

**MISSION CONSULTATIVE DE FAIRE RECULER
LE PALUDISME (FRP) AU MALI: ACTIONS ESSENTIELLES POUR
SOUTENIR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS D'ABUJA**

10 – 14 novembre 2003

**Massambou Sacko, Attaher Touré, Stéphane Tohon, Boi-Betty Udom, Josef
Decosas, Notburga Timmermans**

1. RESUME

Le Conseil d'Administration de l'initiative Faire Reculer le Paludisme (FRP) a demandé au Secrétariat du Partenariat de procéder à une analyse de situation pour évaluer l'état de préparation de chaque pays pour le passage à échelle supérieure. L'analyse des besoins et déficits se fera d'abord dans les pays de la Catégorie I, c'est-à-dire les pays "dit prêts" pour le passage à échelle supérieure. Pour ce faire, la méthodologie de REAPING (RBM Essential Actions, Progress & Investment Gaps) est appliquée. Le Secrétariat du Partenariat a invité le Réseau Régional du FRP en Afrique de l'Ouest (WARN : Western Africa RBM Network), représentant les partenaires présents dans la sous région, à participer à ces missions consultatives de pays.

D'importants progrès ont été notés au sein du partenariat FRP au Mali au profit de la lutte contre le paludisme. Les niveaux de couverture des interventions prioritaires sont en voie de croissance. Si le PNLN et ses partenaires sont capables d'accéder de manière effective et efficace aux fonds disponibles, y compris les fonds du FMSTP, et si la coopération et coordination sont optimisées aux niveaux central et périphérique, il est probable que le Mali puisse atteindre les objectifs d'Abuja pour les MII, le TPI et l'accès aux traitement rapide vers la fin de 2005.

D'autres éléments clés qui contribueront à l'atteinte des objectifs d'Abuja incluent l'extension de la CPN+ et le PEV+ à l'ensemble des cercles ; l'accélération de l'IEC aux communautés sur l'importance du CPN et TPI et l'accélération de la formation des prestataires publiques et privés ; l'organisation de campagnes d'imprégnation de masse des moustiquaires ; l'accélération de l'élaboration et l'application du plan national de prise en charge du paludisme à domicile ; la formation des formateurs pour les mères relais à la prise en charge du paludisme à domicile et le renforcement du suivi des mères relais ; le renforcement des postes sentinelles de surveillance épidémiologique ; l'amélioration de la coopération et échange d'information entre le PNLN, les institutions de recherche, les ONG et les autres partenaires par la création de cadres de concertations efficaces et réguliers ; et le renforcement de la capacité des systèmes financiers et administratifs du Ministère de la Santé, des régions et cercles pour l'absorption des fonds.

2. TABLE DES MATIERES

1.	RESUME.....	2
2.	TABLE DES MATIERES	3
3.	ABBREVIATIONS.....	4
4.	INTRODUCTION.....	5
5.	METHODOLOGIE.....	5
6.	ANALYSE DE SITUATION.....	5
6.1.	Transmission et fardeau du paludisme	5
6.2.	Politiques, environnement stratégique et partenariats.....	6
6.3.	MII et autres mesures de lutte vectorielle	7
6.4.	Accès au traitement effectif.....	9
6.5.	Paludisme pendant la grossesse.....	9
6.6.	Prévention et contrôle des épidémies	10
6.7.	Stratégies de support	10
6.8.	Contrôle du paludisme et systèmes sanitaires	11
7.	LES OBJECTIFS D'ABUJA – SERONT'ILS ATTEINTS?	14
7.1.	Couverture des MII parmi les enfants de moins de 5 ans	14
7.2.	Couverture de la TIP parmi les femmes enceintes.....	15
7.3.	Accès au traitement effectif aux enfants de moins de 5 ans.....	16
8.	LES ACTIONS ESSENTIELLES	18
8.1.	Moustiquaires Imprégnés d'Insecticide (MII).....	18
8.2.	TPI des femmes enceintes	18
8.3.	Accès au traitement rapide	18
8.4.	Prévention et contrôle des épidémies	19
8.5.	Evaluation de la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme.....	19
8.6.	La recherche	19
8.7.	Collaboration intrasectorielle et intersectorielle	19
9.	PAQUET D'APPUI PROGRAMMATIQUE: ACTIONS ESSENTIELLES ET INVESTISSEMENTS REQUIS - MALI.....	20
10.	ACTIONS DE SUIVI	23
11.	RECOMMANDATIONS DE L'EQUIPE.....	23
12.	ANNEXE 1 : PERSONNES ET ORGANISATIONS CONSULTEES	25
13.	ANNEXE 2 : AGENDA DE L'ATELIER SUR FAIRE RECULER LE PALUDISME ..	26
14.	ANNEXE 3 : DOCUMENTS CONSULTEES	28
15.	ANNEXE 4 : DATES STRATEGIQUES POUR LA PLANIFICATION DU PALUDISME ET LA REVUE DU PROGRES OBTENU	30
16.	ANNEXE 5 : PROPOSITION DE RENFORCEMENT DE LA COLLECTE ET UTILISATION DES DONNEES METEOROLOGIQUES DU MINISTERE DE L'ENVIRONNEMENT	31

3. ABBREVIATIONS

ASACO	Association de Santé Communautaire
CCM	Country Coordinating Mechanism
CNIECS	Centre National d'Information, d'Education et Communication de la Santé
CPN	Consultation prénatale
CPN+	Paquet de services de consultation prénatale, avec l'inclusion de la dotation du MII
CROCEPS	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation Pour la Santé
CSC	Centre de santé de cercle
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
DAF	Direction Administrative et Financière
DEAP	Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires
DMT	Département de Médecine Traditionnelle
DNS	Direction Nationale de la Santé
DPLM	Division de la Prévention et de la Lutte contre la Maladie
FMPOS	Faculté de médecine, de Pharmacie et d'Ostontostomatologie
FMSTP	Fonds Mondiale de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
FRP	Faire Reculer le Paludisme
IEC	Information, Education et Communication
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
LNS	Laboratoire Nationale de la Santé
M&E	Monitoring et Evaluation
MC	Malaria Consortium
MII	Moustiquaires imprégnées d'insecticide
MRTC	Malaria Research and Training Center
MS	Ministère de la Santé
MTI	Matériaux imprégnés d'insecticide
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccinations
PEV+	Paquet de services de PEV, avec l'inclusion de la dotation du MII
PMA	Paquet minimum d'activités
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés (initiative d'allègement des dettes)
PRODESS	Programme de Développement Socio Sanitaire
REAPING	RBM Essential Actions, Progress & Investment Gaps
PSI	Population Services International
RBM	Roll Back Malaria (faire reculer le paludisme)
SDC	Coopération Suisse (Swiss Development Cooperation)
SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
SP	Sulfadoxine Pyraméthamine (médicament antipaludique)
TPI	Traitement Présomptif Intermittent
UMPP	Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (United Nations Children's Fund)
USAID	Agence Internationale d'aide des Etats-Unis (United States Agency for International Development)
WARN	Western Africa RBM Network

4. INTRODUCTION

Le Conseil d'Administration de l'initiative Faire Reculer le Paludisme (FRP), représentant tous les partenaires FRP, a demandé au Secrétariat du Partenariat de procéder à une analyse de situation pour évaluer l'état de préparation de chaque pays pour le passage à échelle supérieure. L'analyse des besoins et déficits se fera d'abord dans les pays de la Catégorie I, c'est-à-dire les pays "dit prêts" pour le passage à échelle supérieure. Pour ce faire, la méthodologie de REAPING (RBM Essential Actions, Progress & Investment Gaps) est appliquée. Le Secrétariat du Partenariat a invité le Réseau Régional du FRP en Afrique de l'Ouest (WARN : Western Africa RBM Network), représentant les partenaires présents dans la sous région, à participer à ces missions consultatives de pays. C'est dans ce cadre que la visite au Mali a eu lieu, le Mali faisant partie des pays de la Catégorie I.

L'objectif des missions de pays est de renforcer la coopération entre le partenariat du FRP mondial et celui au niveau des pays afin d'appuyer les programmes nationaux de lutte contre le paludisme et leurs partenaires dans leur progrès pour atteindre les objectifs d'Abuja.

Les résultats attendus des missions REAPING sont :

1. l'analyse des actions de FRP en cours par rapport aux objectifs et plans d'Abuja plan pendant les deux ans restant avant fin 2005,
2. un accord sur les actions essentielles (en dehors de celles déjà planifiées) nécessaire pour que le pays atteigne les objectifs d'Abuja en fin 2005,
3. un "paquet en appui programmatique" contenant les actions supplémentaires nécessaires pour atteindre les objectifs, avec l'accord conjoint entre le Partenariat FRP/RBM du pays et le Partenariat FRP/RBM mondial sur les modalités d'un appui programmatique renforcé à fin d'accélérer l'atteinte des objectifs d'Abuja.

L'équipe de mission était composée de : Dr. Massambou Sacko (Coordinateur du PNLP), Dr. Attaher Touré (NPO PCIME, OMS Mali), Dr. Stéphane Tohon (ICP OMS et membre du WARN), Dr. Boi-Betty Udom (Secrétariat Partenariat FRP), Dr. Josef Decosas (Conseiller Régional Santé pour l'Afrique de l'Ouest, Plan International) et Mme. Notburga Timmermans (consultante du Malaria Consortium). Membres de l'équipe locale incluait : Dr. Mamadou Adama Diabaté (adjoint PNLP), Mme. Oumou Modibo Diabaté Ballo (Chargée IEC, PNLP), Mme. Mariam Cissé (chargée des activités à base communautaire, PNLP), et Dr. Sitan Traoré (entomologiste, PNLP).

5. METHODOLOGIE

La méthodologie employée comprenait la revue de littérature (voire Annexe 3), des entretiens avec le personnel du Ministère de la Santé et partenaires (voire Annexe 1), un atelier de deux jours avec les représentants du niveau central et périphérique et les partenaires nationaux, aboutissant en une réunion de consensus / restitution (voire Annexe 2). Suivant la réunion de consensus et restitution, les actions essentielles et le paquet d'appui programmatique proposés ont été révisés et le suivi convenu avec le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique.

6. ANALYSE DE SITUATION

6.1. Transmission et fardeau du paludisme

Le paludisme génère un fardeau de maladie important sur la population du Mali, avec 33% des consultations dans les formations sanitaires. Dans 34,4% des cas la maladie affecte les enfants de moins de 5 ans. La mortalité due à cette affection est parmi les causes de décès la plus

élevée chez les enfants de moins de 5ans : 45,7% (SNIS 2000). Le paludisme sévit au Mali selon un mode de transmission endémique dans les zones du sud et du centre, tandis qu'il existe des zones à risque d'épidémie correspondant aux régions du nord et le paludisme urbain.

6.2. Politiques, environnement stratégique et partenariats

Politiques nationales de santé et environnement stratégique

La politique sectorielle de santé et population du Mali a mis l'accent sur la décentralisation et la participation communautaire.

Le gouvernement du Mali a exprimé au cours de ces dernières années sa volonté de faire de la lutte contre la pauvreté la priorité de toutes les priorités de développement. Le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) actuel (2000 – 2005) définit les liens entre la santé et la pauvreté, mais ne mentionne guère le rôle du paludisme.

L'orientation générale du Ministère de la Santé est reflétée dans le **Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS)**, produit chaque 5 ans. Le PRODESS actuel (1998–2003) a comme un des objectifs principaux la réduction de la morbidité et mortalité des maladies prioritaires, dont le paludisme, mais les indicateurs de suivi de la mise en œuvre du PRODESS (section indicateurs de résultats, sous-section « lutte contre la maladie et santé de la reproduction ») n'incluent pas d'indicateurs relatifs au paludisme.

Le **Programme National de la Lutte contre le Paludisme (PNLP)** du Mali a mené diverses actions au cours de ces cinq dernières années pour intensifier la lutte contre le fléau du paludisme. Celles ci se traduisent par l'élaboration du **Plan Stratégique Quinquennal de Lutte contre le Paludisme 2001 –2005** (actuellement en cours de mise en œuvre) et une deuxième révision de la politique nationale de lutte contre le paludisme en 2003. L'objectif du Plan Stratégique est la réduction de l'impact du paludisme de 30% d'ici l'an 2005 et de 50% d'ici l'an 2010 afin d'atténuer les effets de la maladie en particulier chez la femme enceinte et l'enfant de moins de 5 ans, mais aussi sur les adultes dont l'incapacité pèse lourdement sur l'économie du pays. Les stratégies de lutte sont basées sur l'IEC, le dépistage précoce des malades et leur traitement, la chimio-prévention pour les groupes cibles, la lutte contre les épidémies, la recherche opérationnelle et le renforcement de la collaboration intrasectorielle et intersectorielle et du partenariat. Ces stratégies et les objectifs fixés sont en droite ligne avec les celles de FRP.

Partenariats (intrasectoriels et intersectoriels)

Parmi les partenaires du PNLN nous regroupons les institutions et organisations suivantes : L'OMS l'UNICEF, la Coopération Néerlandaise, l'USAID, la Coopération Belge, SAVE THE CHILDREN, le Groupe PIVOT Santé Population, NETMARK, BEE SAGO, Plan Mali, CARE Mali, les institutions de recherche (INRSP, DEAP), et les autres Ministères comme le Ministère de l'Environnement, Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, le Ministère de la Communication, etc. Ces partenaires interviennent à différents niveaux du volet santé et avec des appuis divergent. Certains contribuent de manière générale au budget de l'Etat sans allocations spécifiques aux programmes de santé. Certains financent l'ensemble des programmes de la santé et d'autres des programmes spécifiques. Quelques partenaires par contre interviennent directement au niveau des régions et structures sanitaires à travers les activités d'ONGs.

Il est à noter cependant que les interventions des partenaires ne sont pas harmonisées. Les approches utilisées divergent pour chacune des interventions. Il serait important de mettre en place des mécanismes de coordination formels et informels incluant les multilatéraux,

bilatéraux, le secteur privé (au sens étroit et au sens large), les ONGs; afin d'obtenir un engagement au plus haut niveau et de développer un système de rétro information. La réunion entre le PNLP et les ONG qui aura lieu le 18 novembre sera un premier pas sur cette voie.

Il existe cependant un Comité Technique multidisciplinaire regroupant un représentant de chacune des institutions suivantes: la Direction Nationale de Santé Publique (DNSP), le département d'épidémiologie (CDE), la DSFC, la cellule de planification et statistiques (CPS), les hôpitaux nationaux, le Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la santé (CNIEC) les institutions de recherche (INRSP, DEAP), et Groupe Pivot Santé & Population. Ce Comité semble surtout avoir une fonction de conseil technique, et non pas une fonction de coordination de la mise en œuvre de l'ensemble des actions menées.

En plus de la coordination nationale, la coordination au niveau des régions et cercles est importante au Mali en vue du caractère décentralisé du système administratif. Selon les représentants des structures régionales publiques rencontrés durant l'atelier REAPING à Bamako, la coordination au niveau régional et des cercles fonctionne mieux, puisque tous les partenaires actifs dans le domaine de la santé se rencontrent tous les trois mois aux bureaux des responsables publiques.

Il semble que la coopération avec le secteur privé commercial Malien n'est pas encore bien développée. Le Ministère semble privilégier la coopération avec le secteur commercial au sens étroit (entreprises liées commercialement au paludisme), mais n'a pas encore fait d'efforts pour impliquer le secteur privé commercial au sens large. Cependant, selon certains interlocuteurs du secteur ONG, les entreprises maliennes seraient intéressées de contribuer à la lutte contre le paludisme. Il semble donc opportun d'élargir le partenariat pour les inclure.

L'absence de coordination régulière de la mise en œuvre résulte également dans un manque d'harmonisation de l'assistance technique. L'assistance technique à long terme fournie par les différents partenaires de développement ne respecte pas toujours les stratégies du Ministère, tandis que l'assistance technique à court terme (ponctuelle) non plus harmonisée est souvent fournie par les partenaires sans concertation avec les autres partenaires. Il n'y a donc pas de planification conjointe, ni d'échange d'informations systématique sur l'assistance technique planifiée, ni de circulation systématique de rapport après les missions.

6.3. MII et autres mesures de lutte vectorielle

Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII)

Une enquête de base conduite en 1999 démontrait que l'habitude de dormir sous moustiquaires était déjà bien établie dans quelques régions du Mali, avec des taux d'utilisation allant jusqu'à 80 %. Par contre, l'imprégnation des moustiquaires à l'insecticide était très rare (4%). Une enquête nationale de la couverture et utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) est actuellement en cours. Les données préliminaires confirment un taux élevé d'utilisation des moustiquaires jusqu'à 90 % dans quelques régions, tandis que dans d'autres régions le taux reste très faible. Le taux d'utilisation des MII a apparemment augmenté. Une première estimation est qu'actuellement, au niveau national, 17 % des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans dorment régulièrement sous moustiquaire imprégnée.

Pour atteindre les objectifs d'Abuja, le Plan Stratégique Quinquennal 2001 –2005 estime qu'il faudrait assurer la disponibilité annuelle des MII dans les quantités suivantes :

- Pour les femmes enceintes: 301.841 moustiquaires imprégnées / an
- Pour les enfants de moins de 5 ans : 1.140.289 moustiquaires imprégnées / an

Selon les informations fournies par le PNLN, la Direction Nationale de Santé (DNS) a mis en place un stock de 73,000 MII dans les structures de santé des 8 régions en 2001, et de 195,000 MII en 2002.

En janvier 2003, l'USAID Mali a publié une enquête sur la cartographie des interventions relatives aux moustiquaires imprégnées au Mali. Parmi les 16 organisations initialement identifiées comme ayant des activités dans le domaine de la promotion des moustiquaires imprégnées, 10 ont été retenues, dont la Coopération Technique Belge, CARE Mali, la Coopération Suisse, le Groupe Pivot / Santé, l'Organisation Mondiale de Santé (OMS), Plan Mali, Population Services International (PSI), Save the Children (USA), l'UNICEF et l'USAID.

Dans l'ensemble, ces partenaires avaient des activités de promotion et distribution des MII dans 23 cercles de 5 régions du pays, ainsi que dans 2 des 5 communes de Bamako. Depuis cette étude, les activités d'UNICEF ont été étendues de manière considérable avec une couverture de 16 cercles en fin 2003 et l'extension jusqu'à 26 cercles planifiée pour 2004. CARE Mali a reçu un financement important de l'USAID pour un projet de santé intégré qui couvrira 11 cercles dans 8 régions et 2 communes de Bamako. Ce projet s'impliquera fortement dans la distribution et l'imprégnation des moustiquaires. En plus, depuis la publication de l'enquête, le projet de marketing des moustiquaires de NetMark a débuté au Mali en mai 2003. Entre mai et novembre, le projet a vendu 80,000 moustiquaires par l'intermédiaire du secteur privé. Pour 2004-2005 NetMark prévoit la vente de 410,000 moustiquaires, y compris des MII de longue durée.

Au moment de la mission, le Coordonnateur du PNLN estimait qu'environ 500,000 MII étaient distribuées par le Ministère de la Santé et tous ses partenaires en 2003. Nous constatons deux systèmes de distribution prédominants au Mali :

1. Le CPN+ et PEV+ dans les cercles soutenus par le projet UNICEF¹. Cela se traduit par la gratuité d'une MII à chaque femme enceinte lors de son inscription à la CPN, et une MII à chaque enfant complètement vacciné lors de sa vaccination contre la rougeole.
2. La vente partiellement subventionnée des moustiquaires dans le secteur privé commercial, soutenue par NetMark.

En plus, avec le financement attendu (du premier tour) du Fonds Mondial de la Lutte contre le Sida, le Tuberculose et le Paludisme (FMSTP), il y a une initiative en voie de développement pour la promotion et le marketing social des insecticides et kits individuels d'imprégnation menée par PSI, avec un budget d'environ US\$ 1,5 millions pour 2003-2005.

Lors de nos rencontres avec les organisations impliquées dans la promotion et la distribution des MII, ils nous ont été signalé que les directives du PNLN sur les modalités de la distribution ou de la cession des MII ne sont pas claires, et qu'il n'existe pas un forum de concertation et de coordination régulier participatif des partenaires impliqués dans les stratégies MII. La possibilité de conflits entre les différentes stratégies était mentionnée par plusieurs interlocuteurs.

Autres mesures de contrôle vectoriel

Lors des rencontres avec des fonctionnaires importants du Ministère de la Santé, nous avons noté une forte volonté d'explorer d'autres mesures de contrôle vectoriel, y compris la

¹ Le CPN+ est le paquet de services de consultation prénatale élargie par l'inclusion de la dotation du MII. Le PEV+ est le paquet de services du Programme Élargi de Vaccination avec l'inclusion de la dotation du MII.

pulvérisation des maisons, les mesures d'assainissement du milieu et l'utilisation des larvicides. Cependant, nous constatons à ce jour peu d'initiatives à grande échelle dans cette direction. Ceci reste un volet qui devrait être mieux exploré au Mali.

6.4. Accès au traitement effectif

La politique nationale pharmaceutique prescrit depuis 1993 la chloroquine comme médicament de première intention, suivi par la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) et la Quinine pour les cas graves et compliqués. En outre, le Département de Médecine Traditionnelle (DMT) de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) a mis au point le Malarial 5®, poudre constituée de 3 plantes², testé in vivo au Mali et mis sur le marché.

La production des antipaludiques les plus utilisés (chloroquine et sels de quinine) est assurée par l'Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques (UMPP). La distribution est assurée par la Pharmacie Populaire du Mali (PPM), les importateurs privés de médicaments, les dépôts de médicaments essentiels des centres de santé, les officines privées mais aussi par les vendeurs du secteur informel. Les prix de ces produits sont homologués et abordables pour la population car subventionnés par l'Etat. Le contrôle de qualité des antipaludiques est assuré par le Laboratoire Nationale de Santé (LNS), mais celui-ci n'a pas les moyens de prévenir que des médicaments de qualité douteuse soient vendus sur le marché.

Bien que l'automédication soit très importante au Mali, la résistance à la chloroquine reste basse, la moyenne nationale étant de 15%. Selon les régions la résistance varie entre 0 et 30%. Les pharmaciens ont le devoir d'expliquer le dosage des produits achetés, cependant certains échappent à cette vigilance. Le secteur informel de vente de médicaments et moustiquaires n'a pas reçu de formation sur la dispensation des médicaments.

6.5. Paludisme pendant la grossesse

Le traitement présomptif intermittent (TPI) chez la femme enceinte a été adopté au Mali après beaucoup de résistance du secteur médical. Cette résistance persiste toujours, malgré les multiples études au Mali, Burkina Faso, et ailleurs en Afrique qui démontrent clairement les avantages de ce nouveau régime. Actuellement l'observance de la chimio-prophylaxie à la chloroquine est faible³.

La politique nationale de TPI est en cours de révision, recommandant la SP pour le TPI des femmes enceintes fourni au niveau des formations sanitaires. Cette politique attend l'adoption officielle du Ministère et sa dissémination à l'échelle nationale. Entre temps, elle a été introduite au niveau des districts depuis moins d'un an, mais elle reste très peu diffusée dans le pays, et une grande proportion des prestataires de soins maliens ne la connaît pas. La formation des techniciens de santé a commencé mais n'as pas encore atteint toutes les formations sanitaires publiques et privées. La SP est actuellement utilisée en stratégie avancée à Kolondiéba et Bougouni dans le cadre de la recherche.

Un facteur de confusion potentiel est le fait que la nouvelle politique recommande toujours la chimio prophylaxie à la chloroquine hebdomadaire au niveau communautaire. Il est donc très difficile d'imaginer comment ces deux approches pourront co-exister dans un système de santé. Selon le coordonnateur du PNLP, des études pour l'adoption du TPI à la SP pour la femme enceinte au niveau communautaire au Mali sont actuellement en cours.

² Les 3 plantes sont *Cassia occidentalis*, *Lippia cheveliera*, *Spilanthes olecraceae*

³ Le draft de la politique nationale du juin 2003 note que seulement 15 % des femmes enceintes au Mali prennent la dose prophylactique correcte.

Un défi majeur pour atteindre l'objectif d'accès à la chimio-prévention du paludisme pour 60% des femmes enceintes à risque au Mali est la faible assistance à la CPN. L'enquête de base menée en 1999 démontrait un taux très bas de fréquentation des services de consultation prénatal (CPN) : au niveau national, seulement 41% des femmes enceintes assistaient à une visite au centre de santé pour la CPN. Seulement 28% des femmes qui avaient récemment accouché avaient assistés deux fois ou plus à la CPN. En général, les femmes étaient insuffisamment informées sur la disponibilité des services CPN. L'augmentation du taux de fréquentation des services CPN dépasse le mandat du PNLP. Néanmoins, la remise gratuite des MII lors de la première visite CPN (nommée CPN+) pratiquée dans quelques districts sanitaires du Mali avec l'appui de l'UNICEF peut contribuer à l'augmentation des taux de fréquentation à la CPN.⁴

6.6. Prévention et contrôle des épidémies

Le Mali présente plusieurs faciès épidémiologiques avec des zones de paludisme instable où existent des risques de survenue d'épidémies de paludisme. Quatre régions (Tombouctou, Gao, Kidal et Kayes) avec une population estimée à 6.300.000 soit 59% de la population totale sont à risque épidémique de paludisme. Ainsi après les flambées épidémiques de 1999, un plan de prévention et de surveillance épidémiologique du paludisme dans les zones à risque épidémique de paludisme a été élaboré par le Ministère de la Santé, définissant les actions au niveau national, régional, cercle et communautaire.

Le système de prévision, prévention et de lutte contre les épidémies nouvellement mis en place a été éprouvé au cours de l'hivernage 2003 dans la région de Tombouctou où après des fortes pluies, le système d'alerte mis en place a permis de détecter un démarrage d'épidémie de paludisme. Les mesures de riposte prises ont permis à l'équipe de santé de contrôler l'épidémie avec la participation active de la communauté.

Il est à noter que les jusqu'ici les sites sentinelles et les comités de gestion des épidémies ne sont pas fonctionnels partout. Le Plan Stratégique Quinquennal prévoit 11 sites sentinelles sur toute l'étendue du pays.

La coopération avec le Ministère de l'Environnement dans le domaine climat-santé s'est beaucoup améliorée récemment, et des rencontres régulières ont lieu entre le service de la climatologie et le PNLP. Cependant la qualité de collecte et analyse des données météorologiques n'est pas encore au point par manque de formation et équipement des centres sentinelles. L'OMS appuie le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Environnement pour renforcer la surveillance épidémiologique et la riposte face aux épidémies.

6.7. Stratégies de support

Suivi monitoring et évaluation

Le Plan Stratégique Quinquennal pour faire reculer le paludisme au Mali ne stipule pas un chapitre particulier sur le volet suivi/évaluation. Egalement dans le PRODESS, il n'y a pas d'indicateurs de suivi de la mise en œuvre des activités relatifs au paludisme. Il semble donc évident qu'il y a un besoin urgent d'améliorer le système d'évaluation et d'échange d'informations entre les partenaires au Mali, et d'élaboration d'un plan de monitoring et évaluation des activités de lutte contre le paludisme au Mali.

Une enquête nationale de collecte de données de base pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre a été réalisée en août – septembre 2003. Les résultats préliminaires ont été fournis par

⁴ Dans deux CSCOM du Cercle de Banamba, visités après la mission par le Dr. Josef Decosas, la fréquentation des services CPN a dépassé les 70 % depuis l'institution du CPN+.

l'équipe des statisticiens. Cette activité constitue une ouverture pour la mise en place d'un système national de suivi & évaluation qui pourra permettre au PNLP d'avoir des informations d'autres institutions : recherche, université, institut, ONG, partenaires bilatéraux et multilatéraux.

Recherche

Pendant les trois premières années du Plan Stratégique Quinquennal, les recherches suivantes ont été menées :

- Étude du niveau de sensibilité des vecteurs du paludisme aux insecticides utilisés pour l'imprégnation au Mali.
- Contrôle de qualité des moustiquaires imprégnées de Permethrine par le test de rémanence en collaboration avec le MRTC/DEAP.
- Elaboration et exécution de 3 protocoles de recherches sur «le traitement de choc du paludisme»
- L'impact de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide sur la santé des travailleurs et la rentabilité des entreprises.
- Effet de l'introduction du traitement présomptif intermittent à la SP dans 2 cercles.

Les institutions de recherche les plus importantes au Mali sont le Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires (DEAP) / Malaria Research and Training Center (MRTC), l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), le CREDOS, le CNAM et l'Institut de Géroto-gériatrie. Les relations entre le PNLP et les institutions de recherche semblent bonnes mais il n'y a pas de cadre de concertation régulier, ni de système de distribution systématique des résultats de recherche. Une journée scientifique est cependant organisée annuellement au cours des journées africaines de lutte contre le paludisme.

Communications

Le PNLP dispose d'un service IEC qui met en œuvre les activités d'information, d'éducation et de communication. Toutefois le PNLP utilise les compétences du Centre National de l'IEC pour la Santé (CNIÉCS) pour la confection de différents outils (affiches, spots, ...). L'ORTM et l'URTL (radios de proximité) sont sollicitées pour les messages à passer. L'expérience de ces medias a démontré l'avantage de l'utilisation des radios comparées à celle de la télévision.

Les interventions au niveau communautaire sont dominées par la formation des mères relais qui participent à la vulgarisation des messages nécessaires pour le maintien des comportements souhaités. Ce volet est renforcé par une communication pour le changement de comportement au niveau de la communauté et des dispensateurs de soins.

6.8. Contrôle du paludisme et systèmes sanitaires

Organisation du contrôle du paludisme

Niveau national

Le Président de la République et le Ministre de la Santé semblent accorder beaucoup d'importance à la lutte contre le paludisme. Cependant, certains cadres à l'intérieur du Ministère ne semblent pas encore accorder au paludisme sa juste importance en raison de son lourd fardeau de maladie au Mali. Il faudrait que le PNLP et les partenaires puissent souligner le coût économique du paludisme pour le Ministère, le gouvernement et pour la population du Mali en général. Il faudrait aussi que les Ministères et les partenaires du développement tiennent compte du fait que les projets de développement (par ex. infrastructure, irrigation) peuvent aussi avoir des conséquences négatives sur le paludisme.

Le **Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)** est un des 5 programmes de la Division de la Prévention et de la Lutte contre la Maladie (DPLM), qui est une des 5 Divisions de la Direction Nationale de la Santé au sein du Ministère de la Santé. De part la position du PNLP à l'intérieur du Ministère, les procédures d'approbation des décisions et d'accès aux fonds sont longues.

En termes de personnel, le PNLP dispose d'un coordinateur (médecin), un coordinateur adjoint (médecin), une chargée de la lutte anti-vectorielle (docteur en biologiste, entomologiste), une chargée de la IEC (technicienne supérieure de développement communautaire), une chargée des actions communautaires (technicienne supérieure de santé). En plus, la Coopération Belge appuie le programme en secondant un assistant financier-administratif et une secrétaire, et en assurant l'équipement des bureaux et des frais de gestion. Le PNLP a demandé au Ministère l'engagement d'un anthropologue et d'un épidémiologiste pour renforcer sa structure. Il semble cependant qu'en vue de la nécessité de mise à l'échelle et accélération des actions de lutte contre le paludisme, le PNLP bénéficiera davantage du renforcement de sa capacité de leadership et de coordination, ainsi que du suivi financier et budgétaire.

Niveau régional / cercles

Les mécanismes de facilitation et de suivi sont assurés par des comités régionaux et locaux dans le cadre de la collaboration intersectorielle sous la responsabilité de l'autorité administrative et d'un comité technique composé des représentants des différentes institutions concernées par la lutte antipaludique.

Développement des systèmes sanitaires

La politique sectorielle de santé et de population au Mali est fondée sur les principes de soins de santé primaires et de l'initiative de Bamako. La décentralisation du système de santé a abouti à la création de santé communautaires (CSCOM) gérés par les populations à travers des associations de santé communautaires (ASACO) sur une base contractuelle avec l'Etat. Les CSCOM assurent les liens avec la communauté par les relais communautaires (agents de distribution à base communautaire, agents imprégnateurs de moustiquaires) et accoucheuses traditionnelles, et supervisent la distribution communautaire de médicaments et moustiquaires.

La décentralisation a également abouti à la révision des rôles : le Ministère de la Santé (niveau central) assure un rôle de supervision et de conseil technique, et gère les institutions sanitaires nationales, y compris les hôpitaux de troisième référence, tandis que la responsabilité de la gestion des formations sanitaires a été donnée aux régions, les Hauts Commissariats, qui dépendent du Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités. Ce sont donc les régions qui emploient le personnel travaillant dans les structures sanitaires.

La planification des activités sanitaires et sociales au niveau des cercles est incorporée dans les Plan d'Opération Annuels (PO), qui sont à leur tour intégrés dans les Plans d'Opération Annuels des Régions. Ces derniers sont évalués par les CROCEPS (Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation Pour la Santé).

Le Ministère de la Santé reconnaît le rôle important joué par les ONG dans la mise en œuvre des actions, surtout au niveau communautaire, et a par conséquent mis en place le système de contractualisation. Malheureusement, la lourdeur de la bureaucratie ministérielle fait que les procédures administratives et financières soient lentes, ce qui entraîne souvent le décaissement tardif des fonds, et qui réduit la capacité des ONG de mettre en œuvre adéquatement les actions et peut mener à la rupture fréquente des financements concernés.

Ressources humaines

L'état Malien est actuellement en phase de restructuration et de rationalisation de l'effectif en personnel, d'où une limitation du recrutement de personnel nouveau. Les fonds de l'initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE) permettent aux régions et cercles d'engager du personnel soignant pour les structures sanitaires.

Cependant, le personnel disponible aux niveaux régionaux et périphériques reste inadéquat en nombre et en qualité, et la distribution géographique du personnel reste inégale. En plus, la charge de travail du personnel technique aux CSCOM est très importante. Des études démontrent que le personnel employé au niveau périphérique (CSCOM) ressent souvent son statut comme étant incertain de part la relation avec les ASACO qui sont responsables de la gestion du CSCOM.

Logistique

Le réseau public de distribution des médicaments et moustiquaires du centre vers les périphéries semble adéquat. Par contre, les structures sanitaires manquent souvent d'équipement et de consommables, par manque de fonds (les fonds récoltés par le système de recouvrement des coûts n'est souvent pas suffisant pour couvrir tous les besoins en matériel du CSCOM).

De la même façon, au niveau des CSCOM les fonds manquent souvent pour assurer des moyens de transport adéquats. Par conséquent, les dispositifs de recours vers les structures sanitaires supérieures sont insuffisants.

Ressources financières

En 2002, l'Etat Malien destinait environ 4,8% de son budget annuel pour la santé, c'est-à-dire 21,6 milliards FCFA. Les bailleurs de fonds ont commencé à porter un soutien budgétaire direct général (non ciblé) au PRODESS à travers un panier commun au niveau central : les Pays-Bas contribuent actuellement €4 millions (Euro) par an. D'autres bailleurs, y compris la Banque Mondiale, le Canada, la Belgique et la USAID sont intéressés à rejoindre le panier commun. Au niveau régional, le Canada contribue des fonds au PRODESS à travers un appui financier à 4 régions de CAN\$ 1 million par an par région. Les autres bailleurs soutiennent le Ministère et le PNLN à travers des "financements de projets". Le PNLN reçoit un appui technique (détachement de personnel), matériel (équipement de bureau) et financier de la Coopération Belge, ainsi qu'un appui en moyens de transport de l'OMS.

Le Mali bénéficie de l'allègement des dettes via l'initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE), ce qui a libéré des fonds pour les dépenses de l'Etat dans le domaine des secteurs sociaux, y inclus la santé. Pour la période 2002 – 2004, l'initiative PPTTE est attendu à générer 75 milliards de FCFA, dont 15% seraient destinés au secteur santé-population, c'est-à-dire 11,25 milliards FCFA. De cette somme, le Ministère de la Santé avait réservé 3 milliards FCFA en 2003 pour la lutte contre le paludisme au Mali. Cependant, en réalité moins de 1 milliard ont été déboursé au PNLN pour 2003 jusqu'à ce jour. Pour 2004, 6 milliards FCFA ont été annoncés pour la lutte contre le paludisme.

Le budget annuel du PNLN pour 2003 était de 648.966.000 FCFA (PO 2003) et devait être fourni par l'Etat (ressources PPTTE) et les partenaires y compris l'OMS, l'UNICEF, la CTB, l'USAID, et SNL (Save the Children). Jusqu'alors, le PNLN n'a pas encore reçu la totalité des ressources pour la réalisation des activités pour 2003.

En 2003, un financement du Fonds Global de la Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP) de US\$ 2,5 millions a été approuvé au premier tour. Les Fonds serviront à soutenir le PNLP dans toutes ses actions. Cependant jusqu'ici les fonds n'ont pas encore été débloqués. Entre temps, le PNLP et ses partenaires devront entamer le processus de l'élaboration d'une nouvelle proposition 'paludisme' pour le FMSTP dans le premier trimestre de 2004.

Les sources de financement des régions pour les activités sociales et sanitaires comprennent les financements du PRODESS, les fonds ANICT (Agence Nationale d'Investissement des Collectivités Territoriales), soutenant surtout l'infrastructure (construction des CSCOM), et les fonds PPTE (utilisé pour le recrutement de personnel supplémentaire pour les structures sanitaires).

Les limitations pour la mise en œuvre des activités pour la lutte contre le paludisme au Mali ne semblent pas être tant l'absence de fonds que le manque de capacité de mise en œuvre et d'absorption des fonds. Celle-ci semble limitée au Mali, un résultat de la capacité limitée du Ministère des Finances à répondre rapidement aux demandes du Ministère de la Santé, de la capacité limitée de la Direction Administrative et Financière (DAF) du Ministère de la Santé, et également de la capacité limitée aux niveau des structures régionales et des cercles à utiliser les fonds de manière rapide et efficace. Les niveaux opérationnels publics (PNLP, régions et cercles) reçoivent les fonds tardivement et souvent partiellement.

Le Ministère de la Santé a reconnu ce problème et a entamé un processus de renforcement de la capacité de la DAF. Du personnel supplémentaire a été engagé et est en cours de formation. Cependant, les mécanismes actuels d'appui par les différents partenaires au Ministère sont compliqués et diversifiés. Il serait par conséquent opportun que les partenaires tentent d'harmoniser leur appui et engagent dans une approche sectorielle plus pointue avec le Ministère.

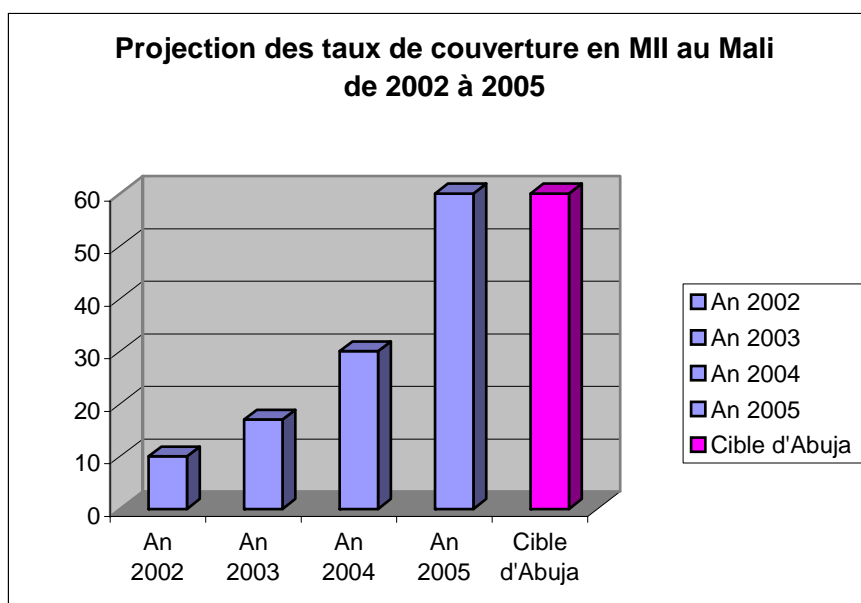
7. LES OBJECTIFS D'ABUJA – SERONT-ILS ATTEINTS?

7.1. Couverture des MII parmi les enfants de moins de 5 ans

Il est estimé que vers la fin de 2005, **60%** des enfants de moins de 5 ans dormiront sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide, si les conditions suivantes sont réunies :

Année	Hypothèse et actions
2002	Couverture estimée sur la base de données réelles. La couverture est de 7 %
2003	<ul style="list-style-type: none"> • Formation de techniciens sanitaires et d'associations et ONG en techniques d'imprégnation initiée • Tests de sensibilité et de contrôle de la qualité et de la rémanence des MII assurés • Dotation des hôpitaux en MII pour les lits d'hôpitaux initiée • Distribution des MII au cours de la CPN initiée • Campagnes d'Imprégnation de Moustiquaires (CIM) organisées dans certaines régions • Supports IEC élaborés • Causeries IEC sur la CPN et la chimio-prophylaxie pour les femmes enceintes organisées • Formation de relais communautaires sur l'observance de la chimio-prophylaxie initiée La couverture augmente à 17 %
2004	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilités des ressources planifiées • Adhésion et implication des communautés • Extension du CPN+ et PEV+ à l'ensemble des cercles entreprise • Amener l'état à faire une déclaration d'intention par rapport à l'approche CPN+ et PEV+ • Disponibilité des MII, moustiquaires pré-imprégnées et produits d'imprégnation assurée • Sensibilisation des populations sur l'importance de l'imprégnation des supports à l'insecticide entreprise

	<ul style="list-style-type: none"> • Formation de techniciens sanitaires et d'associations et ONG en techniques d'imprégnation continuée • Formation de 2 relais dans chaque village sur la promotion de l'imprégnation et le monitoring entreprise • Marketing du kit d'imprégnation à dose unique initié • Diffusion des supports IEC initiée • Dispositif pour la protection du secteur privé commercial identifié et mis en place • Elaboration d'une stratégie de distribution efficace des moustiquaires imprégnées entreprise • Thèmes prioritaires du paludisme intégrés dans les plans de communication dans tous les cercles • Multiplication et diffusion des maquettes réalisées assurée et confection d'autres supports éducatifs • Système de collecte et de suivi des activités d'imprégnation du niveau communautaire jusqu'au niveau national établi • Contrôle de la qualité des insecticides et des tissus des moustiquaires assuré par le LNS • Suivi de la rémanence des moustiquaires assuré • Postes sentinelles de test de sensibilité du vecteur aux insecticides rendus opérationnels <p>La couverture augmente à 30 %</p>
2005	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation des interventions de l'année 2004 continuée • Marketing des moustiquaires imprégnées et l'approvisionnement régulier en insecticide assuré <p>La couverture augmente à 60%</p>

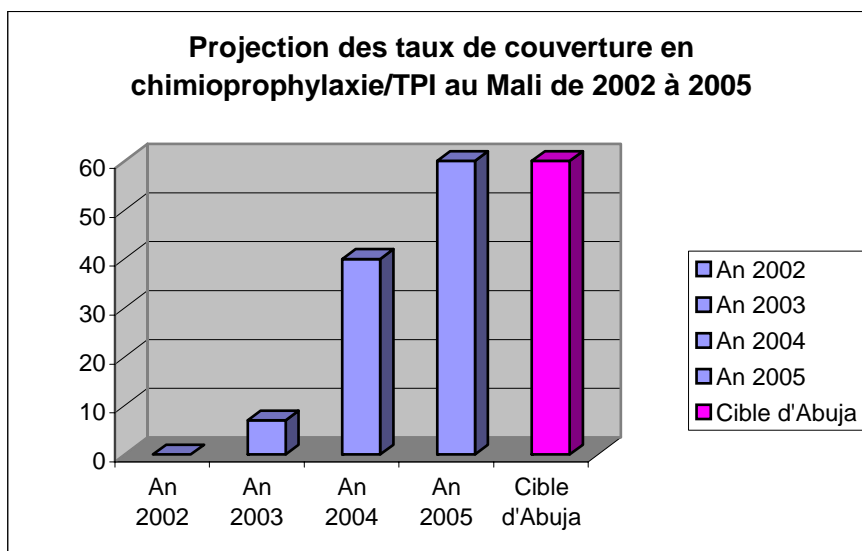


7.2. Couverture de la TIP parmi les femmes enceintes

Il est estimé que vers la fin de 2005, **60%** des femmes enceintes ont accès au traitement présomptif intermittent (TPI), si les conditions suivantes sont réunies :

Année	Hypothèse et actions
2002	Couverture estimée sur la base de données réelles. La couverture est de 0%
2003	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place du comité thérapeutique • Meilleure définition des cibles concernées par le TPI (les femmes enceintes) entreprise • Définition des modalités de mise à niveau du personnel chargé des soins prénatals assurée • Modalités d'élaboration des protocoles de recherche spécifiés et mis en œuvre • Révision de la politique nationale de lutte contre le paludisme achevée • Diffusion de l'information scientifique au niveau des praticiens entreprise sous forme de note technique <p>La couverture augmente à 7 %</p>

2004	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources planifiées sont disponibles • Disponibilité des médicaments assurée • Révision de la politique nationale de lutte contre le paludisme finalisée et politique distribuée aux praticiens • Adhésion des praticiens et de la population à la nouvelle politique • TPI (élaboration / adaptation des directives / guides de formation et outils de gestion, formation / recyclage du personnel, approvisionnement en SP) est introduit dans au moins 20 districts sanitaires • Augmentation de la couverture CPN assurée à travers l'IEC des femmes enceintes, des hommes, de toute la communauté pour un changement de comportement (forte mobilisation sociale) • Dotation des centres de santé en supports d'IEC sur la prévention du paludisme chez la femme en grossesse entreprise • Relais communautaires formés et motivés pour le suivi des femmes enceintes dans les villages • Dotation régulière des centres en matériels adéquats pour réaliser la CPN (tensiomètre, stéthoscope, etc.) et en moyens de déplacement (moto) assurée • Partenariat pour la lutte contre le paludisme est renforcé • La coordination de la recherche est renforcée <p>La couverture augmente à 40%</p>
2005	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation des interventions de l'année 2004 continuée • Les acquis du TPI sont maintenus <p>La couverture augmente à 60%</p>

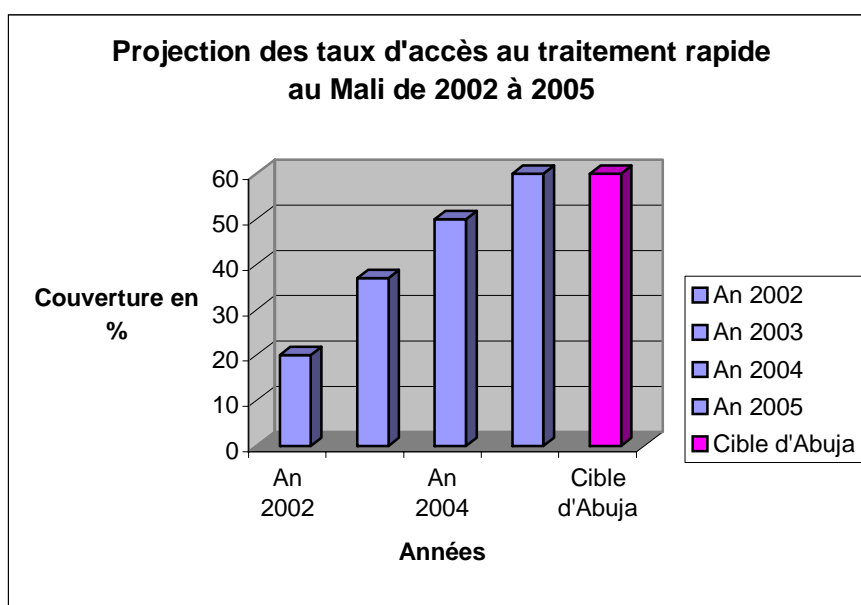


7.3. Accès au traitement effectif aux enfants de moins de 5 ans

Il est estimé que vers la fin de 2005, **60%** des enfants de moins de 5 ans recevront un traitement rapide, adéquat et abordable dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes, si les conditions suivantes sont réunies :

Année	Hypothèse et actions
2002	Couverture estimée sur la base de données réelles. La couverture est de 20%

2003	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources planifiées sont disponibles • Disponibilité des médicaments assurée • Compétence des prestataires est assurée • Adhésion des communautés aux stratégies de lutte • Disponibilité de médicaments antipaludiques de qualité assurée • Contrôle systématique en place de la qualité les médicaments importés • Conception et diffusion entreprises d'une fiche synthétique sur la prise en charge du paludisme simple et grave • Formation initiée du personnel de tous les CSRef et hôpitaux sur la prise en charge du paludisme • Formation de 3000/24000 relais communautaires initiée • Conception et documentation de l'expérience de Bandiagara initiées • Elaboration d'un plan de communication entreprise • Messages génériques sur la lutte contre le paludisme élaborés et mis à la disposition des communicateurs (ORTM, URTEL et radios de proximité) <p>La couverture passe à 37%</p>
2004	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation des interventions de l'année 2003 continuée • Formation des agents de santé, membres des comités de gestion des ASACO et relais sur la gestion des stocks réalisée • Suivi et supervisions réguliers des agents, des comités de gestion des ASACO et des relais • Stock d'urgence de médicaments anti-paludiques mise à la disposition gratuitement des responsables d'unité pour la prise en charge des cas graves • Concertations semestrielles assurées sur les directives du programme et protocoles thérapeutiques • Compétence du personnel existant en technique de laboratoire renforcé • Recrutement du personnel qualifié entrepris pour les laboratoires des CSREF et des hôpitaux • Renforcement entrepris de la compétence du personnel sur la prise en charge des cas de paludisme • Dissémination entreprise des fiches techniques sur la prise en charge des cas de paludisme au niveau de tous les secteurs d'intervention • Elaboration du plan national de prise en charge du paludisme à domicile accélérée et appliquée • Formation des formateurs des mères relais à la prise en charge du paludisme à domicile entreprise, et organisation des formations des relais mères entreprise • Supervision et suivi des mères relais assurés par les formateurs • Prévention et contrôle effectifs des épidémies de paludisme en place • Laboratoires des CSREF et hôpitaux équipés en matériel technique <p>La couverture passe à 50%</p>
2005	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation des interventions de l'année 2004 continuée <p>La couverture passe à 60%</p>



Résumé

Les niveaux de couverture des interventions prioritaires sont en voie de croissance au Mali. Si le PNLP et ses partenaires sont capables d'accéder de manière effective et efficace aux fonds disponibles, y compris les fonds du FMSTP, et si la coopération et la coordination sont optimisées aux niveaux central et périphérique, il est probable que le Mali puisse atteindre les objectifs d'Abuja pour les MII, le TPI et l'accès aux traitements rapides vers la fin de 2005.

8. LES ACTIONS ESSENTIELLES

Il faut souligner que les actions suivantes sont les actions considérées critiques pour la lutte contre le paludisme au Mali et qui n'avaient pas déjà été planifiées et budgétées utilisant les ressources existantes, comme le Fonds Global de Lutte contre le SIDA, le malaria et la tuberculose.

8.1. Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII)

Les systèmes actuels de distribution des MII ont besoin d'être harmonisés et accélérés afin d'assurer la couverture totale. A cette fin, une stratégie nationale de distribution des MII doit être rapidement élaborée, et appliquée par tous les partenaires au niveau national, régional et périphérique.

- Elaboration d'une stratégie de distribution efficace des moustiquaires imprégnées (USD 0)
- Extension de la CPN+ et PEV+ (MII donnée au moment de la registration au CPN et au moment de la 3^{ème} dose vaccine DCT) à l'ensemble des cercles (des 13 cercles couverts actuellement au total des 58 cercles) (USD 7.440.000)
- Organisation des campagnes d'imprégnation de masse des moustiquaires (USD 1.620.000)
- Assurer l'approvisionnement en moustiquaires imprégnées et produits d'imprégnation pour le marketing social (USD 0)

8.2. TPI des femmes enceintes

La nouvelle politique de chimio-prévention pour les femmes enceintes est encore inconnue par une grande partie de la population et des prestataires de service. Il est donc urgent d'informer le personnel des formations sanitaires et la communauté de l'importance de cette stratégie de prévention.

- Accélération de l'IEC aux communautés sur l'importance du CPN et TPI (USD 45.000)
- Organisation des ateliers nationaux / régionaux pour informer prestataires publiques et privés sur l'importance du TPI (USD 0)
- Dotation des centres de santé en équipement CPN, supports d'IEC, approvisionnement en SP et moyens de transport (USD 372.000)

8.3. Accès au traitement rapide

Afin de mieux impliquer les ménages et communauté dans la prise en charge précoce et effective du paludisme chez les enfants, il faut développer rapidement un plan national de prise en charge à domicile du paludisme et étendre l'utilisation des mères relais dans son application. Afin de renforcer l'effectivité de ces mesures, la capacité diagnostique des formations sanitaires en 2^{ème} et 3^{ème} ligne.

- Elaboration et mise en œuvre immédiate du plan national de prise en charge du paludisme à domicile (USD 15.000)
- Formation des formateurs pour les mères relais à la prise en charge du paludisme à domicile et renforcement du suivi des mères relais (USD 360.000)

- Renforcement de la capacité diagnostique des CSRef et hôpitaux par la formation du personnel existant, recrutement des laborantins et l'assurance d'un équipement adéquat (USD 100.000)

8.4. Prévention et contrôle des épidémies

Afin de mieux prévenir et contrôler les épidémies de paludisme dans les zones concernées, les postes sentinelles existants doivent être renforcés.

- Mise en place de 9 postes sentinelles de surveillance épidémiologique fonctionnels, en les équipant, en formant le personnel aux techniques de surveillance et en assurant un suivi trimestriel (USD 0)

En plus, la capacité de la collecte et de l'analyse des données météorologiques doit être renforcée, afin que le Ministère de la Santé et les niveaux périphériques puissent disposer de données pour une prise de décision rapide. A cette fin, un représentant du Service de la Climatologie, Ministère des l'Environnement, a soumis à l'équipe REAPING une proposition s'élevant à USD 333.530 (voire Annexe 6).

8.5. Evaluation de la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme

Un élément important de l'évaluation des activités de lutte contre le paludisme au Mali sera l'entreprise de l'évaluation de l'atteinte des objectifs d'Abuja en décembre 2005.

- Evaluation de l'atteinte des objectifs d'Abuja en décembre 2005 (USD 50.000)

8.6. La recherche

Afin de permettre aux partenaires d'utiliser rapidement les résultats des recherches en cours et planifiées au Mali dans la prise de décision et élaboration des politiques, il est impératif que les résultats des recherches en cours soient diffusés à tous les partenaires. A cette fin, un système de collaboration plus effectif doit être mis en place entre le PNLP et les institutions de recherche. Egalement, un certain nombre de recherches opérationnelles supplémentaires doivent être entreprises.

- Entreprendre la recherche opérationnelle (anémies liées au paludisme; létalité liée au paludisme dans les structures de référence; nouveaux schémas de prise en charge des cas; nouveau schéma de la chimio-prophylaxie chez les femmes enceintes (TPI)); diffuser les résultats et utiliser données pour décisions politiques et opérationnelles (USD 800.000)
- Mettre en place un système de collaboration entre les institutions de recherche et les utilisateurs des résultats et autres secteurs, et renforcer la rétro-information pour la diffusion des résultats de recherche (USD 0)

8.7. Collaboration intrasectorielle et intersectorielle

Il y a un besoin urgent d'améliorer la coordination et l'échange d'informations entre les partenaires au Mali, surtout au niveau national.

- Au niveau national, mettre en place un organe de concertation régulier sur le paludisme, y compris les groupes thématiques (USD 5.000)
- Au niveau régional et cercles: meilleure utilisation des réunions de monitoring trimestrielles (USD 20.000)
- Implication systématique de tous les partenaires, y compris les ONG dans la planification et mise en œuvre des activités du PNLP (USD 0)
- Le renforcement de la capacité des systèmes financiers et administratifs du Ministère de la Santé, des régions et cercles pour l'absorption des fonds (USD 200.000)

9. PAQUET D'APPUI PROGRAMMATIQUE: ACTIONS ESSENTIELLES ET INVESTISSEMENTS REQUIS - MALI

<u>ACTIVITES ESSENTIELLES</u>	délai d'exécution	ressources humaines	ressources matérielles	ressources financières (US\$)	partenaires impliqués actuellement	écarts de financement (US\$)	partenaires comblant les écarts
<u>Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide</u>							
Organisation des campagnes d'imprégnation de masse des moustiquaires	avril 2004 – avril 2005	580 agents (existants dans la fonction publique, les ONGs et les Associations)	Perméthrine / Matériel d'imprégnation / Equipement de protection / Carburant	1,800,000	UNICEF, USAID/CARE , Plan Mali, World Vision, Save the Children, CTB	1,620,000	
Etendre CPN+ et PEV+ (MII donnée au moment de la registration au CPN et au moment de la 3 ^{ème} dose vaccine DCT) à l'ensemble des cercles (de 13 a 58 cercles)	2004 - 2005	prestataires des services	3.1 millions moustiquaires sur 2 ans	9,300,000	UNICEF, USAID/CARE , Plan Mali, Save the Children, Croix Rouge, CTB	7,440,000	
Elaborer une stratégie de distribution efficace des moustiquaires imprégnées	janvier 2004	Assistance technique, PNLP avec partenaires	fournitures de bureau	30,000	USAID / NetMark, PSI	0	
Assurer l'approvisionnement en moustiquaires imprégnées et produits d'imprégnation pour le marketing social	2004 - 2005	secteur privé commercial	410,000 moustiquaires et 300,000 doses individuelles d'insecticide sur deux ans	2,000,000	USAID / NetMark, PSI	0	
<u>TPI / Paludisme et grossesse</u>							
Accélération de l'IEC aux communautés sur l'importance du CPN et TPI	2004 -2005	CNIECS, URTL, ORTM	Spot TV, Radio	50,000	UNICEF, Save the Children, CTB, OMS,	45,000	

					USAID/CARE , Plan Mali, World Vision		
Dotation des centres de santé en équipement CPN, supports d'IEC, approvisionnement en SP et moyens de transport	2004 - 2005	DNS, DPM	équipement CPN, supports IEC, médicaments/	465,000	UNICEF, Save the Children, USAID/CARE , CTB, World Vision, Plan Mali	372,000	
Organisation d'ateliers nationaux / régionaux pour informer les prestataires sur l'importance du TPI	mars 2004	DNS	Organisations de 3 ateliers (Bamako, Ségou & Mopti)	36,000	OMS, UNICEF, Save the Children, USAID/CARE , Plan Mali	0	
Accès au traitement effectif							
Renforcer la capacité de diagnostic des CSRef et hôpitaux en formant personnel existant, assurant équipement adéquat et recrutant les laborantins	juin 2004	140 Techniciens Laboratoire	Modules de formation, équipement de labo	100,000	CTB, OMS	100,000	
Accélérer l'élaboration du plan national de prise en charge du paludisme à domicile et l'appliquer	mars 2004	Assistance Technique	fournitures de bureau	15,000	OMS	15,000	
Former les formateurs pour les mères relais à la prise en charge du paludisme à domicile et renforcement du suivi des mères relais	juin 2004	140 formateurs	Modules de formation, supports IEC	400,000	OMS, UNICEF, Save the Children, USAID/CARE , Plan Mali, Groupe Pivot	360,000	
Epidémies							
Mise en place de 9 postes sentinelles fonctionnels (agents de santé), en les équipant, en formant le personnel aux techniques de surveillance et en assurant un suivi trimestriel	juin 2004	PNLP, INRSP, Ecole de médecine	Matériel de laboratoire, didactique, formation	64,000	OMS, USAID, CTB/	0	
Evaluation et recherche							
Entreprendre l'évaluation des objectifs d'Abuja	décembre	Assistance	logistique	50,000	RBM et tous	50,000	

	2005	Technique			les part.		
Entreprenre la recherche opérationnelle (anémies liées au paludisme; létalité liée au paludisme dans les structures de référence; nouveaux schémas de prise en charge des cas; nouveau schéma de la chimio-prophylaxie chez les femmes enceintes (TPI)); diffuser les résultats et utiliser données pour décisions politiques et opérationnelles	2004 - 2005	PNLP, INRSP, DEAP, MRTC, autres institutions de recherche	fourniture bureau, matériel didactique, matériel de recherche	2,000,000	RBM et tous les part.	800,000	
Mettre en place un système de collaboration entre les institutions de recherche et les utilisateurs des résultats et autres secteurs, et renforcer la rétro-information pour la diffusion des résultats de recherche	2004 - 2005	PNLP, INRSP, DEAP, MRTC, autres institutions de recherche	fourniture bureau, matériel didactique	12,000	OMS, CTB	0	
Collaboration intrasectorielle et intersectorielle							
Au niveau national, mettre en place un organe de concertation régulier sur le palu, y inclus les groupes thématiques	2003 - 2005	PNLP et partenaires	fournitures de bureau	5,000	OMS, USAID	5,000	
Au niveau régional et cercles: utilisation des réunions de monitoring trimestrielles	2004 - 2005	DRS, CSC et partenaires		20,000		20,000	
Impliquer les ONG dans la planification et mise en œuvre des activités du PNL	2003 - 2005	PNLP et ONG		0	Groupe Pivot Santé et Population (appui techn.)	0	
Renforcer la capacité des systèmes financiers et administratifs du Ministère, des régions et districts pour absorption des fonds existants	janvier 2004	Assistance Technique, DAF et partenaires		200,000		200,000	
TOTAUX (en US\$)				16,547,000		11,027,000	

10. ACTIONS DE SUIVI

Au cours des réunions de débriefing, le Ministère de la Santé et le PNLP du Mali se sont engagés dans les domaines suivants :

- i Le Secrétaire Général Dr. Mamadou Adama Kane et le Conseiller Technique Dr. Ousmane Touré se sont engagés à suivre la mise en œuvre des actions essentielles identifiées pendant l'atelier et des recommandations de la mission REAPING.
- ii Le PNLP entreprendra rapidement la micro planification des ses activités prévues pour le prochaine biennium (2004 – 2005), pour que les partenaires puissent soutenir le PNLP plus efficacement.
- iii Les partenaires présents lors de l'atelier et de la réunion de restitution ont déclaré leur volonté d'appuyer le PNLP dans la mise à l'échelle des activités de lutte contre le Paludisme, et se sont engagés à étudier les actions essentielles identifiées lors de la mission REAPING. Ils rencontreront le PNLP rapidement (décembre ?) afin de discuter leur appui potentiel.
- iv Le PNLP soumettra rapidement une requête à l'OMS pour l'affectation d'un(e) conseiller(e) paludisme au bureau de l'OMS à Bamako.

11. RECOMMANDATIONS DE L'EQUIPE

Au delà des actions prioritaires identifiées par les participants durant l'atelier, l'équipe de la mission REAPING avance les recommandations suivantes :

a) **Assurer le suivi immédiat des résultats et recommandations de l'exercice REAPING :**

- Une rencontre de planification détaillée devrait être organisée par le PNLP regroupant les différents partenaires techniques et financiers

b) **Mettre en place d'un cadre de concertation et d'échange d'informations régulier :**

- Le PNLP devrait faire un plus grand effort d'apport d'information adéquate à tous ses partenaires afin d'obtenir une application correcte de la politique nationale de lutte contre le paludisme par tous.
- Dans ce but, le PNLP devrait compiler et présenter aux partenaires de façon périodique et régulière le niveau d'avancement des interventions de lutte contre le paludisme.
- Le PNLP devrait organiser dans le plus bref délai des ateliers d'information et de formation des prestataires sur le TPI au SP pour la femme enceinte.
- Le PNLP et ses partenaires (multilatéraux, bilatéraux, et ONG) doivent instituer des groupes de travail et de concertation pour les activités spécifiques, tel que la promotion et distribution des MII, l'approche à l'imprégnation des moustiquaires, le TPI, l'approche PEV+ et CPN+, etc. La réunion des ONG qui aura lieu le 18 novembre sera un premier pas sur cette voie.

c) **Augmenter la participation sociale sur tous les niveaux :**

- Afin d'augmenter la participation de la société civile dans la planification et la mise en œuvre des activités du PNLP tel que recommandé par les participants de l'atelier, le PNLP avec l'appui de ces partenaires devrait procéder à une analyse de la situation sur l'expérience de contractualisation des ONG et du secteur privé commercial, et en tirer des leçons.

- Aussi le PNLP devrait impliquer ses partenaires dans l'élaboration des prochains documents stratégiques, tel que le plan annuel pour 2004 et 2005.

d) Améliorer la mise en œuvre et le décaissement des fonds disponibles :

- Le PNLP doit présenter des propositions des activités réalisables au Ministère de la Santé, qui devrait en retour faciliter le décaissement des fonds pour la mise en œuvre.

e) Augmenter la reconnaissance du paludisme comme maladie prioritaire dans les stratégies d'actions sociales et sanitaires :

- Le PNLP devra s'impliquer d'avantage dans la préparation du nouveau PRODESS (2004-2008) et les autres documents de stratégie afin d'assurer que le paludisme reçoive la reconnaissance comme étant une des maladies avec le plus grand fardeau de maladie et de mortalité au Mali, et afin d'assurer que les indicateurs de résultats relatifs au paludisme soient inclus parmi les documents de stratégie importants, y compris le PRODESS, le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP).
- A cette fin, le PNLP et ses partenaires devraient assurer le rapport de l'exercice REAPING soit discuté pendant la réunion des PTF du PRODESS. Ceci pourrait être suivi d'une présentation du rapport pendant le Comité de Suivi du PRODESS en mars 2004.

f) Accélérer l'utilisation des résultats de recherches en cours :

- Le PNLP devrait accélérer la mise en œuvre des recherches en cours, à fin que le programme puisse exploiter les résultats pour améliorer sa performance.

g) Renforcer l'appui technique et financier au PNLP et aux activités de lutte contre le paludisme :

- Les partenaires du PNLP doivent apporter un appui technique et financier au programme pour la mise en œuvre des actions essentielles. Ceci inclut la possibilité de négocier et mobiliser une assistance technique à long terme pour le PNLP.

h) Pour le Secrétariat FRP :

- Le Secrétariat du Partenariat du FRP doit mettre au plus vite à la disposition du PNLP et de ses partenaires au Mali une version en langue française du document « Scaling up for sustainable impact : Roll Back Malaria Strategic Orientations 2004-2008 (Draft) »

12. ANNEXE 1 : PERSONNES ET ORGANISATIONS CONSULTEES

(nous attendons la table du PNLN avec tous les coordonnés des participants à l'atelier et qui prendra la place du tableau ci-dessous)

	NOM et Prénom	INSTITUTION / ORGANISATION	TITRE
1	Dr KONATÉ Youssouf	DIRECTION DE LA SANTE	Directeur National de la Santé,
2	Dr RONSE Ignace	OMS	WR –a.i
3	Dr TOURE Attaher	OMS	IMCI focal point
4	Dr DIALLO Alpha Telly	UNICEF	Responsable Nutrition Santé
5	Dr TOURE Kamadassalia	UNICEF	Administrateur Secteur santé
6	Dr de JONG Marius W.	COOPERATION NEERLANDAISE - Chef de file des partenaires au Mali	Conseiller en Santé, Premier Secrétaire
7	Mr DOLO Souleymane	GROUP PIVOT	Directeur Exécutif
8	Dr DIALLO Youssouf	GROUP PIVOT	Directeur Exécutif Adjoint
9	Dr TOURE Ousmane	MINISTERE DE LA SANTE	Conseiller technique auprès du ministère de la Santé. Responsable santé de l'environnement
10	Mr SIDIBE Balla	NETMARK	
11	Mr DIABY Gassama Amady	BEE SAGO	Directeur
12	Dr CUNNINGHAM Maureen	SAVE THE CHILDREN	Coordinatrice Programme Santé
13	Dr Oulimata DIARRA	SAVE THE CHILDREN	Directrice Nationale Exécutif
14	Mr SEGURADO Joaquim	PLAN MALI	Directeur National
15	Dr COULIBALY Aguibou	PLAN MALI	Coordonnateur Programme survie de l'enfant
16	Dr TOGBEY Kwamy	CARE MALI	Chargé de Programme
17	DR KANE Mamadou Adama	Ministère de la Santé	Secrétaire Général

13. ANNEXE 2 : AGENDA DE L'ATELIER SUR FAIRE RECULER LE PALUDISME

Salle de Conférence INRSP, Bamako
12 - 14 novembre 2003

Date	Horaire	Tâches	Responsable(s)
mercredi 12 nov.	9h00	Ouverture de l'atelier	Ministre de la Santé
		<ul style="list-style-type: none"> Adoption de l'agenda et mise en place du secrétariat Objectifs, résultats attendus et méthodologie Examen du Plan d'Abuja et les délais 	Président de la réunion Chef de mission Chef de mission
	9h45	<ul style="list-style-type: none"> Examen du Plan Stratégique National et le Plan de mise en œuvre 2000 – 2003 Questions et clarifications 	Coordinateur PNLP Président
	10h30	Pause	
	10h45	<ul style="list-style-type: none"> Revue du progrès réalisé et l'état d'avancement de la mise en œuvre des plans Présentation des plans d'action et interventions prioritaires planifiées jusqu'à 2005 Questions et clarifications 	Coordinateur PNLP Coordinateur PNLP Président
	12h15	Pause déjeuner	
	13h00	<ul style="list-style-type: none"> Identification des actions essentielles prioritaires à mener sur la base du Plan Quinquennal et des besoins en ressources qui en découlent 	Travaux de groupe
	16h00	Fin de la première journée	Président
jeudi 13 nov.	8h30	Synthèse de la première journée	Rapporteur de la première journée
	9h00	<ul style="list-style-type: none"> Poursuite des travaux de groupe 	Travaux de groupe
	10h00	<ul style="list-style-type: none"> Plénière: présentation des résultats des travaux de groupes 	Rapporteurs des groupes
	12h00	Pause déjeuner	
	13h00	<ul style="list-style-type: none"> Prioritisation des actions essentielles 	Rapporteurs des groupes
	14h00	<ul style="list-style-type: none"> Discussion 	Président
	15h45	<ul style="list-style-type: none"> Résumé du consensus obtenu 	Président et Rapporteur
	16h00	Fin de la deuxième journée	Président
vendredi 14 nov.	15h00	Présentation des résultats de la mission et adoption des recommandations par les partenaires	Coordinateur PNLP & Chef de mission
	16h30	Clôture de l'atelier	Ministre de la Santé

Date	Horaires	Activités	Tâches	Responsable(s)
10 novembre 2003	9h00	Réunion avec Dr Touré a OMS	1ere planification	OMS et PNLP
	après-midi	Rencontre avec partenaires	UNICEF, Coopération Néerlandaise, Groupe Pivot	équipe
11 novembre 2003	9 Heures	Réunion préparatoire	Mise au point du programme de la visite et répartition des tâches de chacun. Adoption de la méthodologie Mise au point des détails administratifs	Chef de mission, OMS et PNLP
	11 Heures	Visites de courtoisie au Directeur National de la Santé, Secrétaire Général, Conseiller Technique	Présentation des objectifs de la mission	PNLP, chef de mission
	Après-midi	Rencontre avec partenaires	NetMark, BEECEGO, CARE, Plan, Save the Children	équipe
	16 Heures 30	Réunion avec l'équipe d'organisation	Synthèse de la journée et préparation de l'atelier	Chef de mission et coordonnateur du PNLP
12 -13 novembre 2003		Atelier	Elaboration des actions essentielles	PNLP et équipe
14 novembre 2003	matinée	Préparation de la présentation	Synthèse de la deuxième journée	Rapporteur de la deuxième journée
	11 heures	Débriefing au Secrétaire Général et les conseillers techniques	Présentation des recommandations aux autorités nationales – discussion	Coordinateur PNLP et chef de mission
	15 heures	Réunion de tous les partenaires nationaux de FRP	Présentation des résultats de la mission et adoption des recommandations par les nationaux	Chef de l'équipe d'appui pays

14. ANNEXE 3 : DOCUMENTS CONSULTEES

- 1 Sommet Africaine pour « Faire Reculer le Paludisme » : Déclaration d'Abuja pour « Faire Reculer le Paludisme » en Afrique, avril 2000.
- 2 PNLP Mali : Plan d'opérations du Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme : Biennium OMS 2002-2003.
- 3 PNLP Mali, Rapport de l'analyse de la situation du paludisme au Mali, décembre 1999.
- 4 PNLP Mali : Plan Stratégique Quinquennal 2001-2005 du Mali dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme », mars 2001.
- 5a PNLP Mali : Subvention du Fonds Mondial au Mali pour l'accélération de la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le paludisme – conditions préalables pour le décaissement, septembre 2003
- 5b PNLP Mali : Subvention du Fonds Mondial au Mali pour l'accélération de la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le paludisme – plan de formation, septembre 2003
- 5c PNLP Mali : Subvention du Fonds Mondial au Mali pour l'accélération de la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le paludisme – plan d'achat du matériel, septembre 2003
- 5d PNLP Mali : Subvention du Fonds Mondial au Mali pour l'accélération de la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le paludisme – budget par trimestre et plan des activités pour les 2 premières années du Programme, septembre 2003
- 5e CCM Mali: Annexe A : Résumé de la composante malaria soumis au Fonds Global Sida, Tuberculose et Paludisme, (date ?)
- 6 PNLP Mali : Politique nationale de lutte contre le paludisme au Mali, Deuxième révision (Draft) juillet 2003
- 7 PNLP Mali : Rapport de la mission conjointe (PNLP/MRTC) : Contrôle de qualité de moustiquaires imprégnées de Permethrine, juin 2003
- 8 PNLP Mali : Rapport général : Mission d'appui a la mise en œuvre du Plan Stratégique RBM/FRP du Mali, novembre 2001
- 9 PNLP Mali : Bilan des activités 2001-2003, (date ?)
- 10 PNLP Mali : Termes de référence de l'atelier d'élaboration d'un module sur le traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes et les supports IEC, (2003 ?)
- 11 PNLP Mali : Bilan des activités 2002 et Plan d'opération 2003, (date ?)
- 12 (?): Protocole de l'étude de deux schémas de traitement intermittent avec la Sulfadoxine-pyriméthamine sur l'incidence du paludisme maladie, (date ?)
- 13 PNLP Mali : Les activités programmées dans le cadre du biennium OMS 2002-2003, (date ?)
- 14 Dr Ousmane Faye (OMS ICP / VBC / Afrique de l'Ouest) : Evaluation de la mise en œuvre de la campagne d'imprégnation de masse (CIM) des moustiquaires et autres matériaux au Mali, novembre 2002
- 16 PNLP Mali : Note technique sur la distribution des moustiquaires imprégnées dans les cercles d Mali, (2002 ?)

- 17 PNLN Mali, Rapport de la mission conjointe : PNLN / DEAP / FMPOS. Mise en place des postes sentinelles dans les cercles de Kita et de Yanfonfila, mars 2003
- 18 PNLN Mali : Plan de communication du Programme National de Lutte Contre le Paludisme, (2003 ?)
- 19 Direction Nationale de la Santé du Mali, Synthèse générale de la réunion de suivi de la mise en œuvre des activités RBM / PCIME (Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant), août 2003
- 20 USAID Mali : Cartographie des interventions relatives aux moustiquaires imprégnées au Mali, janvier 2003
- 21 PNLN Mali : L'effet de l'introduction d'un programme de prévention basé sur le TIP à la SP par rapport au régime classique de chimioprophylaxie antipaludique chez la femme enceinte à Bougouni, (2003 ?)
- 22 Direction Nationale de la Santé : Rapport de la mission de renforcement de la surveillance épidémiologique et de la riposte face aux épidémies dans les régions du Nord, 2002 (?)
- 23 Gouvernement du Mali : Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, mai 2002
- 24 Ministère de la Santé du Mali : Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) 1998-2002, avril 1998
- 25 Ministère de la Santé du Mali : Programme de Développement Sanitaire et Social : Outils de suivi et de la planification du PRODESS – Niveau Cercle, août 1999
- 26 PNLN/ RBM/ OMS : Protocole de traitement du paludisme simple, grave, et compliqué (ordinogramme), (date ?)
- 27 PNLN Mali : Calendrier de mise en œuvre des activités du biennium 2002-2003 ; Période année 2003
- 28 (?) : Rapport de l'atelier de constitution du réseaux d'actions contre le paludisme pendant la grossesse, Ouagadougou 16-17 juin 2003
- 29 PNLN Mali : Agenda 4^{ème} trimestre 2003 du PNLN
- 30 High Level Forum (HLF) on the Health Nutrition and Population Related Millennium Development Goals: Invitation for 1st meeting on Jan 8-9 2004 in Geneva.

REAPING-specific briefing documents

- R1 Malaria Consortium (2003). Desk Review for Roll Back Malaria Essential Actions Progress and Investment Gaps (REAPING) – Tanzania.
- R2 Malaria Consortium (2003). RBM Global Partnership Capacity Assessment. Working Document version 24 September 2003.
- R3 Malaria Consortium (2003). Malaria Country Briefing. Draft version 19 September 2003.

15. ANNEXE 4 : DATES STRATEGIQUES POUR LA PLANIFICATION DU PALUDISME ET LA REVUE DU PROGRES OBTENU

<u>Date</u>	<u>Evènement</u>	<u>Opportunités</u>
juillet - août 2003	Analyse de pays (revue de littérature) pour la mission REAPING	Commandité à la demande du Secrétariat du Partenariat FRP afin de résumer l'information sur la mise à l'échelle des stratégies FRP dans pays de la Catégorie I
10-14 novembre 2003	REAPING mission to Mali	Mission préparée par le PNLP et OMS Maliens
18 novembre 2003	Première réunion entre PNLP et ONGs actives dans le domaine du paludisme	Renforcement de la coopération et l'échange d'informations
28-29 novembre 2003	Réunion Annuelle de la WARN, Dakar, Sénégal	Revue du progrès en FRP atteint par les pays de l'Afrique de l'ouest et opportunités afin d'établir une collaboration inter-pays dans les secteurs problèmes (problem areas)
novembre / décembre 2003	MOH / PNLP: préparation des plans annuels pour 2004	PNLP doit assurer que son plan annuel pour 2004 soit réaliste et plaider pour que son budget soit alloué en entier
décembre (?) 2003	Rencontre de planification détaillée regroupant les différents partenaires techniques et financiers du PNLP	Suivi des résultats et recommandations de l'exercice REAPING. Augmentation de la concertation entre les partenaires.
novembre 2003 - juin 2004	PNLP: préparation de la contribution au PRODESS 2004 – 2008	PNLP doit participer dans le procès de la préparation du PRODESS afin d'assurer que les fonds soient répartis sur la base du fardeau de maladie
? 2004	Réunion des PTF du PRODESS	Le PNLP et ses partenaires devraient assurer que le rapport de l'exercice REAPING soit discuté pendant la réunion des PTF du PRODESS
mars (?) 2004	Réunion technique (Comité de Suivi ?) pour la ratification du PRODESS	Le PNLP et ses partenaires devraient assurer que le rapport de l'exercice REAPING soit présenté lors de la réunion
janvier – mars 2004	Elaboration de la nouvelle proposition 'paludisme' pour le FMSTP	Processus participatif renforçant de la concertation entre les partenaires ; élaboration des actions prioritaires à faire financer par le FMSTP
mars 2004	Réunion du Conseil du Partenariat FRP / RBM	Revue des résultats et conséquences des missions REAPING mission
? 2004	Préparation du Gouvernement du Mali pour la prochaine PRSP (2005-2008)	Augmenter le profil du paludisme comme étant une priorité clé de la santé nationale, la réduction de la pauvreté et du développement
avril 2004	Journée du Paludisme	Plaidoyer
juin - août 2004	Mission consultative WARN	Suivi à la mission REAPING
septembre 2004	Réunion du Conseil du Partenariat FRP / RBM meeting	Actualisation du progrès des pays vers l'atteinte des objectifs d'Abuja

16. ANNEXE 5 : PROPOSITION DE RENFORCEMENT DE LA COLLECTE ET UTILISATION DES DONNEES METEOROLOGIQUES DU MINISTERE DE L'ENVIRONNEMENT

Période de 3 ans (2004 à 2007)

RENFORCEMENT DE CAPACITE DE LA METEOROLOGIE

DU MALI - CLIMAT / SANTE

M A Diallo

VOLET	DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITE	COUT (FCFA)	TOTAUX (FCFA)
	Pluviomètre	200	10,000	2,000,000	
	Station automatique	7	10,000,000	70,000,000	
	GPS	2	500,000	1,000,000	
1 EQUIPEMENT	Ordinateur portable	2	1,750,000	3,500,000	
(Collecte, transmission,	Ordinateur de bureau	5	1,500,000	7,500,000	
Traitement et Sauvegarde	Imprimante couleur	2	700,000	1,400,000	
des données climatologiques)	Imprimante mono	3	490,000	1,470,000	
	Scanner	2	300,000	600,000	
	magnetoscope Betacam	1	6,000,000	6,000,000	
	Logiciel SIG	2	3,000,000	6,000,000	
	Consommable			3,000,000	
	Rac BLU	7	3,500,000	24,500,000	
					126,970,000
		Homme/Mois			
	Downscaling	4	900,000	3,600,000	
	Changement climatique	3	900,000	2,700,000	
2 FORMATION	SIG	2	500,000	1,000,000	
	Maintenance equipment	12	500,000	6,000,000	
	transport			3,500,000	
	Groupe sur l'obsevation	60	30,000	1,800,000	
	meteo / localement				
					18,600,000

3 DEPLACEMENT

Mission de terrain pour:	Véhicule 4x4	1	19,500,000	19,500,000
Installation équipements,	moto	3	1,400,000	4,200,000
Collecte, Fomation de groupe,				
Inspection des stations et	Fonctionnement			7,500,000.00
Maintenance des équipements	(carburant, mission, tel et fax)			
				<i>31,200,000</i>
TOTAL GENERAL				176,770,000

333,528.30