



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE

**DIRECTION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME**

**Initiative:
Faire Reculer le
Paludisme
Roll Back Malaria
Evaluation des besoins par pays**

Rapport du MALI

Juillet 2008

Table des Matières

REMERCIEMENTS	2
RESUME	3
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	5
LISTE DES TABLEAUX	8
LISTE DES GRAPHIQUES	9
LISTE DES GRAPHIQUES	9
1. INTRODUCTION	10
2. METHODOLOGIE	10
<i>La revue documentaire</i>	<i>11</i>
3. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES 12	
3.1 : ASPECTS DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO SANITAIRES :	12
3.3. AMPLEUR DU FARDEAU DU PALUDISME.....	17
4. PROGRES, ECARTS ESTIMES ET BESOINS	17
4.1. DEVELOPPEMENT DES OBJECTIFS DE 2010	17
4.2. FINANCEMENT EN COURS.....	23
4.3. BESOINS ESTIMES ET REQUETES, POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE 2010.....	26
5. PRINCIPALES INTERVENTIONS	45
5.1. PREVENTION	45
5.1.1. <i>MII</i>	45
5.1.2. <i>PID</i>	49
5.1.3. <i>Lutte Anti - Larvaire</i>	50
5.1.4. <i>Paludisme et grossesse (TPI)</i>	51
5.2. PRISE EN CHARGE DES CAS	54
5.2.1. <i>Diagnostic</i>	54
5.2.2. <i>Traitement</i>	58
6. QUESTIONS TRANSVERSALES	62
6.1. EPIDEMIE/ CONTROL D'URGENCE	62
6.2. PLAIDOYER/CCC/IEC	64
6.3. SURVEILLANCE, SUIVI EVALUATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE	66
7. GESTION DE PROGRAMMES ET DES SYSTEMES DE SANTE	68
7.1. GESTION DE PROGRAMMES ET DES SYSTEMES DE SANTE	68
7.2. GESTION DES APPROVISIONNEMENTS	72
7.3. RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE	75
ANNEXES	I

Remerciements

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) du Mali, appuyé par ses partenaires vient de boucler l'évaluation des besoins « Need Assessment » pour accélérer l'atteinte des objectifs de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » sur la période 2008-2010 et au-delà. Le PNLN a bénéficié de l'accompagnement nécessaire dans cet exercice. Il adresse ses sincères remerciements au Ministère de la Santé en particulier au Ministre de la santé, au Secrétaire Général de la Santé ainsi qu'à leurs principaux collaborateurs, à l'équipe de la Direction Nationale de la Santé qui n'a ménagé aucun effort pour la conduite de cette évaluation.

Ces remerciements vont également à la Banque Mondiale, aux partenaires du système des Nations Unies notamment l'OMS et l'UNICEF, aux ONG et associations en particulier les Voix du Mali, l'USAID etc. qui ont œuvré sans relâche à l'accomplissement et à la finalisation de ce travail.

L'équipe adresse ses vifs remerciements à Roll Back Malaria, à Malaria Consortium, à Malaria no more et aux Voix du Mali qui ont assuré un appui technique et financier conséquent à cette évaluation.

Résumé

L'initiative «Faire Reculer le Paludisme» (FRP) a constaté que pour réduire substantiellement la mortalité et la morbidité liées au paludisme, d'ici 2010 et au-delà, les pays devront atteindre une couverture de 80% de la population à risque et une couverture plus importante des groupes les plus vulnérables, les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes, les personnes vivant avec le VIH (PvVIH). Pour ce faire il faut urgemment mettre en place un programme de mise à échelle accélérée des interventions de base. C'est dans ce cadre qu'une évaluation des besoins du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) du Mali est faite pour évaluer la capacité du pays au passage à l'échelle, identifier les goulots d'étranglements et proposer des solutions.

Des progrès importants sont constatés au Mali dans la mise en œuvre des stratégies de base. En effet le PNLN bénéficie d'un fort engagement politique de haut niveau, ainsi que d'un accompagnement des partenaires à l'initiative FRP.

Actuellement, le pays vient de se doter d'une politique nationale et d'un plan stratégique 2007-2011 de lutte contre le paludisme et d'un plan d'accélération de lutte contre le paludisme pour se mettre en phase avec les objectifs Roll Back Malaria (RBM) et les objectifs du millénaire.

Cet engagement s'est surtout traduit par une volonté de porter à l'échelle les interventions anti paludiques, en adoptant des mesures saluaires comme la détaxe des produits et matériels destinés à la lutte (cas des moustiquaires en annexe 1) ainsi que la gratuité de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des populations cibles les plus vulnérables notamment les enfants de 0-5ans et femmes enceintes.

Toutefois, la mise en application de ces mesures n'a pas été suivie de mesures d'accompagnements nécessaires, ce qui est à l'origine de certaines difficultés d'application sur le terrain.

Les taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées de longue durée d'action sont appréciables au sein des groupes cibles jusque là considérés. Le PNLN et ses partenaires combinent les campagnes de distribution de masse et de routine (PEV+ et CPN+). Cependant il est urgent d'apporter des solutions à l'utilisation des Tests de Diagnostic Rapide (TDR), des Combinaisons Thérapeutiques à base de l'Artémisinine (CTA), et à la non la gratuité effective du Traitement Préventif Intermittent (TPI) pour toutes les femmes enceintes.

On note des difficultés en rapport avec la sensibilité des TDR, une faible adhésion des prestataires de soins et du public à la formule Artemisinine-amodiaquine.

Des évaluations spécifiques à ces composantes permettront d'identifier les déterminants et de mettre en application des directives correctrices sur le terrain. Par ailleurs le renforcement des activités d'IEC/CCC doit être prioritaire suivi d'un bon système de coordination, de suivi évaluation des interventions. Le comité d'orientation doit véritablement jouer son rôle à travers les rencontres statutaires, l'interpellation du PNLN sur les problèmes en rapport avec les interventions de base.

Enfin le PNLN devrait contractualiser les interventions de base avec les Organisations de la Société Civile, le secteur privé. Les relais communautaires doivent participer aux activités de prévention, de prise en charge dans les 24 heures à domicile des cas de paludisme simple.

Le système de recouvrement des coûts pratiqué par les Associations de Santé Communautaire (ASACO) et les Centres de Santé de référence (CSRef) a besoin d'un coup de pouce pour faire face à la gratuité des intrants et à l'augmentation de la fréquentation des structures de santé.

Globalement le Mali est prêt à procéder au passage à l'échelle des interventions de lutte contre le paludisme et de ce fait pourrait atteindre les objectifs RBM 2010 et les maintenir.

Liste des sigles et acronymes

ASACO	Associations de Santé Communautaire
ACT	Combinaison Thérapeutiques à l'Artémisinine
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
BTB/OMD	Objectifs de Développement du Millénaire
BID	Banque Islamique de Développement
CCM	Country Coordination Mechanism
CMIE	Centre Medical Inter-Enterprise
CNAM	Centre National d'Appui à la Lutte contre la Maladie
CPN	Consultation Périnatale
CPS	Cellule de Planification et des Statistiques
CREDOS	Centre de Recherche et de Documentation pour la Survie de l'Enfant
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSRéf	Centre de Santé de Référence
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DEAP	Département de l'Epidémiologie des Affections Parasitaires
DHPS	Division Hygiène Publique et Salubrité
DHS	Demographic and Health Surveys
DNS	Direction Nationale de la Santé
DNS/SI	Direction Nationale de la Santé / Système d'Information
DSR	Division Santé de la Reproduction
DRS	Direction Régionale de la Santé
EDS	Enquête Démographique et Santé
EPH	Etablissement Public Hospitalier
F CFA	Francs de la Confédération Franco – Africaine
FHI	Family Health International
FMSTP	Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
FENASCOM	Fédération Nationale des Centres de Santé Communautaire
FRP	Faire Reculer le Paludisme
IEC/CCC	Information Education Communication/ communication pour le Changement de Comportement
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
IP	Indice Plasmodique
KAP	Knowledge Attituds Practices

IST/WA	Intercountry Support Team/ West Africa
Km	Kilomètre
LAP	Lutte Anti-Paludique
LIV	Lutte Intégrée contre les Vecteurs
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
MICS	Multiple Indicators Cluster Surveys
MIS	Malaria Indicators Surveys
MILD	Moustiquaires Imprégnées Longue Durée
MS	Ministère de la Santé
MSF	Médecins Sans Frontière
MRTC	Malaria Research and Training Center
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour la Lutte contre le SIDA
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PDG	Président Directeur Général
PEC	Prise En Charge des Cas
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PID	Pulvérisation Intra-Domiciliaire
PMI	President's Malaria Initiative
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PPTTE	Pays Pauvres Très Endettés
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RAOPAG	Réseau Ouest Africain pour la Prévention du Paludisme pendant la Grossesse
RAOTAP	Réseau Ouest Africain pour la Politique du Traitement du Paludisme
RBM	Roll Back Malaria
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RTA	Rapport Trimestriel d'Activités
RTI	Research Triangle Institute

SASDE	Stratégie d'Accélération pour la Survie et le Développement de l'Enfant
SR/SMI	Santé de la Reproduction/ Santé Maternelle et Infantile
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SIS	Système Information Sanitaire
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
TDRs	Tests de Diagnostic Rapides
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TSS	Technicien Supérieur de Santé
UNFPA	Fonds des Nations Unies Pour la population
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
VAD	Visite à Domicile

Liste des Tableaux

Tableau 1: Indicateurs sanitaires et socio-économiques	13
Tableau 2: Démographie.....	14
Tableau 3: Population à risque de paludisme par strate épidémiologique.....	17
Tableau 4: Interventions RBM (et par pays concerné). Indicateurs et cibles. PNLP.....	19
Tableau 5: Les principaux bailleurs de fonds et leurs domaines d'intervention	24
Tableau 6: Financements en cours par année (2008-2013), (USD)	25
Tableau 7: Objectifs, stratégies, progrès et activités additionnelles nécessaires pour les principaux domaines d'intervention	30
Tableau 8: Résumé des écarts financiers par domaines d'intervention (USD).....	40
Tableau 9: Résumé des écarts financiers par type de coûts (USD)	40
Tableau 10: Résumé des besoins majeurs en commodités.....	41
Tableau 11: Besoins de Financement – Domaines Transversaux (USD).....	44
Tableau 12: Besoins de financement en MII's pour atteindre les objectifs de 2010 de l'initiative RBM.....	48
Tableau 13: PID Besoins de financement et en commodités pour atteindre les objectifs de RBM en 2010 (USD)	50
Tableau 14: Financement des besoins pour la lutte Anti-larvaire et gestion de l'environnement (USD).....	51
Tableau 15: TPI. Besoins de financement pour atteindre les objectifs de RBM en 2010 (USD).	53
Tableau 16: Besoins de financement pour les Services de Diagnostique afin d'atteindre les objectifs de RBM 2010 (USD)	57
Tableau 17: Besoins de financement pour le traitement en vue d'atteindre les objectifs de RBM en 2010.	61
Tableau 18: Besoins de financement pour les situations d'épidémie et d'urgence (USD).....	64
Tableau 19: Besoins de financement pour les activités de plaidoyer, d'IEC/CC (USD).....	65
Tableau 20: Besoins Financiers pour la Supervision, le S&E et la Recherche Opérationnelle (USD).	68
Tableau 21: Partenaires de RBM, rôles et couverture/ capacité de mise en oeuvre	71
Tableau 22: Structures publiques et communautaires de prestation de soins, 2007.....	76
Tableau 23: Situation des structures privées au Mali en 2007.....	77

Liste des graphiques

Figure 1: Strates épidémiologiques selon le nombre de mois.....	16
Figure 2: Evolution comparative des morbidités palustres du Mali et celles attendues par RBM de 2000 à 2006.	22
Figure 3: Evolution comparative des taux de mortalité palustre du Mali et celles attendues par RBM de 2000 à 2006.	23
Figure 4: Circuit d'approvisionnement en TDR CTA et en Quinine gratuit.....	74
Figure 5: Organigramme de la direction du programme national de lutte contre le paludisme	80

1. Introduction

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) du Mali, appuyé par ses partenaires, vient de terminer son évaluation des besoins « Need Assessment » pour accélérer l'atteinte des objectifs de l'initiative FRP sur la période 2008-2010 et au-delà.

Il est clairement démontré que pour escompter atteindre les résultats, il faut nécessairement étendre à l'ensemble de la population exposée, avec une couverture plus grande pour les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et les PvVIH, toutes les stratégies de prévention, de traitement et de soutien pour lutter contre le paludisme.

Cet impératif exige la mise en place urgente d'un programme de mise à échelle accélérée des interventions de base pour parvenir à un impact à l'horizon 2010.

Pour ce faire, une évaluation des besoins des pays à travers une démarche méthodologique et consensuelle est conjointement conduite par l'équipe PNLP, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), la société civile avec l'appui de consultants pour produire un document qui reflète les besoins du pays dont leur résolution permettra la réalisation des objectifs du plan stratégique du pays et les objectifs RBM de 2010.

Les objectifs de l'évaluation sont (i) Identifier les insuffisances programmatiques, financières et opérationnelles, les contraintes et les opportunités pour atteindre les objectifs du plan stratégique national de lutte contre le paludisme et les objectifs RBM 2010 mondiaux sur la période 2008 – 2010 et au-delà. (ii) Collecter les informations disponibles pour alimenter la proposition de la 9^{ème} série du Fonds Mondial pour le Sida, la tuberculose et le paludisme. (iii) Evaluer les besoins du pays pour l'atteinte des objectifs du plan stratégique en collaboration avec les PTF et la société civile (iv) Faciliter l'élaboration du business plan du Pays.

Le résultat attendu est la production d'un document unique, complet et consensuel intégrant les besoins du pays en matière de lutte contre le paludisme pour l'atteinte des objectifs du plan stratégique. Cette évaluation a été dirigée par les consultants Dr René PARE, Dr Harakeye Ndayisaba M GORETI et Dr Sékou DRAME.

2. Méthodologie

Afin de conduire à bien cette mission d'évaluation des besoins du PNLP du Mali, les étapes suivantes ont été suivies:

- Séance de travail avec l'équipe PNLP du Mali et revue des approches méthodologiques
- Visites de courtoisie aux autorités sanitaires (le secrétaire général du ministère de la santé par intérim), aux PTF (OMS, Voix du Mali, Save the Children, Médecins Sans Frontière (MSF), les Organisations de la Société Civile (OSC), le Fonds Mondial).
- Atelier inaugural d'information, d'appropriation des outils de collecte des données.

Cet atelier a permis de rappeler le Business plan, de présenter l'outil de calcul de l'évaluation des besoins, le guide de collecte des données. Les acteurs se sont approprié des outils et l'ont adapté au contexte national.

Une revue documentaire et un inventaire des interventions du PNLP ont été faits. Nous avons ensuite procédé à :

- La collecte des données qualitatives et quantitatives par huit équipes constituées par les agents du PNLP, leurs partenaires essentiels et les consultants à travers des entretiens approfondis ou des discussions en focus group avec les cibles sélectionnées ;

- La restitution et la validation des données collectées par les différentes équipes en plénières ;
- L'analyse des données ;
- L'élaboration du rapport draft ;
- la restitution de l'évaluation en atelier ;
- L'Introduction des amendements et la production du rapport final.

La revue documentaire

La revue documentaire et l'inventaire des interventions ont constitué l'élément de départ de notre investigation en prenant en compte d'ores et déjà les documents suivants :

- Politique nationale de lutte contre le paludisme, Ministère de la santé du Mali, 2006 ;
- Plan stratégique pour la lutte contre le paludisme au Mali, 2007-2011, Ministère de la santé du Mali, 2006 ;
- Rapport d'évaluation des activités de lutte contre le paludisme ;
- Rapport de mission consultative de faire reculer le paludisme (FRP) au Mali: actions essentielles pour soutenir l'atteinte des objectifs d'Abuja ;
- Mali RBM state of the moment;
- Overview of malaria control activities and programme progress, RBM, Mali 2005;
- Sixth call for Proposals; strengthening of Malaria control in Mali, July 2006;
- Mali state of the moment, RBM, 2001;
- Mission consultative RBM au Mali : actions essentielles pour soutenir l'atteinte des objectifs d'ABUJA, Massambou Sacko, Attaher Touré et all, Novembre 2003 ;
- Impact of LLINs and ACTs measured using surveillance data in four African countries, January 2008;
- Efficacy of chloroquine and SP for the treatment of uncomplicated falciparum malaria in Koumantou, Mali, Xavier de Rodriguez, Kandja Diallo, March 2006;
- L'enquête démographique et de santé au Mali, 2006 ;
- Conférence Internationale sur le plaidoyer pour la lutte contre le paludisme à Bamako Mali, Novembre 2007 ;
- Plan d'accélération des activités de lutte contre le paludisme au Mali, PNLP, avril 2007 ;
- Nets Available in Mali for 2007 from All Sources (Based on Donor Meeting Discussion in Bamako), January 2007;
- RBM need assessment Guideline, march 2008;
- President's malaria initiative, malaria operation plan, Mali 2008;
- Malaria operation plan (MOP) Mali, 2008;
- RBM, Résultats préliminaires de la mission d'évaluation des besoins, mars 2008 ;
- Programme de développement socio sanitaire 2005-2006, Ministère de la santé du Mali, décembre 2004 ;
- Les objectifs du millénaire pour le développement ;
- Maximiser l'utilisation correcte des CTA dans le cercle de Kolondiéba, septembre 2007 ;
- Synthèse du document Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté au Mali, décembre 2006 ;
- UNICEF Mali, Rapport progress Child survival Mali;
- UNICEF, acceleration child survival and development, final report CIDA, may 2005;
- MSF, Accès aux soins de santé primaires au Mali, résumé des résultats d'une enquête réalisé dans la région de Sikasso ; juin 2005 ;
- MSF, comments from MSF on a global Partnership against Malaria;
- MSF, expérience de réduction de la barrière financière pour les patients dans le cercle de Kangaba, 2008 ;

- USAID, Evaluation de la campagne de distribution des moustiquaires imprégnés dans la région de Kayes, fev 2008;
- Rapport de distribution des MILD, PSI, 2008 ;
- RBM consensus statement ACT;
- Plan mondial de lutte contre le paludisme ;
- Zanzibar RBM need assessment ;
- RBM win statement vector.

3. Profil épidémiologique, données démographiques et socio-économiques

3.1 : Aspects démographiques et socio sanitaires :

Le Mali est un pays continental situé au cœur du Sahel. Il couvre une superficie de 1.241.238 km². Il est limité au nord par l'Algérie, à l'Est par le Niger et le Burkina Faso, au Sud par la Côte d'Ivoire et la Guinée et à l'Ouest par le Sénégal et la Mauritanie.

La population réactualisée en 2008 est de 12 299 691 habitants selon le Recensement Général de Population et de l'Habitation de 1998 (cf. tableau n°2) composée de 49,5% d'hommes et 50,5% de femmes. Elle est en majorité rurale (73,2%) est très jeune (46,6% de moins de 15 ans). La population est en majorité pauvre (59,2% d'entre elle vit en dessous du seuil absolu de pauvreté).

Les indicateurs socio sanitaires sont marqués par des taux élevés de mortalités infantile (96‰), infanto juvénile (191‰) et maternelle (464 pour 100 mille naissances vivantes). Elles sont dues à des causes le plus souvent évitables. Les cinq premières causes de mortalité des enfants (moins de 5 ans et plus de 5 ans) sont par ordre d'importance le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA), les diarrhées, la malnutrition et la rougeole.

Le Mali est un pays pro nataliste avec un taux d'accroissement annuel de 2,2% et un indice synthétique de fécondité de 6,8 (voir tableau n° 1).

Tableau 1: Indicateurs sanitaires et socio-économiques

Indicateur	Taux/Ratio	Source (et année)
Taux brut de natalité	49‰	RCPH98
Taux de croissance démographique	2,2%	RCPH98
Mortalité néonatale	46‰	EDS IV 2006
Mortalité infantile	96‰	EDS IV 2006
Mortalité des enfants en dessous de 5 ans	191‰	EDS IV 2006
Ratio de Mortalité maternelle	464 pour 100 mille naissances vivantes	EDS IV 2006
Nombre Femmes recevant des soins prénataux	71% (437)	SNIS 2007
Accouchements par des professionnels	62% (379241)	SNIS 2007
Taux de Fertilité général	187‰	EDS IV 2006
Prévalence du HIV dans la cohorte des 14-49 ans	1,3%	EDS IV 2006
Espérance de vie	65,5 ans	(CPS-MS 2005 ; Performance 2002-2005)
Alphabétisation	29,9% (M=46,9% F=25,4%)	EDS IV 2006
Population en dessous du seuil de pauvreté	59,2%	CSLP 2007
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	6,8	Plan stratégique lutte contre paludisme 2007-2011
Taux brut de scolarisation au primaire	74,4%	ELIM 2006
Taux de prévalence contraceptive	8,2%	EDS IV 2006
Pourcentage de la population vivant en milieu rural	68,3%	ELIM 2006

Tableau 2: Démographie

Indicateur	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Source (et année)
Population Totale	12299 691	12846830	13129461	13418309	13713512	14015209	RGPH 98
Taille moyenne des ménages	5,7	5,7	5,7	5,7	5,7	5,7	RGPH 98
Nombre total de ménages	2205313	2253830	2303414	2354089	2405879	2458809	RGPH 98
Nombre de femmes enceintes*	628514	642342	656473	670915	685676	700760	RGPH 98
Nombre d'enfants	-	-	-	-	-	-	-
Nombre d'enfants en dessous de 5 ans**	2262651	2312429	2363303	2415296	2468432	2522738	RGPH 98
Pourcentage de la population vivant en zone urbaine	26,8%	26,8%	26,8%	26,8%	26,8%	26,8%	26,8%

3.2. Aspects Epidémiologiques

Le paludisme constitue la première cause de morbidité et de mortalité au Mali. Il sévit sous un mode endémique dans les régions du centre et du sud et épidémique dans les régions du nord.

Il y a une extrême variabilité de la situation épidémiologique en fonction des faciès géoclimatiques (Doumbo et, al., 1989 ; Doumbo 1992) (figure 1) :

- Une zone soudano-guinéenne à transmission saisonnière longue de ≥ 6 mois. Dans cette zone, l'indice plasmodique chez les enfants est $\geq 80\%$. L'état de prémunition est acquis vers l'âge de 5-6 ans ;
- Une zone sahélienne à transmission saisonnière courte ≤ 3 mois. Dans cette zone l'IP se situe entre 50-70%. L'état de prémunition est rarement atteint avant l'âge de 9-10 ans ;
- Une zone de transmission sporadique, voire épidémique, correspondant aux régions du Nord et certaines localités des régions de Koulikoro et de Kayes (Nara, Nioro, Diéma, Yélimané, Kayes). L'IP est en dessous de 5%. Tous les groupes d'âge sont à risque de paludisme grave. Une précaution particulière doit être prise chaque fois que ces populations migrent vers le Sud du pays.
- Des zones de transmission bi ou plurimodale comprenant le delta intérieur du fleuve Niger et les zones de barrage et de riziculture : Niono, Sélingué, Manantali et Markala. L'IP se situe entre 40-50%. L'anémie reste un phénotype clinique important ;
- Des zones peu propices à l'impaludation, particulièrement les milieux urbains comme Bamako et Mopti où le paludisme est hypo endémique. L'IP est $\leq 10\%$ et les adultes peuvent faire des formes graves et compliquées de paludisme. D'ici 2020, cette population urbaine et péri-urbaine constituerait environ 50% de la population africaine au Sud du Sahara. Ce qui augmenterait la « masse » de population cible.

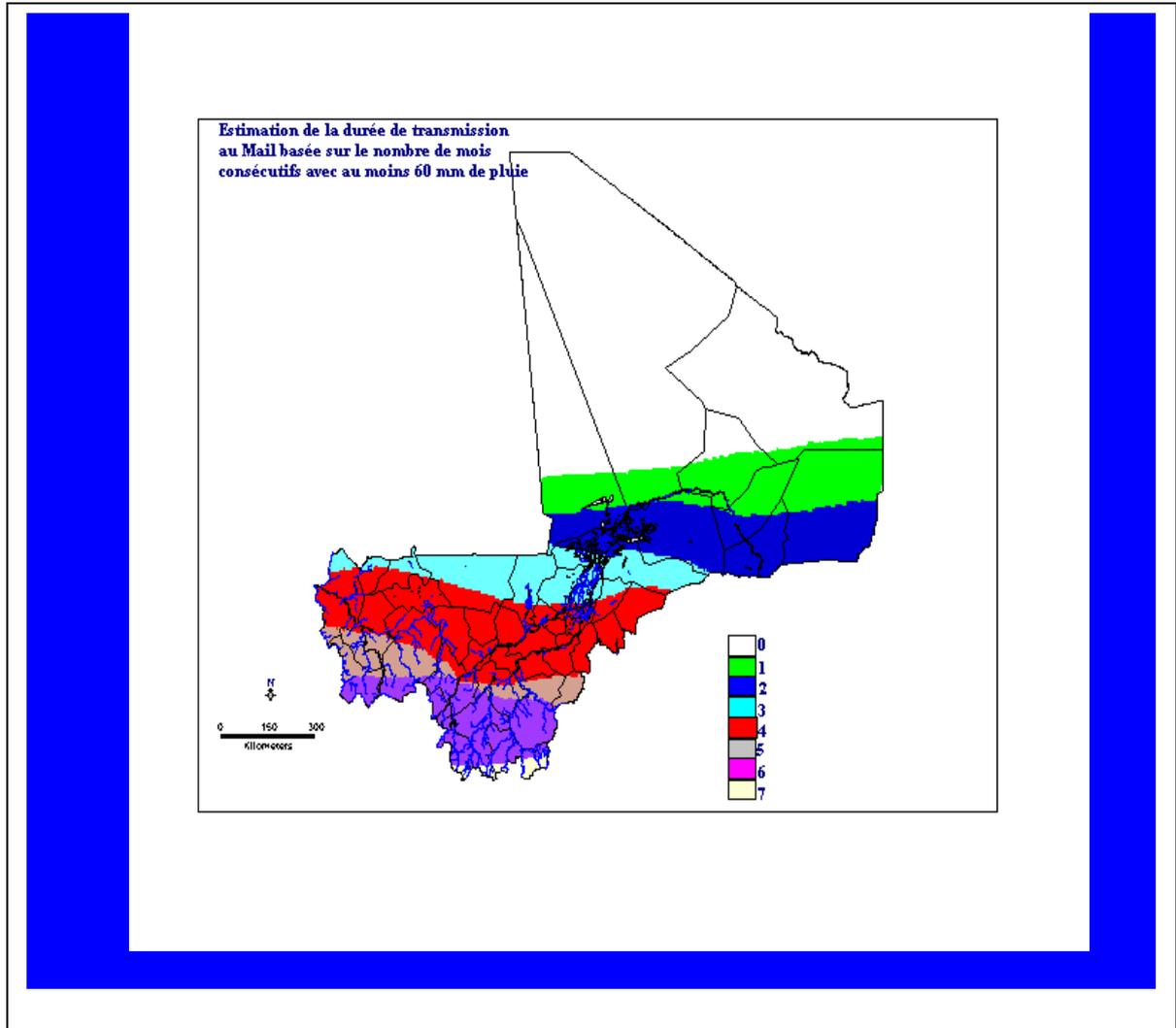


Figure 1: Strates épidémiologiques selon le nombre de mois

Source : Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2007-2011.

Les agents pathogènes les plus courants sont (Doumbo et al., 1991, 1992) :

- *Plasmodium falciparum* contribue de 85 à 90% de la formule parasitaire et est responsable des formes létales, graves et compliquées du paludisme au Mali ;
- *Plasmodium malariae*, contribue pour 10-14% de la formule parasitaire ;
- *Plasmodium ovale*, contribue pour 1% de la formule parasitaire.

Les principaux vecteurs du paludisme au Mali sont (Touré et al, 1986, 1998) :

- Complexe *Anophèles gambiae* *sl* avec ses formes chromosomiques (*An. Gambiae* *ss* forme chromosomique Mopti, Bamako, Savana) et *Anophèles arabiensis*
- *Anophèles funestus*

Les différentes formes chromosomiques et *Anophèles arabiensis* et la forme Mopti d'*Anophèles gambiae* *ss* se rencontrent surtout dans les zones arides au Nord et les zones inondées centrales tandis que les formes Bamako et Savana se rencontrent dans les zones humides au Sud.

Du point de vue des variations saisonnières, les fréquences d'*Arabiensis* et de Mopti prédominent avant et après la saison des pluies tandis que celles des formes Bamako et Savane prédominent pendant la saison des pluies.

Toutes ces espèces sont d'excellents vecteurs de la transmission du paludisme au Mali et réalisent une transmission dite « en relais » dans les zones de sympatrie (Traoré 1989, Sangaré 2000).

3.3. Ampleur du fardeau du paludisme

Le paludisme constitue le premier motif de consultation et d'hospitalisation, la première cause de décès dans les formations sanitaires. En 2006, les structures de santé ont enregistré **1 022 592 cas** de paludisme ayant causé **1 914 décès** (Annuaire 2006). Nous savons que ces données ne représentent pas la situation réelle du fait du manque d'information sur les structures de soins privées et la non prise en compte des cas de paludisme pris en charge au niveau communautaire.

La répartition de la population à risque de paludisme par zone est donnée par le tableau 3.

Tableau 3: Population à risque de paludisme par strate épidémiologique

Indicateurs	Nombre	Pourcentage	Source (et année)
Population vivant dans des zones de paludisme stable	2213944	18%	Plan stratégique 2007-2011
Population vivant dans des zones de paludisme instable	10085747	82%	Plan stratégique 2007-2011
Population vivant dans des zones non affectées par le paludisme	0	0%	Plan stratégique 2007-2011

4. Progrès, écarts estimés et besoins

4.1. Développement des objectifs de 2010

Le Mali, à l'image des autres pays endémiques de la région Afrique, et suite à plusieurs sommets de chefs d'Etat et de Gouvernements dont le plus déterminant tenu à Abuja le 25 avril 2000 sur l'initiative FRP, s'est engagé dans la lutte contre le paludisme à travers des plans de lutte contre le paludisme 2001-2005 puis 2007-2011.

Les cibles étaient les groupes vulnérables, notamment les enfants de moins de cinq ans (18% de la population totale) et les femmes enceintes (5% de la population générale).

Malgré les efforts déployés l'impact des interventions n'a pas permis d'atteindre les objectifs de l'initiative FRP qui sont pour les résultats attendus (80% d'enfants fébriles de moins de 5 ans qui reçoivent un traitement correct dans les 24 heures ; 80% de femmes enceintes prenant au moins deux doses de SP pour la TPI ; 80% de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées; 80% des enfants de moins cinq ans dormant sous moustiquaires imprégnées et 80% des concessions ou de structures pulvérisées au niveau des zones ciblées) et des résultats d'impact (réduction de 50% de la morbidité et de la mortalité).

Il est clairement démontré que pour escompter atteindre les résultats, il faut nécessairement étendre à l'ensemble de la population, avec une couverture plus grande pour les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et les PvVIH, toutes les stratégies de prévention, de traitement et de soutien pour lutter contre le paludisme.

L'analyse du tableau 4 (colonnes 4 et 8) nous montre que le PNLP et RBM sont en phase sur les objectifs d'impact (réduction de 50% de la morbidité et de la mortalité) et de résultats (80% d'enfants fébriles de moins de 5 ans qui reçoivent un traitement correct dans les 24

heures ; 80% de femmes enceintes prenant au moins deux doses de SP pour la TPI ; 80% de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées; 80% des enfants de moins cinq ans dormant sous moustiquaires imprégnées et 80% des concessions ou de structures pulvérisées au niveau des zones ciblées).

Mais lorsqu'on analyse les morbidités palustres enregistrées de 2000 à 2006, on se rend compte qu'il y a une augmentation exponentielle des cas présumés palustres inversement proportionnels à l'évolution théorique, selon RBM, qui aboutirait à une réduction de moitié (de 546 634 à 273 317 cas. (cf. figure numéro 2). De même le taux mortalité palustre chez les enfants de moins de 5 ans ne baisse pas avec le temps. Il y a eu, au contraire, un pic en 2003 qui correspond à une épidémie dans les régions nord du pays (voir figure numéro 3) , On se rend compte que les taux de morbidité et de mortalité restent toujours très élevés par rapport aux résultats attendus (Tableau n°4). Si on peut émettre des hypothèses sur l'amélioration de la tenue des statistiques, il y a véritablement toujours de réels problèmes de morbidité et de mortalité palustres au Mali.

Tableau 4: Interventions RBM (et par pays concerné). Indicateurs et cibles. PNLP

Indicateurs	Année de base	PNLP Cible 2008	PNLP Cible 2009	PNLP Cible 2010	PNLP Cible 2011	PNLP Cible 2012	PNLP Cible 2013	RBM Cible 2010	PNLP exécuté 2006/2007
Taux de mortalité brut (enfants de moins de 5 ans)	96‰ (2006)	-	-	-	-	-	-		NA
Mortalité attribuée au paludisme (tous âges)	1914 décès (Annuaire 2006)	-	-	-	-	-	-	50% réduction à partir de 2000	1914 décès (Annuaire 2006)
Mortalité attribuée au paludisme (enfants de moins de 5 ans)	370 décès sur 336670 (0,11%) (baseline 2005 SNIS) 6eme round FM	312 décès sur 353979 (0,088%)	244 décès sur 316546 (0,077%)	183 décès sur 277294 (0,066%)	130 deces sur 236162 (0,055%)	-	-	50% réduction à partir de 2000	NA
Mortalité attribuée au paludisme (enfants de moins de 5 ans)	2000 13,68% (SNISS 2006)							50% réduction à partir de 2000	2006 18,72% SNISS 2006
Mortalité attribuée au paludisme (5 ans et plus)	681 décès (Annuaire 2006)	-	-	-	-	-	-	50% réduction à partir de 2000	681 décès (Annuaire 2006)
Morbidité attribuée au paludisme (enfants âgés de moins de 5 ans)	329495 (Annuaire 2006)	-	-	-	-	-	-	50% réduction à partir de 2000	329 495 (Annuaire 2006)
Morbidité attribuée au paludisme (5 ans et plus)	690107 (Annuaire 2006)	-	-	-	-	-	-	50% réduction à partir de 2000	
Taux de Létalité des cas (enfants en dessous de 5 ans)	3,74 ‰ (Annuaire 2006)	-	-	-	-	-	-	50% réduction à partir de 2000	
Taux de létalité des cas (5 ans et plus)	0,99 ‰ (Annuaire 2006)	-	-	-	-	-	-	50% réduction à partir de 2000	NA

% d'enfants fébriles de moins de 5 ans qui reçoivent le traitement correct dans les 24 heures	48% (enquête 2006)	60%	66%	72%	80%	-	-	80%	48% (enquête 2006)
% de fièvre/paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans pris en charge correctement dans les services de santé	15% (EDS IV 2006)	40%	60%	75%	80%	100%	100%		15% (EDS IV 2006)
% Paludisme grave chez des enfants en dessous de 5 ans pris en charge correctement dans les services de santé	93% (enquête 2006)	97%	98%	99%	100%	100%	100%		93% (enquête 2006)
Nombre de cas d'hospitalisation due au paludisme (tous ages)	238324 (2007)	-	-	-	-	-	-		238324 (2007)
Nombre de cas d'hospitalisation dus au paludisme (enfants de moins de 5 ans)	81010 (2007)	-	-	-	-	-	-		81010 (2007)
Nombre de cas d'hospitalisation dus au paludisme (5ans et plus)	157314 (2007)	-	-	-	-	-	-		157314 (2007)
% de femmes enceintes prenant au moins deux doses de SP pour la TPI	37,30% (Enquete PNLP 2006)	55%	65%	65%	75%	80%	80%	80%	37,30% (Enquete 2006)
Proportion de la population à risque de paludisme protégée par des mesures de prévention adéquates (MII, PID)								80%	
% de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées (MII)	36%	54%	62%	70%	80%	80%	80%	80%	
% de femmes enceintes dormant sous moustiquaires	38,9% (Enquete PNLP 2006)								38,9% (Enquete 2006)
% d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire imprégnée (MII)	38, 2% (Enquete PNLP 2006)	56%	64%	72%	80%	80%	80%	80%	38, 2% (Enquete PNLP 2006)
% d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires	72,0% (Enquete PNLP 2006)	48%	56%	64%	72%	80%	80%		72,0% (Enquete PNLP 2006)
% de moustiquaires imprégnées à l'insecticide dans les derniers 12 mois (données des 6 derniers mois)	30,5% (Enquête PNLP 2006)	-	-	-	-	-	-		30,5% (Enquete 2006)

% de concessions ayant au moins une MII	61,5% (EDS VI, 2006)	70%	75%	80%	80%	80%	80%		61,5% (EDS VI, 2006)
Pourcentage de la population générale dormant sous moustiquaires	65,9% (Enquete PNLN 2006)								65,9% (Enquete 2006)
Proportion de concessions ou de structures pulvérisées au niveau des zones cibles	-	-	-	-	-	-	-	Au moins 80% dans les zones ciblées	-
Proportion de la population protégée par les PID	-	-	-	-	-	-	-		-

Incidence du palu E moins de 5 ans	2005 336670 sur 2104185 (16%)	353 979 /27 65462 (12,80%)	316546/282 6303 (11,20%)	277294/288 8481 (9,60%)	236162/295 2028 (8%)				
Morbidité palustre chez les E moins de 5 ans	2000 546634 (SNISS 2006)								2006 1022592 (SNISS 2006)
incidence palu dans population generale	962706/11 689 914 (8,24%)	828382/125 70284 (6,59%)	741262/128 46 830 (5,77%)	648595/131 29461 (4,94%)	552834/134 18309 (4,12%)				
Nombre et % d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre presume paludisme simple ayant reçu un traitement par les ACTs dans une formation sanitaire.	2006 0%	283 183/353 979 (80%)							
Nombre et % de tous les groupes cibles avec fièvre presume paludisme simple ayant reçu un traitement par les ACTs dans une formation sanitaire.	2006 0%	662 706/828 382 (80%)							
Nombre et % des femmes enceintes ayant reçu au moins un TPI1	2006 35 963/599 387(6%) EDS IV	439 960/628 514 (70%)						2006 35 963/599 387(6%) EDS IV	
Nombre et % de cas de paludisme détecté par les TDR et la microscopie		662 705/828 382 (80%)							

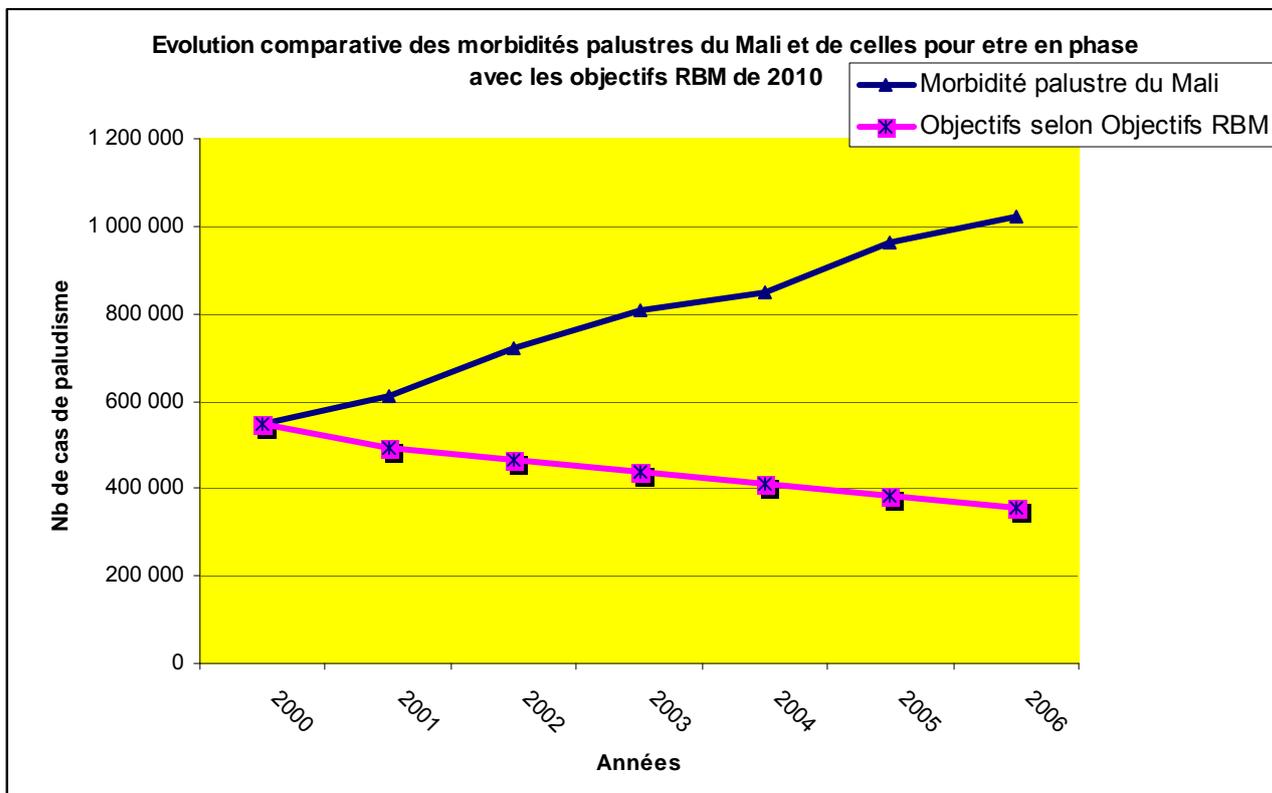


Figure 2: Evolution comparative des morbidités palustres du Mali et celles attendues par RBM de 2000 à 2006.

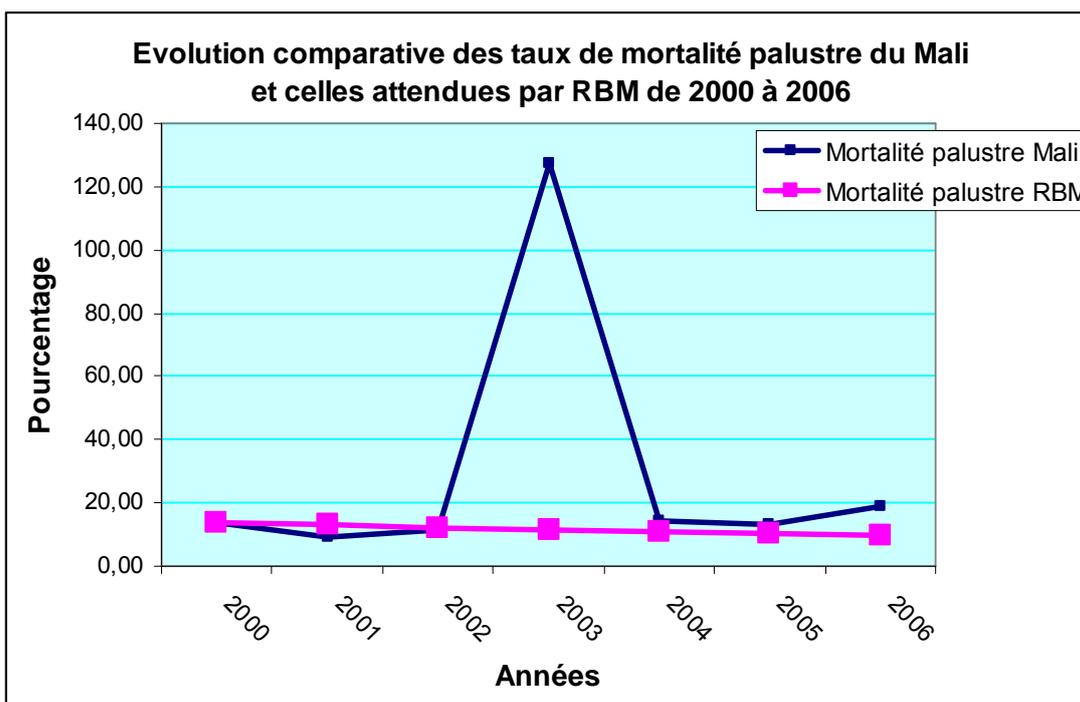


Figure 3: Evolution comparative des taux de mortalité palustre du Mali et celles attendues par RBM de 2000 à 2006.**4.2. Financement en cours**

Il y a une amélioration des allocations budgétaires à la lutte contre le paludisme. L'État malien a augmenté substantiellement ses allocations budgétaires au secteur de la santé (7% de budget national) et de plus en plus de partenaires appuient le PNLP à travers le financement des différentes composantes de ses plans stratégiques. (Cf Tableau 5 sur la répartition des partenaires par composante).

Beaucoup d'efforts dans la planification d'appui budgétaire sont faits par les partenaires qui communiquent à l'avance, comme le montre le tableau 6, les montants des financements au PNLP.

Tableau 5: Les principaux bailleurs de fonds et leurs domaines d'intervention

Organisations	Domaines d'intervention									
	MII	PID	Lutte anti-larvaire	TPI	Diagnosis	Traitement	IEC/BCC	Epidémie	S&E	Gestion de programme
Ministère de la santé	+		+	+	+	+	+	+	+	+
FMSTP	+		+	+	+	+	+	+	+	+
PMI	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
BM Booster	+									
UNICEF	+			+						
OMS	+			+	+	+		+	+	+
USAID	+			+			+		+	
Voix du Mali							+		+	
PSI	+			+			+		+	+
Plan Mali	+			+			+		+	
MSF				+	+	+	+		+	
Save the Children	+				+	+	+		+	

Tableau 6: Financements en cours par année (2008-2013), (USD)

Organization	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Source
Ministère de la santé	406 705	5780952					PO PNLP 2008 & 2009
FMSTP	6 703 715	5 214 224	5 745 382	6 184 385	0	0	Requete FM
USAID/PMI	8932000	8932000	8932000	8932000	8932000	8932000	USAID (PMI)
BM Booster	-	-	-	-	-	-	
UNICEF	-	-	-	-	-	-	
OMS	292000	292000	292000	292000	292000	292000	Plan de travail OMS
BID	6550000						
Groupe PIVOT (CCC & MILD)	2769465	3116725	3376037	3654447	4111420		
OPID	37014						PO PNLP 2008
OMVS	1749540	965774					
Total Funds Available (\$)	27 440 439	24 301 675	18 345 419	19 062 832	13 335 420	9 224 000	

4.3. Besoins estimés et requêtes, pour atteindre les objectifs de 2010

Les tables 7 – 11 sont des résumés de tous les besoins financiers et en commodités (Tableaux 8 – 11) et autres besoins (Tableau 7)

Concernant les MII, il y a globalement une mobilisation de ressources additionnelles pour l'acquisition de MILD (Round 6, Etat, Coopération canadienne et d'autres partenaires) suivi de la détaxe à travers l'exonération des MII (cf. Décret n°06-565/PRM du 29 décembre 2006 en annexe 1). Il s'en est suivi un accroissement du nombre de MILD distribuées passant de 506 545 en 2006 à 2 982 346 en 2007. Les taux d'utilisation des moustiquaires varient d'une enquête à une autre mais l'EDS IV 2006 montre une augmentation respectivement de 29% pour les femmes enceintes et de 36,3% pour les enfants de moins de 5 ans. Il y a une faible implication des acteurs comme le secteur privé (dans l'approvisionnement et la distribution), les relais communautaires (dans la distribution et la sensibilisation à l'utilisation).

La PID est relativement récente (en phase pilote) dans deux districts sanitaires. Il ressort que la Division d'Hygiène Publique et de Salubrité (DHPS) et les CSRef n'ont pas été impliqués dans l'élaboration du document PID et besoins en insecticide et accessoires. Il y a une faible capacité du personnel de santé à piloter, suivre et évaluer les activités de PID.

Nous recommandons par conséquent d'associer, dès à présent, les représentants des ministères de l'environnement, de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, la DHPS, les CSRef et les collectivités décentralisées. Il faudra prévoir et assurer un plan de formation des agents de santé aux différents niveaux opérationnels du système, planifier 100% des foyers des zones ciblées et prioriser, dans le passage à l'échelle, les régions du nord, sites d'épidémie palustre et les districts de Nara, Nioro, Yélémané, Kayes et Diema.

La TPI n'est pas encore effectivement gratuite dans toutes les zones, en dépit de la volonté politique et des engagements des partenaires. Les femmes enceintes continuent de supporter, en plus du coût du ticket modérateur, le coût de la SP qui est de l'ordre de 85 F CFA. Il faut rendre la gratuité de la TPI effective dans toutes les zones du Mali.

Par rapport au diagnostic, des efforts sont faits pour former les agents de santé au niveau opérationnel sur le diagnostic, l'interprétation des résultats des TDR, de la parasitologie. Mais il y a des taux anormalement élevés de faux négatifs au TDR déjà disponibles au niveau des structures de soins. Il est rapporté une insuffisance de formation du personnel de santé à l'utilisation des tests PARACHECK par rapport aux tests OPTIMAL (le personnel a été formé essentiellement à l'OPTIMAL et se trouve de fait en train d'utiliser le PARACHECK).

Beaucoup de spécialistes pensent que le taux élevé de faux négatifs est lié à des problèmes de conservation des tests. Nous suggérons une recherche opérationnelle d'investigation permettant d'identifier les déterminants et, par voie de conséquence, des recommandations conséquentes pour l'utilisation judicieuse des TDRs. Il faut appliquer un contrôle de qualité de façon générale et plus spécifiquement aux TDRs

En ce qui concerne le traitement, 80% d'enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes sont ciblés pour la prise en charge gratuite des cas avec les combinaisons à base de dérivés d'artémisinine en comprimé (Artésunate-Amodiaquine comprimés et Artémether-Luméfantrine cp). Pour le traitement du paludisme simple et la quinine pour le traitement des cas de paludisme grave. Tout cas de paludisme chez la

femme enceinte doit être considéré comme un cas grave et traité en conséquence avec la quinine.

Au compte **des progrès enregistrés**, il y a :

- une politique nationale de prise en charge thérapeutique au Mali,
- les résultats de la recherche faite au Mali par MRTC/DEAP sur les traitements disponibles notamment les résistances à la chloroquine, les nouvelles combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine qui sont pris en compte dans l'élaboration de la politique nationale,
- L'existence de manuels de formation sur le traitement du paludisme.
- L'accompagnement l'Etat par les PTF dans le financement du traitement,
- La participation de certains prestataires du secteur privé à la formation.

Par rapport **aux goulots**, le traitement par les ACT souffre de ;

- la résistance de certains professionnels de santé à les prescrire,
- la non administration judicieuse des ACT (refus de l'Amodiaquine par certains patients),
- l'insuffisance de gestion des stocks, de supervision et du contrôle de qualité,
- la non gratuité effective pour les groupes cibles etc.

Nous recommandons que le ministère de la santé, accompagné de ses principaux partenaires, crée une subvention ou un système de compensation de la gratuité (au moins pour les intrants comme les ACT, la SP, les MILD...).

Il faudrait réfléchir à une possible politique de contractualisation avec les partenaires/ONG sur le terrain pour améliorer la qualité des soins, étendre la prise en charge au niveau communautaire et pérenniser les expériences réussies (Kangaba où l'ONG Médecins sans Frontière a permis d'accéder aux services gratuitement et une forte implication des agents communautaires dans la distribution des MILD, de la SP).

Le PNLP devrait dans les meilleurs délais étendre la gratuité à d'autres cibles vulnérables en particulier aux PvVIH et aux indigents.

Gestion des épidémies : deux axes stratégiques sont retenus notamment la prise en charge des cas et la pulvérisation intra domiciliaire (PID) dans les zones épidémiques.

Progrès :

- il existe un document de politique nationale de gestion et de réponse aux épidémies ainsi qu'un plan d'intervention.
- La gestion des épidémies est inscrite dans les documents de politique et de stratégie sur la lutte contre le paludisme au Mali.
- Il existe un système de préparation, de détection et de riposte aux épidémies de paludisme.
- Il existe un comité intersectoriel permanent de prévention et de riposte aux épidémies aux différents niveaux du système, des sites sentinelles de surveillance épidémiologique.

Goulots d'étranglements :

- le non pré positionnement des kits d'épidémie dans la plupart des zones exposées, les sites sentinelles sont sous équipés et très peu fonctionnels.
- Les données de surveillance des sites sentinelles sont incomplètes et irrégulières et le système de détection des épidémies est entravé par le manque de données de qualité dans certaines régions.

En recommandations, il faut renforcer la surveillance épidémiologique dans les régions à haut risque épidémique, pré positionner les kits d'épidémie dans toutes les zones d'épidémie ; doter le niveau central et/ou régional d'un fond de riposte aux

épidémies ; rendre opérationnels les sites sentinelles (équipements informatiques, logistiques, formation et supervision) ; assurer l'animation permanente des comités intersectoriels de prévention et de riposte des épidémies et disséminer les stratégies de lutte contre les épidémies avant les saisons pluvieuses.

IEC/CCC/Plaidoyer

Il s'agit d'activités de plaidoyer en direction des leaders politiques et donateurs, d'activités de mobilisation sociale en direction de toutes les cibles, d'activités de communication pour le changement de comportement.

Progrès :

Le PNLP dispose d'un plan de communication budgétisé ; les célébrités font partie intégrante des activités de plaidoyer (Cas de Voix du Mali) ; il existe un bulletin d'information semestriel, diffusé régulièrement par Voix du Mali.

Goulots :

Le plan de communication n'est pas encore validé et diffusé auprès des partenaires ; il y a une insuffisance des supports IEC/paludisme au niveau périphérique et communautaire ; la stratégie d'utilisation et de redynamisation du réseau des relais communautaires dans les activités d'IEC pour le changement de communication (paludisme) n'est pas bien définie et, enfin, une faible capacité du CNIEC (Centre National d'IEC).

Recommandations :

Il faut valider et diffuser le plan de communication dans les meilleurs délais ; élaborer de nouveaux supports et réactualiser ceux existants ; harmoniser les messages et supports IEC ; mettre en place un comité de coordination entre le PNLP et les intervenants IEC/CCC pour le paludisme ; développer les activités de recherche (enquêtes CAP) pour cerner les attitudes, croyances et comportements sur les messages IEC, sur le paludisme ; former et impliquer d'avantage les organisations communautaires dans les activités d'IEC/paludisme ; financer la mise en œuvre du plan stratégique de communication pour la lutte contre le Paludisme.

Suivi/évaluation/recherche

Le Mali dispose d'un plan national de suivi évaluation (draft) et d'une liste consensuelle d'indicateurs de suivi évaluation ; un partenariat est établi entre le PNLP et les centres de recherche sur le paludisme (cas de MRTC) ; les partenaires accompagnent le programme de suivi/évaluation du PNLP. On note l'existence d'un comité d'orientation pour la coordination des activités de lutte contre le paludisme ; le système d'information et de gestion des données au niveau des districts est fonctionnel.

Mais on note une faible capacité des équipes du niveau central, régional et district, à conduire les recherches opérationnelles. La supervision à tous les niveaux du système de santé est irrégulière et insuffisante en raison de l'insuffisance des ressources logistiques et des difficultés de mobilisation des ressources financières.

Les interventions du niveau communautaire ne sont pas prises en compte dans le rapport du SNISS. Il faut finaliser et diffuser le plan stratégique national de suivi évaluation, renforcer les compétences des équipes centrales, régionales et districts pour réaliser des recherches opérationnelles sur le paludisme ; mobiliser des financements pour mener des recherches pertinentes et disséminer largement les résultats à l'attention des populations bénéficiaires ;

Assurer les supervisions formatives régulières à tous les niveaux du système de santé et assurer la rétro information.

Réviser les supports de collecte des données pour intégrer dans les rapports du SNISS, les interventions du niveau communautaire.

Gestion des programmes et systèmes de santé**Progrès :**

Le Mali dispose de texte définissant clairement le mandat du PNLP et une réforme institutionnelle permet au PNLP de disposer des moyens nécessaires à la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre la paludisme 2007- 2011 (l'ordonnance N° 07-022/PRM du 18 juillet 2007)

Le PNLP est érigé en direction nationale rattachée au Secrétariat Général du ministère de la santé.

Il existe un plan stratégique national 2007-2011 et des plans annuels budgétisés, un comité d'orientation de la lutte contre le paludisme

Goulots :

On note une insuffisance en personnels experts pour intensifier la mise en œuvre d'activités en particulier Pharmacien, Ingénieur sanitaire, entomologiste, socio anthropologue etc. L'absence de locaux adaptés et l'insuffisance d'équipements ne permettent pas au PNLP de travailler efficacement. Par ailleurs il y a : une faible capacité de coordination et de gestion des activités de lutte contre le paludisme au niveau des régions des districts et au niveau communautaire; une insuffisance de coordination par le comité national d'orientation ; une insuffisance de mécanisme de collaboration entre les acteurs privés, parapublics, confessionnels et publics au niveau District et Régional ; une insuffisance des moyens logistiques et financiers pour la supervision ; un retard d'approvisionnement dû à la diversité et à la complexité des procédures de financement et d'achat. Enfin la lourdeur administrative dans la mobilisation et l'acquisition des ressources constitue aussi un obstacle dans la célérité des interventions.

Recommandations :

Doter le PNLP en personnels experts supplémentaires pour l'intensification de la lutte, en ressources nécessaires (moyens logistiques) pour intensifier les activités de lutte contre le paludisme ; renforcer la capacité de coordination et de gestion du PNLP à travers un financement conséquent et un plan de formation efficace des agents du PNLP ; renforcer également la capacité de coordination et de gestion des activités de lutte contre le paludisme au niveau régional et opérationnel ; le comité national d'orientation devra jouer son rôle en convoquant les rencontres statutaires, en suivant les indicateurs de performance du PNLP et le suivi de la mise en œuvre des différentes recommandations ; renforcer le mécanisme de collaboration entre les acteurs privés, parapublics, confessionnels et publics.

Tableau 7: Objectifs, stratégies, progrès et activités additionnelles nécessaires pour les principaux domaines d'intervention

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies approches et pour les atteindre cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
MILD	80% Enfant de moins de 5 ans Les femmes enceintes	<ul style="list-style-type: none"> - Distribution gratuite en routine dans les FS à travers les CPN et la Vaccination - Campagnes générales - Distribution de masse lors des catastrophes naturelles. 	<p>Progrès:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation de ressources additionnelles pour l'acquisition de MILD (Round 6, Etat, Coopération canadienne.) - Intérêt grandissant des populations pour les MILD - Détaxes à travers l'exonération des MII, des CTA, des TDR et des insecticides - Le nombre MILD distribuées est passé de 506 545 en 2006 à 2 982 346 en 2007 après la campagne de distribution de masse (Evaluation campagne distribution de masse, 2008). - Taux d'utilisation de MII chez les femmes enceintes varie de 29% (EDS 2006) à 38,9% (Enquête PNLP 2006). - Taux d'utilisation de la MII chez les enfants de moins de 5 ans est de 36,3% (EDS 2006) et 38,32 % (Enquête PNLP 2006). <p>Contrôle de qualité fait par le LNS</p> <p>Goulots :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les objectifs nationaux et les stratégies utilisées en ce qui concerne la couverture en MILD ne permettent pas d'arriver à une couverture universelle au cours du plan stratégique (2007-2011). - Les relais communautaires ne sont pas suffisamment 	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un cadre de concertation et de coordination de tous les intervenants et fournisseurs de MILD, par exemple un sous comité au sein de la CCM chargé de recenser tous les

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
			<p>mis à profit dans la distribution des MII et la limitation des cibles du programme aux moins de 5 ans et femmes enceintes ne sont pas encore en faveur de la couverture universelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible implication du secteur privé dans la stratégie nationale de distribution des MII - Absence de mécanismes d'atténuation des fuites comme le marquage <p>Approvisionnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ruptures de stocks souvent dues aux difficultés d'acheminement des MILD au niveau régional et périphérique - Capacités logistiques limitées (stockage, transport) Insuffisance de la sensibilisation 	<p>intervenants, leurs zones d'action et visant à élaborer un plan de distribution pour combler le GAP dans tout le pays</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la communication pour le CCC - Impliquer les relais communautaires dans la promotion, la distribution et le suivi de l'utilisation des MILD - Implication du secteur privé commercial dans la promotion et la distribution des MILD - Renforcer la capacité pour assurer le transport, le stockage et l'approvisionnement des centres de distribution. - Mise en place d'un système approprié de gestion des MILD, d'un plan de remplacement progressif des MII conventionnelles - Formation des acteurs pour la distribution - Améliorer et rendre systématique le marquage des MILD distribuées. L'expérience de MSF à Kangaba sur le marquage devrait être étendu à tout le pays
PID	80%	<ul style="list-style-type: none"> - Campagnes ciblées dans les zones à risque (épidémies, inondations) 	<p>Progrès :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un plan spécifique PID - Existence d'une zone pilote mettant en œuvre la PID - Disponibilité des partenaires à accompagner le programme <p>Goulots :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mise en application de la stratégie de prévention du paludisme basée sur la PID reste timide et ne commence en fait que cette année, 2008 sous forme pilote dans deux districts sanitaires. - Non implication de la DHPS et des CSref dans l'élaboration du document PID et la quantification des besoins en insecticide et accessoires. 	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à bien documenter cette phase pilote de la PID, disséminer les résultats de l'évaluation de la phase pilote avant le passage à échelle. - Impliquer dans le suivi évaluation les représentants des ministères de l'environnement, de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, de la DHPS, des collectivités décentralisées

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies approches atteindre cibles et pour les	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
			- Faible capacité du personnel de santé à piloter suivre et évaluer les activités de PID	-Prévoir et assurer un plan de formation des agents de santé aux différents niveaux opérationnels du système - Renforcer la coordination entre PNLN, DSR, DHPS et les services de l'environnement - Planifier 100% des foyers des zones ciblées - Prioriser dans le passage à l'échelle les régions du nord sites d'épidémie palustre et les districts de Nara, Niore, Yélémani, Kayes et Diema.
Lutte anti larvaire		-	Progrès : Mise en oeuvre sous forme pilote. Goulot : Retard dans la mise en oeuvre de cette stratégie. Faible mobilisation des ressources Faible capacité des agents de santé à exécuter la LAL	Documenter et disséminer les résultats de la phase pilote. Planifier et mettre en oeuvre la LAL dans les sites à potentiel épidémique. Faire un plaidoyer pour la mobilisation additionnelle de fonds pour la LAL.
Paludisme et grossesse	80%	- Distribution gratuite de la SP chez la femme enceinte, deux doses de 3 comp de SP	Progrès : La gratuité du TPI pendant la grossesse est un élément de la politique -Cette politique de gratuité est soutenue par des partenaires Goulot : -La stratégie de distribution gratuite de la SP n'est pas harmonisée sur le territoire national - Non gratuité effective de la TPI du fait du recouvrement des coûts au niveau des formations sanitaires. - les sources d'approvisionnement et les stratégies de distribution sont diverses - insuffisance de coordination entre les services de SR et le PNLN - le TPI n'est administré que par du personnel technique	- adopter une seule source d'approvisionnement et de distribution de la SP -Rendre effective la gratuité du TPI et harmoniser la stratégie de distribution de la SP - renforcer la coordination entre les services de santé de la reproduction et le PNLN impliquer davantage les ONG dans la stratégie de distribution de la SP
Diagnostic	80%	- La politique nationale recommande un	Progrès : les directives à l'intention des agents de santé sur la manière d'interpréter et de suivre les résultats du	

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
		<p>test TDR au niveau CSCOM avant tout traitement CTA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de directives nationales : TDR gratuit pour les enfants de moins de 5ans et les femmes enceintes - Formation du personnel l'utilisation des TDR - Microscopie disponible au niveau CSREF et Hôpitaux 	<p>diagnostic parasitologique du paludisme existant Au niveau CSref et hôpitaux régionaux, la microscopie est de règle</p> <p>Goulot :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le principal goulot d'étranglement est le problème de fiabilité des TDR déjà disponibles au niveau des structures de soins du aux mauvaises conditions de conservation et à la faible capacité de contrôle de qualité - insuffisance de formation du personnel de santé à l'utilisation des tests PARACHECK disponible (qui a été plutôt formé à l'utilisation des tests OPTIMA). 	<ul style="list-style-type: none"> - améliorer les conditions de conservation des TDR à tous les niveaux. - Assurer le contrôle de qualité des tests diagnostics, ainsi que l'assurance qualité externe. - organiser une table ronde avec tous les intervenants et partenaires en matière du diagnostic du Paludisme (cliniciens, chercheurs, MS, prestataires du niveau régional et périphérique et les bailleurs de fond, afin de faire le point sur la situation du diagnostic parasitologique au Mali. - Renforcer les compétences du personnel de santé dans l'utilisation des TDR. - Diffuser les directives au niveau de tous les prestataires
Traitement	80%	<ul style="list-style-type: none"> - Pour la prise en charge des cas, les CTA en comprimé (Artésunate-Amodiaquine comprimés et 	<p>Progrès :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Existence d'une politique nationale de prise en charge thérapeutique au Mali - Prise en compte des résultats des recherches faites au Mali sur les traitements disponibles dans l'élaboration de la politique nationale - Le traitement du paludisme est gratuit pour les enfants 	

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
		<p>Artémether-Luméfantrine cp). pour le traitement du paludisme simple et -la quinine pour le traitement des cas de paludisme grave - Tout cas de paludisme chez la femme enceinte doit être considéré comme un cas grave et traité en conséquence avec la quinine.</p>	<p>de moins de 5ans et les femmes enceintes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de manuels de formation pour assurer le traitement. -Les partenaires accompagnent l'Etat dans le financement du traitement. - certains prestataires du secteur privé bénéficient des sessions de formation sur le traitement <p>Goulots :</p> <ul style="list-style-type: none"> - résistance de certains professionnels de santé à prescrire les ACT - problème de non maîtrise de la nouvelle politique de prise en charge par les prestataires - non administration judicieuse de la combinaison ACT (refus de l'Amodiaquine par certains patients) - Baisse de la qualité des services - recours tardif aux soins (barrières géographiques et surtout financières). Le taux d'accessibilité géographique de la population au CSCOM est estimé à environ 76% (rapport 2006 SIS). Ces barrières font que la population recourt en grande partie à l'automédication (le plus souvent avec les monothérapies) mais aussi aux tradipraticiens. - problème de gestion des stocks, - insuffisance de la supervision et de contrôle de qualité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enquete CAP pour identifier les déterminants de la resistance à la prescription des ACT et proposer des recommandations pour lever le plus tot possible les goulots. - les directives relatives aux nouvelles stratégies de prise en charge du paludisme devraient être diffusées à tous les niveaux et dans le secteur tant public que privé. - Organiser des sessions de formation selon les besoins exprimés dans les districts - Actualiser et adapter les manuels/ directives de formation des prestataires. - Le Ministère de la santé devrait créer un cadre de réflexion sur la viabilité financière des CSCOM dans le contexte de gratuité des intrants pour les programmes prioritaires (la réflexion est en cours) Une subvention ou système de compensation de la gratuité devrait être proposé. -Il faudrait réfléchir à une possible politique de contractualisation avec les partenaires/ONG sur le terrain pour améliorer la qualité des soins, étendre la prise en charge au niveau communautaire et pérenniser les expériences réussies (Kangaba). -Le PNLP devrait négocier une extension de la gratuité aux autres cibles vulnérables comme les PVVIH et les indigents. -La DPM devrait réglementer l'importation des CTA et décourager la vente des monothérapies sur le marché. - Les activités d'IEC/CCC et plaidoyer en direction des prestataires devraient être mises en œuvre dans les meilleurs délais.

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies approches et pour les atteindre cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
				<ul style="list-style-type: none"> - renforcer la collecte des données, gestion des stocks et la supervision et étendre les activités de gestion des données au secteur privé. - mettre en place un système de pharmacovigilance de routine.
Gestion des épidémies		<ul style="list-style-type: none"> - Deux axes stratégiques sont retenues: la prise en charge des cas et la pulvérisation intra domiciliaire (PID) dans les zones épidémiques 	<p>Progrès :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il existe un document de politique nationale de gestion et de réponse aux épidémies ainsi qu'un plan d'intervention. - La gestion des épidémies est inscrite dans les documents de politique et de stratégie sur la lutte contre le paludisme au Mali. - Il existe un système de préparation, de détection et d'action en cas d'épidémie. La section surveillance épidémiologique du MS est chargée de ce volet - Existence d'un comité intersectoriel permanent de prévention et de riposte aux épidémies aux différents niveaux du système - Existence des sites sentinelles de surveillance épidémiologique <p>Goulot :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les kits d'épidémie non pré positionnés dans la plupart des zones exposées. - Les procédures de mobilisation des fonds en cas d'épidémie sont longues - Les sites sentinelles sont sous équipés et très peu fonctionnels. - Les données produites par les sites sentinelles sont incomplètes et irrégulières - Le système de détection des épidémies est entravé par le manque de données de qualité dans certaines régions. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prépositionner les kits d'épidémie de paludisme dans toutes les régions sujettes aux épidémies - Doter le niveau central et/ou régional d'un fond de riposte aux épidémies - Elaborer un module de formation et améliorer les compétences des prestataires de soins des zones épidémiques - Rendre fonctionnelle les sites sentinelles (équipements, formation et supervision) - Assurer l'animation permanente des comités intersectoriels de prévention et de riposte des épidémies - Disséminer les stratégies de lutte contre les épidémies

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
				- Renforcer la surveillance épidémiologique dans les régions à haut risque épidémique
IE C/CCC/Plaidoyer		Il s'agit des activités de plaidoyer en direction des leaders politiques et donateurs et des activités de mobilisation sociale en direction de toutes les cibles ainsi que les activités de communication pour le changement de comportement	<p>Progrès :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le plaidoyer/CCC/IEC fait partie intégrante des axes stratégiques retenues par le PNLP. - il existe un plan de communication budgetisé - Il existe une prise en compte des principales recommandations sur le paludisme dans les déclarations de politiques (Président, Ministres) et des autorités locales et leaders communautaires - Les célébrités font partie intégrante des activités de plaidoyer - Existence d'un bulletin d'information semestriel et diffusé régulièrement par les voix du Mali <p>Goulots :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le plan de communication n'est pas encore validé et diffusé auprès des partenaires - Insuffisance des supports IEC/paludisme au niveau périphérique et communautaire - La stratégie d'utilisation et de redynamisation du réseau des relais communautaires dans les activités d'IEC pour le changement de comportement n'est pas bien définie - Faible capacité et de financement du CNI ECS (IEC central du MS central). 	<ul style="list-style-type: none"> - Procéder à la validation et diffusion de la stratégie nationale de communication - Elaboration des nouveaux supports et réactualiser les supports existants - Harmoniser les messages et supports IEC : mettre en place un comité de coordination entre le PNLP et intervenant IEC/CCC pour le paludisme - Planifier des activités d'IEC et programmes en direction du milieu scolaire - Développer les activités de recherche (enquêtes CAP) pour cerner les attitudes, croyances et comportements des publics cibles - Former et impliquer d'avantage les organisations communautaires dans les activités d'IEC/paludisme - Réfléchir à un système de motivation et de fidélisation des relais : Tirer profit de l'expérience des partenaires sur le terrain (Unicef, MSF) - Créer un comité de réflexion sur la contractualisation de la gestion

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies approches et pour les atteindre cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
				des relais communautaires par les organisations locales/partenaires sur le terrain - Financer la mise en œuvre du plan stratégique de communication pour la lutte contre le Paludisme
Suivi/Evaluation /recherche		-	<p>Progrès :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il existe un plan national de suivi évaluation et une liste consensuelle d'indicateurs de suivi évaluation - Partenariat entre le PNLP et les centres de recherche sur le paludisme comme le MRTC - Existence de partenaires accompagnant le programme dans le suivi évaluation -Existence d'un comité d'orientation pour la coordination des activités de lutte contre le paludisme - Existence dans les régions et districts d'un équipement minimal pour la gestion des données - Affectation du personnel chargé de la gestion des données dans les districts. <p>Goulots :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible capacité des équipes du niveau central, régional et district à conduire les enquêtes MIS et MICS - Problème de maintenance d'équipements pour la gestion des données - Existence de plusieurs outils de recueil de données (SIS, SR, Palu..) - Insuffisance des moyens de supervision des CSCOM - Supervision irrégulière à tous les niveaux. 	<p>Finaliser et diffuser le plan stratégique national de suivi évaluation</p> <p>Renforcer l'équipement du programme pour la gestion de la base de données</p> <p>Renforcer les compétences des équipes centrales, régionales et du district pour qu'ils soient capables de conduire les enquêtes MIS et MICS</p> <p>Identifier les besoins en matière de recherche et assurer les financements</p> <p>Elaborer un plan de supervision et assurer la supervision régulière à tous les niveaux</p> <p>Elargir la collecte des données et la supervision au secteur privé</p> <p>- Assurer la rétro information à tous les niveaux</p>
Gestion des programmes		-	Progrès :	

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies approches atteindres et pour les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
et systèmes de santé			<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un texte définissant clairement le mandat du PNL - réforme institutionnelle pour permettre au PNL de disposer des moyens nécessaires à la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre la paludisme 2007- 2011 (l'ordonnance N° 07-022/PRM du 18 juillet 2007) - Dotation d'un personnel technique pour la mise en œuvre du plan stratégique - Existence d'un plan stratégique national (2007-2011) et d'un plan annuel budgétisés - Existence d'un comité d'orientation de la lutte contre le paludisme - Existence de groupes thématiques - Existence des organes multisectoriels de coordination et de suivi du PRODESS aux différents niveaux du système (national, régional et district) <p>Goulots</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'insuffisance de personnels experts pour intensifier la mise en œuvre des activités reste un défi à relever notamment les besoins en pharmaciens, Ingénieurs sanitaires, entomologistes, socio anthropologues. - L'absence de locaux adaptés et l'insuffisance d'équipements ne permettent pas au PNL de travailler efficacement Insuffisance des moyens logistiques et financiers pour la supervision - La lourdeur administrative dans la mobilisation et l'acquisition des ressources constitue aussi un obstacle dans la célérité des interventions - Retard d'approvisionnement dû à la diversité et à la complexité des procédures de financement et d'achat 	<ul style="list-style-type: none"> -Doter le PNL de personnels experts supplémentaires pour l'intensification de la lutte - Doter le PNL de ressources nécessaires (moyens logistiques, et indemnités) pour intensifier les activités de lutte contre le paludisme - Simplifier les procédures administratives de mobilisation et d'acquisition de ressources pour la lutte contre le paludisme - Renforcer la capacité de coordination et de gestion des activités de lutte contre le paludisme au niveau district et régional

Principales interventions	Cibles-clés (Objectifs 2010)	Stratégies approches atteindre cibles et pour les	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
			<p>-La faible capacité de coordination et de gestion des activités de lutte contre le paludisme au niveau district et régional</p> <ul style="list-style-type: none"> - le Manque de répertoire d'intervenants par zone ainsi que le domaine d'intervention - l'insuffisance de mécanisme de collaboration entre les acteurs privés, parapublics, confessionnels et publics au niveau District et Régional <p>La quantification des besoins en intrants ne reflète pas souvent la réalité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de stockage du fait d'une mauvaise estimation des capacités de stockage aux différents niveaux du système - Gestion difficile des médicaments où une gestion différenciée en fonction des sources d'approvisionnement est imposée - Outils de gestion et de collecte de données multiples surchargeant les responsables de la gestion des stocks à tous les niveaux de la pyramide sanitaire - Mécanisme ou financement de la distribution non prévu perturbant le système national d'approvisionnement. - non fonctionnalité des groupes thématiques du comité d'orientation 	<ul style="list-style-type: none"> - Créer et mettre à jour un répertoire d'intervenants par zone ainsi que le domaine d'intervention -Renforcer le mécanisme de collaboration entre les acteurs privés, parapublics, confessionnels et publics au niveau district et régional - Réfléchir aux mécanismes de motivation du personnel pour augmenter les performances du programme - Simplifier les procédures administratives de mobilisation et d'acquisition de ressources pour la lutte contre le paludisme - Donner les moyens juridiques au PNLP (administration personnalisée) pour lui permettre de mobiliser et d'acquérir les ressources - rendre fonctionnels les groupes thématiques -

Tableau 8: Résumé des écarts financiers par domaines d'intervention (USD)

Intervention de Bases	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
MII	820 925	-3 793 275	-4 613 554	7 073 667	-1 111 826	-1 356 428	-2 980 491
PID	2 204 501	2 282 128	2 361 463	2 442 543	2 525 407	2 610 094	14 426 135
TPI	-24 809	-27 290	-17 408	15 790	156 150	159 570	262 003
Diagnostic (TDR et microscopie)	-8 961 474	-9 875 039	-10 824 147	-17 779 545	-17 410 854	-16 868 879	-81 719 938
Traitement	-5 821 394	-4 079 033	-1 661 618	-3 929 057	-3 933 824	-4 020 368	-23 445 295
Epidémies et Urgences	-147 857	-4 286	-108 571	-4 286	-208 571	-104 286	-577 857
Suivi et Evaluation	-343 795	-431 863	-386 149	-494 842	-605 642	-605 642	-2 867 933
Gestion (fonctionnement de PNLP et du CCM)	1 023 429	-26 571	-26 571	-26 571	-48 571	-48 571	846 574
TOTAL	-11 250 474	-15 955 229	-15 276 555	-12 702 301	-20 637 731	-20 234 510	-96 056 802

Cette table est une compilation des écarts financiers pour atteindre les objectifs de 2010 détaillés dans les tableaux 10a-e et le tableau 11

Tableau 9: Résumé des écarts financiers par type de coûts (USD)

Type de Coûts	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Intrants (Produits)	-11 782 251	-15 492 509	-14 755 264	-12 176 602	-19 774 947	-19 476 011	-93 457 586
Coûts de distribution	900 934	922 321	944 178	966 516	192 650	196 888	4 123 487
Infrastructures							
Coûts opérationnels							
IEC	-1 062 914	-1 062 914	-994 462	-991 486	-2 512 262	-2 512 262	-9 044 500
Suivi et Evaluation	-343 795	-431 863	-386 149	-494 842	-605 642	-605 642	-2 867 933
Gestion	1 023 429	-26 571	-26 571	-26 571	-48 571	-48 571	846 574
TOTAL	-11 264 597	-16 091 536	-15 218 268	-12 722 985	-22 748 772	-22 445 598	-100 399 958

NB Ici nous n'avons pas pu inclure les coûts des infrastructures et les coûts opérationnels

Tableau 10: Résumé des besoins majeurs en commodités

Commodity		2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
MILD*	Cible de couverture (RBM ou cibles nationales si elles sont plus élevées)	4 079 000	4 079 000	4 079 000	5 525 000	5 525 000	5 525 000	28 812 000
	Quantité requise (RBM / objectif national)	2263142	-	2362720	2415821	-	2522117	9563800
	Ecart en nombre de MILD	136 821	-632 213	-768 926	1 178 945	-185 304	-226 071	-496 749
Insecticide pour les PID Lambda-cyhalothrin pour les structures formelles et informelles	Cible de couverture (RBM ou cibles nationales si elles sont plus élevées)	441 063	450 766	460 683	470 818	481 176	491 762	2 796 268
	No. required (RBM / national targets)	942 110	962 836	984 018	1 005 667	1 027 792	1 050 403	5 972 826
	Ecart en unites d'insecticide	282 628	292 581	302 752	313 147	323 770	334 627	1 849 504
TDR **	Cible de couverture (RBM ou cibles nationales si elles sont plus élevées)	14 532 302	11 906 686	7 909 356	6 040 745	5 912 697	6 042 777	14 532 302
	Quantités requise (RBM/objectif national (70%))	7 268 138	795 864	8 675 948				
	Ecart en nombre de TDR							
Médicament de 1ère ligne	Cible de couverture (RBM ou cibles nationales si elles sont plus élevées)	14 532 302	11 906 686	7 909 356	6 040 745	5 912 697	6 042 777	
	Nombre de traitements requis (RBM/Objectif national)	15 652 989	13 367 219	9 657 893	7 719 415	7 614 458	7 781 976	
	Ecart en nombre de traitement de première ligne;							
SP pour TPI	Cible de couverture (RBM ou cibles nationales si elles sont plus élevées)	502 811	513 873	525 178	536 732	548 540	560 608	
	Nombre de doses requis (RBM/objectif nationale)	1 005 623	1 027 746	1 050 357	1 073 465	1 097 081	1 121 217	
	Ecart en nombre de doses de SP							

*= : Pour les MILD, nous avons considéré les estimations basses pour ce qui concerne les cibles (voir outils de calcul), les écarts sont tirés à partir des écarts budgétaires en considérant le coût unitaire de MILD de l'ordre de \$ 6. A partir de 2010, le taux de couverture est de 100%. L'estimation des MILD distribuées à la fin de la campagne intégrée de décembre 2007 est de 2 982 346. Nous avons tenu compte de cela et avons considéré les estimations basses de MILD

**= En ce qui concerne le diagnostic, nous avons considéré 70% de TDR et 30% de microscopie ; mais ici on fait cas seulement que des TDR comme nous l'avons dans le tableau des besoins de financements

Tableau 10a. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et Coûts de distribution, MII (USD)

MII	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers pour 100% de couvertures	73 536 824	75 153 941	76 807 647	78 497 353	80 240 723	81 890 019	4 662 077 506
Objectifs de RBM (ou les objectifs nationaux supérieurs)*	85%	85%	85%	85%	85%	85%	
Besoins financiers pour atteindre les Objectifs RBM (ou du pays)	8 158 000	9 952 760	12 142 367	9 113 333	1 111 826	1 356 428	33 632 714
Ressources disponibles	8 978 925	6 159 485	7 528 813	7 985 000	0	0	30 652 223
Ecart pour atteindre objectifs RBM (ou du pays si sup)	820 925	-3 793 275	-4 613 554	7 073 667	-1 111 826	-1 356 428	-2 980 491

Tableau 10b. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et Coûts de distribution, PID (USD)

PID	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers des plans nationaux pour atteindre les niveaux de couverture de 100% de RBM	3 528 501	3 606 128	3 685 463	3 766 543	3 849 407	3 934 094	22 370 135
Ressources disponibles	1 324 000	1 324 000	1 324 000	1 324 000	1 324 000	1 324 000	7 944 000
Écarts pour combler besoins des plans nationaux	2 204 501	2 282 128	2 361 463	2 442 543	2 525 407	2 610 094	14 426 135

NB .Les ressources disponibles pour la PID sont planifiées par USAID/PMI

La PID couvre seulement 2 cercles (phase pilote) et les besoins d'extension vont couvrir 17 cercles à potentiel épidémique de paludisme.

Tableau 10c. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et Coûts de distribution, TPI (USD)

TPI	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers pour 100% de couvertures	143 130	146 280	149 490	152 790	156 150	159 570	907 410
Objectifs de RBM (ou les objectifs nationaux supérieurs) *	70%	75%	80%	100%	100%	100%	
Besoins financiers pour atteindre les Objectifs RBM	100 191	109 710	119 592	152 790	156 150	159 570	798 003
Ressources disponibles	125 000	137 000	137 000	137 000	0	0	536 000

Ecart pour combler besoins des plans nationaux	-24 809	-27 290	-17 408	15 790	156 150	159 570	262 003
---	---------	---------	---------	--------	---------	---------	---------

Les ressources disponibles sont planifiées par USAID/PMI et l'OMS

* Nous avons ajouté 15% pour les femmes recevant plus de 2 doses et 10% pour un rattrapage logistique

Tableau 10d. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et coûts de dispensation, Diagnostic (USD)

DIAGNOSTIC	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers pour 100% de couvertures	13 737 820	14 040 052	14 348 934	18 434 545	18 065 854	17 523 879	96 151 084
Objectifs de RBM (ou les objectifs nationaux supérieurs)*	70%	75%	80%	100%	100%	100%	
Besoins financiers pour atteindre les Objectifs RBM (ou du pays)	9 616 474	10 530 039	11 479 147	18 434 545	18 065 854	17 523 879	85 649 938
Ressources disponibles	655 000	655 000	655 000	655 000	655 000	655 000	3 930 000
ECART POUR ATTEINDRE OBJECTIFS RBM (ou du pays si supérieur)	-8 961 474	-9 875 039	-10 824 147	-17 779 545	-17 410 854	-16 868 879	-81 719 938

Les ressources disponibles pour le diagnostic sont planifiées par l'OMS et l'USAID/PMI

* Nous avons inclut 10% pour le transport, la manutention et la distribution et avons considéré les coûts de microscopie et de TDR respectivement à \$1,19 et \$0,80.

Tableau 10e. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et coûts de dispensation, Traitement (USD)

TRAITEMENT	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers pour 100% de couvertures (outils calcul) *	13 618 236	10 921 189	7 127 997	5 697 224	5 619 749	5 743 383	48 727 778
Objectifs de RBM (ou les objectifs nationaux supérieurs)	70%	75%	80%	100%	100%	100%	
Besoins financiers pour atteindre les Objectifs RBM (ou du pays)	9 532 765	7 644 832	4 989 598	3 988 057	3 933 824	4 020 368	34 109 445
Ressources disponibles	3 711 371	3 565 799	3 327 980	59 000	0	0	10 664 150
Ecart pour atteindre objectifs RBM (ou du pays si supérieur)	-5 821 394	-4 079 033	-1 661 618	-3 929 057	-3 933 824	-4 020 368	-23 445 295

Les ressources disponibles pour le Traitement sont planifiées par l'OMS et l'USAID/PMI

*= Nous avons pris en compte les données de l'outils de calcul notamment le traitement par les ACT et le traitement des cas de paludisme non falciparum.

Tableau 11: Besoins de Financement – Domaines Transversaux (USD)

Domaines d'intervention	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
IEC							
Besoins financiers	2580714	2580714	2512262	2509286	2512262	2512262	15207500
Ressources disponibles	1 517 800	1 517 800	1 517 800	1 517 800	0	0	6 163 000
ECART	-1 062 914	-1 062 914	-994 462	-991 486	-2 512 262	-2 512 262	-9 044 500
S&E:							
Besoins financiers	486595	558023	584309	605642	605642	605642	3445853
Ressources disponibles	142 800	126 160	198 160	110 800	0	0	577 920
ECART	-343 795	-431 863	-386 149	-494 842	-605 642	-605 642	-2 867 933
Gestion (fonctionnement du PNLP et du CCM)							
Besoins financiers	48571	48571	48571	48571	48571	48571	291426
Ressources disponibles	1 072 000	22 000	22 000	22 000	0	0	1 138 000
ECART	1 023 429	-26 571	-26 571	-26 571	-48 571	-48 571	846 574
Autres (e.g. TA) Renforcement institutionnel du PNLP							
Besoins financiers	2101190	1436905	1648810	1327381	1327381	1327381	9169048
Ressources disponibles	443 719	5 780 952	0	0	0	0	6 224 671
ECART	-1 657 471	4 344 047	-1 648 810	-1 327 381	-1 327 381	-1 327 381	-2 944 377
Gestion des épidémies							
Besoins financiers	247 857	104 286	208 571	104 286	208 571	104 286	977 857
Ressources disponibles	100 000	100 000	100 000	100 000	0	0	400 000
ECART	-147 857	-4 286	-108 571	-4 286	-208 571	-104 286	-577 857
BESOIN TOTAL	5 464 927	4 728 499	5 002 523	4 595 166	4 702 427	4 598 142	29 091 684
TOTAL DISPONIBLE	3 276 319	7 546 912	1 837 960	1 750 600	0	0	14 411 791
TOTAL ECART	-2 188 608	2 818 413	-3 164 563	-2 844 566	-4 702 427	-4 598 142	-14 679 893

Il faut rappeler que déjà en Novembre 2003, la mission consultative de « Faire Reculer le Paludisme (FRP) » au Mali avait noté d'importants progrès au sein du partenariat FRP au Mali au profit de la lutte contre le paludisme. Elle avait constaté que les niveaux de couverture des interventions prioritaires étaient en voie de croissance et, de ce fait, le Mali était en bonne position pour atteindre les objectifs d'Abuja dans les meilleurs délais pour les MII, le TPI et l'accès au traitement rapide.

Cette évaluation des besoins nous permet de dire que le Mali réunit les meilleures conditions pour le passage à l'échelle. Il faut impérativement résoudre la question de la gratuité du TPI, du traitement dans les 24h des cas de paludisme par les ACT, de la problématique des TDRs de l'implication des acteurs du privé et des relais communautaires dans les interventions préventives et de prise en charge des cas. Le PNLN, érigé récemment en direction, doit être renforcé en ressources humaines, en logistique. Il devrait faire fonctionner dans les meilleurs délais le comité d'orientation et de suivi à travers la tenue de rencontres statutaires et chaque fois, en cas de besoin, pour lever les cas éventuels d'urgence. Le PNLN est encouragé à contracter avec les OSC, le secteur privé pour les interventions des stratégies majeures et à décentraliser au niveau opérationnel ses interventions.

5. Principales interventions

5.1. Prévention

5.1.1. MII

a. Analyse de la Situation

Résultats de l'étude quantitative

i. Politique, stratégies et approches

Points forts

Le Mali dispose, depuis 2006, d'une nouvelle politique nationale de lutte contre le paludisme, ainsi que d'un plan stratégique pour la couverture et l'extension des MILD, couvrant la période 2007-2011. Les objectifs nationaux concordent avec ceux de RBM et il existe une volonté d'extension vers une couverture universelle. Le secteur privé et la société civile sont parfois impliqués dans la promotion et la distribution des MII. La promotion des MII occupe une place importante dans la stratégie et accompagne les campagnes de distribution de masse. Des campagnes d'imprégnation et de ré-imprégnation des moustiquaires et rideaux (prévues dans les différents plans) sont toujours faites sur le terrain.

Points faibles

Naturellement, les objectifs nationaux ne ciblent, jusque là, que les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Elles ne couvraient pas les autres couches vulnérables telles les PvVIH, les personnes âgées, les indigents, encore moins une couverture universelle. On note une capacité limitée de stockage tant au niveau régional que central, des mécanismes faibles d'atténuation des fuites des moustiquaires, un faible contrôle dans la distribution. Il manque une répartition claire du rôle joué par le privé dans les stratégies et approches basées sur les MILD. Il n'existe pas de plan de remplacement des moustiquaires non imprégnées qui sont toujours utilisées par les communautés. Enfin il n'est pas prévu dans le plan stratégique l'implication des relais communautaires dans la distribution des MII.

ii. Financement

Certains donateurs financent l'acquisition, la distribution et le suivi évaluation de la prévention du paludisme basé sur l'utilisation des MILD jusqu'au niveau district. C'est

notamment le FM, UNICEF,, les coopérations bilatérales (Canada, Pays Bas etc.). Ils planifient et portent à la connaissance du programme les financements jusqu'en 2012 pour beaucoup. L'OMS finance l'assistance technique

iii. **Niveau de mise en place**

- Gestion et rôle des partenaires
Voir sous coordination des partenariats
- Approvisionnement et logistique

Points forts

L'autorité nationale a les compétences pour contrôler les approvisionnements selon les spécifications exigées. Les besoins en MILD sont estimés en fonction des cibles et des stocks existants. Il existe des opportunités de synergie avec la société civile (le groupe Pivot, PSI, FENASCOM, projet Kénéya), le réseau de distribution communautaire et le secteur privé.

Points faibles

Le réseau national de distribution n'est pas suffisant pour desservir toutes les régions qui, aussi, manquent de magasin de stockage et des moyens de transport jusque dans les districts et au delà. Les ruptures de stocks affectent souvent les systèmes de distribution de routine. Le PNLN n'a pas encore estimé le coût des différents systèmes de distribution. Le secteur commercial (qui a pourtant un rôle important à jouer) n'est pas soutenu par l'Etat ni par les donateurs.

- Communications

Points forts

Le système de santé communautaire est bien consolidé au Mali et est conforme à l'initiative de Bamako.

Le système de gestion communautaire est sous le leadership des ASACO, eux même se retrouvant en confédération au sein de la FENASCOM.

Les relais communautaires sont encadrés par les structures de santé de proximité (CSCOM)

Ce réseau bien construit constitue une opportunité pour les activités d'IEC/CCC dans le cadre de la participation communautaire.

En ce qui concerne les activités de plaidoyer, il existe un financement des activités à travers le projet « Les Voix du Mali ».

Ce projet joue un rôle majeur dans l'adoption des politiques et stratégies dans le cadre de la lutte contre le paludisme sans oublier le plaidoyer auprès des donateurs pour la mobilisation des fonds.

Les Leaders politiques et les autorités administratives et sanitaires sont impliqués lors de la campagne générale des MILD

Prise en compte des messages de lutte contre le paludisme lors des déclarations de politiques.

Il existe un plan de communication chiffré et budgétisé mais pas encore adopté

Au Mali, il existe une culture d'utilisation de moustiquaires. Selon les données de l'EDS 2006, l'utilisation des MI est avancée car près de 7 ménages sur 10 (69%) possèdent au moins une moustiquaire (72% en milieu urbain et 68% en milieu rural) L'enquête signale que 41% des enfants (0-5 ans) avaient dormi sous moustiquaires la nuit précédente

Points faibles

Les données sur la sensibilisation des MII ne sont pas centralisées. En dehors de la campagne générale, la sensibilisation reste le maillon faible du programme car les activités menées ne rentrent pas dans le cadre d'un plan stratégique national d'IEC/CCC et les actions menées ne sont pas coordonnées

L'utilisation de la moustiquaire diminue après la saison des pluies (saison de haute transmission)

- S&E

Plusieurs sources de données renseignent sur l'évolution des indicateurs nationaux : il s'agit des rapports d'activité trimestriels des structures sanitaires, les résultats des enquêtes, les rapports de monitoring et de supervision, ainsi que le rapport annuel SIS.

L'utilisation des MII a fait l'objet d'une évaluation avec l'enquête EDSIV de 2006, lors de l'enquête d'évaluation de la campagne intégrée en 2007, l'évaluation de la SIAN, l'évaluation de la stratégie d'accélération de la survie et du développement de l'enfant (SASDE), le rapport sur le progrès survie de l'enfant au Mali

Points faibles

Il s'agit de l'insuffisance de la supervision. Les données sur les moustiquaires ne sont pas fournies régulièrement par les districts et CSCOM.

Le plan de suivi évaluation n'est pas encore validé.

Il n'existe pas de base de données pour le suivi et l'élargissement de la diffusion

b. Ecart et Besoins

Principaux goulots d'étranglement et défis

Les objectifs nationaux et les stratégies utilisées en ce qui concerne la couverture en MILD ne permettent pas d'arriver à une couverture universelle à travers le plan stratégique en cours (2007-2011). Les relais communautaires ne sont pas mis à profit dans la distribution des MII et la limitation des cibles du programme aux moins de 5 ans et femmes enceintes ne sont pas encore en faveur de la couverture universelle.

Par ailleurs, on note une faible implication du secteur privé dans la stratégie nationale de distribution des MII

Le secteur privé, commercial est peu soutenu par les donateurs.

Des ruptures de stocks dits artificielles sont fréquentes et affectent la distribution de routine.

On note une absence de mécanisme d'atténuation des fuites comme le marquage ou d'un système performant de gestion.

Les activités de sensibilisation sont faites de façon parcellaire, non coordonnées (plusieurs acteurs) et ne rentrent pas dans le cadre d'un plan stratégique national de communication sur le paludisme

Le système de suivi évaluation n'est pas performant et la supervision dite intégrée n'est pas régulière et ramène peu de données spécifiques à la MII.

Le plan national de suivi évaluation du paludisme est encore à l'état de draft

ii. Les solutions proposées pour atteindre les objectifs de 2010

Impliquer les relais communautaires dans la promotion, la distribution et le suivi de l'utilisation des MILD ;

Mettre en place un système approprié de gestion des MILD ;

Impliquer d'avantage le secteur privé dans la promotion, la distribution et le suivi des MILD ;

Créer un cadre de concertation et de coordination de tous les intervenants et fournisseurs de MILD par exemple un sous comité au sein du CCM chargé de recenser tous les intervenants (y compris le secteur privé), leurs zones d'action et visant à élaborer un plan de distribution pour combler le gap dans tous le pays.

Mettre en place un plan de remplacement progressif des MII conventionnels

Renforcer la capacité pour assurer le transport, le stockage et l'approvisionnement des centres de distribution.

Il faudrait multiplier les points de distribution des MILD

Améliorer et rendre systématique le marquage des MILD distribués.

L'expérience de MSF à Kangaba sur le marquage devrait être étendue à tout le pays.

Tableau 12: Besoins de financement en MII's pour atteindre les objectifs de 2010 de l'initiative RBM

Nombre et coût des MILD à fournir pour atteindre l'objectif ¹	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Première méthode de distribution (spécifier)							
A. Coût moyen d'une MILD distribué*(\$)	-	6	-	-	6	-	-
B. Nbre MILD à distribuer pour atteindre 100% de couverture	-	5528000	-	-	5525000	-	11053000
C. Nombre de MILD à distribuer pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur)	-	4959000	-	-	5293000	-	10252000
D. Ressources disponibles pour la distribution de MILD	-	0	-	-	0	-	0
E. Ecart budgétaire (A1*C1) –D1	0	29754000	0	0	31758000	0	61512000
Deuxième méthode de distribution (spécifier)							
A. Coût moyen par MILD distribué*(\$)	6	6	6	6	6	6	6
B. Nbre MILD à distribuer pour atteindre 100% de couverture	2828928		2953401	3019776		3152646	11954751
C. Nombre de MILD à distribuer pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur)	2263142		2362720	2415821		2522117	9563800
D. Ressources disponibles pr distribution de MILD	13578852	0	0	14494926	0	0	28073778
E. Ecart budgétaire (A1*C1) –D1	13578852	0	0	14494926	0	0	28073778
Nombre TOTAL de MILD à distribuer pour atteindre 100% de couverture (B1+B2+B3)	2828928			3019776			5848704
Nombre TOTAL de MILD à distribuer pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur) (C1+C2+C3)	2263142			2415821			4678963
Ressources disponibles TOTALES pour la distribution de MILD (D1 + D2 + D3)	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL Ecart Budgétaire pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur) (E1+E2+E3) (incluant le coût de la MILD et du mode de distribution)	13578852	29754000	0	14494926	31758000	0	89585778
Ecart en commodité pour atteindre les objectifs de RBM (ou objectifs nationaux) en terme de nombre de MILD	0	0	0	0	0	0	0

¹ La méthode de distribution ci-dessous indiquée (de 1 à 3 ou plus) doit contribuer ou être égal au nombre total de moustiquaires nécessaires pour atteindre la cible visée.

5.1.2. PID

a. Analyse de la Situation

i. Politique, stratégies et approches

Il existe une politique et des stratégies décrites par le Ministère de la santé et partenaires (RTI). La PID est mise en œuvre sous forme pilote dans deux cercles notamment Bla et Koulikoro au cours de cette saison. Il existe un plan d'action spécifique PID.

ii. Financement

On note une disponibilité des partenaires à accompagner la PID en particulier l'USAID/PMI, RTI et le financement est assuré jusqu'en 2011 pour 17 districts sanitaires.

iii. Niveau de mise en place

- Gestion et rôle des partenaires

Il existe une stratégie bien définie dans la gestion des déchets, des pompes, et de l'équipement de protection. Le contrôle de qualité des surfaces traitées, le suivi des variations de stocks, des données sur la pulvérisation, le suivi/évaluation sont des composantes de la PID qui sont prises en compte. Il est planifié des supervisions des aspergeurs et un suivi rapproché de la variation des stocks et des données sur la pulvérisation. La cartographie des sites, des foyers à pulvériser est faite.

- Approvisionnement et logistique

La quantification des besoins en insecticide se fait en fonction du nombre d'habitats et de leurs superficies à traiter

Les conditions adéquates pour le stockage et le transport au niveau des zones de pulvérisation sont réunies.

- Communications

Des efforts sont faits pour informer la population des précautions avant, pendant et après la pulvérisation. A cet effet plusieurs canaux sont utilisés notamment les radios de proximité, la télévision, les sketches.

- S&E

Un plan de suivi évaluation existe avec une implication des acteurs de la mise en œuvre, du ministère de l'environnement, des populations concernées.

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

La stratégie de prévention du paludisme basée sur la PID a été longtemps négligée et ne commence en fait que cette année, 2008 sous forme pilote dans deux districts sanitaires.

La DHPS ne semble pas avoir été suffisamment impliquée dans l'élaboration du document PID de même que le niveau opérationnel aurait voulu être plus associé lors de la quantification des besoins en insecticide et accessoires.

Il y a une faible capacité du personnel de santé à piloter, suivre et évaluer les activités de PID

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

- Veiller à bien documenter cette phase pilote de la PID, disséminer les résultats de l'évaluation de la phase pilote avant le passage à échelle.
- Passer à échelle dès que possible en couvrant les 17 districts planifiés dans le plan stratégique 2007-2011.
- Impliquer dans le suivi évaluation les représentants de ministère de l'environnement, de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, de la DHPS, des collectivités décentralisées etc.
- Prévoir et assurer un plan de formation des agents de santé aux différents niveaux opérationnels du système de santé.

Des efforts sont faits pour soutenir la PID mais il sera nécessaire de mobiliser des coûts additionnels annuels après la phase pilote. Le montant global à rechercher est de 17074138 \$ (USD).

Tableau 13: PID Besoins de financement et en commodités pour atteindre les objectifs de RBM en 2010 (USD)

Nombre et coût des concessions (C) à pulvériser	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
A. Coût moyen par concession à pulvériser*	8	8	8	8	8	8	
B. Nombre Total de concessions à pulvériser	441063	450766	460683	470818	481176	491762	2796267
C. Ressources disponibles pour les PID	1324000	1324000	1324000	1324000	0	0	5296000
Ecart budgétaire (A * B) - C	2204504	2282128	2361463	2442543	3849407	3934094	17074138
Quantité totale d'insecticide requise	942 110	962 836	984 019	1 005 667	1 027 792	1 050 403	5 972 826
Ecart de commodités en unité d'insecticide							

5.1.3. Lutte Anti - Larvaire

a. Analyse de la Situation

i. Politique, stratégies et approches

Des manuels de formation et principes directeurs normalisés OMS sont utilisés.

ii. Financement

iii. Niveau de mise en place

- Gestion et rôle des partenaires

Ceux qui mènent actuellement les activités d'élimination larvaires sont les agents d'assainissement, les techniciens, les associations dont les membres ont été formés.

- Approvisionnement et logistique
- Communications
- S&E

L'impact n'est pas évalué mais de l'appréciation des populations il s'en suit une diminution significative des moustiques.

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

Cette stratégie connaît encore quelques retards de mise en œuvre, depuis les appuis financiers, en passant par les approvisionnements, la stérilisation des gîtes larvaires. Il serait encore à l'étape pilote.

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

Documenter cette phase et disséminer les résultats dès que possible.

Appliquer la lutte anti larvaire dans les meilleurs délais.

Tableau 14: Financement des besoins pour la lutte Anti-larvaire et gestion de l'environnement (USD)

Coût du traitement larvicide/ Gestion de l'environnement	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
A. Coût de l'intervention*	-	-	-	-	-	-	-
B. Ressources disponibles	-	-	-	-	-	-	-
Ecart budgétaire A - B	-	-	-	-	-	-	-

5.1.4. Paludisme et grossesse (TPI)

a. Analyse de la situation

❖ Résultats de l'enquête qualitative :

i. Politique, stratégies et approches

- *Les points forts :*

Il existe une politique nationale de prise en charge du paludisme pendant la grossesse. Les interventions prennent en compte les CPN recentrées (TPI, MII, Traitement). La gratuité du TPI pendant la grossesse est prévue par la politique nationale et les partenaires soutiennent cette gratuité.

. Les points faibles :

S'il y a une politique sur la gratuité du TPI, il n'y aurait toujours pas eu jusque là le texte d'application de cette gratuité de la SP dans les structures de soins. A l'exception de certaines zones d'intervention des partenaires , la gratuité de la TPI n'est pas encore effective et les femmes enceintes supportent encore le coût de la consultation et les doses de SP.

ii. Financement :

- *Les points forts :*

Certains donateurs financent le TPI et le coût estimatif de deux doses de SP est de 85 F CFA.

- *Les points faibles :*

Tous les donateurs n'ont pas planifié leur financement sur le moyen ou long terme ou ne l'ont pas encore communiqué au PNLP.

iii. Etat d'avancement de la mise en œuvre

- *Points forts :*

Le pourcentage des TPI 1 et TPI 2 sont connus et sont respectivement de 67% et 44%. La CPN recentrée en centre fixe et stratégie mobile. Soixante dix pour cent du personnel de santé sont formés en CPN recentrée depuis 2004 et prescrivent la SP lors des CPN.

La fiche CPN prend en compte la SP, les MII et le fer.

Les équipes en stratégie avancée administrent des soins prénatals et fournissent des MII et le TPI.

Dans les zones MSF la TPI est effectivement gratuite ; Dans les dépôts de pharmacie il y a deux rayons séparés (SP gratuite et SP payante).

La SP est conservée en Pharmacie et la délivrance est soumise à une prescription systématique (ordonnances). Toutes les femmes enceintes venues en CPN bénéficient de causerie de groupes sur le paludisme.

- *Points faibles :*

Faible taux de CPN 1 (78%), CPN3 (42%). Ces taux de CPN ne permettent pas de toucher toutes les femmes ciblées pour la TPI. (seulement 44% de TPI2).

On retient la non gratuité effective du TPI et les femmes enceintes continuent de payer la SP et les frais de consultation dans la plupart des structures publiques.

Les difficultés qui entravent la mise en œuvre totale sont :

-Faible observance du TPI

- problèmes d'approvisionnement et des ruptures fréquentes de stock dans certaines régions (cas du district de Bamako).

-Les femmes enceintes séropositives ne sont pas prises comme cible spécifique pour la TPI

-Faible motivation du personnel de santé.

-Les données ne sont pas collectées sur la connaissance des femmes enceintes de leur exposition accrue au paludisme.

-Le personnel de santé du secteur privé est insuffisamment associé aux sessions de formations sur le TPI.

iv. Gestion et rôle des partenaires

- *Points forts :*

-Le PNLN et les services de Santé de la Reproduction (SR) coordonnent leurs actions à travers des réunions, des séminaires, des ateliers conjoints. Les Organismes partenaires, ONG et secteur privé assurent l'offre des soins de santé maternelle et lutte contre le paludisme pendant la grossesse à travers des dons de MII, de médicaments, des formations/suivis, des prestations CPN/accouchements

- *Points faibles :*

Ces cadres de concertation sont prévus mais ne fonctionnent pas régulièrement

v. Approvisionnement et logistique

- *Points forts :*

Approvisionnement central

Approvisionnement des CSCOM à partir des Dépôt Répartiteurs de Cercles (DRC) ou de leur partenaire (s'il en existe).

-Gestion informatique des données

- *Points faibles :*

Faible capacité de stockage et de transport du niveau central, niveau régional , districts sanitaires vers les CSCOM.

Le PPM a une faible capacité de stockage, et les régions sanitaires ne disposent pas de magasins suffisants pour leurs districts. Face à cela, il est planifié une commande annuelle répartie en deux approvisionnements. Chaque approvisionnement doit correspondre aux besoins d'un semestre. Le plan d'approvisionnement est annuel en considérant le temps moyen entre la commande et l'approvisionnement (Plan stratégique 2007-2011, 2006). La coordination de l'acheminement des moustiquaires sera assurée par le PNLN. La PPM assure la commande d'un certain nombre (CTA, TDR et Quinine gratuite)

vi. Communications*- Points forts :*

Plusieurs stratégies de sensibilisation des femmes sur la TPI (causerie éducative/CPN, Counselling, IEC/CCC, Affiches, VAD etc.). Des interventions de plaidoyer sur la prévention sont également faites. Les informations sur le TPI sont disponibles et consignées dans les registres

- Points faibles :

Globalement le TPI est moins couverte par les messages de sensibilisation. Les données sur la connaissance des femmes enceintes par rapport à leur exposition au paludisme sont rarement collectées et analysées. Il en est de même pour l'efficacité des messages sensibilisation.

viii. Suivi & Evaluation

Des activités de supervisions formatives sont effectuées par le niveau national, régional et les districts sanitaires.

- Points faibles :

Une seule supervision nationale réalisée sur deux prévues en 2007 par le PNLP.

❖ **Résultats de l'enquête quantitative :****Financement et objectifs :**

Tableau 15: TPI. Besoins de financement pour atteindre les objectifs de RBM en 2010 (USD).

Nombre de femmes enceintes recevant le TPI et son coût	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
A. Coût moyen du TPI (2 doses) par femme enceinte* FCFA**	0.15\$	0.15\$	0.15\$	0.15\$	0.15\$	0.15\$	
B. Nombre de femmes enceintes ciblées pour atteindre 100% de couverture	628 514	642 342	656 473	670 915	685 676	700 760	3 984 680
C. Nombre de femmes enceintes ciblées pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur)	502 811	513 873	525 178	670 915	685 676	700 760	3 187 742
D. Ressources disponibles pour le TPI***	125 000	137 000	137 000	137 000	0	0	536 000
Ecart budgétaire (A*B) - D	-30723	-40649	-38529	-36363	102851	105114	61702

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

Le ministère de la santé n'a pas encore publié le texte d'application de la gratuité des intrants ce qui fait que les femmes enceintes continuent à supporter le coût de la consultation et celui de la SP.

Il persiste de faibles taux de CPN3 (42%) et ceci ne permet pas de toucher toutes les femmes ciblées pour le TPI2.

Il y a des problèmes d'approvisionnement et des ruptures fréquentes de stock dans certaines régions. Il y a plusieurs sources d'approvisionnement de la SP selon qu'elle est gratuite ou payante.

Les femmes enceintes séropositives ne sont pas prises comme cible spécifique pour le TPI. Faible motivation des ASACO à accompagner la gratuité du TPI car ils paient la SP (pour la plupart) sans être remboursé. Ils y appliquent le recouvrement des coûts.

Le niveau de connaissance des femmes enceintes de leur exposition accrue au paludisme n'est pas connu.

Le personnel de santé du secteur privé est faiblement mis à niveau d'information sur le TPI.

L'approvisionnement par PPM (Pharmacie Populaire du Mali). Il y a une faible capacité de stockage et de transport du niveau central et du niveau régional vers les districts sanitaires.

Globalement le TPI est moins couvert par les messages de sensibilisation, l'efficacité des quelques messages de sensibilisation est rarement évaluée.

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

- Les autorités sanitaires devraient rédiger et publier le texte d'application de la politique sur la gratuité des intrants le plus tôt possible et veiller à l'approvisionnement en quantité suffisante de SP pour les cibles.
- Contrôler et suivre la gratuité effective du TPI pour toutes les femmes enceintes.
- Approvisionner le secteur privé en SP gratuite et redynamiser la collaboration entre le secteur Public et le Privé.
- Tous les donateurs qui appuient le TPI devraient planifier leur financement jusqu'en 2013 et le porter à la connaissance du PNLP et des autres intervenants.
- Mettre un accent sur les activités du plan de CCC pour augmenter le taux de CPN3 et par voie de conséquence le TPI2,
- Prendre spécifiquement en charge pour le TPI les femmes enceintes vivant avec le VIH.
- Adopter une seule source d'approvisionnement et de distribution de la SP
- Renforcer la coordination entre les services de santé de la reproduction et le PNLP
- Impliquer davantage les ONG dans la stratégie de distribution de la SP
- Renforcer la communication sur les TPI qui prendra en compte des évaluations régulières du niveau de connaissance des femmes enceintes sur leur exposition particulière au paludisme, l'évaluation des messages de sensibilisation sur le TPI.

5.2. Prise en Charge des Cas

5.2.1. Diagnostic

a. Analyse de la situation

i. Politique, stratégies et approches

Points forts

Existence d'une politique et des directives nationales qui recommandent un test TDR au niveau CSCOM avant tout traitement CTA. Les TDR sont gratuits pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. La microscopie est disponible au niveau CSREF et Hôpitaux. Le type de microscope recommandé est le binoculaire électrique et solaire et le colorant recommandé est le GIEMSA. La prise en charge communautaire à travers les relais fait partie des stratégies retenues par le programme

Points faibles

Il y a des obstacles à l'accès équitable aux services de parasitologie (coût, accès géographique). On note que les CSRef et les Hôpitaux régionaux appliquent le recouvrement de coût pour la microscopie. Le coût d'une Goutte Epaisse dans les CSRef est de 1000 CFA (2.5 \$) et un TDR coûte jusqu'à 2500CFA dans le privé.

i. Financement

Point fort

Les sources de financement sont le Ministère de la Santé, l'OMS, FM et l'USAID /PMI. Le financement USAID/PMI et OMS sont disponibles jusqu'en 2011. Les financements concernent surtout l'achat des réactifs, le contrôle de qualité et la formation du personnel de laboratoire.

iii. Niveau de mise en place

- Gestion et rôle des partenaires

Point fort

Les partenaires impliqués dans la fourniture sont : PMI/USAID, RBM/WHO, DEAP, CVD et la PPM pour le MS

Expérimentation réussie avec l'appui de MSF à Kangaba dans le recrutement des agents Palu qui administrent les TDR aux enfants de 0 à 10 ans, et administrent les CTA si le test positif.

Point faible

Il y a une insuffisance dans la coordination des prestataires de services (privé et public).

- Formation supervision

Points forts

Il existe des directives spécifiques sur le rôle de la microscopie et des TDR dans la prise en charge du paludisme en matière de diagnostic du paludisme

Points faibles

Les directives ne sont pas suffisamment diffusées et il n'existe pas de directives en fonction du type de TDR. Les activités de formation pour le personnel de laboratoire n'ont pas pu couvrir les deux types majeurs de TDR. En effet la contrainte majeure est le fait que les formations dispensées concernaient l'OPTIMAL et les TDR disponibles sont le PARACHECK-Pf. Il y a des problèmes de contrôle de qualité des tests diagnostic.

On note que tous les laboratoires ne sont pas équipés pour assurer la microscopie de qualité et sont rarement supervisés.

- Approvisionnement et logistique :

Au Mali c'est le PARACHECK-Pf spécifique de plasmodium falciparum qui est actuellement disponible dans les structures de santé du secteur public.

Les TDR sont vulnérables à la température élevée et à l'humidité

Points forts

Le MS à travers la PPM assure l'approvisionnement en réactifs de labo/TDR, le transport jusqu'au niveau de la région et les régions sanitaires

Points faibles

-Il y a des problèmes de sensibilité des TDR avec l'apparition d'une forte proportion de faux négatifs. Il s'agit en ce moment d'un problème majeur puisqu'on assiste à une

régression de l'utilisation des TDR et dans la plupart des CSCOM, ils posent le traitement sur la base du diagnostic présomptif.

-Rupture de stock dans certaines structures

- Communication

Points faibles

Absence de plan d'IEC/CCC en matière du diagnostic

Les rapports des activités de sensibilisation menées par les relais encadrés par les partenaires du PNLP, ne remontent pas au niveau du SIS

- Suivi & Evaluation

Points forts

Existence d'une politique nationale d'assurance qualité des services de laboratoire

Points faibles

Absence de système fonctionnel de contrôle de qualité pour la microscopie et les TDR

Absence de système de maintenance pour les microscopes disponibles

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

Il y a des obstacles à l'accès équitable aux services de parasitologie et des TDR pour les populations exposées.

Le principal goulot d'étranglement est le problème de la sensibilité des TDR déjà disponibles au niveau des structures de soins. Cela pourrait être en rapport avec les conditions de conservation, l'insuffisance de maîtrise par les acteurs.

Les directives sur l'utilisation des TDR ne sont pas suffisamment diffusées

On note que tous les laboratoires ne sont pas équipés pour assurer la microscopie de qualité et sont rarement supervisés.

Absence de système fonctionnel de contrôle de qualité pour la microscopie et les TDR

Absence de système de maintenance pour les microscopes disponibles

Faible maîtrise par les agents de santé de l'utilisation des TDR

Rupture de stock de TDR dans certaines structures

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

- Il s'agit en premier lieu de faire une recherche action ou encore une évaluation de la problématique de la sensibilité des TDR actuellement utilisés.
- Assurer le contrôle de qualité des tests diagnostics, ainsi que l'assurance qualité externe.
- Organiser une table ronde avec tous les intervenants et partenaires en matière du diagnostic du Paludisme (cliniciens, chercheurs, MS, prestataires du niveau régional et périphérique et les bailleurs de fond, afin de faire le point sur la situation du diagnostic parasitologique au Mali et la redynamiser.
- Faire des recommandations sur la conduite à tenir et obtenir un consensus sur les actions à mener dans l'avenir pour accélérer l'atteinte des objectifs 2010
- Diffuser les directives au niveau de tous les prestataires
- Améliorer les compétences du personnel de santé sur l'utilisation des TDR .
- Fournir le pays en TDR

Tableau 16: Besoins de financement pour les Services de Diagnostique afin d'atteindre les objectifs de RBM 2010 (USD)

*Le coût moyen de la microscopie = coût pratiqué en moyenne par les formations sanitaire au Mali = 500 Fcfa (\$1,19). Le coût du TDR = \$ 0,80 (cf. l'outil de calcul).

**Nous avons considéré en moyenne 2 épisodes de fièvres présumé paludisme chez les moins de 5 ans et 1 episode chez les plus grands.

Le taux de fréquentation n'a pas été pris en compte, étant donné qu'il reste très faible dans toutes

les structures de santé du Mali et que la gratuité de la prise en charge du paludisme pour les enfants de < 5 ans et les FE drainera un nombre important des patients vers les structures (cf Plan d'accélération du Mali).

A partir de 2010, il y aura en principe une réduction des cas suspects attendus (10% en 2011, 20% en 2012 et 30% en 2013). A partir de 2010, nous avons estimé que les tests diagnostics seront basés sur la microscopie exclusivement.

*** Les ressources sont disponibles ont été communiqués par les partenaires.

Nombre et coût des services de diagnostique du paludisme	Classe d'Age	2008		2009		2010		2011		2012		2013		TOTAL	
		Microscopie (30%)	TDRs (70%)	Microscopie (30%)	TDRs (70%)	Microscopie (30%)	TDRs (70%)	Microscopie (30%)	TDRs (70%)	Microscopie (30%)	TDRs (70%)	Microscopie (30%)	TDRs (70%)	Microscopie (30%)	TDRs (70%)
A. Coût moyen d'un test de diagnostique *	Total	1.19\$	0.8\$	1.19\$	0.8\$	1.19\$	0.8\$	1.19\$	0.8\$	1.19\$	0.8\$	1.19\$	0.8\$	2.4\$	0.8\$
B. Nombre de cas suspects de paludisme (fièvre) ciblés à tester pour atteindre une couverture de 100%**	< 5 ans	1 357 591	3 167 712	1 387 458	3 237 401	1 417 982	3 308 624	4679340	0	4585753	0	4448180	0	17 876 304	9 713 737
	> 5ans	3 092 290	7 215 343	3 160 320	7 374 081	3 229 847	7 536 310	10658496	0	10445326	0	10131967	0	40 718 246	22 125 734
	Total (<5 + > 5 ans)	4 449 881	10 383 055	4 547 778	10 611 482	4 647 829	10 844 935	15337836	0	15031079	0	14580147	0	58 594 550	31 839 472
C. Nombre de cas suspects de paludisme (fièvre) ciblés à tester pour atteindre les objectifs de RBM (ou du pays si supérieur)	< 5 ans	(70%) 950313	(70%) 2 217 398	(75%) 1040593	(75%) 2 428 051	(80%) 1134385	(80%) 2 646 899	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	> 5ans	(70%) 1815434	(70%) 4236014	(70%) 2164603	(70%) 5050740	(70%) 2583878	(70%) 6029048	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Total (<5 + > 5 ans)	(70%) 3 114 916	(70%) 7 268 138	(70%) 3410833	(70%) 795864	(70%) 3718263	(70%) 8675948	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
D. Ressources disponibles pour les services de diagnostic***	Total	0	655000	0	655000	0	655000	0	655000	0	0	0	0	0	2 620 000
Ecart budgétaire pour atteindre les objectifs de RBM (ou du pays si supérieur) (A* Total B) - D	Total	5 295 358	7 651 444	5 411 856	7 834 186	5 530 917	8 020 948	18 252 025	-655 000	17 886 984	0	17 350 375	0	69 727 515	22 851 578

5.2.2. Traitement

a. Analyse de la situation

i. Politique, stratégies et approches

Points forts

Il existe une politique nationale de prise en charge thérapeutique des cas de paludisme : Il s'agit d'administrer les combinaisons thérapeutiques d'artémisinine pour le paludisme simple et la quinine pour les cas de paludisme grave et cas de paludisme chez la femme enceinte. Les combinaisons thérapeutiques retenues dans la politique nationale sont : Artésunate+ Amodiaquine et Arthemether+Luméfantrine. En tenant compte des critères d'efficacité thérapeutiques et des recherches menées par le MRTC/DEAP, seule la combinaison Artésunate+Amodiaquine a été mise à la disposition des structures sanitaires publiques conformément à la politique nationale. Il est précisé que le traitement ACT n'est donné qu'après confirmation par les TDR. Le traitement est gratuit pour les enfants de 0 à 5 ans que ce soit les cas de paludisme simple ou cas de paludisme compliqué. Les structures de soins sont ouvertes 24h sur 24.

Points faibles

Les PvVIH ne sont pas jusqu'à présents ciblés dans la politique de gratuité du traitement du paludisme. Le déploiement communautaire du traitement du paludisme simple avec l'implication des relais communautaires est toujours à l'état pilote (mise en œuvre par MSF avec les agents palu du district de Kangaba. L'évaluation du projet a montré que la stratégie est faisable mais avec une motivation substantielle des relais (coût d'opportunité et une compensation financière des CSCOM)).

ii. Financement

Points forts

Les donateurs qui financent la prise en charge thérapeutique au Mali sont le Ministère de la Santé, l'USAID/ PMI, l'OMS, le FM. Ils ont planifié leur appui financier jusqu'en 2011 et ceci a été porté à la connaissance du PNLP.

Points faibles

Les frais récurrents (les frais de consultation, les antipyrétiques ainsi que les frais de références pour les cas graves, les transfusions sanguines, antibiotiques) sont supportés par le patient.

Les établissements de santé ne disposent pas de fonds suffisants pour soutenir la prise en charge du paludisme.

Les tarifs en vigueur sont pour les frais de consultation entre 400 et 600 F CFA au niveau CSCOM et 1000 F CFA au niveau CSREF et sont intégralement payés par le patient.

Pour le paludisme grave les frais à payer pour la référence sont de l'ordre de 10 000 F CFA pour le transport, 2500 pour l'hospitalisation au CSRef ou Hôpital et entre 2.500 et 5000 pour les examens complémentaires (hémoglobine, glycémie...)

iii. Niveau de mise en place

- Gestion et rôle des partenaires

Points forts

Les partenaires comme PMI, OMS et FM accompagnent financièrement la nouvelle politique de prise en charge du paludisme et s'engagent jusqu'en 2011.

Les résultats de la recherche faite localement sur les traitements disponibles (résistance de la chloroquine, nouvelles combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine) sont prises en compte dans l'élaboration de la politique nationale

Points faibles

La prise en charge du paludisme dans le secteur privé n'est pas régulée : les schémas thérapeutiques ne suivent pas souvent les recommandations de la politique nationale. Il y a une persistance des monothérapies.

La prise en charge à domicile est une expérience isolée de certains projets pilotes (MSF) du paludisme

- Formation et supervision

Points forts

Il existe des manuels de formation pour la prise en charge thérapeutique du paludisme mais il faudra les actualiser et les adapter à la nouvelle stratégie.

La participation de certains prestataires du secteur privé à la formation est un point positif

Points négatifs

Tous les prestataires ne sont pas formés

- Approvisionnement et logistique

Points forts

Il faut noter la contribution des districts et CSCOM pour s'approvisionner en CTA malgré l'insuffisance des ressources dont ils disposent (recouvrement des coûts)

Points faibles

Les CTA distribués dans les CSCOM seront périmés en février 2009 et certains districts disposent encore des stocks importants.

- Communications

Point fort

Existence dans le plan stratégique des activités d'IEC/CCC ciblant les prestataires

Point faible

Le personnel de santé n'a pas suffisamment adhéré à la nouvelle politique de traitement d'où faible prescription des CTA

Le manque d'information des patients sur les effets secondaires des CTA

- S&E

Point fort

Existence d'un plan de monitoring et évaluation pour le paludisme en cours de validation

Point faible

Les activités de supervision ne sont pas encore planifiées

Absence de système de pharmacovigilance.

b. Besoins et requêtes

Le paludisme constitue un problème majeur au Mali.

L'enquête EDS IV faite en 2006 a trouvé que 18% des enfants de 0 à 5ans avaient eu la fièvre dans les 2 semaines précédentes l'enquête

i. Goulots d'étranglement et défis

Les PvVIH ne sont pas jusqu'à présent ciblés dans la politique de gratuité du traitement du paludisme.

Le déploiement communautaire du traitement du paludisme simple avec l'implication des relais communautaires est toujours à l'état pilote.

Les frais récurrents (les frais de consultation, les antipyrétiques ainsi que les frais de références pour les cas graves) sont supportés par le patient.

Pour le paludisme grave les frais à payer pour la référence sont de l'ordre de 10 000 F CFA pour le transport, 2500 F CFA pour l'hospitalisation au CSRef ou Hôpital et entre 2.500 et 5000 pour les examens complémentaires

La prise en charge du paludisme au niveau du secteur privé ne suit pas les recommandations de la politique nationale.

La prise en charge des cas simples dans les 24h à domicile est une expérience isolée de certains projets pilotes.

Le personnel de santé n'a pas suffisamment adhéré à la nouvelle politique de traitement d'où une faible prescription des CTA. Il y a un déficit d'information du public sur les effets secondaires des CTA. Des stocks importants de CTA au niveau des CESCO seront périmés en février 2009.

Absence de système de pharmacovigilance.

Il y a un recours tardif aux soins (barrières géographiques, saisonnières et surtout financières). Ces barrières font que la population recourt en grande partie à l'automédication (le plus souvent avec les monothérapies) et aux tradipraticiens, avant de consulter le CESCO. Par ailleurs on note des problèmes de gestion des stocks, d'insuffisance de la supervision et de contrôle de qualité.

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

Le MS devrait créer un cadre de réflexion sur la viabilité financière des CESCO dans le contexte de gratuité des intrants pour les programmes prioritaires (la réflexion est en cours)

Une subvention ou système de compensation de la gratuité devrait être proposé.

Il faudrait réfléchir à une possible politique de contractualisation avec les partenaires/ONG sur le terrain pour améliorer la qualité des soins, étendre la prise en charge au niveau communautaire et pérenniser les expériences réussies.

Le PNLN devrait négocier une extension de la gratuité aux autres cibles vulnérables comme les PVVIH et les indigents.

La DPM devrait réglementer l'importation des combinaisons thérapeutiques et empêcher la vente des monothérapies sur le marché.

Il faudra organiser des sessions de formation selon les besoins exprimés dans les districts, actualiser et adapter les manuels/ directives de formation des prestataires.

En même temps, les directives relatives aux nouvelles stratégies de prise en charge du paludisme devraient être diffusées à tous les niveaux du système de santé ainsi que dans le secteur privé.

Les activités d'IEC/CCC et plaidoyer en direction des prestataires, des populations devraient être mise en œuvre dans les meilleurs délais. Le PNLN devrait urgemment initier des rencontres avec les acteurs de santé pour trouver des solutions aux CTA qui risquent de se périmés dans quelques mois, et trouver les mécanismes d'application et de suivi du nouveau schéma thérapeutique du paludisme simple.

Il faudrait renforcer la collecte des données, gestion des stocks et la supervision et étendre les activités de gestion des données au secteur privé.

Il faudra mettre en place un système de pharmacovigilance de routine.

Tableau 17: Besoins de financement pour le traitement en vue d'atteindre les objectifs de RBM en 2010.

Nombre et coût du traitement du paludisme	Classe d'Age	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Coût moyen d'un traitement*	5-11 mois	\$ 0,55	\$ 0,55	\$ 0,55	\$ 0,55	\$ 0,55	\$ 0,55	
	1-6 ans	\$ 0,55	\$ 0,55	\$ 0,55	\$ 0,55	\$ 0,55	\$ 0,55	
	7-13 ans	\$0,95	\$0,95	\$0,95	\$0,95	\$0,95	\$0,95	
	> 14 ans	\$1,65	\$1,65	\$1,65	\$1,65	\$1,65	\$1,65	
	Total							
Nombre de cas ciblés pour le traitement	5-11 mois	481 998	370 347	247 430	242 865	246 929	252 362	1 841 932
	1-6 ans	7 382 898	6 309 458	4 330 552	3 028 281	2 916 367	2 980 527	26 948 082
	7-13 ans	2 448 963	1 991 372	1 296 271	971 276	947 483	968 328	8 623 693
	> 14 ans	4 218 442	3 235 509	2 035 102	1 798 323	1 801 918	1 841 560	14 930 854
	Total	14 532 302	11 906 686	7 909 356	6 040 745	5 912 697	6 042 777	52 344 562
Ressources disponibles	Total	3 711 371	3 565 799	3 327 980	59 000	0	0	10 664 150
Ecart Budgétaire	Total	-10 820 931	-8 340 887	-4 581 376	-5 981 745	-5 912 697	-6 042 777	-41 680 412

6. Questions transversales

6.1. Epidémie/ Control d'urgence

Le paludisme est épidémique dans trois régions du nord du Mali (Gao, Tombouctou, Kidal) mais également dans certaines zones de Kayes, Ségou, Mopti et Koulikoro) Dans les régions du nord, l'IP est en dessous de 5%. Tous les types d'âge sont à risque de paludisme grave.

i. Politique, stratégies et approches

Points forts

Il existe un document de politique nationale de gestion et de réponse aux épidémies ainsi qu'un plan d'intervention.

La gestion des épidémies est inscrite dans les documents de politique et de stratégie sur la lutte contre le paludisme au Mali.

Deux axes stratégiques sont retenues dans la stratégie : il s'agit de la PEC des cas et la pulvérisation intra domiciliaires dans les zones épidémiques.

Il existe un système de préparation, de détection et d'action en cas d'épidémie. La section surveillance épidémiologique du MS est chargée de ce volet.

Le seuil de détection des épidémies est calculé en utilisant les quartiles et médiane des cinq dernières années. Le délai de réponse est de 24h.

Points faibles

Absence de plans pour orienter la réaction en terme de choix d'intervention et de détails de mise en œuvre

La couverture sanitaire et l'accessibilité aux soins sont faibles dans les zones exposées aux épidémies

iii. Financement

La gestion des épidémies est appuyée par certains donateurs comme l'OMS et USAID/PMI jusqu'en 2011

iii. Niveau de mise en place

- Gestion et rôle des partenaires

Point fort

Existence d'un comité intersectoriel permanent de prévention et de riposte aux épidémies aux différents niveaux du système

Point faible

Le comité intersectoriel permanent de prévention et de riposte aux épidémies n'est fonctionnel que pendant les périodes d'épidémie

- Formation

Points faibles

Le personnel des districts à risque épidémique n'est pas formé.

Le module de formation spécifique à la gestion des épidémies du paludisme n'est pas disponible

- Approvisionnement et logistique

Point fort

Certaines zones ont des kits pré positionnés pour la gestion des épidémies

Points faibles

Les procédures de mobilisation des fonds en cas d'épidémie sont longues

- Communications

Point faible

Pas d'activités d'IEC/CCC spécifique à la lutte contre les épidémies de paludisme

- S&E

Point fort

Existence des sites sentinelles de surveillance épidémiologique et le plan stratégique prévoit de mettre en place un système de surveillance épidémiologique à base communautaire avec la formation des relais.

Point faible

Les sites sentinelles sont sous équipés et très peu fonctionnels. Les données produites par les sites sentinelles sont incomplètes et irrégulières

Le système de détection des épidémies est entravé par le manque de données de qualité dans certaines régions

c. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

Les kits d'épidémie ne sont pas pré positionnés dans tous les sites exposés aux épidémies.

Les procédures de mobilisation des fonds en cas d'épidémie sont longues

Les sites sentinelles sont sous équipés et très peu fonctionnels. Les données produites par les sites sentinelles sont incomplètes et irrégulières

Le système de détection des épidémies est entravé par le manque de données de qualité dans certaines régions

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

Renforcer la surveillance épidémiologique dans la région à haut risque épidémique

Doter le niveau central et/ou régions d'un fond conséquent de riposte aux épidémies

Elaborer un module de formation sur la gestion des épidémies de paludisme et améliorer les compétences des prestataires de soins des zones épidémiques.

Renforcer la surveillance épidémiologique dans les zones exposées.

Rendre fonctionnelle les sites sentinelles (équipements, formation et supervision)

Assurer l'animation permanente des comités intersectoriels de prévention et de riposte des épidémies

Disséminer les stratégies de lutte contre les épidémies

Tableau 18: Besoins de financement pour les situations d'épidémie et d'urgence (USD)

Le coût d'intervention pour une situation d'épidémie ou d'urgence	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Le coût d'intervention par personne affectée/à risque*	14.7\$	14.7\$	14.7\$	14.7\$	14.7\$	14.7\$	
Nombre estimé de personnes affectées/à risque	1082373	1106185	1130521	1155392	1180810	1206787	
Ressources disponibles pour les situations d'épidémie ou d'urgences	100 000	100000	100000	100000	-	-	400000
Nombre de personnes affectées qui peuvent être couvertes avec les ressources disponibles	6803	6803	6803	6803	-	-	
Ecart budgétaire	15810883	16160919	16518658	16884262	-	-	

Remarque : Pour le cas du Mali, le coût de la PID par personne couverte est 8/3. Ainsi le coût d'intervention par personne affectée/à risque=\$12+\$2.7=\$14.7

6.2. Plaidoyer/CCC/IEC

a. Analyse de la situation

Il s'agit des activités de plaidoyer en direction des leaders politiques et donateurs et des activités de mobilisation sociale en direction de toutes les cibles ainsi que les activités de communication pour le changement de comportement

i. Politique, stratégies et approches

Points forts

Le plaidoyer/CCC/IEC fait partie intégrante des axes stratégiques retenues par le PNLIP. Beaucoup de supports IEC/Paludisme sont produits par les partenaires.

Point faible

Il existe un plan de communication budgétisé mais pas encore validé. La stratégie d'utilisation et de redynamisation du réseau des relais communautaires dans les activités d'IEC pour le changement de communication (paludisme) n'est pas bien définie

ii. Financement

Le financement est assuré par le Fonds Mondial, l'OMS, l'USAID/PMI, les Voix du Mali, PSI, ATN, l'UNICEF, Save the Children.....

iii. Niveau de mise en place

- Gestion et rôle des partenaires

Points forts

Existence d'un projet dynamique de plaidoyer fait par les Voix du Mali. Par ailleurs, le service IEC/Palu reçoit l'appui technique du CNIECS et collabore avec RECOTRADE.

Points faibles

Il y a des problèmes de coordination de tous les intervenants et donc d'harmonisation des messages.

- Approvisionnement et logistique

Points faibles

Insuffisance des supports IEC/paludisme au niveau périphérique et communautaire

- Communications

Points forts

Il existe une prise en compte des principales recommandations sur le paludisme dans les déclarations de politiques (Président, Ministres) et des autorités locales et leaders communautaires

Les célébrités font partie intégrante des activités de plaidoyer (voix du Mali)

Existence d'un bulletin d'information semestriel et diffusé régulièrement pour les voix du Mali

Points faibles

Les relais communautaires sont insuffisamment formés et encadrés en ce qui concerne les activités d'IEC pour la lutte contre le paludisme

- S&E

Points faibles

Les activités d'IEC/CCC et celles des relais ne sont pas répertoriées ni collectées au niveau du Système Local d'Information Sanitaire.

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

Le plan de communication n'est pas encore validé

Insuffisance des supports IEC/paludisme au niveau périphérique et communautaire

La stratégie d'utilisation et de redynamisation du réseau des relais communautaires dans les activités d'IEC pour le changement de comportement (paludisme) n'est pas bien définie

Absence de budget spécifique pour le service IEC central du MS : CNIECS

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

Procéder à la validation de la stratégie nationale de communication

Elaboration des nouveaux supports et réactualiser les supports existants

Harmoniser les messages et supports IEC : mettre en place un comité de coordination entre le PNLP et intervenant IEC/CCC pour le paludisme

Planifier des activités d'IEC et programmes en direction du milieu scolaire

Développer les activités de recherche (enquêtes CAP) pour cerner les attitudes, croyances et comportements des publics cibles

Former et impliquer d'avantage les organisations communautaires dans les activités d'IEC/paludisme.

Réfléchir à un système de motivation et de fidélisation des relais : Tirer profit de l'expérience des partenaires sur le terrain (Unicef, MSF).

Créer un comité de réflexion sur la contractualisation de la gestion des relais communautaires par les organisations locales/partenaires sur le terrain

Financer la mise en œuvre du plan stratégique de communication pour la lutte contre le Paludisme.

Renforcer le plaidoyer en faveur des activités de passage à l'échelle en vue d'atteindre les objectifs RBM.

Tableau 19: Besoins de financement pour les activités de plaidoyer, d'IEC/CC (USD)

Le coût d'intervention pour les activités de plaidoyer, d'IEC/CCC	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Le coût des activités de plaidoyer planifiées							
Le coût des activités d'IEC/CCC planifiées							
Coûts TOTAUX estimés	2643658	2643658	2573536	2570487			
Ressources disponibles pour le plaidoyer							
Ressources disponibles pour l'IEC/CCC							
Ressources TOTALES disponibles	2580714	2580714	2512262	2509286	-	-	-
Ecart budgétaire Plaidoyer							

Ecart budgétaire IEC/CCC							
Ecart Budgétaire TOTAL	62944	62944	61274	61201			

6.3. Surveillance, Suivi Evaluation et Recherche opérationnelle

a. Analyse de la situation

i. Politique, stratégies et approches

Points forts

Il existe un plan national de suivi évaluation et d'une liste consensuelle d'indicateurs de suivi évaluation

Points faibles

Le plan stratégique de suivi évaluation n'est pas encore validé par le programme ni disséminé

- Gestion et rôle des partenaires

Points forts

Il existe un partenariat fécond et dynamique entre le PNLN et ses partenaires en matière de suivi / évaluation. .Approvisionnement et logistique

Points forts

Existence dans les régions et districts d'un équipement minimal pour la gestion des données

Points faibles

Problème de maintenance d'équipements pour la gestion des données

- Communications
- S&E

Points forts

Affectation du personnel chargé de la gestion des données dans les districts

Existence d'une liste de sources de données pour la collecte des données

Points faibles

Existence de plusieurs outils de recueil de données (SIS, SR, Palu..)

Insuffisance des moyens de supervision des CSCOM

Faible capacité des équipes du niveau central, régional et district à conduire les enquêtes MIS et MICS

les données ne remontent pas régulièrement de la base vers le sommet et ne concordent pas toujours

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

Faible capacité des équipes du niveau central, régional et district à conduire les enquêtes MIS et MICS

Problème de maintenance d'équipements pour la gestion des données

Existence de plusieurs outils de recueil de données (SIS, SR, Palu..)

Insuffisance des moyens de supervision des CSCOM

Supervision irrégulière à tous les niveaux

les données ne remontent pas régulièrement de la base vers le sommet et ne concordent pas toujours

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

Finaliser et diffuser le plan stratégique national de suivi évaluation

Renforcer l'équipement du programme pour la gestion de la base de données

Renforcer les compétences des équipes centrales, régionales et du district pour qu'ils soient capables de conduire les enquêtes MIS et MICS

Identifier les besoins en matière de recherche et assurer les financements

Elaborer un plan de supervision et assurer la supervision régulière à tous les niveaux
Elargir la collecte des données et la supervision au secteur privé.
Faire remonter les données de façon régulière de la base vers le sommet après validation

Tableau 20: Besoins Financiers pour la Supervision, le S&E et la Recherche Opérationnelle (USD).

Besoins en Suivi et Evaluation	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Surveillance de Routine							
Logistiques de la surveillance de routine							
Supervision de la surveillance de routine et utilisation des données de surveillance	440827	783844	622042	669661			2516374
Réunions de Prise de décision	938357	866071	842261	866071			3291684
Evaluation de l'efficacité des médicaments ¹	47619			47619			95238
Evaluation de la résistance aux insecticides ²							
Enquête MIS ³		476190					476190
Autres enquêtes planifiées Réaliser 2 enquêtes sur la qualité de la PEC du paludisme au niveau des structures sanitaires Réaliser 2 enquêtes dans les formations sanitaires selon le protocole standard Réaliser 2 enquêtes CAP sur le paludisme.	47619	142857		95238			285714
Pharmacovigilance ⁴							
Enquête de couverture des MII ⁵							
Enquête de qualité/Assurance des PID ⁶							
Renforcement des capacités pour le développement et le respect de la réglementation à risque*							
Equipements (ordinateurs, GPS, PDAs etc.)	204880	162261	43571	5476			416188
Recherche Opérationnelle							
							4573180
Autres coûts (formations)	1053809	69619	949142	2291352			190475
Autres coûts (revue du programme : mi parcours et finale)		71428		119047			
Coûts totaux estimés	2733111	2572270	2457016	4094464	-	-	11856861
Ressources disponibles	486595	558023	584309	605642	-	-	2234569
Ecart budgétaire	2246516	2014247	1872707	3488822			9622292

7. Gestion de programmes et des systèmes de santé

7.1. Gestion de programmes et des systèmes de santé

a. Analyse de la situation

Le rôle assigné au PNLP :

Ces sept dernières années, l'augmentation des financements par des sources telles que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (GFATM), l'Initiative présidentielle sur le Paludisme (PMI, President's Malaria Initiative, aux Etats-Unis), le Programme de renforcement de la lutte contre le paludisme de la Banque mondiale (« Booster Program »), la Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF) et des fondations privées

devrait permettre aux pays de mettre à échelle leurs activités. Malgré cela, les pays ne sont pas parvenus à leurs objectifs, ce qui s'explique dans une large mesure par des insuffisances financières et techniques. Plus récemment, il a été reconnu que pour réduire substantiellement la mortalité et la morbidité liées au paludisme d'ici à 2010 et au-delà, les pays devront atteindre **une couverture de 80 % de la population à risque** et une couverture encore plus importante des groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Cet impératif exige la mise en place urgente d'un programme de mise à échelle accélérée des interventions de base.

La volonté politique affichée d'atteindre cet objectif a abouti à la réforme institutionnelle pour permettre au Programme National de lutte contre le paludisme de disposer des moyens nécessaires à la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2007- 2011. Rattaché au Secrétariat Général du Ministère de la santé et créé par l'ordonnance N° 07-022/PRM du 18 juillet 2007, la Direction du programme National de lutte contre le Paludisme a pour mission de :

- Concevoir et élaborer les stratégies de lutte contre le Paludisme ;
- Coordonner les recherches et études en matière de lutte contre le paludisme ;
- Élaborer les normes et procédures et veiller à leurs applications ;
- préparer les plans d'action de lutte contre le Paludisme et veiller à leur mise en œuvre.

i. L'autorité de gestion et de décision du PNLP

La Direction du Programme National de Lutte contre le Paludisme est placée sous l'autorité du Comité d'Orientation présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé. Le Décret N° 07/ 253 PRM du 02 Août 2007 décrit les fonctions

- le Comité d'orientation est l'organe d'impulsion, d'orientation et de suivi évaluation des activités du Programme
- la Direction est chargée de coordonner, superviser et contrôler les activités du Programme.

ii. L'environnement d'exécution du PNLP

Malgré la détermination du personnel et le redéploiement du personnel clé, l'environnement de travail de l'équipe est un facteur limitant l'efficacité des interventions. En effet, le PNLP ne dispose pas de locaux suffisants et adéquats pour faire face à ses missions. Depuis plus d'un an, l'équipe logée dans les locaux de la Direction Nationale de la Santé est à l'étroit.

iv. Planification, monitoring et évaluation du PNLP.

Le PNLP dispose d'un plan stratégique 2007-2011 de lutte contre le paludisme et d'un plan d'accélération pour la mise à échelle.

L'une des faiblesses était l'absence d'un plan National de suivi/évaluation qui est aujourd'hui disponible avec une liste consensuelle d'indicateurs pour le suivi/évaluation, d'un équipement minimal pour la gestion des données de base d'une liste de source de données pour la collecte et la diffusion de l'information et de partenaires accompagnant le programme dans le suivi/évaluation

v. Relations internes et coordination à l'intérieur du Ministère de la santé :

L'organigramme de la Direction du PNLP, fait ressortir les relations internes et fonctionnelles entre les différents postes au sein du programme. Il détermine les missions spécifiques des unités dans une cohérence d'atteinte des objectifs communs

Au sein du Ministère de la santé différentes instances régulent les différents programmes dont le PNLP entre autres : le comité d'orientation de la lutte contre le paludisme, les groupes thématiques, les organes multisectoriels de coordination et de suivi du PRODESS aux différents niveaux du système (national, régional et district)

vi. Coordination et principaux rôles des partenaires de RBM aux niveaux local et national :

En ce qui concerne le mécanisme de coordination du partenariat entre le PNLP, le Comité National de Pilotage de lutte contre le Paludisme, il est prévu des concertations régulières entre le comité national et les groupes thématiques.

b. Besoins et requêtes pour permettre au PNLP de jouer son rôle

i. Principaux goulots d'étranglements et défis

Il existe une insuffisance de compétences diversifiées et complémentaires pour intensifier la mise en œuvre des activités (Pharmacien, Ingénieur sanitaire, entomologiste, socio anthropologue).

Il y a une insuffisance dans la coordination entre PNLP, DSR, DHPS et les services de l'environnement.

L'absence de locaux adaptés et l'insuffisance d'équipements ne permettent pas au PNLP de travailler efficacement.

La vétusté et l'insuffisance de véhicules pour intensifier les activités de lutte contre le paludisme limitent les interventions

Les procédures de gestion des partenaires sont différentes et complexes dans la mobilisation et l'acquisition des ressources.

Des activités de sous-traitance en matière de lutte contre le paludisme sont réalisées sans toujours bien impliquer le PNLP ce qui ne permet pas souvent d'avoir une vue d'ensemble des interventions et crée des difficultés d'harmonisation.

D'autres défis restent à relever tels que la faible capacité de coordination et de gestion des activités de lutte contre le paludisme au niveau région et district sanitaire, une absence de mapping des intervenants par zone à jour ainsi que leurs domaines d'interventions et une insuffisance de mécanisme de collaboration entre les acteurs privés, parapublics, confessionnels et publics.

ii. Solutions proposées

Pour une mise à échelle des interventions, il faut :

- Doter le PNLP de personnels experts supplémentaires pour l'intensification de la lutte
- renforcer la coordination entre PNLP, DSR, DHPS et les services de l'environnement
- Doter le PNLP d'un local et d'équipements pour l'accomplissement efficace de ses missions
- Doter le PNLP de ressources nécessaires (moyens logistiques) pour intensifier les activités de lutte contre le paludisme
- Simplifier les procédures de gestion des ressources pour la lutte contre le paludisme
- Réaliser la sous-traitance des activités de lutte contre le paludisme en collaboration avec le PNLP
- Renforcer la capacité de coordination et de gestion des activités de lutte contre le paludisme au niveau district et régional
- Créer et mettre à jour un répertoire d'intervenants par zone.

- Renforcer le mécanisme de collaboration entre les acteurs privés, parapublics, confessionnels et publics au niveau district et régional

Tableau 21: Partenaires de RBM, rôles et couverture/ capacité de mise en oeuvre

Partenaires	Rôle	Couverture/ capacité de mise en oeuvre	Besoins d'appuis
PNLP, - DNS/Unité, - USAID/ATN, - CPS, - MRTC/DEAP, - INRSP, - Voix du Mali, - OMS, - USAID, - BTB/OMD, - CNAM, - CREDOS, - GP/SP, - Institut Mérieux	Recherche, Vaccin, Surveillance Epidémiologique	Bonne capacité de mise en oeuvre	
- PNLP, - PPM, - USAID/ - Kénéya - Ciwara, - CНИЕCS, - FENASCOM, - Plan Mali, - PSI, - Voix du Mali, - USAID/ Health Policy, Initiative, - GP/SP, - SOS Palu, - USAID/ATN	Communication , Mobilisation Sociale, CCC	Bonne capacité de Mise en oeuvre	
- PNLP, MRTC/ Entomo, USAID/RTI, - DNS/DHPS, - USAID, - Minist. Envir., - Minist. Agri., - Les Voix du Mali - BTB/OMD - Minist. Adm.ter. - DNS/SI	Lutte Anti Vectorielle (pulvérisation Intra domiciliaire)	Bonne capacité de mise en oeuvre	
- PNLP, - UNICEF, - GP/SP, PSI, - FENASCOM, - DNS/SI, - DNS/DSR, - USAID/PMI, - Plan Mali, - Les Voix du Mali, - USAID/Kénéya - Ciwara,	Prévention Chimio prophylaxie (MII+SP)	Bonne capacité de mise en oeuvre	
- PNLP, USAID/ATN, - Save the Children - MSF, - USAID, - PPM,	Prise en charge des cas(CTA et autres médicaments antipaludiques ; Diagnostic	Bonne capacité de mise en oeuvre	

Partenaires	Rôle	Couverture/ capacité de mise en oeuvre	Besoins d'appuis
<ul style="list-style-type: none"> - USAID/kénéya - Ciwara, - FENASCOM, - DPM, Plan - Mali, - LNS, - CREDOS, - BTB/OMD, - Les Voix du Mali, - MRTC/DEAP 	biologique)		

7.2. Gestion des approvisionnements

a. Analyse de la Situation

i. Système de gestion de l'approvisionnement du Ministère de la santé.

Le système National d'approvisionnement du Mali a pour objet d'assurer aux populations un approvisionnement régulier en produits pharmaceutiques de qualité, sûrs, efficaces et accessibles géographiquement et financièrement.

Il repose sur un système pyramidal constitué de la centrale d'achat, PPM(Pharmacie Populaire du Mali), un circuit de distribution approvisionnant les formations sanitaires directement à partir de la centrale d'achat ou par l'intermédiaire de dépôts régionaux et/ou de district

Concernant l'approvisionnement et la distribution des intrants, il faut retenir que la PPM est chargée de la sélection des fournisseurs agréés au Mali. En effet sur la base des besoins exprimés par la DNS, transmis à la DAF via la DPM, le PPM a la responsabilité de la préparation des consultations et du Processus de lancement et de gestion des offres conformément aux textes régissant les marchés publics en République du Mali. La réception est faite par une commission constituée de la PPM, la DAF, la DNS et la DPM.

Les produits seront stockés dans les magasins de la PPM selon le principe du FEFO puis dans les magasins régionaux de la PPM et de la DRS conformément aux normes de stockage requises. De là ils envoyés dans les DRC, CSCOM dépôts de vente et autres structures.

La distribution concernera tous les produits retenus (CTA, TDR et quinine) et se fera à trois niveaux : central, régional et local.

Il faut à ce stade deux schémas de distribution pour chaque niveau :

- un schéma pour les produits qui sont vendus ;
- un schéma pour les produits qui entrent dans la gratuité. (cf détail sur la figure 4)

Il bénéficie d'accompagnement de plusieurs partenaires en augmentation constante depuis cinq ans. Ce sont les multilatéraux (UE, BM, BAD, BID, Fonds Mondial, PEPFAR, UNITAID,...), les bilatéraux (USAID, France, Belges, Japonais, Suédois...), les fondations: Clinton, Damien..., les agences des Nations Unies (OMS, UNICEF, FNUAP, PNUD, ...)

ii. Système de gestion de l'approvisionnement du secteur privé

Le système d'approvisionnement du secteur privé se fait à partir de grossistes répartiteurs privés qui approvisionnent les Officines, qui à leur tour les dépôts privés et le parapublic Officines privées. s'agissant de la société Civile (confessionnels ONGs (MSF, MSH, FHI..) il sont en général leur propre système d'approvisionnement et de distribution.

b. **Besoins et requêtes pour permettre au PNLN de jouer son rôle**

i. Principaux goulots d'étranglements et défis

Retard d'approvisionnement dû à la diversité et à la complexité des procédures de financement et d'achat.

Difficultés dans le suivi/contrôle des approvisionnements (gestion et pharmacovigilance)

Faible capacité de stockage depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique.

Gestion des médicaments difficile lorsque qu'une gestion différenciée en fonction des sources d'approvisionnement est imposée (cas de la SP).

Outils de gestion et de reporting multiples surchargeant les responsables de gestion des stocks à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Financement de la distribution non prévu perturbant le système national d'approvisionnement des intrants.

ii.

Solutions proposées

-Renforcer la coordination entre le PNLP, les structures de contrôle de qualité et celles chargées des procédures de passation des marchés

-Renforcer les capacités de stockage des magasins au niveau central, Régional et District

- Renforcer les capacités du personnel en gestion des approvisionnements

-Doter le PNLP de camions (2) pour le transport des intrants

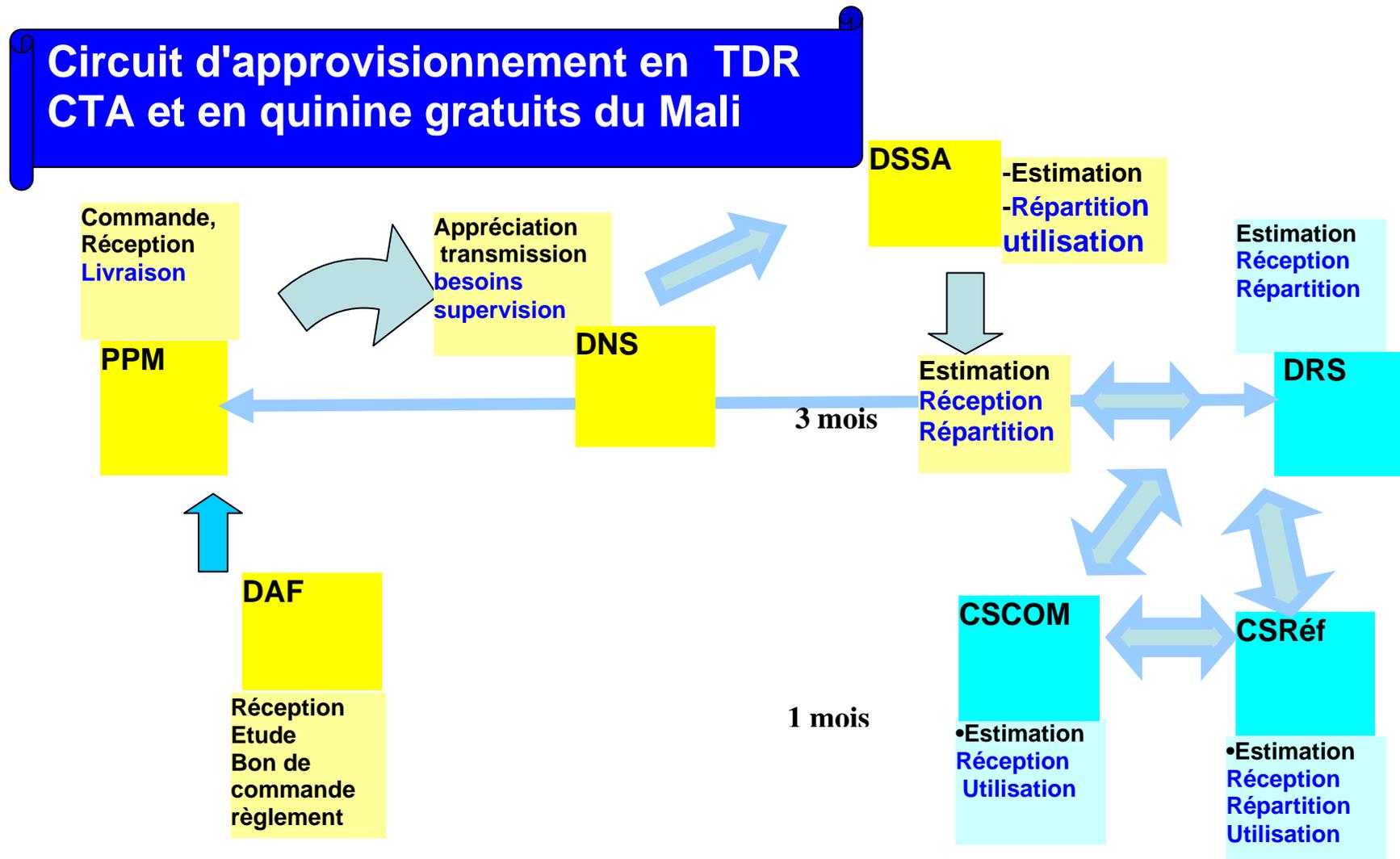
-Renforcer les capacités financières du PNLP pour assurer la distribution des intrants jusqu'au niveau opérationnelle.

-Renforcer la supervision du système d'approvisionnement et de distribution

-Renforcer les compétences du personnel impliqué dans la gestion des données

- simplifier les outils de reporting des données.

Figure 4: Circuit d'approvisionnement en TDR CTA et en Quinine gratuits



7.3. Renforcement du Système de Santé

a. Analyse de la Situation

i. Le système de santé publique

La politique sanitaire du Mali est conforme aux grands principes de l'OMS. Les objectifs prioritaires de santé qui s'inspirent principalement du CSLP et des OMDs, mettent un accent particulier sur la prévention, la promotion de la santé et le bien-être des populations des zones rurales et périurbaines.

La politique sectorielle de santé et de population adoptée en 1991 par le Gouvernement du Mali est basée sur la décentralisation du recours aux soins et la participation communautaire. Son objectif général est l'extension significative de la couverture sanitaire et la facilité d'accès aux médicaments pour toutes les couches de la population.

Sur le plan gestionnaire, les missions des différents niveaux de la pyramide sanitaire sont clairement définies :

Le niveau central (Ministère de la Santé et services centraux) se charge de l'élaboration des normes et des procédures au niveau central, de l'appui technique au niveau intermédiaire et de la planification, la gestion et l'évaluation au niveau Cercle (districts sanitaires).

Le niveau régional est chargé de l'appui technique aux Districts sanitaires ;

Le niveau District (Cercle), est l'unité opérationnelle responsable du suivi de la mise en œuvre des activités sur le terrain.

L'unité de planification opérationnelle est chargée de la mise en œuvre.

Pour les ressources humaines, l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel se caractérise par des ratios dans la fonction publique, de loin en dessous de ceux préconisés par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Sur le plan des prestations de soins, il existe 3 niveaux :

-Le niveau central, composé par les 5 Etablissements Publics Hospitaliers (en plus de l'hôpital mère enfant) qui constituent la 3^{ème} référence ;

-Le niveau Régional, composé de 6 Etablissements Publics Hospitaliers assurant la 2^{ème} référence ;

-Le niveau opérationnel qui comporte 2 échelons :

Le premier échelon ou premier niveau de recours aux soins : il offre le Paquet Minimum d'Activité (PMA) dans les Centres de Santé Communautaires (CSCOM). La gestion de ces CSCOM a été confiée à des Associations de Santé Communautaire (ASACO). En plus de cela, il existe des structures de santé parapubliques, confessionnelles, dispensaires et cliniques privées qui complètent le premier échelon avec des éléments du PMA. Certains aspects de l'offre des soins sont complétés par les ONG, notamment la santé de la reproduction et la lutte contre le VIH/Sida. Il est important aussi de signaler l'existence de lieux de consultation de médecine traditionnelle qui font souvent office de premier recours et dont la coordination avec la médecine moderne est en cours d'organisation.

Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) : est constitué par les centres de santé de référence de cercle, ou CSRef (correspond aux hôpitaux de district sanitaire).

Tableau 22: Structures publiques et communautaires de prestation de soins, 2007

SECTEUR	NIVEAU	STRUCTURE SANITAIRE	NOMBRE
PUBLIC	NATIONAL	ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS	5
		HOPITAL MERE-ENFANT (DE LA FONDATION POUR L'ENFANCE)	1
		CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE	1
	RÉGIONAL	ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS	6
	DISTRICT SANITAIRE	CENTRE DE SANTE DE REFERENCE	59
COMMUNAUTAIRE ET ASSOCIATIF	DISTRICT SANITAIRE	CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	826
		CENTRE DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH	45

Source: Rapport d'activités du Ministère de la santé, 2007.

ii. Les systèmes de santé à but lucratif et à but non lucratif

Sur le plan du secteur privé, autorisé depuis 1985, l'exercice de la profession sanitaire s'est surtout concentré dans les grandes villes, principalement à Bamako.

Face aux structures de santé publiques et communautaires, le secteur privé à but lucratif et non lucratif a acquis un bon dynamisme à travers ses structures de prestation de soins (cliniques et polycliniques, cabinet de consultation, dispensaires et infirmeries confessionnels, professionnels, corporatifs, etc.), ses officines et dépôts pharmaceutiques.

Le nombre des établissements sanitaires privés de soins est composé essentiellement de cabinets, de cliniques, d'établissements hospitaliers privés, de dépôts de pharmacie et d'établissements confessionnels.

Tableau 23: Situation des structures privées au Mali en 2007

Type de structure	Total recensées	Total avec licences jusqu'en fin			
		fin 2004	fin 2005	fin 2006	fin 2007
Cabinet de consultation	129	44	59	85	119
Clinique médicale, chirurgicale, accouchement	21	9	10	11	19
Clinique médicale	45	9	10	16	47
Clinique chirurgicale	4	3	3	3	4
Clinique d'accouchement	9	4	5	6	11
Cabinet de soins (physiothérapie, kinésithérapie, soins infirmiers)	41	28	41	46	44
Laboratoire d'explorations fonctionnelles	6	1	1	1	6
Laboratoire d'analyses biomédicales	7	3	4	5	8
Cabinet de radiologie	4	2	2	3	4
Centre de rééducation	4	1	1	1	3
Centre de cure	0	0	0	0	0
Structures de médecine traditionnelle	25	14	14	20	45
autres	20	3	3	5	11

iii. L'accès au système de santé

L'accessibilité des populations aux PMA (Paquet Minimum d'Activité) dans un rayon de 5 Km aux CSCOM est passée de 50% en 2005 à 51% en 2006. L'objectif du PRODESS II (50%) est atteint dans un rayon de 5 km en 2006. Cette augmentation a été surtout marquée dans les régions de Tombouctou (33% en 2005 à 41% en 2006) et de Kayes (42% en 2005 à 44% en 2006). Dans les autres régions l'accessibilité est restée stationnaire. De même l'accessibilité dans un rayon de 15 Km, est passée de 75% en 2005 à 76% en 2006. La même tendance est constatée dans les régions de Kayes (69% en 2005 à 71% en 2006) et de Tombouctou (47% en 2005 à 58% en 2006). Elle est restée stationnaire dans les autres régions du Mali.

iv. Ressources humaines: PNLN et les questions nationales

La Direction du Programme National de lutte contre le paludisme est structurée de la façon suivante :

- Une Direction
- Une unité administrative et financière
- La Division planification et suivi évaluation
- La Division surveillance épidémiologique et recherches
- La Division Prévention et prise en charge des cas
- La Division communication et mobilisation sociale

Le programme dispose de 13 cadres A dont 10 médecins, 3 Techniciens Supérieurs de Santé, 2 chauffeurs et 3 secrétaires soit un total de 21 agents pour un total de 30 agents prévus par le cadre organique.

v. Ressources humaines: au niveau régional et au niveau des structures chargées de l'offre de services

Les ratios du personnel sont loin de ceux prévus par l'OMS dans tous les types de personnels de santé.

Nous avons rassemblé les informations sur l'état actuel de certains types de personnel de santé repartis dans les CSRef et régions sanitaires tels que nous avons trouvé dans l'annuaire statistique 2006.

On note un déficit généralisé en personnel de santé aujourd'hui au Mali : 795 Médecins ce qui signifie un médecin pour 15 079 habitants alors que l'OMS exige 1 médecin pour 10.000 habitants ; 2 298 infirmiers, soit un infirmier pour 4 925 habitants au moment où les normes OMS exigent 1 infirmier pour 3 000 habitants ; 572 Sages Femmes d'Etat (SFE) soit 1 pour 5 217 Femmes en âge de procréer (FAP) contre 1 SFE pour 300 FAP selon l'OMS.

Une autre réalité non perceptible par les ratios établis est la faible densité en population des régions du nord du Mali.

Les différents écarts observés par type de personnel sont variables d'une région à une autre mais il y a un excédant de Médecins et des autres catégories d'agents de santé dans le district de Bamako et aussi dans les régions du nord si on considère seulement le ratio personnel de santé/population. Voir le détail dans le tableau en annexe 2

vi. Ressources humaines: initiatives pour améliorer la situation des ressources humaines

Plusieurs initiatives ont été développées ces dernières années pour renforcer l'effectif du personnel sur les ressources PPTe. Les communautés, les ONG recrutent aussi du personnel en plus des efforts de l'Etat.

b. Besoins et requêtes pour renforcer le système de santé

i. Principaux goulots d'étranglements et défis

Les principaux goulots d'étranglement pour le renforcement du système sont :

- L'insuffisance de personnels experts pour intensifier la mise en œuvre des activités
- La faible capacité de coordination et de gestion des activités de lutte contre le paludisme au niveau district et régional
- Le manque de répertoire d'intervenants par zone ainsi que le domaine d'intervention
- L'insuffisance de mécanisme de collaboration entre les acteurs privés, parapublics, confessionnels et publics au niveau District et Régional
- L'impossibilité du PNLP à recruter directement du personnel
- L'insuffisance de personnels formés et motivés pour la lutte contre le paludisme au niveau central (PNLP), régional et district

En outre, les personnels du secteur privé, parapublic et confessionnel ne sont pas suffisamment impliqués dans la lutte contre le paludisme

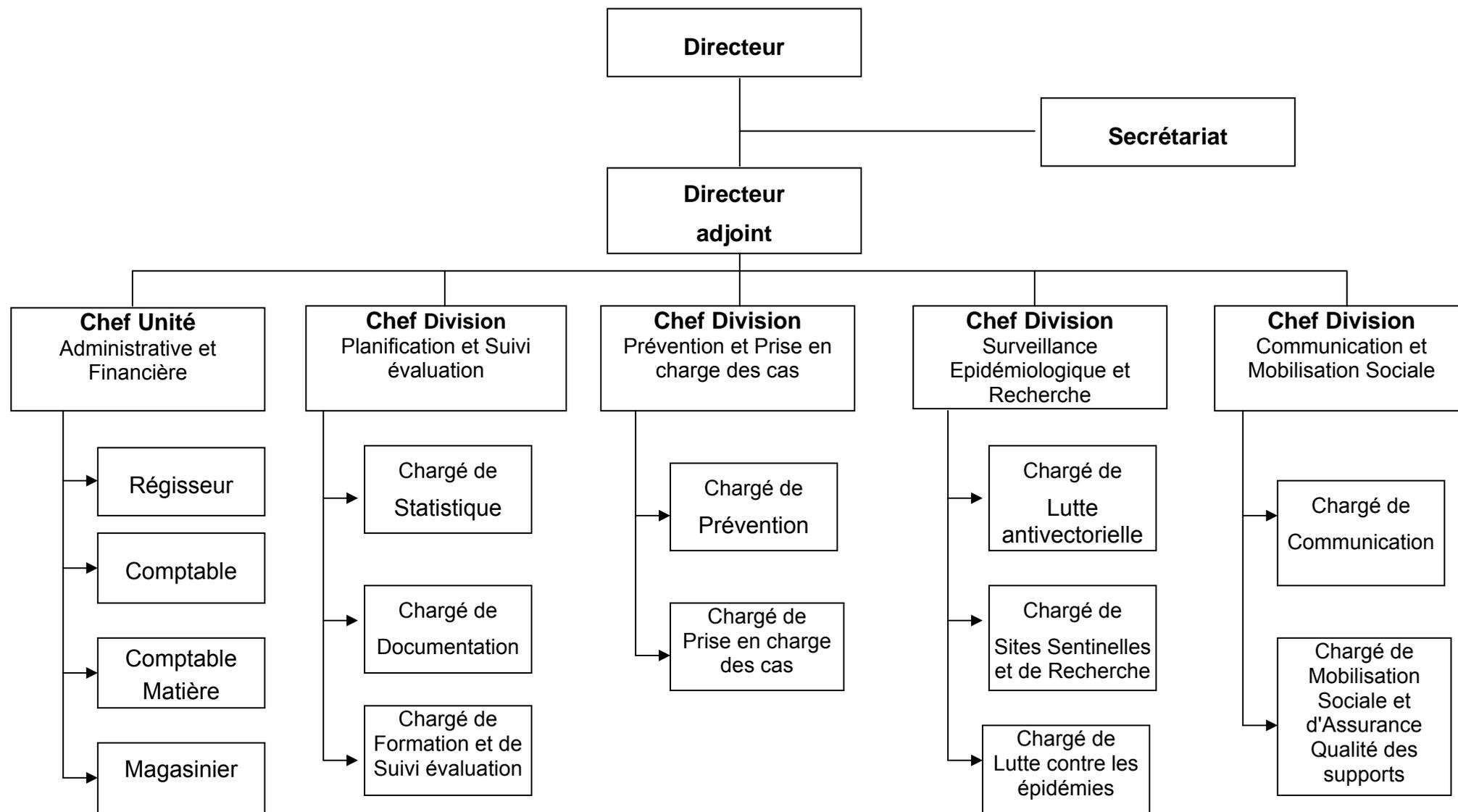
ii. Solutions proposées

Pour faire face aux multiples missions les mesures suivantes doivent être envisagées pour accélérer la mise à échelle des interventions

- Doter le PNLP de personnels experts supplémentaires pour l'intensification de la lutte
- Doter le PNLP d'un local et d'équipements pour l'accomplissement efficace de ses missions
- Réfléchir aux mécanismes de motivation du personnel pour augmenter les performances du programme
- Simplifier les procédures administratives de mobilisation et d'acquisition de ressources pour la lutte contre le paludisme
- Donner les moyens juridiques au PNLP de mobiliser et d'acquérir les ressources
- Renforcer la capacité de coordination et de gestion des activités de lutte contre le paludisme au niveau district et régional

- Créer et mettre à jour un répertoire d'intervenants par zone ainsi que le domaine d'intervention
- Renforcer le mécanisme de collaboration entre les acteurs privés, parapublics, confessionnels et publics au niveau district et régional

Figure 5: Organigramme de la direction du programme national de lutte contre le paludisme



Goulots d'étranglement

Malgré la volonté politique exprimée pour permettre au PNLP de disposer de tous les moyens pour accélérer la lutte contre le Paludisme, plusieurs postes prévues dans le cadre organique ne sont pas pourvus. Les chargés de programme ne sont pas nommés, des besoins spécifiques dans certains domaines ne sont pas comblés notamment : un pharmacien, un entomologiste, un anthropologue, un ingénieur sanitaire.

Par ailleurs, les aspects de coordination ne sont pas renforcés même si des espaces d'échanges existent pour le partage de l'information.

Propositions de solutions

- Renforcer la fonctionnalité des groupes thématiques
- Instaurer la tenue régulière des réunions de concertation du CCM, du Comité de pilotage
- Doter le PNLP en ressources pour assurer le secrétariat permanent des structures de coordination

Tableau 23. Résumé des Besoins en Gestion de Programme et du Renforcement Institutionnel

Domaines	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Renforcement Institutionnel							
Renforcement des Instituts de Formation		x		x	x		
Renforcement des Laboratoires d'entomologie et d'insectarium		x	x	x			
Renforcement du système national de diagnostic du paludisme et de qualité assurance	x	x	x				
Développement des curricula de formation de base	x	x	x				
Développement des curricula de formation continue							
Equipement							
Ordinateurs	x	x					
Véhicules/Motos	x	x	x				
General; Fournitures de Bureaux							
Formation Générale							
Formation des agents de santé pour la planification et la lutte contre le paludisme	x	x	x				
Formation des Agents de Santé Communautaire							
Formation en Gestion des cas et Diagnostics							
Diagnostics de laboratoires pour techniciens de Labo	x	x	x				
Agents de Santé en Gestion des cas	x	x	x				
Formation des agents de santé dans la prévention et le contrôle du paludisme		x	x	x			
Formation dans la Réponse des épidémies							
Formation en IEC/CCC							
RHBs Développement de Matériel de dans le secteur de la communication	x	x	x	x			
Agents de Santé Communautaire		x	x	x			
Formation dans la gestion de base de données et de la surveillance de Routine	x	x	x				
Formation dans la gestion de l'approvisionnement pour RHBs, WHB, Boutiques médicales		x	x	x			
Ressources Humaines							
Assistance Technique (AT) Générale							
AT pour l'évaluation du système de S&E actuel (1 international, 1 national)			x	x			
Salaire du Personnel							
Coûts Totaux Estimés							
Ressources disponibles							
Ecart de Financement							

Annexes

Annexe 1

Mme DIARRA
PRIMATURE
-----*-----
SECRETARIAT GENERAL
DU GOUVERNEMENT
-----*-----

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI
-----*-----

DECRET N°06-565/P-RM DU 29 DEC. 2006

PORTANT RENOUELEMENT DE LA DUREE DE L'EXONERATION DES DROITS ET TAXES SUR LES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES, LES MOUSTIQUAIRES ET LES INSECTICIDES DESTINES A LEUR IMPREGNATION DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

- Vu la Constitution ;
- Vu la Loi N°63-43/AN-RM du 31 mai 1963 portant Code des Douanes et ses textes modificatifs subséquents ;
- Vu l'Ordonnance N°06/CMLN du 27 février 1970 portant adoption du Code Général des Impôts et ses textes modificatifs subséquents ;
- Vu le Décret N°01-189/P-RM du 25 avril 2001 portant exonération des droits et taxes sur les moustiquaires imprégnées, les moustiquaires et les insecticides destinés à leur imprégnation dans le cadre de la lutte contre le paludisme ;
- Vu le Décret N°04-140/P-RM du 29 avril 2004 portant nomination du Premier Ministre ;
- Vu le Décret N°04-141/P-RM du 02 mai 2004, modifié portant nomination des membres du Gouvernement ;

STATUANT EN CONSEIL DES MINISTRES,

DECRETE :

Article 1^{er} : A compter du 25 avril 2006, la durée de l'exonération des droits et taxes inscrits au Tarif des Douanes à l'Importation des moustiquaires imprégnées, des moustiquaires et des insecticides, est renouvelée pour une période de cinq (5) ans.

Annexe 2 : Etat de Personnel actuel, des norme et des besoins en personnel au Mali

CERCLES		Population	Médecin	Sage Femme	Infirmiers*
BAFOULABE					
	Actuel	194 317	6	3	31
	Norme		19	152	65
	Ecart		13	149	34
DIEMA					0
	Actuel	167 997	9	1	27
	Norme		17	132	56
	Ecart		8	131	29
KAYES					0
	Actuel	395 327	37	10	52
	Norme		40	310	132
	Ecart		3	300	80
KENIEBA					0
	Actuel	179 763	6	3	21
	Norme		18	141	60
	Ecart		12	138	39
KITA					
	Actuel	359 171	7	3	47
	Norme		36	281	120
	Ecart		29	278	73
NIORO					
	Actuel	201 213	6	3	32
	Norme		20	158	67
	Ecart		14	155	35
YELIMANE					
	Actuel	149 211	6	1	31
	Norme		15	117	50
	Ecart		9	116	19
KAYES					
	Actuel	1 646 999	77	24	241
	Norme		165	1 290	549
	Ecart		88	1 266	308
BANAMBA					
	Actuel	168 690	5	2	18
	Norme		17	132	56
	Ecart		12	130	38
DIOILA					
	Actuel	207 985	7	2	38
	Norme		21	163	69
	Ecart		14	161	31
FANA					
	Actuel	194 812	10	4	15
	Norme		19	153	65
	Ecart		9	149	50
KANGABA					
	Actuel	89 324	5	2	16
	Norme		9	70	30

	Ecart		4	68	14
KATI					
	Actuel	568 206	34	22	94
	Norme		57	445	189
	Ecart		23	423	95
KOLOKANI					
	Actuel	207 088	6	3	20
	Norme		21	162	69
	Ecart		15	159	49
KOULIKORO					
	Actuel	173 128	15	7	36
	Norme		17	136	58
	Ecart		2	129	22
NARA					
	Actuel	178 320	5	1	26
	Norme		18	140	59
	Ecart		13	139	33
OUELLESSEBOUGOU					
	Actuel	131 797	9	2	21
	Norme		13	103	44
	Ecart		4	101	23
KOULIKORO					
	Actuel	1 919 350	96	45	284
	Norme		192	1 503	640
	Ecart		96	1 458	356
BOUGOUNI					
	Actuel	382 930	9	5	64
	Norme		38	300	128
	Ecart		29	295	64
KADIOLO					
	Actuel	164 124	9	3	38
	Norme		16	129	55
	Ecart		7	126	17
KOLONDIÉBA					
	Actuel	180 104	5	1	27
	Norme		18	141	60
	Ecart		13	140	33
KOUTIALA					
	Actuel	468 491	21	9	78
	Norme		47	367	156
	Ecart		26	358	78
SELINGUE					
	Actuel	81 829	2	2	18
	Norme		8	64	27
	Ecart		6	62	9
SIKASSO					
	Actuel	636 894	29	5	94
	Norme		64	499	212
	Ecart		35	494	118
YANFOLILA					
	Actuel	129 253	6	2	31
	Norme		13	101	43

	Ecart		7	99	12
YOROSSO					
	Actuel	182 708	5	4	28
	Norme		18	143	61
	Ecart		13	139	33
SIKASSO					
	Actuel	2 226 333	86	31	378
	Norme		223	1 744	742
	Ecart		137	1 713	364
BARAOUELI					
	Actuel	189 972	7	2	22
	Norme		19	149	63
	Ecart		12	147	41
BLA					
	Actuel	262 051	5	4	44
	Norme		26	205	87
	Ecart		21	201	43
MACINA					
	Actuel	190 405	5	3	23
	Norme		19	149	63
	Ecart		14	146	40
MARKALA					
	Actuel	171 241	12	3	44
	Norme		17	134	57
	Ecart		5	131	13
NIONO					
	Actuel	289 509	11	6	56
	Norme		29	227	97
	Ecart		18	221	41
SAN					
	Actuel	295 390	6	8	53
	Norme		30	231	98
	Ecart		24	223	45
SEGOU					
	Actuel	412 546	14	16	92
	Norme		41	323	138
	Ecart		27	307	46
TOMINIAN					
	Actuel	198 842	6	1	31
	Norme		20	156	66
	Ecart		14	155	35
SEGOU					
	Actuel	2 009 956	66	43	365
	Norme		201	1 574	670
	Ecart		135	1 531	305
BANDIAGARA					
	Actuel	268 101	3	2	25
	Norme		27	210	89
	Ecart		24	208	64
BANKASS					
	Actuel	248 066	5	2	22
	Norme		25	194	83

	Ecart		20	192	61
DJENNE					
	Actuel	174 625	4	2	20
	Norme		17	137	58
	Ecart		13	135	38
DOUMENTZA					
	Actuel	148 563	3	2	17
	Norme		15	116	50
	Ecart		12	114	33
KORO					
	Actuel	315 540	4	2	25
	Norme		32	247	105
	Ecart		28	245	80
MOPTI					
	Actuel	267 090	15	12	61
	Norme		27	209	89
	Ecart		12	197	28
TENENKOU					
	Actuel	132 758	3	4	16
	Norme		13	104	44
	Ecart		10	100	28
YOUWAROU					
	Actuel	87 737	2	1	10
	Norme		9	69	29
	Ecart		7	68	19
MOPTI					
	Actuel	1 642 480	39	27	196
	Norme		164	1 287	547
	Ecart		125	1 260	351
DIRE					
	Actuel	100 354	3	1	17
	Norme		10	79	33
	Ecart		7	78	16
GOUNDAM					
	Actuel	155 279	4	2	14
	Norme		16	122	52
	Ecart		12	120	38
GOURMA-					
	Actuel	80 597	4	0	16
	Norme		8	63	27
	Ecart		4	63	11
NIAFUNKE					
	Actuel	146 249	4	0	21
	Norme		15	115	49
	Ecart		11	115	28
TOMBOUCTOU					
	Actuel	86 979	7	3	39
	Norme		9	68	29
	Ecart		2	65	-10
TOMBOUCTOU					
	Actuel	569 458	22	6	107
	Norme		57	446	190

	Ecart		35	440	83
ANSONGO					
	Actuel	90 711	4	3	34
	Norme		9	71	30
	Ecart		5	68	-4
BOUREM					
	Actuel	84 867	7	4	37
	Norme		8	66	28
	Ecart		1	62	-9
GAO					
	Actuel	187 651	9	8	75
	Norme		19	147	63
	Ecart		10	139	-12
MENAKA					
	Actuel	76 716	2	1	25
	Norme		8	60	26
	Ecart		6	59	1
GAO					
	Actuel	439 945	22	16	171
	Norme		44	345	147
	Ecart		22	329	-24
ABEIBARA					
	Actuel	9 378	1	0	7
	Norme		1	7	3
	Ecart		0	7	-4
KIDAL					
	Actuel	20 803	5	1	18
	Norme		2	16	7
	Ecart		-3	15	-11
TESSALIT					
	Actuel	16 459	2	0	15
	Norme		2	13	5
	Ecart		0	13	-10
TIN-ESSAKO					
	Actuel	4 318	0	0	2
	Norme		0	3	1
	Ecart		0	3	-1
KIDAL					
	Actuel	50 958	8	1	42
	Norme		5	40	17
	Ecart		-3	39	-25
COMMUNE1					
	Actuel	279 605	52	41	51
	Norme		28	219	93
	Ecart		-24	178	42
COMMUNE2					
	Actuel	143 159	58	57	95
	Norme		14	112	48
	Ecart		-44	55	-47
COMMUNE3					
	Actuel	98 959	92	62	117
	Norme		10	78	33

Ecart		-82	16	-84
COMMUNE4				
Actuel	231 803	67	62	84
Norme		23	182	77
Ecart		-44	120	-7
COMMUNE5				
Actuel	276 373	59	96	73
Norme		28	216	92
Ecart		-31	120	19
COMMUNE6				
Actuel	452 357	51	61	94
Norme		45	354	151
Ecart		-6	293	57
BAMA KO				
Actuel	1 482 256	379	379	514
Norme		148	1 161	494
Ecart		-231	782	-20
Total Mali				
Actuel	11 987 735	795	572	2 298
Norme		1 199	9 390	3 996
Ecart		404	8 818	1 698

*=Infirmiers d'Etat et Infirmiers du premier cycle.