock de sécurité = stock supplémentaire pour tenir compte du délai d'approvisionnement et du stock tampon (3 mois)

**Unités de base totales ajustées nécessaires = Unités de base totales nécessaires + Temps d'attente + Stock de sécurité

†Nombre total de traitements nécessaires = Unités de base totales ajustées nécessaires/Unités de base par épisode

Hypothèses :

- Il existe un nombre égal d'enfants de chaque âge dans les tranches d'âge d'1 à 6 ans et de 7 à 11 ans (pour l'ajustement des doses selon les tranches d'âge pour la bithérapie AS/AQ)
- Cinq pour cent de la population adulte consiste en femmes enceintes qui ne recevront pas de TCA
- La fréquence dans la population âgée de plus de cinq ans est la moitié de celle de la population de moins de cinq ans
- Le pourcentage des cas dans chaque tranche d'âge est extrapolé à partir des données fournies dans l'Annexe 2
- Vingt-cinq pour cent de la population accèdera au secteur public pour un traitement antipaludique

Besoins pour 2007

Tranche d'âge	Nombre d'épisodes par 1000 contacts	Nombre d'épisodes estimés l'année précédente	Nombre d'épisodes projetés	% d'utilisation	Produit pharmaceutique	Unité de base	Unité de base par dose	Unités de base par épisode	Unités de base totales nécessaires	Temps d'attente, Stock de sécurité, etc.	Unités de base totales ajustées nécessaires	Nombre total de traitements nécessaires	Coût	Coût total (dollars EU)
<1 an	1.077.1261	506.893	530.758	45	AS/AQ	Comprimé	0,5	3	1.592.274	398.069	895.654	298.551	0,066	59.113
1 à 6 ans	605.20068	1.424.034	1.491.080	45	AS/AQ	Comprimé	1	6	8.946.480	2.236.620	5.032.395	838.732	0,066	332.138
7 à 11 ans	373.60764	659.323	690.365	45	AS/AQ	Comprimé	2	12	8.284.382	2.071.096	4.659.965	388.330	0,066	307.558
>12 ans	501.10132	3.318.252	3.474.481	45	AS/AQ	Comprimé	4	24	83.387.548	20.846.887	46.905.496	1.954.396	0,066	3.095.763
											57.493.510	3.480.010		3.794.572

Hypothèses :

- Il existe un nombre égal d'enfants de chaque âge dans les tranches d'âge d'1 à 6 ans et de 7 à 11 ans (pour l'ajustement des doses selon les tranches d'âge pour la bithérapie AS/AQ)
- La population s'accroît à un rythme constant
- La fréquence reste la même
- Cinq pour cent de la population adulte consiste en femmes enceintes qui ne recevront pas de TCA
- La fréquence dans la population âgée de plus de cinq ans est la moitié de celle de la population de moins de cinq ans
- Le pourcentage des cas dans chaque tranche d'âge est extrapolé à partir des données fournies dans l'Annexe 2
- Quarante-cinq pour cent de la population accèdera au secteur public pour un traitement antipaludique

Besoins pour 2008

Tranche d'âge	Nombre d'épisodes par 1000 contacts	Nombre d'épisodes estimés l'année précédente	Nombre d'épisodes projetés	% d'utilisation	Produit pharmaceutique	Unité de base	Unités de base par dose	Unités de base par épisode	Unités de base totales nécessaires	Temps d'attente, stock de sécurité, etc.	Unités de base totales ajustées nécessaires	Nombre total de traitements nécessaire	Coût	Coût total (dollars EU)
<1 an	1.077.13	530.758	544.850	55	AS/AQ	Comprimé	0,5	3	1.634.549	408.637	1.123.753	374.584	0,066	74.168
1 à 6 ans	605.201	1.491.080	1.530.669	55	AS/AQ	Comprimé	1	6	9.184.011	2.296.003	6.314.008	1.052.335	0,066	416.725
7 à 11 ans	373.608	690.365	746.326	55	AS/AQ	Comprimé	2	12	8.955.912	2.238.978	6.157.190	513.099	0,066	406.375
>12 ans	501.619	3.474.481	3.519.890	55	AS/AQ	Comprimé	4	24	84.477.366	21.119.342	58.078.189	2.419.925	0,066	3.833.160
											71.673.139	4.359.942		4.730.427

Hypothèses :

- Il existe un nombre égal d'enfants de chaque âge dans les tranches d'âge d'1 à 6 ans et de 7 à 11 ans (pour l'ajustement des doses selon les tranches d'âge pour la bithérapie AS/AQ)
- La population s'accroît à un rythme constant
- Cinq pour cent de la population adulte consiste en femmes enceintes qui ne recevront pas de TCA
- La fréquence dans la population âgée de plus de cinq ans est la moitié de celle de la population de moins de cinq ans
- Le pourcentage des cas dans chaque tranche d'âge est extrapolé à partir des données fournies dans l'Annexe 2
- Cinquante-cinq pour cent de la population accèdera au secteur public pour un traitement antipaludique

Besoins pour 2009

Tranche d'âge	Nombre d'épisodes par 1000 contacts	Nombre d'épisodes estimés l'année précédente	Nombre d'épisodes projetés	% d'utilisation	Produit pharmaceutique	Unité de base	Unité de base par dose	Unités de base par épisode	Unités de base totales nécessaires	Temps d'attente, stock de sécurité, etc.	Unités de base totales ajustées nécessaires	Nombre total de traitements nécessaires	Coût	Coût total (dollars EU)
<1 an	1.066.4615	544.850	553.778	60%	AS/AQ	Comprimé	0,5	3	1.661.333	415.333	1.246.000	415.333	0,066	82.236
1 à 6 ans	599.20859	1.530.669	1.555.750	60%	AS/AQ	Comprimé	1	6	9.334.502	2.333.625	7.000.876	1.166.813	0,066	462.058
7 à 11 ans	369.90855	746.326	720.307	60%	AS/AQ	Comprimé	2	12	8.643.685	2.160.921	6.482.764	540.230	0,066	427.862
>12 ans	496.1918	3.519.890	3.625.552	60%	AS/AQ	Comprimé	4	24	87.013.258	21.753.314	65.259.943	2.719.164	0,066	4.307.156
											79.989.583	4.841.541		5.279.312

Hypothèses :

- Il existe un nombre égal d'enfants de chaque âge dans les tranches d'âge de 1 à 6 ans et de 7 à 11 ans (pour l'ajustement des doses selon les tranches d'âge pour la bithérapie AS/AQ)
- La population s'accroît à un rythme constant
- Cinq pour cent de la population adulte consiste en femmes enceintes qui ne recevront pas de TCA
- La fréquence dans la population âgée de plus de cinq ans est la moitié de celle de la population de moins de cinq ans
- Le pourcentage des cas dans chaque tranche d'âge est extrapolé à partir des données fournies dans l'Annexe 2
- Soixante pour cent de la population accèdera au secteur public pour un traitement antipaludique

Besoins pour 2010

Tranche d'âge	Nombre d'épisodes par 1000 contacts	Nombre d'épisodes estimés l'année précédente	Nombre d'épisodes projetés	% d'utilisation	Produit pharmaceutique	Unité de base	Unité de base par dose	Unités de base par épisode	Unités de base totales nécessaires	Temps d'attente, stock de sécurité, etc.	Unités de base totales ajustées nécessaires	Nombre total de traitements nécessaires	Coût	Coût total (dollars EU)
<1 an	1.045.55	553.778	557.334	60%	AS/AQ	Comprimé	0,5	3	1.672.001	418.000	1.254.001	418.000	0,066	82.764
1 à 6 ans	587.46	1.555.750	1.565.741	60%	AS/AQ	Comprimé	1	6	9.394.444	2.348.611	7.045.833	1.174.305	0,066	465.025
7 à 11 ans	362.66	720.307	724.932	60%	AS/AQ	Comprimé	2	12	8.699.190	2.174.797	6.524.392	543.699	0,066	430.610
>12 ans	486.43	3.625.552	3.648.572	60%	AS/AQ	Comprimé	4	24	87.565.725	21.891.431	65.674.294	2.736.429	0,066	4.334,503
											80.498.520	4.872.434		5.312,902

Hypothèses :

- Il existe un nombre égal d'enfants de chaque âge dans les tranches d'âge de 1 à 6 ans et de 7 à 11 ans (pour l'ajustement des doses selon les tranches d'âge pour la bithérapie AS/AQ)
- La population s'accroît à un rythme constant
- Cinq pour cent de la population adulte consiste en femmes enceintes qui ne recevront pas de TCA
- La fréquence dans la population âgée de plus de cinq ans est la moitié de celle de la population de moins de cinq ans
- Le pourcentage des cas dans chaque tranche d'âge est extrapolé à partir des données fournies dans l'Annexe 2
- Soixante pour cent de la population accèdera au secteur public pour un traitement antipaludique

ANNEXE 3. STRUCTURE OFFICIELLE DE LA RÉGLÉMENTATION DES PRIX DES MÉDICAMENTS

PRIMA TURE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

SECRETARIAT GENERAL
DU GOUVERNEMENT

DECRET N°03- 2 18 /P-RM DU 3 0 MAI 2003

PORTANT REGLEMENTATION DES PRIX DES MEDICAMENTS EN
DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE DE LA LISTE
NATIONALE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS.

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

- VU la Constitution ;
- VU l'Ordonnance N°92-021/P-CTSP du 13 avril 1992, instituant la liberté des prix et de la concurrence ;
- VU le Décret N°92-133/P-CTSP du 24 avril 1992 réglementant la liberté des prix et de la concurrence ;
- VU le Décret N°02-490/P-RM du 12 octobre 2002 portant nomination du Premier ministre ;
- VU le Décret N°02-496/P-RM du 16 octobre 2002 modifié portant nomination des membres du Gouvernement ;
- VU le Décret N°02-503/P-RM du 7 novembre 2002 fixant les intérimis des membres du Gouvernement ;

STATUANT EN CONSEIL DES MINISTRES,

DECRETE :

ARTICLE 1ER : Le présent décret réglemente les prix des médicaments de la liste nationale des médicaments essentiels en dénomination commune internationale.

ARTICLE 2 : Le prix de cession des médicaments essentiels sous conditionnement hospitalier vendus par la Pharmacie Populaire du Mali est déterminé par l'application d'un coefficient de 1,325 sur le prix CAF (Coût Assurance Fret).

ARTICLE 3 : Le prix de cession des médicaments essentiels sous conditionnement hospitalier au niveau des dépôts répartiteurs de cercle est déterminé par l'application d'un coefficient de 1,15 sur le prix de cession de la Pharmacie Populaire du Mali

ARTICLE 4 : Le prix de vente public des médicaments essentiels sous conditionnement hospitalier au niveau des hôpitaux est déterminé par l'application d'un coefficient de 1,15 sur le prix de cession de la Pharmacie Populaire du Mali.

ARTICLE 5 : Le prix de vente public des médicaments essentiels sous conditionnement hospitalier au niveau des dépôts de vente des centres de santé de commune du District de Bamako et des centres de santé communautaires du District de Bamako est déterminé par l'application d'un coefficient de 1,15 sur le de cession de la Pharmacie Populaire du Mali.

ARTICLE 6 : Le prix de vente des médicaments essentiels sous conditionnement hospitalier au niveau des dépôts de vente des centres de santé de cercle est déterminé par l'application d'un coefficient de 1,20 sur le prix de cession des dépôts répartiteurs de cercle.

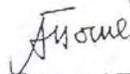
ARTICLE 7 : Le prix de vente maximum au public des médicaments essentiels sous conditionnement hospitalier au niveau des dépôts de vente des centres de santé communautaires en dehors du District de Bamako est déterminé par l'application d'un coefficient de 1,30 sur le prix de cession des dépôts répartiteurs de cercle.

ARTICLE 8 : La liste nationale des médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale est fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé. Elle est révisée tous les deux ans après avis d'une commission technique créée par décision du ministre chargé de la santé.

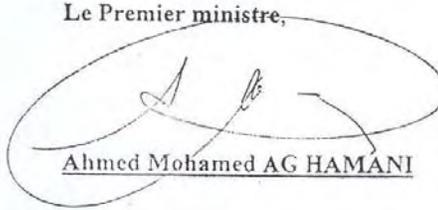
ARTICLE 9 : Le ministre de la Santé, le ministre de l'Economie et des Finances, le ministre de l'Industrie et du Commerce sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera enregistré et publié au Journal officiel.

Bamako le, 30 MAI 2003

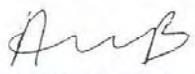
Le Président de la République,


Amadou Toumani TOURE

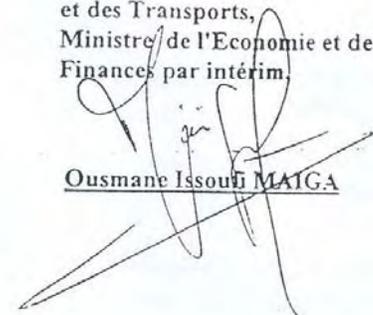
Le Premier ministre,


Ahmed Mohamed AG HAMANI

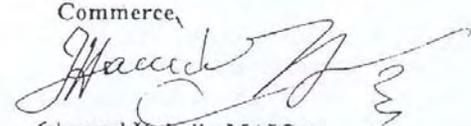
Le ministre de la Promotion de la
Femme, de l'Enfant et de la Famille,
Ministre de la Santé par intérim,


Madame BERTHE Aïssata BENGALY

Le ministre de l'Équipement
et des Transports,
Ministre de l'Economie et des
Finances par intérim,


Ousmane Issoufi MAIGA

Le ministre de l'Industrie et du
Commerce,


Choguel Kokalla MAIGA