

# Quantification des TCA par RPM Plus et mise au point d'un plan d'approvisionnement pour le Mali

## Rapport de mission effectuée du 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](mailto:rpplus@msh.org)

Strategic Objective 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 et de transition pour le renforcement des systèmes de gestion des médicaments et fournitures médicales. Le programme donne des avis techniques et assiste les pays dans l'identification de stratégies et le développement de programmes pour améliorer la disponibilité des intrants médicaux – médicaments, vaccins, fournitures médicales, et équipement médical de base – de qualité prouvée pour la santé maternelle et infantile, l'infection 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 pourvu que RPM Plus y soit mentionné. Utilisez s'il vous plaît la citation suivante:

Shretta, R., K. Webb, et T. Ndoye. 2006. *Quantification des TCA et mise au point d'un plan d'approvisionnement pour le Mali : Rapport de mission effectuée du 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: [rpmpplus@msh.org](mailto:rpmpplus@msh.org)  
Site Web: [www.msh.org/rpmpplus](http://www.msh.org/rpmpplus)

## TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES .....	v
CONTEXTE .....	1
Objectif de la mission .....	2
Termes de référence.....	2
ACTIVITÉS.....	3
Fournir une information à l'arrivée à l'USAID .....	3
Réunions avec le PNLP et d'autres partenaires impliqués .....	4
Visite d'une pharmacie privée .....	15
Atelier d'harmonisation sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide (Cérémonie d'ouverture et session initiale).....	16
Fournir une réunion d'information à l'USAID avant le départ : Christine Sow et Sixte Zigirumugabé.....	16
Fournir une assistance technique pour quantifier les besoins en TCA .....	17
Fournir une assistance technique pour l'achat des TCA (y compris la mise au point d'un plan d'approvisionnement) .....	18
Plan pour le suivi des activités de RPM Plus/MAC au Mali .....	18
Collaborateurs et Partenaires .....	19
ÉTAPES SUIVANTES.....	21
Activités immédiates de suivi .....	21
Recommandations.....	21
Sélection.....	21
Mobilisation des ressources .....	21
Planification .....	22
Approvisionnement.....	22
Quantification .....	23
Emmagasinage 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 élargi 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	systeme 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 pour 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 de toutes les 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 à la fois d'un faible poids à la naissance et de l'anémie maternelle.

Une résistance à la chloroquine (CQ) est significative dans certaines régions du Mali. Dans le sillage des efforts visant à réduire l'impact du paludisme sur la santé publique, le nouveau document de politique du Ministère de la Santé recommande la bithérapie amodaquine plus artésunate (AS/AQ) comme traitement de première intention pour les cas de paludisme simple conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cependant si le Coartem<sup>®</sup> (aremethet/luméfantine) devient plus disponible et plus abordable, il est possible que le Mali examine cette option en tant que traitement de première intention. 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 EU de la part du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) au cours du financement du Round 1, cependant peu a été budgétisé pour 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 un processus prolongé de mise en œuvre de la Phase I. Le financement de propositions ultérieures soumises dans les Rounds 4 et 5 du GFATM n'a pas été approuvé.

En outre, Mali met en œuvre l'Initiative de Bamako, qui opère d'après le principe du recouvrement des coûts. Les TCA sont considérablement plus onéreux que la chloroquine et, en l'absence de stratégies de financement, leur achat résultera en des sorties effectives d'argent presque 30 fois plus élevées que celui de la chloroquine pour un traitement antipaludique, rendant potentiellement l'accès financier au traitement antipaludique inaccessible 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 (prévu) de subvention pour les TCA n'est pas clair.

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 pour mettre en œuvre les politiques 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 la Malaria Action Coalition (MAC) de l'USAID, qui inclut également en tant que partenaires l'OMS (principalement par le biais de son bureau régional pour l'Afrique [AFRO]), les Centres américains de contrôle et de prévention des maladies, et le programme d'accès aux services de

santé cliniques et communautaires pour les femmes, les mères et les nourrissons (ACCESS) de JHPIEGO.

RPM Plus travaille pour améliorer la gestion des produits pharmaceutiques contre le paludisme dans les pays d'Afrique en identifiant et en abordant les causes de l'accès médiocre, de l'achat inefficace et de l'utilisation inappropriée des produits antipaludiques. RPM Plus a mis au point et appliqué en œuvre des outils pour évaluer la gestion des produits pharmaceutiques contre le paludisme et s'efforce de fournir une assistance technique aux pays en travaillant avec les décideurs, les chercheurs, les responsables et les prestataires dans les secteurs public et privé afin de mettre en œuvre des interventions nouvelles et qui ont fait leurs preuves.

### **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 le domaine de l'approvisionnement et de la quantification des produits antipaludiques.

### **Termes de référence**

- Fournir une information à l'arrivée et au départ à l'USAID sur demande
- 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

### Fournir une information à l'arrivée à l'USAID

L'équipe de RPM Plus a été accueillie par les représentants de l'USAID au Mali, Sixte Zigirumugabé, Christine Sow et Mahamadou Sissoko. L'équipe de RPM Plus leur a ensuite fourni un bref résumé des termes de références pour la semaine qui incluait :

- Une quantification des TCA
- Un plan d'approvisionnement
- Une discussion et une planification des activités à partir du plan de travail pour l'exercice financier 2005

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 avec l'assistance soutenue de Rima Shretta au besoin.

L'équipe de RPM Plus a déclaré qu'elle souhaitait vérifier la quantification effectuée par le PNLP en mars 2005. Elle a convenu d'obtenir des données sur la morbidité et la fréquence du paludisme auprès du PNLP pour disposer de données représentatives afin de calculer les besoins et de mettre au point un plan d'approvisionnement pour le pays. L'équipe de RPM Plus a posé la question du choix de traitements de première intention. D'après les documents de politique antipaludique nationale, l'artemether/lumefantrine (Coartem) et l'artésunate plus l'amodiaquine ont été toutes deux choisies comme traitements de première intention. L'USAID n'avait pas pu tirer au clair laquelle des deux était le choix final; toutefois, il a recommandé que le PNLP sélectionne un traitement pour que la quantification puisse se faire sur une seule bithérapie.

La question du coût de l'approvisionnement a été posée, en particulier l'inclusion du coût dans un plan d'approvisionnement. Les coûts de distribution devront être déterminés lors d'une mission ultérieure. Il a été convenu que le RPM Plus reviendrait au Mali pour ce faire au moment de l'évaluation des coûts incluse dans le plan de travail de l'exercice financier de 2005. Le problème de manque de vision claire en ce qui concerne les ressources disponibles pour l'achat des TCA a été soulevé. M. Zigirumugabé a proposé que l'équipe progresse avec le plan d'approvisionnement comme si les ressources étaient en place.

En plus des réunions déjà organisées, l'USAID a conseillé à l'équipe de RPM Plus de rencontrer des 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 peuvent affecter directement l'utilisation des TCA ont été discutées, y compris le Programme d'action (Booster Program) de la Banque mondiale 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 à l'intention des pays pauvres très endettés (PPTE) et du Programme d'action de la Banque mondiale et a suggéré que l'équipe demande un éclaircissement sur ces programmes au Ministère de la Santé et à la Banque mondiale. L'USAID a suggéré 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 des produits pharmaceutiques antipaludiques qui aura lieu au cours de la dernière semaine de mars 2006 à Dakar.

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 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 pour l'année 2006.

## **Réunions avec le PNLP et d'autres partenaires impliqués**

### **1. PNLP : Dr Georges Dakono et Dr Barasson Diarra**

RPM Plus a expliqué l'objectif de la 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 doit face en ce qui concerne le GFATM, en particulier la quantification des besoins et le plan d'approvisionnement. Il a remarqué que la mission de RPM Plus était arrivée au bon moment.

Le Dr Dakono a expliqué l'origine du choix de traitement antipaludique de première intention. Il a dit qu'initialement une décision de disposer à la fois d'artemether/lumefantrine et d'AS/AQ en tant que médicaments de première intention avait été prise mais que les partenaires impliqués avaient rejeté la décision à cause d'un manque de participation. Par la suite, une réunion de tous les partenaires impliqués a été organisée et deux comités ont été formés (un comité sur les médicaments antipaludiques et un comité de mise en œuvre). La bithérapie AS/AQ a été choisie comme traitement de première intention suite à cette vaste consultation car on pensait que Coartem n'était pas disponible à court terme. Le PNLP a informé l'équipe qu'il est possible que ce choix change si Coartem est plus facilement disponible dans l'avenir.

Des discussions ultérieures ont tiré au clair le fait que l'exercice de quantification effectué plus tôt dans l'année avait été basé sur des données provenant du district de Faladie, une zone de forte résistance à la chloroquine.

Comme le Mali opère dans le cadre de l'Initiative de Bamako, le Ministère de la Santé prévoit d'appliquer un système de recouvrement partiel des coûts des TCA mais le niveau de subvention n'est pas encore clair. Certains partenaires impliqués sont d'avis que le prix des TCA ne devrait pas dépasser le prix actuel de 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 Programme d'action de la Banque mondiale car il en avait 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 PNLN et a fourni à l'équipe des données sur les cas de paludisme et sur la fréquence du paludisme ventilées par âge, région, et cercle. 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 l'organisation serait disponible pour aider à mettre au point une proposition de lutte contre le paludisme s'il y a un Round 6 du GFATM.

Le PNLN 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 d'informations sanitaires (SLIS) pour 2003

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

Le coordinateur du PNLN a expliqué l'objectif de la mission et a 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 des prix abordables.

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 est responsable de réviser la liste des médicaments essentiels (LME) tous les deux ans, sur la base d'intrants de différents programmes. La LME actuelle 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 problèmes de garantie et de contrôle de qualité. La DPM est également responsable de la réglementation et de la formation ainsi que 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 provenant du PNLP. Ils coopéreront également pour mettre au point des directives de prise en charge des cas, des adre-memoires et des algorithmes de traitement.

Bien que les bithérapies artemether/lumefantrine 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'artemether, l'artémisinine 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 dans un dossier à 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 être pour des médicaments commandés uniquement; souvent les échantillons reçus par le LNS pour des tests de contrôle de qualité sont déjà livrés et attendent le dédouanement.

La DPM coordonne et collabore avec le LNS selon des lois clairement définies. Toutefois, le LNS manque de ressources pour analyser les échantillons, en particulier pour l'achat et la surveillance après 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 met pas en œuvre un système de pharmacovigilance mais il existe des plans pour le faire pour les médicaments contre le VIH/SIDA. Une surveillance aux échelons inférieurs du système de santé fait défaut. C'est une priorité et la DPM espère améliorer la gestion de l'information sur la santé. Il existe un besoin de formation en contrôle de qualité et d'assistance technique pour la pharmacovigilance.

Une mise en œuvre et un suivi efficace des TCA nécessiteront un engagement du Ministère de la Santé au plus haut niveau.

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

Le Dr Traoré, Chef du département de contrôle de la qualité des médicaments, a expliqué que le LNS effectue des tests de contrôle de la 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 après 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 aléatoires sont prélevés une fois par an à tous les échelons du système de santé dans toutes les régions. Les résultats des tests sont communiqués aux différents échelons du système : aux Directions régionales de la santé pour les structures publiques et au Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens pour les officines privées.

En outre, le LNS est responsable des tests et donne un avis technique pour 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.

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 une observation ont identifié que :

- Des produits génériques, 3,8 pour cent 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 doivent être réétalonnés.
- Les procédures opérationnelles standardisées pour les tests de qualité existent pour certaines analyses et sont en cours de rédaction pour d'autres. Celles qui n'existent pas pour le moment n'ont pas été validées.

#### **5. OMS/Mali : Dr Massambou Sacko**

Le Dr Sacko a expliqué l'appui fourni par l'OMS pour mettre au point les modules de formation utilisés pour former les prestataires de soins de santé à la nouvelle politique. Ce matériel de formation a été mis au point avec la participation de nombreux partenaires et a abordé à la fois la bithérapie Coartem et 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 au niveau national. On a demandé à chaque région de mettre au point un plan de formation pour former 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 lorsqu'il sera prêt; toutefois, des formations initiales devraient prendre pour cible les personnes autorisées à prescrire des médicaments puisque 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 claire de 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 expliqué le travail de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) que le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) effectue avec le Ministère de la Santé dans les régions de Kayes, Koulikoro, Segou 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. Ils sont en train de mettre en place trois ensembles de services intégrés (Programme élargi de vaccinations + [PEV+], Consultation prénatale [CPN+], et PCIME+). Dans ces quatre régions, l'UNICEF fournit également de la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) pour le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme chez les femmes enceintes. Leur stratégie est de fournir 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. Ils ont également formé et équipé des relais communautaires dans chaque cercle pour effectuer un suivi des personnes recevant une moustiquaire afin d'assurer qu'elle soit utilisée correctement. Dans les six cercles dans lesquels l'UNICEF a travaillé cette année, un taux de couverture de 87 pour cent pour les moustiquaires imprégnées d'insecticide a été atteint.

Bien que l'UNICEF ne dispose pas de suffisamment de ressources pour payer pour 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 que nous contactions la Banque mondiale pour étudier la possibilité qu'elle considère l'achat de TCA comme une priorité en 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 les questions de l'équipe d'étude technique du GFATM au sujet de la proposition de la Série 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 un des deux projets bilatéraux de l'USAID et est gérée par Abt Associates. L'autre projet, Ciwara Keneya, est géré par CARE. L'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 de TCA et leur mise en place. 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. Il a commencé à mettre en place une bithérapie AS/AQ en août 2005 dans l'ensemble du 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 une dose de traitement, ce qui est le prix d'une dose de traitement de chloroquine. Des tests de diagnostic rapide (Paracheck) sont utilisés pour diagnostiquer tous les cas de paludisme avant de fournir un traitement, et des analyses pour d'autres maladies sont effectuées chez les personnes non atteintes de paludisme.

MSF encourage le traitement gratuit avec les TCA, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans puisqu'il pense que le coût des médicaments dans les établissements de santé est une des raisons de la faible utilisation du secteur public.

Il est également en train d'examiner la possibilité de commencer à traiter les cas de paludisme grave avec une monothérapie d'artemether 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. Cela a résulté en un accroissement des visites au centre de santé au cours des derniers mois. Bien qu'il soit prévu que le programme dure 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 Dembele**

Le Dr Guindo a présenté le mandat de la PPM, la façon dont elle est organisée 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 s'est inquiété qu'une décision finale ou qu'une politique approuvée au sujet des TCA n'ait pas été prise après presque deux ans de discussions, ce qui affecte fortement le travail de la PPM puisqu'elle ne peut pas prendre de mesures pour retirer progressivement la chloroquine ou introduire progressivement les TCA jusqu'à ce qu'une politique et des directives sur le traitement soient en place. En outre, la PPM ne savait pas quoi faire avec le stock de chloroquine. Il y a environ un an une annonce du service public (mise au point par le PNL) 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 SP. Elle pensait que cela avait résulté aussi en une méfiance de la population au sujet de la chloroquine pour le traitement

et que, par conséquent, la PPM ne peut pas vendre les stocks de chloroquine dont elle dispose actuellement. L'opinion du Dr Guindo était que 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, ce qui nécessite d'avoir six mois de stock sur place ou dans le pipeline, ce qui est une gageure.

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 effectivement le nombre de fournisseurs.

Le Dr Guindo a expliqué 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 sur place. 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 de problèmes et d'un manque d'information fiable et exacte sur les quantités nécessaires. En outre, des données sur la consommation ne sont pas disponibles à un niveau inférieur au niveau régional puisque la PPM n'est pas responsable de la collecte des données au-delà du niveau régional.

Des 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 des stocks approprié. Elle a également expliqué que parfois il y a des ruptures de stock à cause de circonstances indépendantes de leur volonté. Elle a parlé spécifiquement d'une inondation à Dakar plus tôt cette année qui a résulté en un retard de trois semaines de la livraison 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 visité les installations d'emménagement.

## **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 EU par an mais qu'une petite partie seulement de ceux-ci sont affectés 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.

Elle a remarqué 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 direction aux bailleurs de fonds et aux partenaires du 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 conflictuels 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 réactivité du Ministère de la Santé et du PNLP compromettait 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 de détails. Tonia Marek a expliqué que 70 pour cent des fonds de la Banque mondiale seront versés au Gouvernement une fois le plan opérationnel approuvé. Le progrès sur la voie de la réalisation d'indicateurs établis sera examiné plus tard en 2006 et, selon la performance, les fonds restants seront transférés au Gouvernement. Elle a remarqué que les fonds de la Banque mondiale permettront au Gouvernement de continuer à fonctionner puisque le budget gouvernemental n'est introduit qu'en juillet.

Elle a également remarqué qu'une mission d'évaluation de la Banque mondiale est prévue en février 2006 et exprimé un intérêt en ce que l'expert de l'USAID sur le paludisme aide le Gouvernement à sélectionner les indicateurs qui devront être examinés dans le plan opérationnel pour les 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 expliqué la mission de la Direction régionale de la Santé, qui inclut un appui technique aux districts, une formation, un suivi et une supervision, ainsi que la gestion du système d'information sur la santé. 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 depuis les sessions, les manuels de formation ont été révisés et une formation en cascade officielle à tous les échelons sera prévue dès que l'achat des TCA commencera. Actuellement, les prestataires de soins de santé prescrivent des TCA à ceux qui ont les moyens de les acheter dans le secteur privé; dans la plupart des cas, de la chloroquine est prescrite à ceux qui n'ont pas les moyens.

La quantification des médicaments au niveau régional est quelque peu limitée à cause des données limitées 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 transférer les médicaments dont la date de péremption est proche aux zones où on en a grand besoin. Cela dépend toutefois de la surveillance des niveaux de stock par l'équipe au niveau du cercle. Bien que cela soit possible, cela ne s'est produit que peu de fois à cause d'un manque d'information sur les niveaux de stock.

Le Dr Sidibe a expliqué le processus de soumission de rapports par les CSCom au niveau national. Le processus implique que les chefs des CSCom compilent les données du registre des consultations sur une base mensuelle et les envoient au district de la santé tous les trimestres. Le district de la santé compile ensuite toutes les données de CSCom, les examine et les envoie au niveau régional. Le niveau régional compile toutes les données du cercle et les envoie au niveau national tous les trimestres. Le niveau national analyse ensuite les données et envoie les résultats et un feedback à tous les niveaux. Le Dr Sidibe a remarqué que les données recueillies au niveau

des CSCom pouvaient être renforcées et que chaque CSCom devrait analyser ses propres données (c'est-à-dire au niveau opérationnel) avant de les envoyer au niveau suivant pour voir comment il peut améliorer ses services.

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

Le Dr Koita a expliqué la façon dont le dépôt travaille pour approvisionner à la fois les pharmacies du secteur public et du secteur privé. Il a expliqué que le secteur privé est desservi directement (et non par le biais de grossistes) par le dépôt et que les pharmacies doivent venir chercher leurs médicaments. Il n'existe pas de liste spécifique à partir desquelles les pharmacies privées peuvent commander et acheter des médicaments.

Les CSComs sont desservis par le dépôt répartiteur de cercle (DRC). Entre la DRC et les CSCom une marge de prix fixe est appliquée. Des marges sont appliquées entre les différents niveaux. Le Dr Koita a également observé que bien que les prix du secteur privé soient fixés, alors que les prix du secteur privé ne le sont pas. Le Ministère de la Santé est en train d'étudier la question. Le conditionnement en vrac est réservé uniquement 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 d'après les enregistrements des ventes par le dépôt régional (et non d'après les données de consommation provenant directement de la DRC et du niveau des CSCom). Des chiffres de consommation mensuelle moyenne sont calculés. L'équipe a visité les installations d'emmagasinage. Il y avait deux salles de stockage avec peu de place pour un grand nombre de paquets volumineux supplémentaires. Il n'y avait pas de chambre froide dans la zone d'emmagasinage mais il y avait deux réfrigérateurs pour le stockage frigorifique.

Médicament	Dosage	Conditionnement	Prix (FCFA)
Comprimés de CQ	100 mg	Plaquette	35/10
		1000 en vrac	1.375/1000
SP	500 mg/25 mg	Plaquette	200/3
		1000 en vrac	2725/1000
Comprimés de quinine	300 mg	1000	24.715
Piqûre de quinine	100 mg/ml	2 ml	70
Piqûre 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 des fins de comparaison.

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

\* Conditionnement économique utilisé seulement dans le secteur public

Les données indiquées ci-dessus illustrent la disparité des structures de prix qui varient selon la date d'achat des médicaments et selon le fabricant.

#### **15. Medical Research Training Center : Professeur Ogobaro Doumbo**

Le Medical Research Training Center s'intéresse au contrôle de la qualité des TCA et à la pharmacovigilance. Le MRTC 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 d'y procéder avec un certain nombre de TCA.

Il est préoccupé qu'il soit contraire à la déontologie de mettre en place des TCA sans un système de pharmacovigilance en opération. En outre, il a remarqué que de nombreuses données sont nécessaires avant de pouvoir utiliser les TCA chez les femmes enceintes.

Le niveau de TCA de contrefaçon circulant en Afrique (50 pour cent) l'inquiète beaucoup et il a suggéré qu'un système devrait être 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 devraient être conditionnés selon le niveau auquel ils seront utilisés dans la structure du système de santé.

Selon le Professeur Doumbo, des subventions élevées pour les TCA seront nécessaires pendant cinq ans au moins afin de démontrer et d'établir leur efficacité et le Ministère de la Santé devrait commencer à examiner les options de recouvrement des coûts après cette période.

Le choix du PNLN d'avoir deux produits en tant que recommandation de première intention a fait l'objet d'une discussion. Le Professeur Doumbo a déclaré que de nombreux médicaments peuvent être examinés et recommandés simultanément par le programme. Les prestataires de soins de santé auront besoin d'une information et de directives claires sur les protocoles de traitement pour les différentes bithérapies. Le Professeur Doumbo a également remarqué que des tests de diagnostic rapide devraient être utilisés dans les endroits où des prestataires de soins de

santé sont présents mais que dans les villages où il n’y a pas de prestataire, un traitement basé sur les symptômes cliniques devrait continuer.

## 16. DNS : Dr Mamadou Traoré

Les thèmes suivants ont été examinés :

- La nécessité que le Ministère de la Santé signe la nouvelle politique
- Le financement pour l’achat de TCA—fonds PPTE
- La question des deux bithérapies mentionnées en tant que traitement de première intention
- Le problème des moustiquaires imprégnées d’insecticide en tant que goulot d’étranglement en ce qui concerne la disponibilité de fonds supplémentaires pour la lutte contre le paludisme

## 17. Réunion finale avec le PNLP : Dr Georges Dakono

L’équipe s’est réunie brièvement avec le Dr Dakono pour recueillir un petit nombre de documents finals (matériel de formation, commentaires de l’équipe d’étude technique du Fonds mondial sur la proposition de la Série 5 et termes de référence du groupe de travail) et pour tirer au clair le suivi de la mission. L’équipe finalisera le rapport de mission en anglais et le fera traduire en français pour le distribuer aux partenaires locaux et partenaires impliqués à des fins d’examen et de commentaire. L’équipe s’efforcera ensuite de finaliser la quantification des besoins en matière de TCA et un plan d’approvisionnement pour contribuer aux discussions futures sur l’achat de TCA.

L’équipe de RPM Plus a profité de l’occasion pour exprimer sa sincère gratitude au PNLP pour l’assistance fournie pendant la mission.

### Visite d’une pharmacie privée

L’équipe a visité une pharmacie privée pour déterminer quels médicaments antipaludiques étaient disponibles et à quel prix. L’information suivante a été obtenue.

Médicament	Dosage	Conditionnement	Prix (FCFA)
Comprimés de CQ	100 mg	30	250
SP	500 mg/25 mg	3	525
Piqûre 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 assisté à la cérémonie d'ouverture et à la session initiale d'un atelier d'harmonisation sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide. Cet atelier rassemblait la plupart des partenaires travaillant dans le domaine des moustiquaires et les distribuant au Mali et était organisé par la DNS/PNLP. L'objectif de l'atelier était d'harmoniser le système de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide au Mali.

## **Fournir une réunion d'information à l'USAID avant le départ : Christine Sow et Sixte Zigirumugabé**

Les membres de la mission de RPM Plus se sont réunis avec Mme Sow et M. Zigirumugabé le vendredi matin pour une réunion d'information avant leur départ. Après avoir expliqué toutes les réunions et les visites effectuées par l'équipe pendant la semaine, la quantification et le plan d'approvisionnement ont fait l'objet d'une discussion.

RPM Plus a quantifié les besoins en TCA pour les cinq prochaines années en utilisant les données sur la morbidité et la fréquence du paludisme reçues du PNLP par l'intermédiaire du SLIS. RPM Plus a soulevé la question de la qualité des données car certains cercles ont signalé un nombre de décès dûs au paludisme égal à zéro pendant toute l'année 2004. M. Zigirumugabé a également mentionné le fait que le problème de l'omission d'enregistrement des décès dûs au paludisme avait été abordé au cours d'une réunion à Sikasso plus tôt dans 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 suppositions faites pour effectuer le calcul.

L'USAID/Mali a suggéré que l'équipe soumette le rapport de mission à des fins d'examen et de commentaires et l'utilise comme base de discussion avec la Mission sur la façon de concevoir le plan d'approvisionnement.

L'équipe de RPM Plus a expliqué sa préoccupation au sujet du fait que la nouvelle politique de lutte contre le paludisme comporte deux bithérapies en tant que traitement de première intention préféré. Bien que la question ait été posée à de nombreuses reprises, la raison pour laquelle deux bithérapies sont mentionnées et le plan de leur utilisation n'est toujours pas clair. Le PNLP a expliqué que c'était surtout la disponibilité limitée de Coartem qui avait résulté en l'ajout de la bithérapie AS/AQ dans la politique et que la bithérapie AS/AQ sera utilisée à court terme parce qu'elle est plus facilement disponible. Lorsque la disponibilité de Coartem se sera stabilisée, il y aura une transition vers cette bithérapie.

L'équipe de RPM Plus a suggéré que le LNS pouvait être renforcé et qu'il existe des inquiétudes au sujet de sa capacité à analyser le nombre d'échantillons qui résultera 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, 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 c'est le Gouvernement du Mali qui déterminera finalement l'affectation des fonds PPTE et que la Banque mondiale est seulement responsable d'assurer que les fonds PPTE soient disponibles et dépensés pour des programmes prioritaires. L'équipe a remarqué qu'il doit y avoir un plaidoyer aux échelons les plus élevés du Ministère de la Santé et de la DNS pour assurer que les fonds PPTE soient affectés aux activités de lutte contre le paludisme, et en particulier à l'approvisionnement des TCA. RPM Plus et l'USAID/Mali ont discuté l'idée suivante: si des fonds PPTE pouvaient être affectés à l'approvisionnement des TCA, même si ces fonds n'étaient pas suffisants pour acquérir la quantité totale de TCA nécessaire pour couvrir tout le pays, cela pourrait être un moyen d'obtenir des fonds supplémentaires d'autres sources.

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 de côté pour l'achat de ces moustiquaires. Cette inquiétude est principalement liée aux faiblesses du PNLP dans les domaines de la planification, de la budgétisation et de la mise en œuvre du suivi. Elles entravent le progrès du programme antipaludique au Mali en particulier dans les 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 financement.

L'équipe de RPM Plus a également mentionné le Plan opérationnel pour les fonds 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 sur le paludisme de l'USAID participe à cette mission.

L'équipe a discuté la situation en matière de 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 à 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 parmi les partenaires du MAC et que des commentaires soient fournis avant d'utiliser de nouveau ce matériel.

### **Fournir une assistance technique pour quantifier les besoins en TCA**

Une quantification des besoins en TCA a été effectuée en utilisant les données existantes sur la fréquence du paludisme provenant du PNLP (Annexe 1); toutefois, ces chiffres sousestiment beaucoup le fardeau réel de la maladie. En outre, ils ne représentent que la fréquence du paludisme dans le secteur public. Des discussions avec le personnel des établissements régionaux ont confirmé que l'enregistrement des cas était médiocre et présentait un tableau inexact de la situation. Ces chiffres n'ont, par conséquent, pas été utilisés dans la quantification.

Des données de 2001 provenant de Sotuba, une zone périurbaine, ont été utilisées pour effectuer une deuxième quantification afin de déterminer l'inexactitude des chiffres provenant du 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 dollars EU (en outre, des frais de manutention de l'OMS de 3 pour cent seront ajoutés à la commande).

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

Ces chiffres seront ajustés dans le plan d'approvisionnement une fois que le MRTC aura fourni des chiffres plus exacts de 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**

<b>Année</b>	<b>Utilisation du secteur public, en %</b>	<b>Nombre total de traitements avec AS/AQ nécessaires (pour le secteur public)</b>	<b>Coût (dollars EU)</b>
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

### **Fournir une assistance technique pour l'achat des TCA (y compris la mise au point d'un 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 PNLN 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 de détermination des coûts et d'autres activités.

## **Collaborateurs et Partenaires**

Voir liste dans l'Annexe 1.



## ÉTAPES SUIVANTES

### Activités immédiates de suivi

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

### Recommandations

Pour que les TCA soient adoptés, achetés et mis en place efficacement, les étapes suivantes doivent avoir lieu :

### Sélection

- Il doit y avoir un seul choix pour le traitement de première intention. L'existence de deux choix résultera en une confusion parmi les agents de santé et au niveau de l'approvisionnement et de 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 des ressources. Le choix d'un traitement de première intention affecte également les activités en aval telles que la pharmacovigilance.
- La bithérapie AS/AQ doit être ajoutée à la LME 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 diagnostiquer le paludisme chez les adultes dans des zones de transmission stable du paludisme.
- Les nouvelles DST, qui doivent être révisées en 2006, doivent contenir le nouveau traitement.

### Mobilisation des ressources

- La question de la mobilisation des ressources peut être un obstacle à l'adoption et à la mise en œuvre de la politique relative aux TCA. À moins que les problèmes entourant le manque de mouvement des fonds du Round 1 du GFATM et l'affectation appropriée des fonds PPTE soient abordés, il peut être difficile de plaider pour des fonds supplémentaires. Premièrement, l'achat des moustiquaires imprégnées d'insecticide en utilisant les 750 millions de francs

CFA affectés par le Banque mondiale doit commencer rapidement. Deuxièmement, les fonds PPTE restants doivent être affectés à des programmes tenant compte des priorités nationales.

- Un plan concret ébauchant les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de la politique relative aux TCA (achat direct et activités auxiliaires) doit être mis au point. La portion des fonds existants qui peut être rendue disponible pour ce plan à partir des fonds PPTE et d'autres ressources au niveau national devra être indiquée et le déficit devra être calculé. Cette information devra ensuite être utilisée pour demander des fonds supplémentaires aux bailleurs de fonds comme la Banque mondiale puisque le secteur de la santé est déjà perçu par de nombreuses personnes dans le Gouvernement comme disposant déjà de fonds adéquats. En outre, bien que le Mali ne soit pas actuellement un pays prioritaire pour l'Initiative sur le paludisme du Président des États-Unis, une approche planifiée de ce type peut être utilisée pour plaider pour des fonds à ce niveau.
- La DAF doit être sensibilisée aux problèmes des TCA.
- Pour que les étapes précédentes puissent avoir lieu, la participation de tous les partenaires intéressés et de tous les partenaires impliqués est nécessaire. Un problème majeur pour la progression lente sur la voie de l'adoption des TCA au Mali est la communication limitée entre les différentes structures du Ministère de la Santé (PPM, DPM, DNS, PNLN, DAF). Souvent, le PNLN n'est pas conscient des activités qui peuvent affecter directement le programme. Les réunions qui ont été organisées n'ont pas inclus des représentants de toutes les structures. Une réunion ou un groupe de travail devra être organisée avec la participation de la DAF, du PNLN, de la DNS, et des autres institutions engagées dans la mobilisation des ressources et la mise en œuvre de la politique relative aux TCA.
- Le PNLN doit assumer un rôle de leadership plus fort en particulier dans les domaines de la planification, de la budgétisation et du suivi de la mise en œuvre et d'une communication efficace entre les partenaires au Ministère de la Santé et au 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 PNLN, la DPM, la PPM et l'OMS. Ce comité devra décider de la séquence et du calendrier des diverses étapes de la mise en œuvre y compris la formation, surveiller la préparation du document et la formation des groupes de travail et superviser généralement la mise en œuvre.

## **Approvisionnement**

- Les commandes pour le TCA choisi, 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 des données sur la consommation par les régions/cercles.
- Il est nécessaire de former les échelons inférieurs dans le domaine de la quantification appropriée des besoins. Le PNLP a mentionné le fait que cela était prévu mais n'a pas fourni de date ni de plan concret.

## **Emmagasinage et Distribution**

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

## **Pharmacovigilance**

### ***Suivi 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 standard de fonctionnement pour surveiller les effets indésirables des TCA doivent être mises au point en particulier pour un dosage accidentel par les femmes enceintes.

### ***Contrôle de la qualité***

- La DPM et le LNS doivent mettre au point des procédures standard de fonctionnement appropriées pour effectuer des analyses des produits antipaludiques qui donnent un aperçu de l'échantillonnage, de 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 à plusieurs niveaux doit être mis sur pied pour effectuer un dépistage simple avec réaction colorée aux niveaux périphériques et un test de confirmation au niveau national.

---

<sup>1</sup> 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.

- Au niveau national, le problème n'est pas un manque de ressources humaines ni de compétences puisque plusieurs membres du LNS ont reçu une formation intensive dans divers aspects de la pharmacovigilance. Au contraire, un système de contrôle de la qualité avec une direction claire doit être mis en place.

### **Utilisation rationnelle des médicaments et formation**

- Les agents de santé devraient être formés juste avant de lancer et de mettre en œuvre la politique. Une formation trop précoce résultera en l'oubli des points importants soulignés pendant la formation et une formation trop tardive encouragera une utilisation irrationnelle des médicaments puisque les médicaments seront disponibles avant que les agents de formation aient reçu une formation sur leur utilisation. La formation en cascade prévue par l'OMS devrait être retardée 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 données ont démontré de graves omissions d'enregistrement. En outre, les cas de fièvre sont utilisés en tant qu'indicateurs de remplacement pour les cas de paludisme et il n'existe pas de chiffres véritables pour la fréquence du paludisme. Des mécanismes pour assurer que les cas soient enregistrés régulièrement doivent être mis au point afin de garantir que les chiffres reflètent véritablement 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	Pharmacien 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	Chef du Département Contrôle de 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		<b>3.794.572</b>

### Hypotheses :

- 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 1 8 /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.

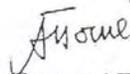
**ARTICLE 7** : Le prix de vente maximum au public des médicaments essentiels sous conditionnement hospitalier au niveau des dépôts de vente des centres de santé communautaires en dehors du District de Bamako est déterminé par l'application d'un coefficient de 1,30 sur le prix de cession des dépôts répartiteurs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

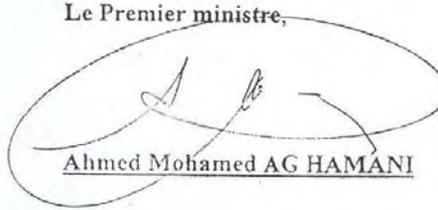
**ARTICLE 9** : Le ministre de la Santé, le ministre de l'Economie et des Finances, le ministre de l'Industrie et du Commerce sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera enregistré et publié au Journal officiel.

Bamako le, 30 MAI 2003

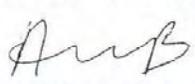
Le Président de la République,

  
Amadou Toumani TOURE

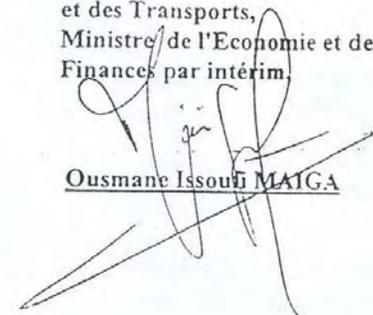
Le Premier ministre,

  
Ahmed Mohamed AG HAMANI

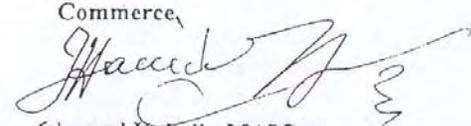
Le ministre de la Promotion de la  
Femme, de l'Enfant et de la Famille,  
Ministre de la Santé par intérim,

  
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