République du Mali
Un Peuple Un But Une Foi

Rapport de Quantification des produits de la planification familiale pour la période de 2015 à 2018

May 2016

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

SIAPS
Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services

Rapport de Quantification des produits de la planification familiale pour la période de 2015 à 2018

Yaya Coulibaly
Daouda M. Touré
Ousmane Traoré
Mariam B. Doumbia
Constance K. Touré
Safoura Berthé
Abdoul Sangaré
Oumer Andualem

May 2016

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE
SIAPS Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services

Ce rapport n'aurait pas été possible sans le soutien de l'Agence des États-Unis pour le Développement International, selon les termes de l'Accord de Coopération numéro AID-OAA-A-11-00021. Les opinions exprimées dans ce document sont propres à Management Sciences for Health et ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence des États-Unis pour le Développement International ni du gouvernement des États-Unis.

À propos de SIAPS

L'objectif du programme des systèmes pour l'amélioration de l'accès aux produits et services pharmaceutiques (SIAPS) est de garantir la disponibilité de produits pharmaceutiques de qualité et de services pharmaceutiques efficaces afin de parvenir aux résultats désirés en matière de santé. À cette fin, les objectifs d'intervention de SIAPS comprennent l'amélioration de la gouvernance, le renforcement des capacités de la gestion et des services pharmaceutiques, la priorité accordée à l'information nécessaire pour la prise de décisions dans le secteur pharmaceutique, le renforcement des stratégies et mécanismes financiers pour améliorer l'accès aux médicaments ainsi que l'amélioration de la qualité des services pharmaceutiques.

Citation recommandée

Ce rapport peut être reproduit pourvu que SIAPS y soit mentionné. Veuillez utiliser la citation suivante.

Coulibaly Y, Touré DM, Traore O, Doumbia MB, Touré CK, Berthé S, Sangaré A, Andualem O. 2016. *Rapport de Quantification des produits de la planification familiale pour la période de 2015 à 2018.* Présenté à l'Agence des États-Unis pour le Développement International par le Programme des systèmes pour l'amélioration de l'accès aux produits et services pharmaceutiques (SIAPS). Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Mots-clés

Planification familiale, quantification, Mali

Programme des systèmes pour l'amélioration de l'accès aux produits et services pharmaceutiques
Centre pour la gestion des produits pharmaceutiques
Management Sciences for Health
4301 North Fairfax Drive, Suite 400
Arlington, VA 22203, États-Unis
Téléphone : 703.524.6575
Télécopieur : 703.524.7898
Courriel : siaps@msh.org
Site Web: www.siapsprogram.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures vi
Acronymes et abréviations vii
Remerciements viii
Resume exécutif ix
Introduction 1
Présentation du pays 1
Planification familiale au Mali 3
Système de gestion de la chaîne d'approvisionnement pour les produits de PF 5
Portée de la quantification 8
Objectifs 9
Processus et méthodologie de la quantification 10
Préparation de la quantification 10
L'atelier de quantification 11
Atelier consultatif 12
Prévision 12
Plan d'approvisionnement 13
Validation des résultats de la quantification 13
Résultats 14
Hypothèses clés 14
Résultats de la quantification 20
Discussion 32
Taux de fécondité et population 32
Taux de prévalence de la contraception 33
Combinaison de méthodes modernes (méthode mixte) PF 34
Comparaison de la prévision et du plan d'approvisionnement/besoins d'achat 35
Comparaison par secteur des besoins de prévision et d'approvisionnement selon le scénario 1 38
Comparaison par secteur des besoins prévisionnels et d'approvisionnement selon le scénario 2 39
Comparaison des besoins d'approvisionnement en valeur par méthode de PF/ produit selon le scénario de prévision et le secteur pour la période 2015-2018 40
Résultats/impacts basés sur la méthode démographique 42
Commandes d'urgence 47
Défis 48
Recommandations 50
References 51
Annexe A : Plan des envois 2015-2018 : secteur public 53
Annexe B : Plan des envois 2015-2018: secteur marketing social 55
Annexe C: Liste des participants à l'atelier de quantification et de l'atelier consultatif 57

Liste des tableaux

Tableau 1 : Montant de l'approvisionnement par année et par produits (USD) xi
Tableau 2 : Produits quantifiés 8
Tableau 3 : Les étapes et le processus de quantification 10
Tableau 4 : Données majeures avec les sources respectives 11
Tableau 5 : Population totale et population des femmes 14
Tableau 6 : La prévalence contraceptive pour toutes méthodes modernes 15
Tableau 7 : Prévalence contraceptive par méthode de contraception 16
Tableau 8 : Proportion d'utilisation par marque pour les pilules 16
Tableau 9 : Proportion en grossesse dans la population générale et parmi les femmes en âge de procréer 17
Tableau 10 : Facteur CAP et taux d'abandon de 12 mois 17
Tableau 11 : Désagrégation par secteur (secteur public, marketing social) 17
Tableau 12 : Taux de perte 18
Tableau 13 : Niveaux de stock, maximum et désiré selon le SDADME 18
Tableau 14 : Délais de livraison (mois) 19
Tableau 15 : Prix unitaire de chaque produit contraceptif 19
Tableau 16 : Coût du fret par partenaire 20
Tableau 17 : Nombre total d'utilisatrices pour scénario 1 20
Tableau 18 : Nombre total d'utilisatrices pour scénario 2 21
Tableau 19 : Taux d'interruption d'utilisation et nombre de nouvelles adhérentes par méthode pour le scénario 1 21
Tableau 20 : Taux d'interruption d'utilisation et nombre de nouvelles adhérentes par méthode pour le scénario 2 21
Tableau 21 : Besoins prévisionnels en quantité incluant les pertes, pour le secteur public 22
Tableau 22 : Besoins prévisionnels en coûts incluant les pertes pour le secteur public (USD) 23
Tableau 23 : Besoins prévisionnels en quantité incluant les pertes pour le marketing social 23
Tableau 24 : Besoins prévisionnels en coûts incluant les pertes pour le secteur privé (USD) 23
Tableau 25 : Besoins prévisionnels nationaux en quantité incluant les pertes 24
Tableau 26 : Besoins d'achats en quantités par produit et par an pour le secteur public 24
Tableau 27 : Besoins d'achats en valeur par produit et par an, pour le secteur public (USD) 25
Tableau 28 : Besoins d'achat en quantités par produit et par an, pour le marketing social 25
Tableau 29 : Besoins d'achats en valeur par produit et par an, pour le marketing social (USD) 26

Tableau 30 : Besoins prévisionnels en quantité incluant les pertes pour le secteur public 26

Tableau 31 : Besoins prévisionnels en coûts incluant les pertes pour le secteur public(USD)27

Tableau 32 : Besoins prévisionnels en quantité incluant les pertes pour le secteur marketing social 27

Tableau 33 : Besoins prévisionnels en coûts incluant les pertes pour le marketing social (USD).....27

Tableau 34 : Besoins prévisionnels Nationaux en quantité incluant les pertes 28

Tableau 35 : Besoins prévisionnels nationaux en coûts incluant les pertes (USD).....28

Tableau 36 : Besoins d'achat en quantités par produit et par an, pour le secteur public.....29

Tableau 37 : Besoins d'achat en valeur par produit et par an, pour le secteur public (USD)..29

Tableau 38 : Besoins d'achat en quantités par produit et par an pour le marketing social.....30

Tableau 39: Besoins d'achat en valeur par produit et par an pour le marketing social (USD)30

Tableau 40 : Besoins d'achat en quantités par produit et par an pour le marketing social.....30

Tableau 41 : Besoins d'achats en valeur par produit et par an, pour le marketing social (USD) 31

Tableau 42 : Comparaison des besoins prévisionnels et d'achat pour le secteur public avec le scénario 1 (USD).....38

Tableau 43 : Comparaison de la valeur des besoins prévisionnels et d'achat pour marketing social selon le scénario 1 (USD).....39

Tableau 44 : Comparaison de la valeur des besoins prévisionnels et d'approvisionnement pour le secteur public selon le scénario 2 (USD).....39

Tableau 45 : Comparaison de la valeur des besoins prévisionnels et d'achat pour le marketing social selon le scénario 2 (USD).....40

Tableau 46 : Couple-Années Protection : méthodes modernes 43

Tableau 47 : Nombre de grossesses non désirées 44

Tableau 48 : Nombre d'avortements évités par méthode 44

Tableau 49 : Nombre de naissances non désirées évitées.....45

Tableau 50 : Nombre de décès maternels évités.....45

Tableau 51 : Nombre de décès d'enfants de moins d'un an évités.....46

Tableau 52 : Nombre de décès moins de cinq ans évités.....46

Liste des figures

Figure 1 : Proportion de la valeur des besoins d'approvisionnement par produit pour la période de 2015 à 2018 xi

Figure 2 : Résultats estimés de la mise en œuvre de la PF au Mali de 2015 à 2018 xii

Figure 3 : Circuit de distribution des contraceptifs 6

Figure 4 : Circuit de l'information pour la gestion logistique (SIGL) au Mali 7

Figure 5 : Tendances et projection du taux de fécondité au Mali 32

Figure 6 : Tendance / projection de la population au Mali 33

Figure 7 : Les tendances historiques et projetées par groupe de méthodes de PF 34

Figure 8 : Combinaison méthodes de PF au Mali 2015-2018 35

Figure 9 : Évolution de la prévalence contraceptive au Mali 35

Figure 10 : Comparaison de la quantité de produits estimée pour 2014 selon scénarios et des consommations de 2014 36

Figure 11 : Valeur des prévisions nationales par scénario 37

Figure 12 : Comparaison de la valeur des besoins en approvisionnement selon le scénario ... 37

Figure 13 : Comparaison des besoins d'achat en valeur par méthode PF pour le secteur public 40

Figure 14 : Comparaison des besoins d'achat (en valeur) par méthode PF pour le marketing social selon le scénario 1 41

Figure 15 : Comparaison des besoins d'achat en valeur par méthode PF pour le secteur public 41

Figure 16 : Comparaison des besoins d'achat en valeur par méthode PF pour le marketing social selon le scénario 2 42

Figure 17 : Comparaison des coûts de méthode PF pour un CAP 42

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ASC	agent de santé communautaire
CAP	couple-année protection
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSCRP	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSRéf	Centre de Santé de Référence
CTCSGME	Comité Technique de Coordination et de Suivi de la Gestion des Médicaments Essentiels
DIU	dispositif intra-utérin
DNP	Direction National de la Population
DNS	Direction Nationale de la Santé
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DRC	Dépôt Répartiteur de Cercle
DRS	Direction Régionale de la Sante
DTC	Directeur Technique du Centre
DV	Dépôt de Vente
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FAP	femmes en âge de procréer
INSTAT	Institut National de la Statistique
IST	infections sexuellement transmissibles
KJK	Keneya Jemu Kan
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (enquête par grappes à indicateurs multiples)
MSI	Marie Stopes International
PC	prévalence contraceptive
PF	planification familiale
PIB	produit intérieur brut
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PSI	Population Services International
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SDADME	Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels
SIAPS	Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services
SIGL	Système d'Information en Gestion Logistique
SLIS	Système local d'information sanitaire
SR	santé de la reproduction
TPC	taux de prévalence contraceptive
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
USD	dollar américain
VIH	virus de l'immuno-déficience humaine
XOF	Franc CFA, Communauté Financière

REMERCIEMENTS

Les auteurs de ce rapport remercient le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Mali à travers ses structures (DPM, DNS et la Pharmacie Populaire du Mali). La réalisation de cette activité a pu être possible grâce à un engagement fort de la DPM et avec l'appui technique et financier de l'USAID/SIAPS et de l'UNFPA.

Nos sincères remerciements vont à l'endroit de PSI/Mali, l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille, MSI et Groupe Pivot/Santé Population pour leur participation active.

Nous exprimons ici notre gratitude à l'USAID/Mali pour avoir permis à SIAPS de fournir l'assistance technique pour cette quantification.

Nous voudrions également remercier tous les partenaires techniques et financiers pour leur participation effective à cette importante activité d'estimation des besoins.

RESUME EXECUTIF

La promotion de la planification familiale (PF) et l'accès aux méthodes contraceptives désirées pour les femmes et les couples sont essentiels pour assurer le bien-être et l'autonomie des femmes, tout en soutenant la santé et le développement des communautés. Elle offre des possibilités de prévenir les grossesses à haut risque qui sont des facteurs qui contribuent au fort taux de mortalité et de morbidité maternelle ou l'invalidité. La PF contribue à la réduction de la mortalité infantile par la prévention des grossesses rapprochées et inopportunes. La PF réduit le risque de grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, ce qui réduit le nombre de bébés et d'orphelins infectés. Les préservatifs masculins et féminins offrent une double protection contre les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En outre, la PF a des avantages à long terme dont l'autonomisation des personnes, l'amélioration de l'éducation et l'accroissement de la productivité.

Au Mali, la nécessité d'accroître l'accès à la PF volontaire est fondée sur les droits qui sont conçus pour renforcer et accélérer les efforts visant à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement et l'accès universel à la santé génésique pour améliorer la qualité de vie de la population. La Direction Nationale de la Santé (DNS) en collaboration avec la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) et avec le soutien de plusieurs partenaires au développement (Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population – UNFPA, KfW, Agence des États-Unis pour le Développement International – USAID, Marie Stopes International – MSI, Population Services International – PSI, Groupe Pivot/Santé Population est responsable de la mise en œuvre du programme de PF au Mali.

Le taux de fécondité (Indice Synthétique de Fécondité) a diminué légèrement passant de 6,70 en 1995 à 6,10 en 2012, selon les différentes éditions de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) du Mali (1995/96, 2001, 2006 et 2012/13). La prévalence contraceptive (PC) pour toute méthode a montré une augmentation en passant de 7,90 en 1995 à 10,30 en 2012 et de 5 à 9,90 pour les méthodes modernes exclusivement pendant la même période. Cependant, selon l'enquête MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys, ou enquête par grappes à indicateurs multiples) 2010, il existe toujours un besoin non satisfait en PF estimé à 31% des femmes en âge de procréer (FAP) mariées ou vivant avec un homme.

Le gouvernement du Mali à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique s'est engagé à assurer la sécurité des produits de la santé de la reproduction pour tous les maliens, afin qu'ils soient en mesure de choisir, obtenir et utiliser des contraceptifs de qualité et autres produits de santé en matière de reproduction, où et quand ils en ont besoin. L'un des piliers de la sécurité des produits PF est la disponibilité continue et optimale des produits de PF. Une bonne quantification de ces produits basée sur des évidences est un maillon essentiel dans le cadre de la sécurité des produits, car elle assure la planification et la mobilisation des ressources nécessaires, fournit des données et informations pour l'achat et la distribution efficace des produits. Une bonne quantification peut également réduire les coûts et le gaspillage surtout dans un contexte de ressources limitées.

L'exercice de quantification de 2014 pour les produits de la PF a été fait sur la base 20,1% de PC en 2018 selon le plan d'action PF et les résultats ont montré une surévaluation des besoins du pays. La quantification de 2015 a été menée dans un contexte d'harmonisation de

l'objectif du plan d'action PF avec celui du plan stratégique de Santé de la Reproduction (SR). Tous ces deux documents de référence retiennent 15% comme PC en 2018.

L'exercice de quantification de 2015 a aussi été réalisé avec l'assistance technique et financière de l'USAID | SIAPS (Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services) et la participation de tous les principaux intervenants sous la coordination de la DPM, dans le but de produire des besoins prévisionnels et un plan d'approvisionnement pour la période 2015 à 2018.

Les résultats de cet exercice de quantification seront utilisés dans la planification pour mobiliser et obtenir des ressources financières pour la période de quantification. La méthode de prévision utilisée est celle basée sur des données démographique et morbidité. Des besoins ont été estimés pour l'ensemble du pays (secteur public et marketing social) et le plan d'approvisionnement a été élaboré pour chaque secteur.

Les résultats de la quantification par la méthode de morbidité obtenus en utilisant le scenario 1, ont été validés et retenus le 7 octobre 2015 par le Comité Technique de Coordination et de Suivi de la Gestion des Médicaments Essentiels.

Les principaux extrants et les résultats de l'exercice de quantification pour la période janvier 2015 à décembre 2018 sont les suivants :

- L'utilisation de deux scénarios :
  - Scénario 1 qui est basé sur l'objectif 15% de PC du plan stratégique de la SR en 2018, et
  - Scénario 2, basé sur les données ajustées de 2014 qui donnent un taux de PC de 23,5% en 2018 pour les méthodes modernes.
- L'augmentation de 0,85 points chaque année de la PC des FAP (15 à 49 ans) pour les méthodes modernes afin d'atteinte 15% en 2018, sur la base de la PC de l'année 2012 (9,9%).
- L'utilisation des différents produits contraceptifs devraient augmenter au cours de la période de quantification.
- Le montant total du plan d'approvisionnement pour les deux secteurs, sur la base de la méthode démographique avec le scénario 1, est estimé à USD 10,324,796 dont USD 7,029,372 pour le marketing social, pour la période 2015-2018.
- Les besoins d'approvisionnement en préservatif masculin sont ceux relatifs à la PF seule et ne tiennent pas compte des besoins pour la prévention des IST.

Le tableau 1 montre les détails du plan d'approvisionnement PF y compris la valeur totale de l'approvisionnement par an et par produits pour le secteur public et le marketing social.

Selon les années, les achats ne concernent pas souvent certains produits contraceptifs :

- Aucun achat n'est prévu pour Microgynon et condom masculin en 2017 et 2018 car ceux de 2015 et de 2016 couvriront les besoins jusqu'en 2018.
- Pour Microlut et dispositif intra-utérin (DIU) les quantités de 2015 couvrent 2016 donc il y'a pas d'achat en 2016.
- Il n'y a pas d'achats de collier du cycle durant la période de 2015-2018.

Tableau 1 : Montant de l'approvisionnement par année et par produits (USD)

Produit	Unité	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	Cycle	610,210	158,941	0	0	769,151
Pilule Microlut	Cycle	42,052	0	8,852	9,542	60,446
Depo-Provera	Set	946,214	841,802	511,109	528,536	2,827,661
Préservatif masculin	Unité	1,179,774	729,994	0	0	1,909,768
Préservatif féminin	Unité	52,535	0	0	0	52,535
Collier du cycle	Unité	0	0	0	0	0
Implant Jadelle	Set	1,586,270	01,231,689	853,906	929,724	4,601,589
DIU	Kit	68,327	0	14,772	20,547	103,646
Total		4,485,382	2,962,426	1,388,639	1,488,349	10,324,796

En termes de besoins d'approvisionnement en valeur, l'implant Jadelle occupe la première position avec 45%, suivi des injectables (27%) et du préservatifs masculin (18%). La figure 1 donne les détails.

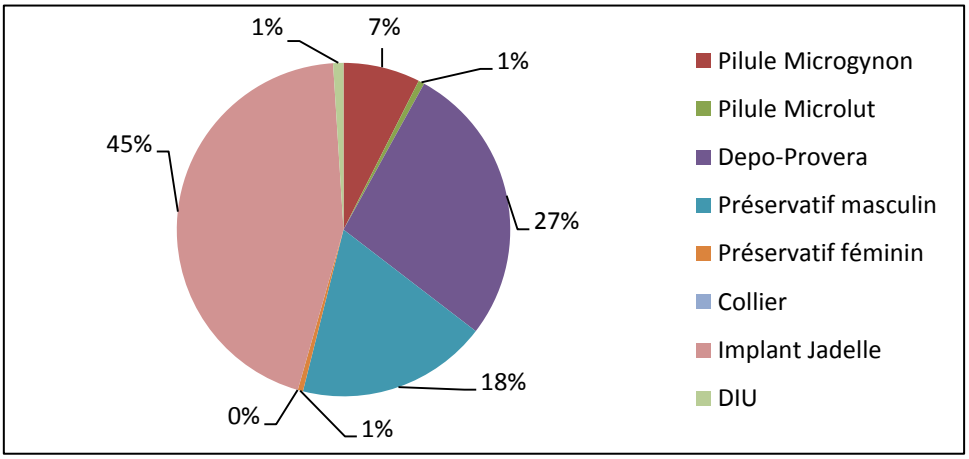

Figure 1 : Proportion de la valeur des besoins d'approvisionnement par produit pour la période de 2015 à 2018

Selon le plan d'action national PF au Mali, la PC sera de 15% en 2018. Les impacts potentiels de cet objectif sont présentés dans la figure 2. Les estimations dans la figure sont pour une période de quatre ans de janvier 2015 à décembre 2018. Ces résultats sont pour toutes les méthodes modernes (sauf les stérilisations féminines et masculines) de PF : le préservatif masculin, le préservatif féminin, les injectables, la pilule, les implants, DIU et collier.

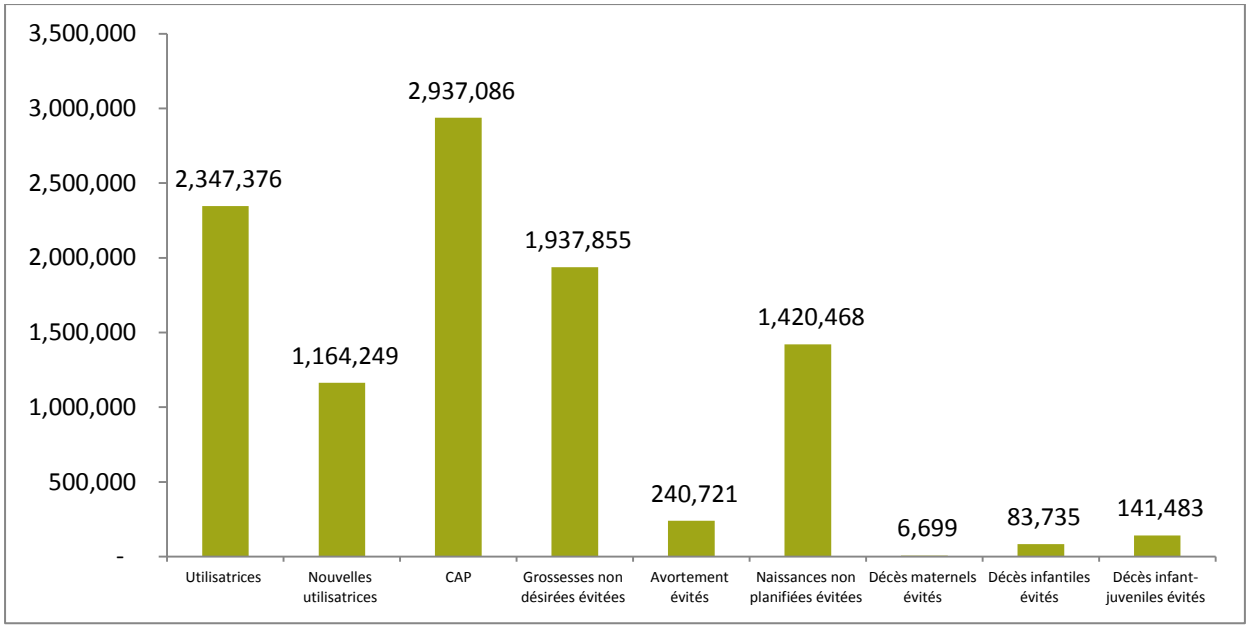

Figure 2 : Résultats estimés de la mise en œuvre de la PF au Mali de 2015 à 2018

Le présent rapport donne les détails de l'exercice 2015 de la quantification des produits contraceptifs. Il comporte les points principaux suivants : introduction, processus et méthodologie, résultats, discussion, défis et recommandations.

INTRODUCTION

Présentation du pays

Données géographiques

Le Mali est un pays continental d'une superficie de 1 241 238 kilomètres carrés, situé dans la bande soudano-sahélienne de l'Afrique de l'Ouest. Il partage 7000 kilomètres de frontières avec l'Algérie au nord, le Niger et le Burkina-Faso à l'est, la Côte d'Ivoire et la Guinée au sud, le Sénégal et la Mauritanie à l'ouest. Du sud au nord, le Mali a 25% de son territoire dans la zone soudano-guinéenne, 50% dans la zone sahélienne et 25% dans le désert saharien. Le climat est sec avec une saison sèche et une saison des pluies ; cette dernière dure en moyenne cinq mois au sud et moins d'un mois au nord. Les précipitations sont entre 1300 millimètres à 1500 millimètres au sud tandis que la moyenne est de l'ordre de 200 millimètres au nord.

Sur le plan hydrographique, le Mali est arrosé dans sa partie méridionale et centrale par les fleuves Niger (sur 1700 kilomètres) et Sénégal (sur 800 kilomètres) et leurs affluents et confluents.

Données socio-économiques

Le niveau de croissance du produit intérieur brut (PIB) a toujours été inférieur aux prévisions du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCRP). En effet les taux de croissance réalisés ont été de 4,3% en 2007, 5% en 2008, 4,5% en 2009 et 5,8% en 2010 contre une prévision annuelle de 7,%[1]. Rappelons que le PIB s'élevait à XOF 5024,3 milliards en 2011 et 5239,3 milliards en 2012 au prix du marché.

Le niveau de l'endettement du pays est très élevé. En fin 2010, la dette publique cumulée est estimée à XOF 1225 milliards, soit 26% du PIB. Rappelons qu'elle représentait 112% du PIB à la fin de la décennie 1990-2000. Le service de la dette est passé de XOF 47 milliards en 2009 à XOF 49 milliards en 2010 dont XOF 35 milliards en principal et XOF 14 milliards en intérêts[2]. L'encours de la dette publique a également augmenté de 20% en passant de XOF 908 milliards en 2009 à XOF 1089 milliards en 2010 soit 23,5% du PIB contre 21,5% en 2009.

Le Mali fait partie des pays les moins avancés et bénéficie de l'initiative Pays Pauvres Très Endettés. L'incidence de la pauvreté diminue car elle est passée de 55,5% en 2001 à 47,4% en 2006 et 43,6% en 2010[3]. La pauvreté a une incidence sur les conditions de vie, notamment les conditions d'éducation et de santé de l'enfant. En effet, selon les résultats de l'Enquête Légère Intégrée auprès des Ménages en 2010 :

- Le taux brut de scolarisation et le taux net de scolarisation sont respectivement de 75,4% et 54,3% au premier cycle. Il n'y a pratiquement pas eu d'évolution par

[1] Gouvernement du Mali, Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté 2012-2017 (CSCRP 2012-2017), adopté le 28 décembre 2011, page 17.
[2] CSCRP 2012-2017, page 20.
[3] Institut National de la Statistique (INSTAT). Résultats de l'Enquête Légère Intégrée auprès des Ménages (ELIM) 2010.

rapport à 2006 avec 74,5% et 55,2%.

- L'accès à l'eau potable et aux mesures sanitaires de base (latrines) est fortement tributaire de la situation économique des populations. Le taux d'accès à l'eau potable est resté stable voir en régression en passant de 78,3% en 2006 à 72,4% en 2010[4].
- La proportion de la population ayant accès aux installations sanitaires améliorées (fosses-latrines) est de 76% en 2010 même si 19% des ménages ne disposent pas de latrines (27% en milieu rural et 5% en milieu urbain). Seulement 5% des ménages utilisent les installations sanitaires avec chasse d'eau.

Données culturelles

Une vingtaine d'ethnies vivent au Mali. Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2009[5], le Bambara est la langue maternelle de 46% de la population malienne. Il en ressort également que les personnes recensées appartiennent majoritairement à la religion Musulmane (94,8%). Les chrétiens (2,4%) et les animistes sont très faiblement représentés.

Données démographiques

Le Mali comptait une population de 14 528 662 habitants en 2009 selon les résultats du recensement 5. Il y a 7 204 990 hommes (soit 49,59%) et 7 323 672 femmes (soit 50,41%). La population urbaine représente 22,54% contre 77,46% de ruraux.

Le niveau d'instruction demeure faible au Mali pour le niveau secondaire et supérieur avec respectivement 12,4% et 4,8%. Le niveau primaire représente 82,9% des instruits.

La fécondité est encore très élevée avec un indice synthétique de 6,6. La fécondité précoce est élevée : 188 pour 1 000 femmes entre 15 et 19 ans, qui augmente à 283 pour 1 000 femmes entre 20 et 24 ans pour atteindre son maximum de 292 pour 1 000 femmes entre 25 et 29 ans et décroit ensuite à 25 pour 1000 femmes aux âges de 45 à 49 ans selon EDS 2012/2013.

La population des jeunes de 10 à 24 ans représentait 4. 462.053 habitants soit 30,71% de la population totale selon les résultats définitifs du RGPH de 2009. Les enfants de moins de 5 ans (0 à 4 ans) représentaient 18,06%. L'espérance de vie à la naissance était de 55,6 ans.

Selon les estimations faites par la Direction Nationale de la Population pour les besoins de l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine[6], la population totale passe de 14 528 662 habitants en 2009 à 16 317 996 habitants en 2012.

[4] CSCRP 2012-2017.
[5] Ministère de l'Économie et des Finances, Institut National de la Statistique (INSTAT) et Bureau Central Du Recensement. 4eme *Recensement général de la population et de l'habitat du Mali : Résultats définitifs ; tome 1 : série démographique* (RGPH 2009). Bamako : INSTAT ; Novembre 2011.
[6] MEF - DNP. Population des cercles et communes 2007-2012 : besoins Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA).

Planification familiale au Mali

La planification familiale permet aux individus et aux couples d'anticiper et d'atteindre le nombre d'enfants souhaité par l'espacement de leurs naissances grâce à l'utilisation des méthodes contraceptives. La PF est faite à travers l'utilisation des méthodes contraceptives. La promotion de la PF et l'accès des femmes et des couples aux méthodes contraceptives souhaitées sont essentiels pour assurer le bien-être et l'autonomie des femmes, tout en soutenant la santé et le développement des communautés. La PF offre des possibilités de prévenir les grossesses à haut risque qui peuvent augmenter la mortalité et la morbidité maternelles/invalidité. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, il a été démontré que les femmes qui ont plus de quatre enfants sont à risque accru de mortalité maternelle[7].

Au Mali, le taux de mortalité infantile est estimé à 58 pour 1000 naissances vivantes (soit 35 décès néonatals pour 1000 naissances vivantes et 23 décès postnatals pour 1000 naissances). La mortalité infantile est passée de 96 pour 1000[8] à 58 pour 1000[9]. La mortalité maternelle reste élevée dans EDS 2006 soit 464 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes avec une proportion d'accouchement assisté par le personnel formé de l'ordre de 49%.

La PF contribue à la diminution de la mortalité maternelle et infantile en réduisant les taux de grossesses non désirées et la nécessité d'un avortement non médicalisé. Elle réduit la mortalité infantile par la prévention des grossesses rapprochées et inopportunes. La PF réduit aussi le risque de grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH d'où la diminution du nombre de bébés et d'orphelins infectés. En outre, les préservatifs masculins et féminins offrent une double protection contre les grossesses non désirées et contre les IST y compris le VIH et SIDA. Les effets à long terme de la PF sont l'autonomisation des personnes, l'amélioration de l'éducation et l'accroissement de la productivité.

Au Mali l'existence des lois, notamment « Loi N° 02-044 du 24 Juin 2002 portant santé de la reproduction », donne aux femmes le droit d'accès à la PF. Par ailleurs, le document de Politique Nationale de Population dans sa version d'avril 2003 a fixé comme objectif « augmenter la prévalence contraceptive des méthodes modernes de 8,2% en 2001 à 30% en 2025 » dans le cadre de l'objectif « contribuer à la maîtrise progressive de la fécondité au Mali » à cet effet toutes les femmes en union, non en union et les adolescentes sont autorisées à effectuer la PF si elles le désirent.

La promotion dans l'offre de service PF est faite à travers le renforcement de capacité des agents de santé. Les relais et les agents de santé communautaire (ASC) sont intégrés dans le système afin d'approcher le service PF aux utilisateurs. Ainsi tous ces agents offrent les méthodes de barrières, les pilules et les injectables.

---

[7] OMS. Planification familiale/Contraception. Aide-mémoire N°351, Mai 2015.

[8] Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013 (EDSM-V)*. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International ; 2014.

[9] Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Information du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006* (EDSM-IV). Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc. ; 2007.

Bien que tous ces efforts, des lois et documents de politique en faveur de la PF soient disponibles, les résultats montrent des avancées timides sur le terrain. Selon l'EDS 2012/2013, l'indice synthétique de fécondité est de 6,1 enfants par femme, la PC moderne serait passée de 6% en 2006 à 10% en 2012-2013. Parmi les FAP (15 à 49 ans) 21,3% déclare ne plus vouloir d'enfant.

Les besoins non satisfaits en matière de PF restent énormes. Selon l'enquête MICS (2010)[10], 31% des besoins restent à couvrir en matière de contraception dont 22% pour espacer les naissances et 9% pour limiter le nombre d'enfants. Ce taux varie selon les régions, 35% à Bamako et Koulikoro, 34% à Sikasso et Kidal contre 22% à Tombouctou et Gao. Les besoins non satisfaits sont presque identiques en milieu urbain (32%) et en milieu rural (30%).

Les besoins pour l'espacement des naissances sont plus élevés chez les femmes jeunes (28% pour les 15 à 19 ans) que chez les femmes âgées (7% pour les 45 à 49 ans). Quant aux besoins pour la limitation des naissances, le taux est plus élevé chez les femmes âgées que chez les jeunes femmes.

Ainsi le Plan Décennal de Développement Sanitaire Social 2014-2023 a aussi inscrit comme priorité la promotion de la PF dans le souci de « Réduire la mortalité maternelle et néonatale » (Sous-programme de l'objectif stratégique prioritaire n° 1). Avec pour objectif d'augmenter la PC à 30% en 2025 et la PF étant également une composante de la SR, le gouvernement du Mali à travers la DNS a élaboré le plan stratégique de la santé de la reproduction 2014-2018 dont l'une des priorités est l'élaboration d'un plan d'action national pour renforcer le repositionnement de la PF.

Pour la sécurisation des produits de la santé de la reproduction, un plan stratégique (2011-2015) a été élaboré pour assurer un système pérenne de gestion et d'approvisionnement en produits SR pour une meilleure qualité et disponibilité de ces produits. « Il y a sécurisation des produits quand chaque personne peut choisir, obtenir, et utiliser les produits de santé de la reproduction de qualité à chaque fois qu'il ou elle en manifeste le besoin ».

La santé de la reproduction suppose qu'une personne peut mener une vie sexuelle responsable, satisfaisante et sans risque, qu'elle est capable et libre de procréer selon son choix, ainsi que d'utiliser les méthodes de régulation des naissances qui ne sont pas contraires à la loi. Ceci va de pair, pour les hommes et les femmes, avec le droit à l'information sur la régulation de la fécondité et à l'utilisation des méthodes contraceptives de leur choix, à la fois sûres, efficaces, peu coûteuses et acceptables.

Avec l'appui des partenaires, le gouvernement à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique s'est engagé à assurer la sécurité de la santé reproductive pour tous les Maliens, à veiller à ce que tous les maliens soient à mesure de choisir; obtenir et utiliser des produits contraceptifs de qualité et autres produits en matière de santé de la reproduction, chaque fois qu'ils en ont besoin.

[10] Cellule de Planification et de Statistique du secteur santé, développement et la promotion de la famille (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT). Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples 2009-2010, Rapport final. Bamako; 2011.

Système de gestion de la chaîne d'approvisionnement pour les produits de PF

Les produits de la PF doivent suivre le système d'approvisionnement et de gestion décrit dans le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME). La chaîne d'approvisionnement des produits de PF au Mali est donc identique aux autres médicaments essentiels.

Les produits de la PF sont achetés à travers différentes sources et mécanismes de financement tels que le Gouvernement du Mali, l'USAID, l'UNFPA, KfW et le Projet de Renforcement de Santé de la Reproduction de la Banque Mondiale.

La centrale d'achat (la Pharmacie Populaire du Mali, ou PPM) est chargée de réceptionner, stocker et distribuer tous les produits de la PF destinés au secteur public y compris ceux achetés par les bailleurs de fonds (figure 3).

Keneya Jemu Kan (KJK), MSI, l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille et le Groupe Pivot/Santé et Population reçoivent et distribuent les produits destinés au marketing social. Les produits du marketing social sont reconditionnés et certains portent des noms commerciaux différents de ceux du secteur public. Ainsi Depo-Provera au niveau du marketing social devient Confiance, le préservatif masculin est appelé Protector Plus, le préservatif féminin est appelé Protective, et le Microgynon est appelé Pilplan D. Il est important de signaler la donation gratuite des produits de la PF par les bailleurs de fonds, incluant l'USAID, l'UNFPA, KfW et le Projet de Renforcement de Santé de la Reproduction de la Banque Mondiale, à l'État du Mali.

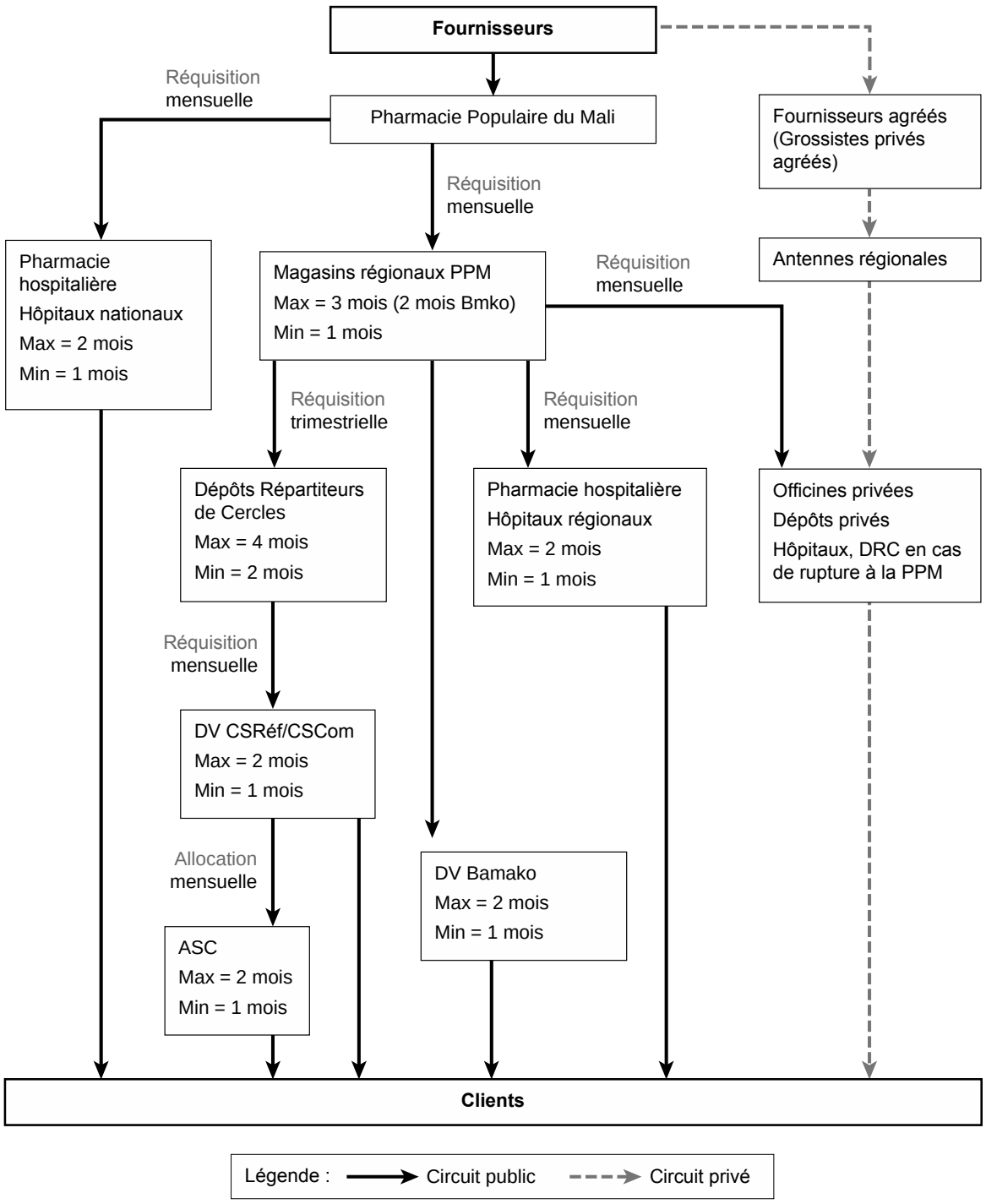

Figure 2 : Circuit de distribution des contraceptifs

Le circuit privé représente le secteur marketing social. Le circuit de l'information dans le système de chaîne d'approvisionnement sur les produits contraceptifs est décrit selon le schéma ci-dessous du manuel des Procédures Opératoires Standards. Les données logistiques doivent être transmises jusqu'au niveau central. La figure 4 trace le circuit de l'information d'un niveau à un autre et entre les acteurs du Système d'Information en Gestion Logistique (SIGL) pour une prise de décision efficace à tous les niveaux du système de santé.

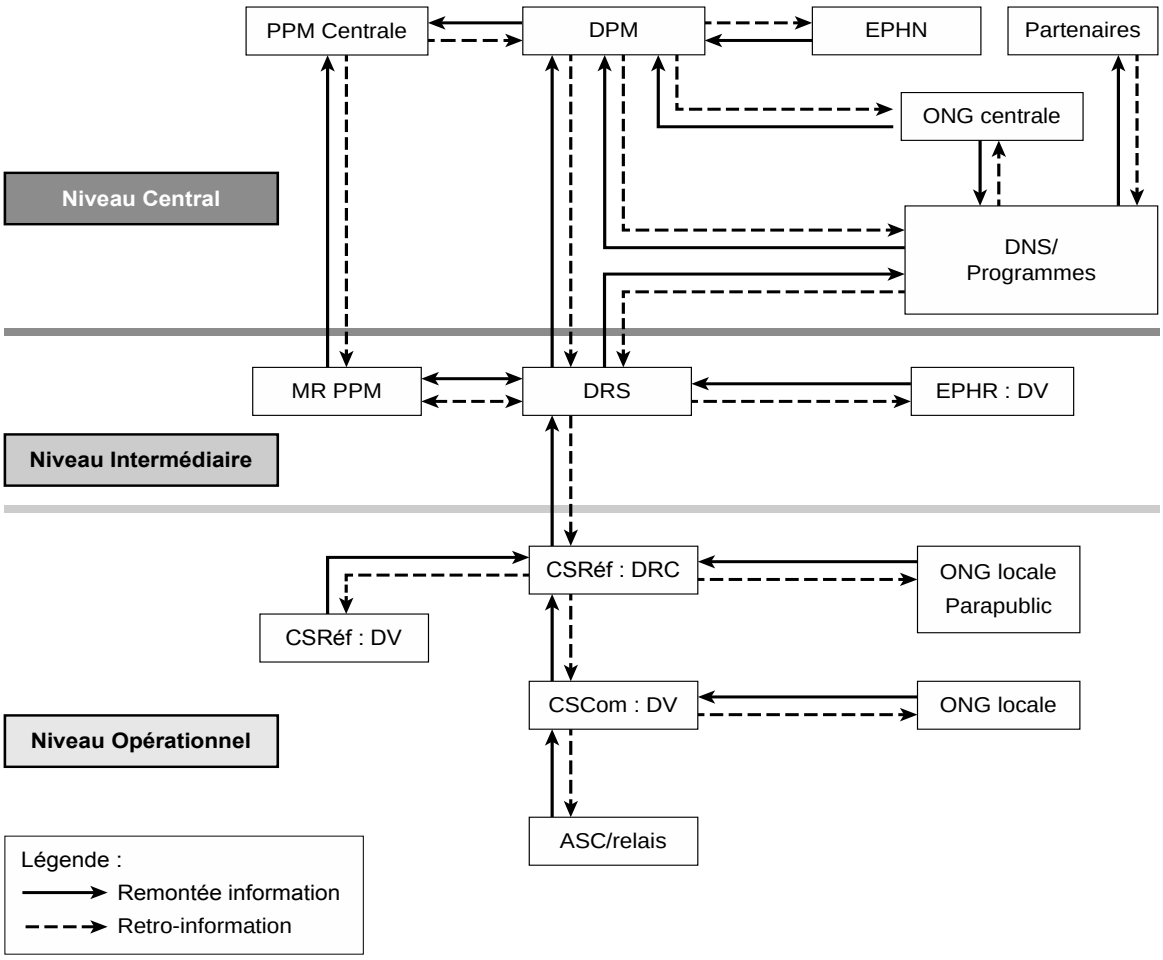

Figure 3 : Circuit de l'information pour la gestion logistique (SIGL) au Mali

La figure 4 montre que les données logistiques sont transmises du niveau inférieur vers le niveau supérieur à travers le SIGL mis en place et selon les délais ci-dessous. Cette transmission est suivie de retro information du niveau supérieur vers le niveau inférieur.

Pour les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou Gao et Kidal :

- Les ASC/relais transmettent au plus tard le 5 de chaque mois le compte rendu de gestion de stock au Directeur Technique de Centre (DTC) du Centre de Santé Communautaire (CSCom) au cours de leur approvisionnement au CSCom.

- Les Dépôts de Vente (DV) CSCom et DV des Centres de Santé de Référence (CSRéf) transmettent au plus tard le 10 de chaque mois le compte rendu de gestion de stock au Gérant Dépôt Répartiteur de Cercle (DRC) du CSRéf au cours de leur approvisionnement.

- Les DRC CSRéf transmettent au plus tard à chaque 15 du premier mois du trimestre suivant, le compte rendu de gestion de stock au Pharmacien de la Direction Régionale de la Santé (DRS).

- Les Pharmacies hospitalières transmettent au plus tard le 10 du premier mois du trimestre suivant le compte rendu de gestion de stock à la DRS pour les médicaments des programmes ; les DRS transmettent au plus tard à chaque 20 du premier mois du trimestre suivant, le compte rendu de gestion de stock à la DPM.

- Pour les médicaments essentiels, les DRS transmettent au plus tard à chaque 30 du premier mois du trimestre suivant, le compte rendu de gestion de stock à la DPM.

Cependant le SIGL n'est pas encore fonctionnel à Tombouctou, Gao et Kidal.

Pour le cas spécifique du district de Bamako :

- Les CSCom transmettent au plus tard le 10 de chaque mois le compte rendu de gestion de stock au CSRéf de leurs communes.

- Les CSRéf transmettent au plus tard chaque 15 du premier mois du trimestre suivant, le compte rendu de gestion de stock à la DRS du District de Bamako.

Portée de la quantification

La quantification est nationale et elle concerne à la fois le secteur public et le secteur privé. La période couverte est de 2015 à 2018. Les produits quantifiés sont listés au tableau 2.

Tableau 2 : Produits quantifiés

Produit	Unité / Conditionnement
Duofem / Microgynon Fe (0.15 mg lévonorgestrel + 0.03 mg éthinyl estradiol, 75 mg ferrous fumarate)	Cycle
Ovrette / Microlut	Cycle
Confiance / Depo-Provera (150 mg médroxyprogestérone acétate) suspension injectable	Flacon
Préservatifs masculins	Unité
Préservatifs féminins	Unité
Collier	Unité
Implant Jadelle	Set
DIU (T Cu 380 A)	Unité

Cette quantification a pris en compte les paramètres suivants : les besoins des clients, les pertes pour la prévision ainsi que les coûts d'achat et fret des produits, les échéances des prochaines livraisons, les stocks en commande, les stocks disponibles et utilisables, les délais de livraison par donateur et les niveaux de stock (maximum et minimum) pour les plans d'approvisionnement et d'achats.

Les besoins prévisionnels et le plan d'approvisionnement et achats sont établis pour chacun des secteurs (public et marketing social). Les autres produits nécessaires pour administrer les

injections et insérer des implants et tout autre matériel et consommable requis pour l'insertion des méthodes de longue durée d'action ainsi que les médicaments pour les procédures de méthodes permanentes, ne sont pas pris en compte dans cette quantification. Cependant ces produits sont disponibles dans la chaîne d'approvisionnement de médicaments essentiels.

Objectifs

Objectifs généraux

- Renforcer les connaissances et les compétences des membres du sous-comité de quantification sur le processus de la quantification.
- Réviser la quantification des produits de la planification familiale pour la période 2015-2018, en utilisant les outils appropriés : Reality check et Pipeline.

Objectifs spécifiques

- Décrire le processus de quantification des produits contraceptifs.
- Identifier les défis et proposer des solutions pour renforcer le processus de quantification des produits contraceptifs au Mali.
- Utiliser Reality Check et Pipeline pour l'estimation des besoins et la planification des achats des produits de la PF.
- Appliquer les connaissances et compétences acquises pour quantifier les produits de la planification familiale pour 2015 à 2018.
- Produire des prévisions et établir un plan d'approvisionnement des produits de PF indiqués ci-dessus pour la période 2015 à 2018.

Les résultats de cet exercice de quantification seront utilisés pour la quantification et la mobilisation des ressources financières de 2015 à 2018 et l'établissement de besoins pour les marchés à court terme.

PROCESSUS ET METHODOLOGIE DE LA QUANTIFICATION

Pour l'exercice de quantification 2015 des produits contraceptifs, les étapes décrites dans le tableau 3 ont été adoptées.

Tableau 3 : Les étapes et le processus de quantification

Étapes	Structure impliquées	Détails de l'activité	Dates
Collecte active des données logistiques	DPM / DRS / FNUAP	Cette collecte a concerné : • Données de consommation des centres de santé, qui représentent 85% de l'ensemble des consommations des formations sanitaires ainsi que les données de distribution des magasins centraux et régionaux pour le secteur public • Données de distribution des magasins régionaux et centraux pour le secteur privé (marketing social) • Données sur les stocks disponibles et utilisables	Décembre 2014
Réunion du Comité technique	Sous comite de Quantification	Validation du processus de quantification par le sous comite de quantification	31 août 2015
	Comité Technique de Coordination et de Suivi de la Gestion des Médicaments Essentiels (CTCSGME)	Validation des résultats de la quantification des produits PF à la DPM par le CTCSGME	7 octobre 2015
Atelier consultatif	Sous comite de Quantification	Discussion et validation des données, des hypothèses et des résultats préliminaires	4 septembre 2015
Revue documentaire	DPM, DNS (DSR), PPM, USAID/Mali, USAID/SIAPS, Service de Santé à Grand Impact, KJK	• RGPH 1998, 2009 • Projection Population 2009, Mali INSTAT • EDS 1995/96, 2001, 2006, 2012/13) • Annuaire statistique (SLIS 2013, 2014) • Plan d'Action National PF 2014-2018 • Plan Stratégique SR 2014-2018	Août à septembre 2015

Préparation de la quantification

Le groupe quantification des produits contraception a travaillé pour données, les outils et les cibles des quantifications.

Les principaux documents, données et sources de données recueillies et examinées pour cette quantification des produits de PF sont identiques à ceux de l'exercice précèdent qui a eu lieu en mars 2014. Le tableau 4 donne les détails.

Tableau 4 : Données majeures avec les sources respectives

Description des données	Sources
Nombre de FAP 15 à 49 ans	RGPH 1998, 2009 ; DNP/INSTAT 2009 projection
Proportion de groupe de FAP	EDS 1995/96, 2001, 2006, et 2012/13 ; MICS 2010
Proportion de FAP sexuellement actives	Hypothèse consensuelle
Prévalence contraceptive total (méthodes moderne)	Plan d'action PF 2014-2018 Plan stratégique SR 2014-2018
Méthode mixte / taux de prévalence contraceptive par méthode	Consommation 2014 ajustée
Brand mixte	Consommation 2014 (Centres de santé)
Source mixte	Consommation 2014 ajustée

L'atelier de quantification

L'atelier s'est déroulé du 31 août au 4 septembre 2015 à l'hôtel Salam de Bamako. Ont pris part à cette activité les structures centrales du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, les partenaires intervenants dans le domaine de la contraception (voir la liste en annexe 3). Les cérémonies d'ouverture ont été marquées par deux interventions. Le représentant de l'USAID dans son allocution a exhorté les participants à une participation active tout en réitérant l'engagement de l'USAID à appuyer le gouvernement du Mali dans le domaine de la PF. Le Directeur de la Pharmacie et du Médicaments qui présidait les cérémonies d'ouverture et de clôture a demandé aux participants d'être assidus pour l'atteinte des objectifs de l'atelier. Il a ensuite rappelé les avantages d'une bonne quantification des produits de la planification familiale tout en précisant qu'une bonne estimation des besoins en produits pharmaceutiques représente un défi majeur pour le pays. Pendant cet atelier, les activités suivantes ont été réalisées.

Formation

Un rappel sur les outils et le processus de quantification a été fait. Il a concerné le sous-comité de quantification, y compris le groupe de quantification des contraceptifs. Durant la première journée les présentations étaient focalisées sur le processus, les méthodes et les outils de quantification. Les outils présentés étaient Reality Check[11], Quantimed[12] et QuanTB[13] pour la prévision et PipeLine[14] pour le plan d'approvisionnement.

[11] http://www.engenderhealth.org/pubs/family-planning/reality-check.php
[12] Management Sciences for Health. Outil Quantimed de quantification et d'évaluation des coûts des produits pharmaceutiques : Guide de l'Utilisateur. Version 1.2. Préparé par le programme RPM Plus pour le compte de l'Agence des États-Unis pour le Développement International. Arlington,VA : MSH; 2006.
[13] http://siapsprogram.org/quantb/
[14] http://deliver.jsi.com/dhome/resources/tools/softwaretools/pipeline

Organisation des données

L'organisation des données a été faite pendant la phase préparatoire de l'atelier tenue à la DPM et durant l'atelier de quantification. Elle a consisté à :

- L'organisation des données/informations additionnelles : Les données recueillies des différentes sources (RGPH, SIGL, EDS, surveillance et SLIS), ont été organisées par type (consommation ou morbidité). Un canevas (fichier Excel) préalablement conçu pour les besoins de l'activité, a été utilisé.

- L'analyse et comparaison des données/informations : Durant cette étape très importante, les données de différentes sources ont été comparées et leur qualité évaluée. Ceci a permis de comprendre si les données recueillies permettent de faire la quantification et d'estimer les écarts.

- La définition des hypothèses : Les données analysées ont été ajustées pour leur exhaustivité et leur qualité. Pour combler les écarts de données ou d'informations, des hypothèses ou des données indirectes furent définies ou identifiées.

Atelier consultatif

La présentation sur les données, hypothèses et résultats préliminaire a été faite durant un atelier de consultation conduit le 4 septembre 2015. Cet atelier avait pour objectifs de :

- Discuter et valider les données et les résultats préliminaires

- Obtenir les données/informations additionnelles
- Expliquer et valider les hypothèses pour les données manquantes

La plupart des parties prenantes aux activités de PF ont pris part à cet atelier consultatif (voir liste des participants en annexe 3). Après l'atelier, des discussions se sont poursuivies avec les différents acteurs pour avoir des clarifications sur certaines données collectées.

Prévision

Les données et hypothèses analysées et organisées ont été intégrées dans l'outil de prévision. La méthode basée sur les données démographiques/morbidité fut retenue. Ce choix a été fait durant l'atelier consultatif de quantification et la discussion avec les partenaires concernés.

La méthode démographique/morbidité a été choisie parce que :

- Les données pour la méthode démographique de prévision sont relativement plus fiables car elles sont principalement issues des enquêtes.

- Le programme s'est inscrit dans une logique de baisse de la fécondité, des besoins non satisfaits pour l'augmentation de la prévalence contraceptive et de l'utilisation des

méthodes de planification familiale par la population.

- Les données sur la consommation/distribuée aux clients ne sont pas complètes et présentent certaines insuffisances concernant leur qualité. Ce constat a été fait aussi bien pour les données de l'inventaire physique que pour les données de l'outil de suivi des produits de santé (OSPSANTE).Cet outil a été mise en place et facilite l'agrégation ainsi que l'analyse des données logistiques. Cependant un suivi régulier et une forte implication des acteurs des niveaux district, régional et central sont indispensable pour la complétude et l'amélioration de la qualité.

Une version modifiée et aussi simple de Reality Check[15] a été utilisée pour la méthode de prévision basée sur les données démographiques. L'Excel a été utilisé pour faire la prévision par la méthode basée sur la consommation.

Plan d'approvisionnement

Le plan d'approvisionnement a été développé à l'aide de l'outil PipeLine[16]. Les principales hypothèses et les résultats sont dans les sections correspondantes présentées au niveau des résultats de quantification.

Validation des résultats de la quantification

Les résultats de la quantification ont été validés par le CTCSGME, à la réunion du 7 octobre 2015. Les résultats du scénario 1, obtenus sur la base d'une PC de 15% en 2018 (objectif du plan d'action PF et du plan stratégique SR) ont été retenus. Le plan d'approvisionnement du secteur public et celui du marketing social ont été revus afin d'adapter les niveaux de stock (maximum, minimum et désiré) à ceux retenus par le SDADME.

[15] Le Projet RESPOND. Reality √ : Un outil de planification et plaidoyer pour le renforcement des programmes de la planification familiale. Manuel d'utilisation. New York: EngenderHealth; 2011.
[16] http://deliver.jsi.com/dhome/resources/tools/softwaretools/pipeline

RESULTATS

Hypothèses clés

Elles sont celles de la méthode basée sur la démographie et la morbidité.

Population

La projection population 2009 du RGPH de la Direction National de la Population (DNP)/Institut National de la Statistique (INSTAT), a été utilisée comme base pour calculer le nombre de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans).

En utilisant la méthode démographique, il a été retenu comme hypothèse consensuelle lors de l'atelier consultatif, que toutes les FAP sont sexuellement actives. Il a également été convenu que toutes les FAP ont accès aux services de santé en général et de la PF en particulier.

Dans le tableau 5, figurent la population totale par an, la population des femmes et la population des FAP.

Tableau 5 : Population totale et population des femmes

Année	Population totale projetée 2009 (INSTAT)	RGPH 1976, 1987, 1998, 2009	Population des femmes (projection 2009 INSTAT)	Pourcent de femmes	Nombre de femmes 15 à 49 ans (FAP)	Pourcent de femmes 15 à 49 ans (FAP)
1987		7 696 348				
1998		9 810 911				
2009		14 528 662	7 323 672	50,41%	3 189 905	
2010	15 369 809		7 691 028	50,04%	3 481 552	45,27%
2011	15 839 538		7 921 347	50,01%	3 585 741	45,27%
2012	16 318 897		8 156 619	49,98%	3 697 826	45,34%
2013	16 808 242		8 397 010	49,96%	3 816 899	45,46%
2014	17 308 179		8 642 791	49,93%	3 941 859	45,61%
2015	17 819 147		8 894 153	49,91%	4 072 233	45,79%
2016	18 341 245		9 151 156	49,89	4 197 056	45,86%
2017	18 874 286		9 413 711	49,88%	4 327 994	45,98%
2018	19 418 097		9 681 688	49,86%	4 465 076	46,12%

Sur la base de la PC de l'EDS (2012/13) et de l'enquête MICS 2010, la tendance à l'augmentation et à la diminution a été dégagée pour calculer la PC par an.

L'examen des différentes sources de données a fourni différents taux d'augmentation de la PC totale pour les méthodes modernes :

- Sur la base des distributions des dépôts de district et la population des FAP du plan

d'action national PF il y'a une augmentation moyenne de la PC de 3,5 points par an.

- En utilisant les données des différentes enquêtes EDS (1995/96, 2001, 2006, 2012/13) et MICS (2010), une augmentation moyenne de la PC de 0,67 points est observé. Avec les données ajustées des annuaires statistiques (Système Local d'Information Sanitaire, 2014) l'augmentation annuelle de la PC est de 1,69 point. Cette tendance d'augmentation est supérieure à celle de l'exercice passée, qui était de 1,14 points avec les mêmes types de données.

- L'évolution de la PC calculée en tenant compte de l'objectif 2018 (15%) du plan d'action nationale de la PF donne 0,85 points d'augmentation si les données de l'EDS 2012/2013 sont considérées comme étant celles de 2012. Ce pas annuel d'augmentation est inférieur à celui (1,70 points) calculé lors de la précédente quantification. Cette situation s'explique par le fait que l'objectif du plan d'action PF 2014-2018 a été revue à la baisse (de 20,10% pour la précédente quantification a 15% pour l'actuelle) par la DNS/DSR, afin de l'uniformiser avec celui du plan stratégique SR 2014-2018.

- En raison de cette différence et sur la base des tendances historiques d'autres pays similaires dans le monde, il a été convenu de considérer pour cet exercice, une augmentation annuelle de 0,85 points de la prévalence contraceptive pour la période de quantification. La Prévalence Contraceptive pour toutes méthodes modernes confondues passera donc de 9,90% en 2012 (EDS 2012) à 15% en 2018 (objectif future du plan d'action national PF 2014-2018 et du plan stratégie SR 2014-2018).

Tableau 6 : La prévalence contraceptive pour toutes méthodes modernes

Méthodes moderne et objectif de PF	EDS 2012	Augmentation ou diminution annuelle du TPC	2013	2014	2015	2916	2017	2018
Toutes méthodes modernes	9,9%	0,85%	10,75%	11,60%	12,45%	13,30%	14,15%	15%

Prévalence contraceptive par méthode contraceptive (pour les méthodes modernes)

La désagrégation de la PC par méthode a été faite sur la base des données de diverses sources. Ainsi les données de l'annuaire statistique 2014, les données de l'EDS 2012/13, les données extraites de l'OSPSANTE et les données de l'inventaire physique national des contraceptifs faites en 2014 par la DPM ont été utilisées. Les taux retenus pour cet exercice de quantification sont ceux obtenus sur la base des données de l'inventaire physique et mentionnés dans le tableau 7. Ce choix est dû au fait que les mêmes tendances sont observées au niveau des organisations qui interviennent sur le terrain.

Tableau 7 : Prévalence contraceptive par méthode de contraception

Méthode	Pourcentage
Microgynon/PilplanD	6,33
Microlut	0,46
Dépo-provera / Confiance	19,82
Condom masculin / Protector	7,51
Condom féminin / Protective	0,003
Collier du cycle	0,36
Implant Jadelle	48,09
Kit DIU (T Cu 380 A)	17,43

Désagrégation de la prévalence contraceptive par marque pour les pilules

Au Mali, deux types de pilules sont utilisés ; il s'agit de :

- Microlut pour les femmes en post partum
- Microgynon pour toutes les autres cibles

Les données de distribution des huit dernières années (2007 à 2014) et les données de consommation 2013 et 2014 pour les deux secteurs (public et marketing social) ont été utilisées pour calculer le pourcentage d'utilisation de chacune de ces pilules.

La moyenne de distribution des districts de 2007 à 2014, la moyenne de distribution du magasin central de la PPM et les données de consommations 2014 des formations sanitaires ont révélé des proportions distinctes. Le consensus au cours de l'atelier consultatif de la quantification était de retenir les proportions obtenues sur la base des données de consommation 2014 des formations sanitaires. Le pourcentage d'utilisation de Microlut est de 6,7% et cette proportion est inférieure à celle de la dernière quantification qui était de 22%. Également ce produit est utilisé par les femmes allaitantes et la proportion des femmes enceintes est d'environ 21,3% des femmes en âge de procréer selon l'annuaire statistique 2014 (tableau 9). Étant donné que le même type de donnée a été utilisé pour les deux exercices de quantification, les données de 2014 révèlent donc une réduction considérable de l'utilisation de Microlut par les femmes allaitantes.

Tableau 8 : Proportion d'utilisation par marque pour les pilules

Pilules	Hypothèses 2015
Microgynon	93,26%
Microlut	6,74%

Tableau 9 : Proportion en grossesse dans la population générale et parmi les femmes en âge de procréer

Caractéristique	Annuaire statistique 2014
% femmes en grossesse (de la population total)	5%
% femmes en grossesse (groupe de 15 à 49 ans)	21,3%

Facteur CAP et taux d'abandon de 12 mois

Les facteurs couple-année protection (CAP) des différents produits mentionnés dans le tableau 10 sont ceux retenus par le pays et les taux sont tirés du guide de l'utilisateur Reality Check, version 2, 2010.

Tableau 10 : Facteur CAP et taux d'abandon de 12 mois

Méthode	Taux d'abandon de 12 mois	Facteur CAP en Mali
Duofem/Microgynon	50%	Divisé par 15
Ovrette/Microlut	50%	Divisé par 15
Injectable/Depo-Provera	50%	Divisé par 4
Condom masculin	50%	Divisé par 120
Condom féminin	50%	Divisé par 120
Collier du cycle	40%	Multiplier par 1,5
Implant Jadelle	28%	Multiplier par 3,8
DIU	28%	Multiplier par 4,6

Désagrégation par secteur (secteur public, marketing social)

Par méthode contraceptive, la part de chaque secteur (public et marketing social) a été déterminée sur la base des données de consommation et des données distribution collectées pendant l'inventaire physique réalisé par la DPM. Ce résultat obtenu est différent à celui de la précédente quantification et spécifiquement pour certains produits contraceptifs comme le préservatif féminin, le Depo-Provera et le Microgynon. Cette situation était surtout due aux ruptures de stock observées au niveau des différents secteurs. Le consensus était donc de retenir les proportions de la dernière quantification pour Depo-Provera et Microgynon. Cependant, le condom féminin étant un produit très peu utilisé dans le secteur public, ses proportions ont été retenues sur la base de l'opinion des experts. Le tableau 11 donne la part de chaque secteur par méthode contraceptive.

Tableau 11 : Désagrégation par secteur (secteur public, marketing social)

Source	Microgynon	Microlut	Depo-Provera	Condom masculin	Condom féminin	Collier	Implant	Kit DIU
Public (%)	28	64	28	5	4	91	25	19
Marketing social (%)	72	36	72	95	96	9	75	81

Hypothèses additionnelles pour les pertes et le plan d'approvisionnement

Les taux de perte par produit mentionnés dans le tableau 12, ont été retenus en tenant compte des expériences d'autres pays. Les mêmes avaient été retenus pour l'exercice de quantification précédente.

Tableau 12 : Taux de perte

Produits	Depo-Provera	Préservatifs masculins	Préservatifs féminins	Microgynon	Microlut	DIU	Implant Jadelle	Collier du cycle
Taux de perte (%)	5	10	15	5	5	5	5	5

Plan d'approvisionnement

Pour cette étape de la quantification des hypothèses ont été également émises. Le tableau 13 montre les niveaux de stock minimum, maximum pour les formations sanitaires et les dépôts de distribution et le niveau de stock désiré pour le programme. Ces niveaux minimums et maximums utilisés sont ceux retenus par le SDADME et sur la base de ces informations le niveau désiré du programme a été calculé. Tous ces niveaux sont identiques à ceux de la quantification de 2014.

Tableau 13 : Niveaux de stock, maximum et désiré selon le SDADME

Niveaux	Niveau minimum de stock	Niveau maximum de stock
Magasin central	6 mois	12 mois
Magasin régional	1 mois	3 mois
Magasin de district	2 mois	4 mois
Centre de santé	1 mois	2 mois
National	10 mois	21 mois
Intervalle de livraison au Magasin central	6 mois	
Niveau de stock désiré du programme	19 mois	

Le tableau 14 indique les délais de livraison estimés en tenant compte des différentes phases de la planification et des processus d'achats des produits. Les délais de livraison comportent quatre volets ou étapes importantes qui sont les suivants :

- Le délai pour la planification : délai nécessaire pour la finalisation de la prévision et du plan d'approvisionnement ainsi que pour l'approbation de la demande pour les acquérir

- Le délai de commande : délai nécessaires pour placer les commandes de produits avec

des quantités et les dates de livraison sur la base du plan d'approvisionnement

- Les délais d'envois : délai d'expédition des produits du site de fabrication/de chez le fournisseur à la PPM ou d'autres acheteurs

- Les délais de réception : délai pour obtenir les produits dans la centrale d'achat qui sont prêt pour la distribution et l'utilisation

Tableau 14 : Délais de livraison (mois)

Fournisseurs	Planification-Commande	Commande-Expédition	Expédition-Livraison port	Livraison (port) à la réception	Délai de livraison total
USAID/DELIVER	0,5	1	4	1	6,50
UNFPA	0,5	4	1	1	6,50
KfW/PSI					6,00
GOM/PPM*					

Note : la PPM n'a pas fournis d'informations sur le délai de livraison des produits contraceptifs.

Prix des produits

Le prix de chaque produit quantifié est supposé rester constant. Les informations sur les prix ont été fournies par l'USAID, l'UNFPA et PSI/KfW. Pour la plupart des produits les prix donnés par USAID sont approximativement identiques à ceux indiqués par l'UNFPA. Les prix mentionnés dans le tableau 15 sont ceux de l'USAID/DELIVER et ne comportent pas le coût du fret. Ces prix unitaires sont les mêmes que ceux utilisés pour la quantification de 2014.

Tableau 15 : Prix unitaire de chaque produit contraceptif

Produit	Unité/conditionnement	Prix unitaire USAID/DELIVER
Duofem/Microgynon	Cycle	USD 0.27
Ovrette/Microlut	Cycle	USD 0.23
Confiance/Depo-Provera	Flacon	USD 0.99
Préservatifs masculins	Unité	USD 0.03
Préservatifs féminins	Unité	USD 0.55
Collier du cycle	Unité	USD 0.23
Implant Jadelle	Set	USD 8.50
DIU (T Cu 380 A)	Unité	USD 0.56

Fret et autres coûts logistiques

Pour tous les partenaires le coût du produit n'inclut pas le coût du fret. Le tableau 16 donne le coût du fret par partenaire.

Tableau 16 : Coût du fret par partenaire

Partenaire	Coût du fret	Coût de l'achat	Coût de distribution	Total
USAID/DELIVER	12%	0%	0%	12%
FNUAP	12%	0%	0%	12%
KfW/PSI	31%	0%	0%	31%
GOM/PPM				

Note : Pas d'informations pour la PPM qui n'a pas encore fait d'achat de produits contraceptifs.

Résultats de la quantification

Ces résultats sont ceux de la prévision basée sur la méthode démographique qui a été faite en utilisant deux scénarios :

- Le scénario 1 : Il tient compte de l'objectif futur du programme. À cet effet la prévalence (15%) en 2018 du plan d'action PF (2014-2018) et la prévalence 9,9% de l'EDS 2012/2013, sont les hypothèses de calcul.

- Le deuxième scénario est surtout focalisé sur les prévalences contraceptives calculées à partir des données de l'annuaire statistique. Ces prévalences sont 23,35% en 2018 et 14,90% en 2013.

Nombre d'utilisateurs

Le nombre d'utilisatrices par méthode a été calculé à partir de la PC par méthode en tenant compte de la proportion par type de pilule et de la population des FAP.

Le tableau 17 présente le nombre estimatif d'utilisateurs par méthode et par an.

Tableau 17 : Nombre total d'utilisatrices pour scénario 1

Produit	2015	2016	2017	2018
Pilule Microgynon	32 099	35 342	38 774	42 405
Pilule Microlut	2 321	2 556	2 804	3 067
Depo-Provera	100 499	110 651	121 396	132 765
Préservatif masculin	38 064	41 909	45 978	50 284
Préservatif féminin	16	17	19	21
Collier du cycle	1 802	1 984	2 176	2 380
Implant Jadelle	243 827	268 458	294 525	322 106
DIU	88 365	97 292	106 739	116 735
Total	506 993	558 209	612 412	669 762

Le tableau 18 donne le nombre estimatif d'utilisateurs par méthode et par an, pour le scénario 2.

Tableau 18 : Nombre total d'utilisatrices pour scénario 2

Méthode	2015	2016	2017	2018
Pilule Microgynon	47 132	53 068	59 355	66 013
Pilule Microlut	3 408	3 838	4 293	4 775
Depo-Provera	147 559	166 142	185 824	206 667
Préservatif masculin	55 888	62 926	70 381	78 275
Préservatif féminin	23	26	29	32
Collier du cycle	2 644	2 977	3 330	3 704
Implant Jadelle	358 004	403 090	450 842	501 412
DIU	129 745	146 084	163 390	181 718
Total	744 403	838 151	937 443	1 042 595

Les tableaux 19 et 20 présentent respectivement pour le scénario 1 et le scénario 2, le taux d'abandon spécifique ainsi que le nombre de nouvelles adhérentes (utilisatrices) par an.

Tableau 19 : Taux d'interruption d'utilisation et nombre de nouvelles adhérentes par méthode pour le scénario 1

Produit	Taux d'interruption d'utilisation de méthodes contraceptives	Nombre de nouvelles utilisatrices			
		2015	2016	2017	2018
Pilule Microgynon	0,50	17 624	19 292	21 103	23 018
Pilule Microlut	0,50	1 274	1 395	1 526	1 665
Depo-Provera	0,50	55 179	60 402	66 070	72 067
Préservatif masculin	0,50	20 899	22 877	25 024	27 295
Préservatif féminin	0,50	9	9	10	11
Collier du cycle	0,40	827	903	986	1 074
Implant Jadelle	0,28	85 494	92 902	101 236	110 048
DIU	0,28	30 984	33 669	36 689	39 883

Tableau 20 : Taux d'interruption d'utilisation et nombre de nouvelles adhérentes par méthode pour le scénario 2

Produit	Taux d'interruption d'utilisation de méthodes contraceptives	Nombre de nouvelles utilisatrices			
		2015	2016	2017	2018
Pilule Microgynon	0,50	26 430	29 502	32 821	36 335
Pilule Microlut	0,50	1 911	2 134	2 374	2 628
Depo-Provera	0,50	82 744	92 362	102 753	113 755
Préservatif masculin	0,50	31 339	34 982	38 918	43 085
Préservatif féminin	0,50	13	14	16	18
Collier du cycle	0,40	1 250	1 391	1 544	1 706
Implant Jadelle	0,28	131 561	145 327	160 617	176 806
DIU	0,28	47 679	52 668	58 210	64 077

Résultats de la prévision et du plan d'approvisionnement

Sur la base des hypothèses de prévision ci-dessus et à l'aide de la version modifiée Reality Check (un outil de prévision) les quantités et les coûts suivants par produit ont été calculés. Les besoins prévisionnels comprennent les exigences pour les clients et les pertes.

Concernant le plan d'approvisionnement, les hypothèses comme le niveau de stock (minimum, maximum et désiré), les stocks en commande et d'autres paramètres du plan d'approvisionnement cités dans la partie hypothèses du rapport ont été utilisées.

Les résultats ci-dessous concernent le scénario 1 et le scénario 2.

Résultats du scénario 1

Concernant le scénario 1, les résultats sur la prévision et le plan d'approvisionnement sont données pour chacun (secteur public et marketing social).

La prévision pour le scénario 1

Le tableau 21 indique les besoins prévisionnels des produits contraceptifs estimés en quantité et par an pour le secteur public.

Tableau 21 : Besoins prévisionnels en quantité incluant les pertes, pour le secteur public

Produit	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	141 558	155 858	170 992	187 005	655 414
Pilule Microlut	23 396	25 762	28 267	30 917	108 342
Depo-Provera	118 186	130 126	142 762	156 131	547 205
Préservatif masculin	251 225	276 601	303 457	331 873	1 163 156
Préservatif féminin	86	95	104	114	399
Collier du cycle	790	862	942	1 026	3 621
Implant Jadelle	22 442	24 387	26 574	28 888	102 291
DIU	6 181	6 717	7 319	7 957	28 174

Le tableau 22 donne les besoins prévisionnels des produits contraceptifs estimés en valeur et par an pour le secteur public.La valeur totale de ces besoins s'élève à USD 1,664,811 pour les quatre années de la période de quantification.

Tableau 22 : Besoins prévisionnels en coûts incluant les pertes pour le secteur public (USD)

Produit	Coût unitaire	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	0.27	38,221	42,082	46,168	50,491	176,962
Pilule Microlut	0.23	5,381	5,925	6,501	7,111	24,919
Depo-Provera	0.99	117,005	128,825	141,334	154,570	541,733
Préservatif masculin	0.03	7,537	8,298	9,104	9,956	34,895
Préservatif féminin	0.55	47	52	57	63	219
Collier du cycle	0.23	182	198	217	236	833
Implant Jadelle	8.50	190,758	207,288	225,882	245,545	869,473
DIU	0.56	3,462	3,761	4,099	4,456	15,778
Total		362,592	396,430	433,362	472,428	1,664,811

Le tableau 23 présente les besoins prévisionnels en quantité de produits par an, pour le secteur privé/marketing social.

Tableau 23 : Besoins prévisionnels en quantité incluant les pertes pour le marketing social

Produit	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	364 007	400 778	439 695	480 871	1 685 351
Pilule Microlut	13 160	14 491	15 900	17 391	60 942
Depo-Provera	303 908	334 609	367 101	401 480	1 407 098
Préservatif masculin	4 773 269	5 255 418	5 765 689	6 305 591	22 099 966
Préservatif féminin	2059	2273	2500	2740	9 573
Collier du cycle	78	85	93	102	358
Implant Jadelle	67 326	73 161	79 723	86 663	306 873
DIU	26 352	28 635	31 204	33 920	120 111

Selon le tableau 24 la valeur des besoins prévisionnels pour le secteur privé/marketing social est de USD 5,206,116.

Tableau 24 : Besoins prévisionnels en coûts incluant les pertes pour le secteur privé (USD)

Produit	Coût unitaire	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	0.27	98,282	108,210	118,718	129,835	455,045
Pilule Microlut	0.23	3,027	3,333	3,657	4,000	14,017
Depo-Provera	0.99	300,869	331,263	363,430	397,465	1,393,027
Préservatif masculin	0.03	143,198	157,663	172,971	189,168	662,999
Préservatif féminin	0.55	1,132	1,250	1,375	1,507	5,265
Collier du cycle	0.23	18	20	21	23	82
Implant Jadelle	8.50	572,275	621,865	677,645	736,634	2,608,419
DIU	0.56	14,757	16,036	17,474	18,995	67,262
Total		1,133,557	1,239,639	1,355,291	1,477,628	5,206,116

Le tableau 25 donne les besoins nationaux (secteur public et marketing social) en quantités. La valeur de ces besoins s'élève à USD 6 870 927 pour le scénario 1.

Tableau 25 : Besoins prévisionnels nationaux en quantité incluant les pertes

Produit	2015	2016	2017	2018
Pilule Microgynon	207 854	234 031	261 756	291 117
Pilule Microlut	34 354	38 684	43 270	48 127
Depo-Provera	173 529	195 383	218 528	243 041
Préservatif masculin	368 859	415 312	464 512	516 616
Préservatif féminin	127	143	160	178
Collier du cycle	1195	1329	1475	1630
Implant Jadelle	34 535	38 148	42 162	46 412
DIU	9 512	10 507	11 613	12 783

Plan d'approvisionnement pour le scénario 1

La quantité des produits à acheter par an pour le secteur public est mentionnée au tableau 26. Les réceptions et les commandes en cours de 2015 pour certains produits (Microgynon, préservatif masculin et préservatif féminin) pourront couvrir les besoins jusqu'en 2018. Il n'y a pas de besoins d'approvisionnement en collier pour le secteur public.

Tableau 26 : Besoins d'achats en quantités par produit et par an pour le secteur public

Produit	Unité	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	Cycle	270 000	0	0	0	270 000
Pilule Microlut	Cycle	99 450	0	34 360	37 039	170 849
Depo-Provera	Set	846 376	0	180 462	163 180	1 190 018
Préservatif masculin	Unité	6 696 840	0	0	0	6 696 840
Préservatif féminin	Unité	13 360	0	0	0	13 360
Collier du cycle	Unité	0	0	0	0	0
Implant Jadelle	Set	114 925	10 000	23 700	31 219	179 844
DIU	Kit	41 763			6 300	48 063

Les informations du tableau 27 montrent que la valeur d'approvisionnement du secteur public pour le scénario 1 s'élève à USD 3,295,424.

Tableau 27 : Besoins d'achats en valeur par produit et par an, pour le secteur public (USD)

Produit	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	81,648	0	0	0	81,648
Pilule Microlut	26,811	0	8,852	9,542	45,205
Depo-Provera	833,304	0	200,096	180,935	1,214,335
Préservatif masculin	206,960	0	0	0	206,960
Préservatif féminin	8,418	0	0	0	8,418
Collier du cycle	0	0	0	0	0
Implant Jadelle	1,094,086	95,200	225,624	297,205	1,712,115
DIU	22,792	0	0	3,951	26,743
Total	2,274,019	95,200	434,572	491,633	3,295,424

Le tableau 28 donne les quantités de produits contraceptifs à acheter par an, pour le marketing social. Les quantités de Microgynon et de condom masculin devant être livrées en 2015 et en 2016 couvriront les besoins jusqu'en 2018. Pour Microlut et condom féminin, les quantités de 2015 couvriront également la période de quantification. Aucun besoin d'achat pour le collier n'a été exprimé.

Tableau 28 : Besoins d'achat en quantités par produit et par an, pour le marketing social

Produit	Unité	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	Cycle	1 894 443	525 600	0	0	2 420 043
Pilule Microlut	Cycle	45 362	0	0	0	45 362
Depo-Provera	Set	130 925	759 200	280 495	313 493	1 484 113
Préservatif masculin	Unité	25 780 664	21 726 003	0	0	47 506 667
Préservatif féminin	Unité	67 484	0	0	0	67 484
Collier du cycle	Unité	0	0	0	0	0
Implant Jadelle	Set	49 700	118 779	65 996	66 441	300 916
DIU	Kit	75 840		23 551	26 460	125 851

La valeur des approvisionnements du marketing social pour le scénario 1 est mentionnée dans le tableau 29 et elle s'élève à USD 7,029,372.

Tableau 29 : Besoins d'achats en valeur par produit et par an, pour le marketing social (USD)

Produit	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	528,562	158,941	0	0	687,503
Pilule Microlut	15,241	0	0	0	15,241
Depo-Provera	112,910	841,802	311,013	347,601	1,613,326
Préservatif masculin	972,814	729,994	0	0	1,702,808
Préservatif féminin	44,117	0	0	0	44,117
Collier du cycle	0	0	0	0	0
Implant Jadelle	492,184	1,136,489	628,282	632,519	2,889,474
DIU	45,535	0	14,772	16,596	76,903
Total	2,211,363	2,867,226	954,067	996,716	7,029,372

Résultats du scénario 2

Ces résultats sont ceux des deux secteurs (secteur public et marketing social).

La prévision pour le scénario 2

Le tableau 30 indique les besoins prévisionnels des produits contraceptifs estimés en quantité pour le secteur public.

Tableau 30 : Besoins prévisionnels en quantité incluant les pertes pour le secteur public

Produit	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	207 854	234 031	261 756	291 117	994 759
Pilule Microlut	34 354	38 684	43 270	48 127	164 436
Depo-Provera	173 529	195 383	218 528	243 041	830 480
Préservatif masculin	368 859	415 312	464 512	516 616	1 765 300
Préservatif féminin	127	143	160	178	607
Collier du cycle	1 195	1 329	1 475	1 630	5 628
Implant Jadelle	34 535	38 148	42 162	46 412	161 257
DIU	9 512	10 507	11 613	12 783	44 415

Selon le tableau 31, la valeur totale des besoins prévisionnels des produits contraceptifs du secteur public est estimée à USD 2,578,723, pour les quatre années de la période de quantification en utilisant le scénario 2.

Tableau 31 : Besoins prévisionnels en coûts incluant les pertes pour le secteur public(USD)

Produit	Coût unitaire	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	0.27	56,121	63,188	70,674	78,602	268,585
Pilule Microlut	0.23	7,901	8,897	9,952	11,069	37,820
Depo-Provera	0.99	171,794	193,429	216,343	240,610	822,176
Préservatif masculin	0.03	11,066	12,459	13,935	15,498	52,959
Préservatif féminin	0.55	70	79	88	98	334
Collier du cycle	0.23	275	306	339	375	1,294
Implant Jadelle	8.50	293,545	324,261	358,377	394,498	1,370,682
DIU	0.56	5,327	5,884	6,503	7,159	24,873
Total		546,098	608,503	676,212	747,909	2,578,723

Pour le marketing social, le tableau 32 donne les besoins prévisionnels en quantité en utilisant le scénario 2.

Tableau 32 : Besoins prévisionnels en quantité incluant les pertes pour le secteur marketing social

Produit	2015	2016	2017	2018
Pilule Microgynon	534 483	601 795	673 087	748 587
Pilule Microlut	19 324	21 760	24 340	27 072
Depo-Provera	446 217	502 412	561 930	624 961
Préservatif masculin	7 008 329	7 890 936	8 825 733	9 815 703
Préservatif féminin	3 046	3 429	3 836	4 266
Collier du cycle	118	131	146	161
Implant Jadelle	103 604	114 445	126 486	139 235
DIU	40 551	44 794	49 507	54 497

Pour ce scénario, la valeur totale des besoins pour le marketing social est mentionnée dans le tableau 33. Elle est de USD 8,058,533.

Tableau 33 : Besoins prévisionnels en coûts incluant les pertes pour le marketing social (USD)

Produit	Coût unitaire	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	0.27	144,310	162,485	181,733	202,119	690,647
Pilule Microlut	0.23	4,445	5,005	5,598	6,226	21,274
Depo-Provera	0.99	441,755	497,388	556,311	618,712	2,114,166
Préservatif masculin	0.03	210,250	236,728	264,772	294,471	1,006,221
Préservatif féminin	0.55	1,675	1,886	2,110	2,346	8,017
Collier du cycle	0.23	27	30	34	37	128
Implant Jadelle	8.50	880,636	972,783	1,075,131	1,183,495	4,112,045
DIU	0.56	22,709	25,085	27,724	30,518	106,036
Total		1,705,807	1,901,389	2,113,412	2,337,925	8,058,533

Le tableau 34 présente les détails sur la quantité de produits contraceptifs à acheter par an pour les deux secteurs (public et le marketing social), en utilisant le scénario 2.

Tableau 34 : Besoins prévisionnels Nationaux en quantité incluant les pertes

Produit	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	652,137	742,337	835,826	934,843	1,039,704	3,552,710
Pilule Microlut	47,151	53,678	60,444	67,610	75,199	256,931
Depo-Provera	544,443	619,746	697,795	780,459	868,002	2,966,001
Préservatif masculin	6,480,814	7,377,189	8,306,248	9,290,245	10,332,319	35,306,001
Préservatif féminin	2,787	3,173	3,572	3,995	4,444	15,184
Collier du cycle	1,166	1,313	1,460	1,621	1,791	6,185
Implant Jadelle	123,455	138,139	152,593	168,648	185,646	645,027
DIU	44,741	50,063	55,302	61,120	67,280	233,765

La valeur totale des besoins nationaux pour le scénario 2, mentionnée dans le tableau 35 est de USD 10,637,256.

Tableau 35 : Besoins prévisionnels nationaux en coûts incluant les pertes (USD)

Produit	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	200,431	225,673	252,408	280,720	959,232
Pilule Microlut	12,346	13,902	15,550	17,296	59,094
Depo-Provera	613,549	690,817	772,654	859,322	2,936,341
Préservatif masculin	221,316	249,187	278,707	309,970	1,059,180
Préservatif féminin	1,745	1,965	2,197	2,444	8,351
Collier du cycle	302	336	373	412	1,423
Implant Jadelle	1,174,181	1,297,044	1,433,508	1,577,994	5,482,726
DIU	28,035	30,969	34,227	37,677	130,908
Total	2,251,905	2,509,893	2,789,625	3,085,834	10,637,256

Plan d'approvisionnement pour le scénario 2

Le tableau 36 donne les besoins d'achat du secteur public pour le scénario 2. Les quantités en commande en 2015 pour Microgynon pourront couvrir les besoins jusqu'en 2017. Concernant le condom masculin et le condom féminin les achats de 2015 couvriront les besoins jusqu'en 2018. Il n'existe pas de besoins d'approvisionnement en collier pour toute la période de quantification.

Tableau 36 : Besoins d'achat en quantités par produit et par an, pour le secteur public

Produit	Unité	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	Cycle	270 000	0	0	285 456	555 456
Pilule Microlut	Cycle	99 451	45 360	50 483	52 366	247 660
Depo-Provera	Set	846 376	118 436	281 959	316 267	1 563 038
Préservatif masculin	Unité	6 696 840	0	0	0	6 696 840
Préservatif féminin	Unité	13 360	0	0	0	13 360
Collier du cycle	Unité	0	0	0	0	0
Implant Jadelle	Set	114 925	52 100	25 167	55 234	247 426
DIU	Kit	41 763	6 300	8 100	16 263	72 426

Le tableau 37 donne les besoins d'achat pour le secteur public sur la base du scénario 2. La valeur des quantités de produits à acheter de janvier 2015 à décembre 2018 est estimée à USD 4,473,794.

Tableau 37 : Besoins d'achat en valeur par produit et par an, pour le secteur public (USD)

Produit	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	81,648	0	0	86,322	167,970
Pilule Microlut	26,811	11,685	13,004	13,489	64,989
Depo-Provera	833,304	131,322	312,635	350,677	1,627,938
Préservatif masculin	206,960	0	0	0	206,960
Préservatif féminin	8,418	0	0	0	8,418
Collier du cycle	0	0	0	0	0
Implant Jadelle	1,094,086	495,992	239,590	525,828	2,355,496
DIU	22,792	3,951	5,080	10,200	42,023
Total	2,274,019	642,950	570,309	986,516	4,473,794

Les résultats sur les besoins d'achat en quantité concernant le marketing social est mentionné dans les tableaux 38. Ils relèvent qu'aucun achat n'est prévu pour Microlut et préservatif de 2016 à 2018. La même situation se présente pour le collier de 2015 à 2018.

Tableau 38 : Besoins d'achat en quantités par produit et par an pour le marketing social

Produit	Unité	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	Cycle	1 894 443	525600	0	1192488	3 612 531
Pilule Microlut	Cycle	45 362	0	0	21 342	66 704
Depo-Provera	Set	130 925	909 200	950 948	477 939	2 469 012
Préservatif masculin	Unité	25780664	21 726 003	0	0	4 750 6667
Préservatif féminin	Unité	67 484	0	0	0	67 484
Collier du cycle	Unité	0	0	0	0	0
Implant Jadelle	Set	49 700	207 865	99 389	232 133	589 087
DIU	Kit	75 840	34 836	39 706	232 133	382 515

La valeur totale présentée dans le tableau 39 est de USD 11,300,199 pour le marketing social en utilisant le scénario 2.

Tableau 39: Besoins d'achat en valeur par produit et par an pour le marketing social (USD)

Produit	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	528,562	158,941	0	360,609	1,048,112
Pilule Microlut	15,241	0	0	4,679	19,920
Depo-Provera	112,910	1,008,122	1,054,412	529,939	2,705,383
Préservatif masculin	972,814	729,994	0	0	1,702,808
Préservatif féminin	44,117	0	0	0	44,117
Collier du cycle	0	0	0	0	0
Implant Jadelle	492,184	1,984,588	946,184	2,209,907	5,632,863
DIU	45,535	21,849	24,903	54,709	146,996
Total	2,211,363	3,903,494	2,025,499	3,159,843	11,300,199

Le tableau 40 donne les quantités de produits contraceptifs à acheter par an, pour les deux secteurs sur la base du scénario 2.

Tableau 40 : Besoins d'achat en quantités par produit et par an pour le marketing social

Produit	Unité	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	Cycle	2 164 443	525 600	0	1 477 944	4 167 987
Pilule Microlut	Cycle	144 813	45 360	50 483	73 708	314 364
Depo-Provera	Set	977 301	1 027 636	1 232 907	794 206	4 032 050
Préservatif masculin	Unité	32 477 504	21 726 003	0	0	54 203 507
Préservatif féminin	Unité	80 844	0	0	0	80 844
Collier du cycle	Unité	0	0	0	0	0
Implant Jadelle	Set	164 625	259 965	124 556	287 367	836 513
DIU	Kit	117 603	41 136	47 806	248 396	454 941

Le tableau 41 donne la valeur des besoins d'achats nationaux avec le scénario 2. Elle est estimée a USD 15,773,993 pour les deux secteurs dont USD 11,300,199 pour le marketing social.

Tableau 41 : Besoins d'achats en valeur par produit et par an, pour le marketing social (USD)

Produit	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	610,210	158,941	0	446,931	1,216,082
Pilule Microlut	42,052	11,685	13,004	18,168	84,909
Depo-Provera	946,214	1,139,444	1,367,047	880,616	4,333,321
Préservatif masculin	1,179,774	729,994	0	0	1,909,768
Préservatif féminin	52,535	0	0	0	52,535
Collier du cycle	0	0	0	0	0
Implant Jadelle	1,586,270	2,480,580	1,185,774	2,735,735	7,988,359
DIU	68,327	25,800	29,983	64,909	189,019
Total	4,485,382	4,546,444	2,595,808	4,146,359	15,773,993

Les résultats ont été validés par le comité technique de coordination et le scénario 1 a été retenu. La valeur des quantités de produits à acheter de janvier 2015 à décembre 2018 pour le secteur public est estimée à USD 3,295,424 et celle des produits du marketing social pour la même période est de USD 6,560,484. Les annexes 1 et 2 fournissent les détails sur chaque produit, les données sur la quantité à commander, les dates de livraison, le statut de l'expédition et la valeur pour les deux secteurs. Les chiffres peuvent changer après la mise à jour avec la consommation réelle, le stock disponible et d'autres paramètres d'ajustement.

DISCUSSION

Taux de fécondité et population

Le taux de fécondité a fortement diminué et est toujours en baisse au Mali (EDS II, EDS III, EDS IV et EDS V). En se basant sur la tendance observée entre 2001 et 2012, on estime que le taux de fécondité passera de 6,10 en 2012 à 5,73 en 2018. Cette diminution est en droite ligne avec celle observée pendant les années précédentes, 6,80 en 2001[17] et 6,60 en 2006[18].

La population du Mali devrait augmenter de 14,5 millions en 2009 à 19,4 millions en 2018 selon les projections de 2009 de la Direction Nationale de la population et de l'Institut National de la Statistique. Les estimations correspondantes pour les FAP sont 3,19 millions et 4,46 millions, respectivement. Les FAP représentent environ 22,7% de la population totale en moyenne, pour la période de quantification.

Les données sur la fécondité et la population sont identiques à celles de la précédente quantification. La figure 5 fourni les détails sur les tendances et les projections de l'Indice Synthétique de Fécondité.

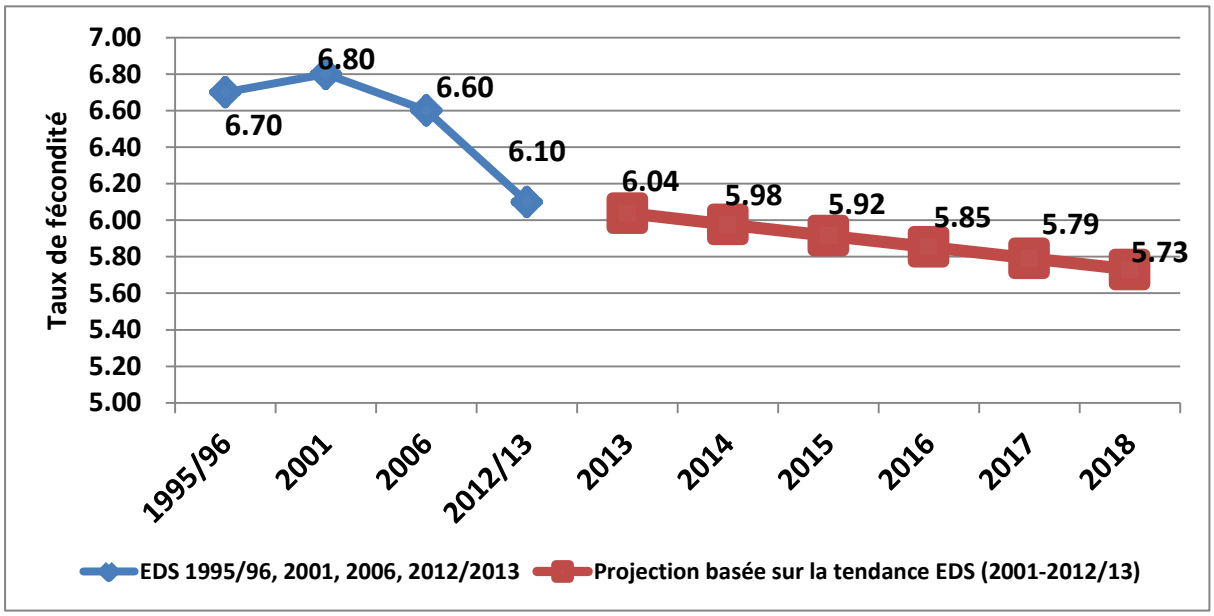

Figure 5 : Tendances et projection du taux de fécondité au Mali

[17] Cellule de Pacification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Information (DNSI) et ORC Macro. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001. Calverton, MD: CPS/MS, DNSI et ORC Macro; 2002.

[18] Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006.

La figure 6 fourni les détails sur les tendances et les projections de la population.

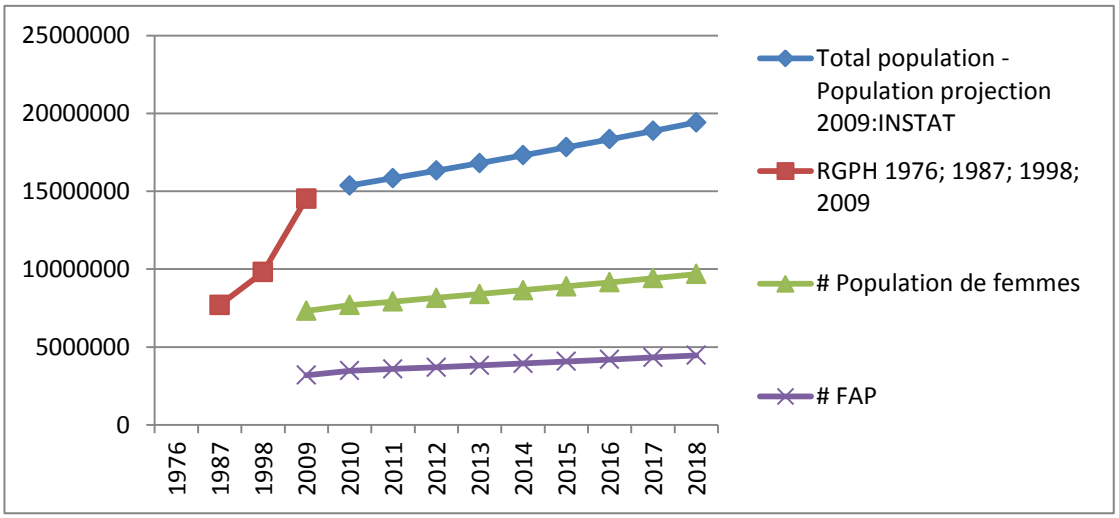

Figure 4 : Tendance / projection de la population au Mali

Taux de prévalence de la contraception

En général, la PC a été augmentée au Mali ; pour les méthodes modernes elle est passée de 5,0% en 1995 à 9,90% en 2012. Les valeurs correspondantes pour toute méthode confondue (y compris les méthodes traditionnelles) étaient 7,90% en 1995 et 10,30% en 2012. Pour la même période une baisse significative des méthodes traditionnelles a été observée, passant de 2,9% en 1995 à 0,40% en 2012 (EDS I-IV ; MICS 2010).

Sur la base des données de EDS 2012/13, avec l'hypothèse que ces données sont de 2012 et 15% comme objectif du plan d'action de la PF et du plan stratégique SR pour la PC de la méthode moderne en 2018, une augmentation annuelle moyenne de 0,85% a été calculée sur la période de prévision. Cette augmentation annuelle est supérieure à celle (0,67%) calculée sur la base des données des enquêtes EDS et MICS, mais on espère qu'une surveillance continue et l'évaluation des données sur prévalence contraceptive ainsi que la tendance d'utilisation des produits permettront de faire des ajustements. Cependant une meilleure collaboration entre les différents acteurs de la planification familiale est aussi essentielle pour relever les défis.

En utilisant les données de consommation/distribution de 2014, les méthodes de longue durée d'action et permanentes représentent à 65,52% du total des méthodes modernes contre 56,22% pour l'année 2013. Une augmentation annuelle moyenne de l'utilisation des méthodes de longue durée d'action et permanentes de 0,56% a été calculée.

Ceci est un avantage pour le Mali parce que le CAP est élevé si plus de clients sont sur les méthodes de longue durée d'action et permanentes. Toutefois, selon les données historiques des enquêtes (EDS et MICS), les méthodes de longue durée d'action et permanentes ne représentaient que 6,5%, 6,3% et 30,3% de toutes les méthodes modernes pour les années 2006, 2010 et 2012, respectivement (EDS 2006, 2012/13 et MICS 2010). Cette tendance

montre une augmentation significative de l'utilisation de ces méthodes, mais l'ampleur n'est pas la même que celle des données de consommation.

La proportion de la combinaison des méthodes (méthode mixte) obtenue à partir des données de consommation de 2014 a été appliquée pendant la période de prévision.

La PC pour les méthodes traditionnelles a été estimée à 0% pour la période de la quantification. La figure 7 montre la prévalence contraceptive, les tendances historiques et projetées par groupe de méthodes de PF.

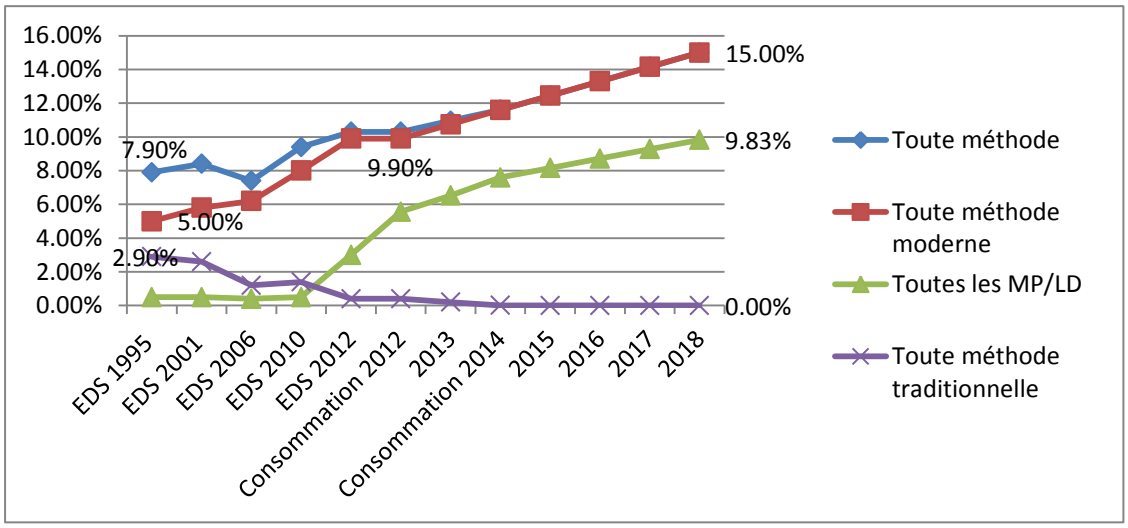

Figure 5 : Les tendances historiques et projetées par groupe de méthodes de PF

Combinaison de méthodes modernes (méthode mixte) PF

Selon les données de consommations de 2014 présentées par la figure 8, l'implant - Jadelle (48%) est la plus utilisée des méthodes modernes de PF, suivie d'injectable (20%), de dispositif intra-utérin (DIU) (17%) et du préservatif masculin (8%). Le préservatif féminin (0,00%) est la méthode la moins utilisée. Toutefois, selon les données de l'EDS 2012/13 l'injectable (40,4%) est la plus utilisée des méthodes modernes de PF, suivie des contraceptifs oraux (27,3%) et d'implant (25,3%). Le préservatif féminin (0%) reste la méthode la moins utilisée.

Pour cet exercice de quantification la proportion par méthode PF obtenue à partir des données de consommation de 2014, a été appliquée avec de légers ajustements. Les proportions d'utilisation de toutes les méthodes modernes ont été supposées rester constantes pendant la période de quantification, alors que celles méthodes traditionnelles est 0% de 2015-2018.

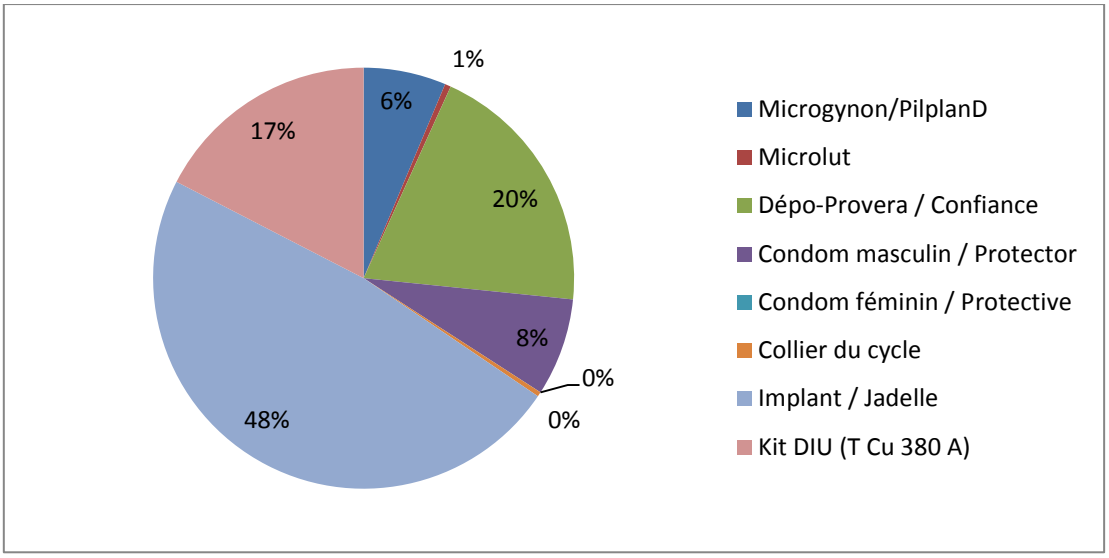

Figure 6 : Combinaison méthodes de PF au Mali 2015-2018

La figure 9 donne la tendance projetée de la PC par méthode moderne avec l'utilisation de la PC de l'EDS V(2012-2013) et de l'objectif (15%) prévu dans le plan d'action PF pour les méthodes modernes.

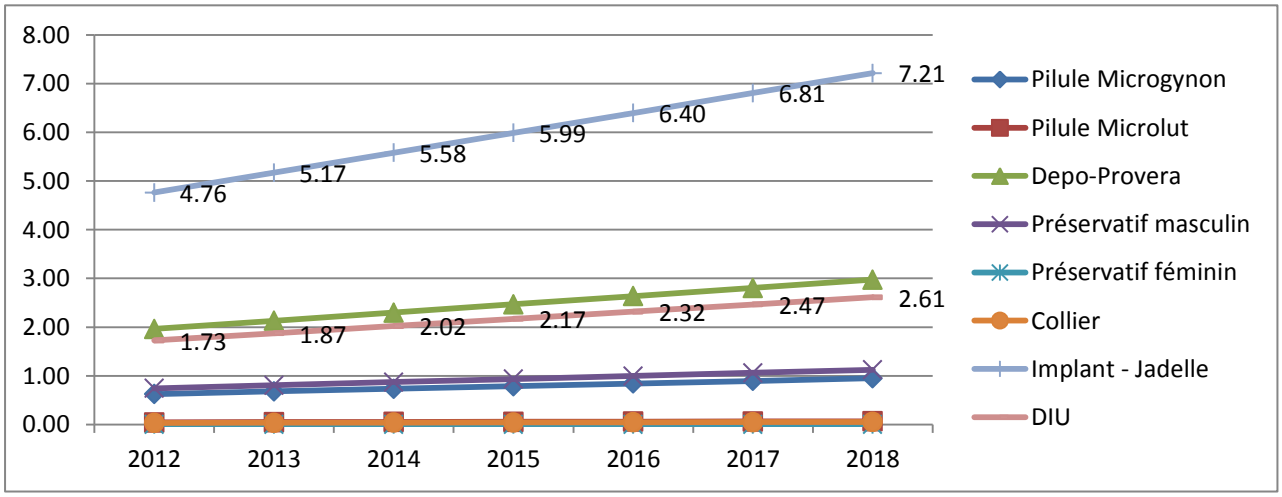

Figure 7 : Évolution de la prévalence contraceptive au Mali

Comparaison de la prévision et du plan d'approvisionnement/besoins d'achat

La valeur des besoins prévisionnels calculés sur la base du scénario 2 est beaucoup plus supérieure que celle des prévisions obtenues avec le scénario 1. La différence s'élève à USD 3,766,329 pour la période de prévision (2015-2018).

La figure 10 montre que la quantité de produits consommée par méthode contraceptive en 2014 est supérieure à celle estimée par la méthode de morbidité avec chacun des scénarios et pour la même année. Selon la figure 10, cette différence est surtout marquée pour le préservatif masculin, Microgynon et Depo-Provera.

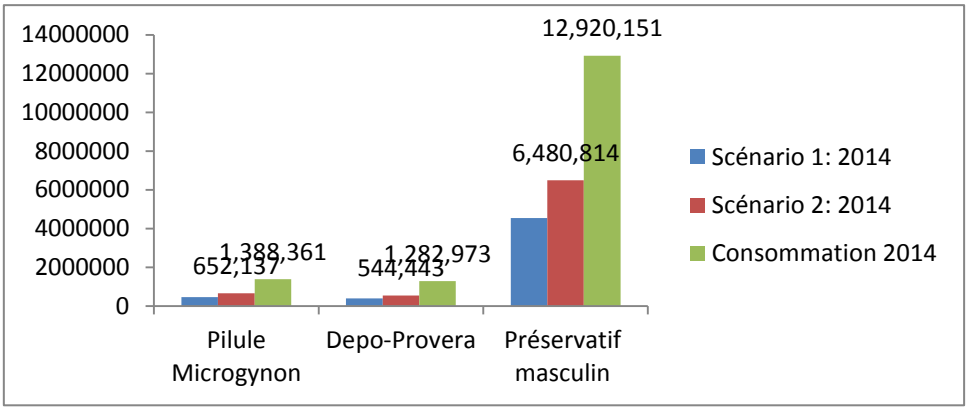

Figure 8 : Comparaison de la quantité de produits estimée pour 2014 selon scénarios et des consommations de 2014

Selon la figure 11, la valeur des besoins prévisionnels du scénario 2 est aussi plus élevée que celle du scénario 1. Les raisons majeures de ces différences pourraient être :

- Une insuffisance de qualité des données enregistrées au niveau des formations sanitaires
- Une insuffisance de qualité des données de consommation du SIGL
- Une utilisation des données de distribution du niveau régional et central pour le marketing social au lieu des données de consommation

La figure 11 fourni la valeur des besoins prévisionnels nationaux par an et par scénario.

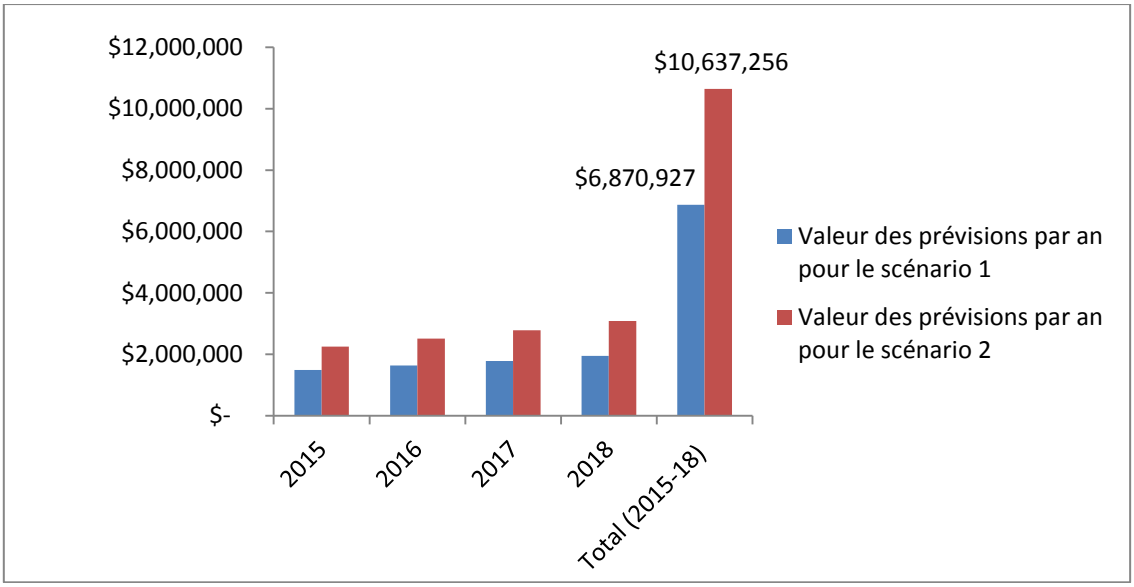

Figure 9 : Valeur des prévisions nationales par scénario

La valeur du plan d'approvisionnement/besoins d'achat du scénario 2 est plus élevée que celle du scénario 1. Cette situation est relevée par la figure 12 et la différence s'élève à USD 5,449,197 pour la période 2015-2018.

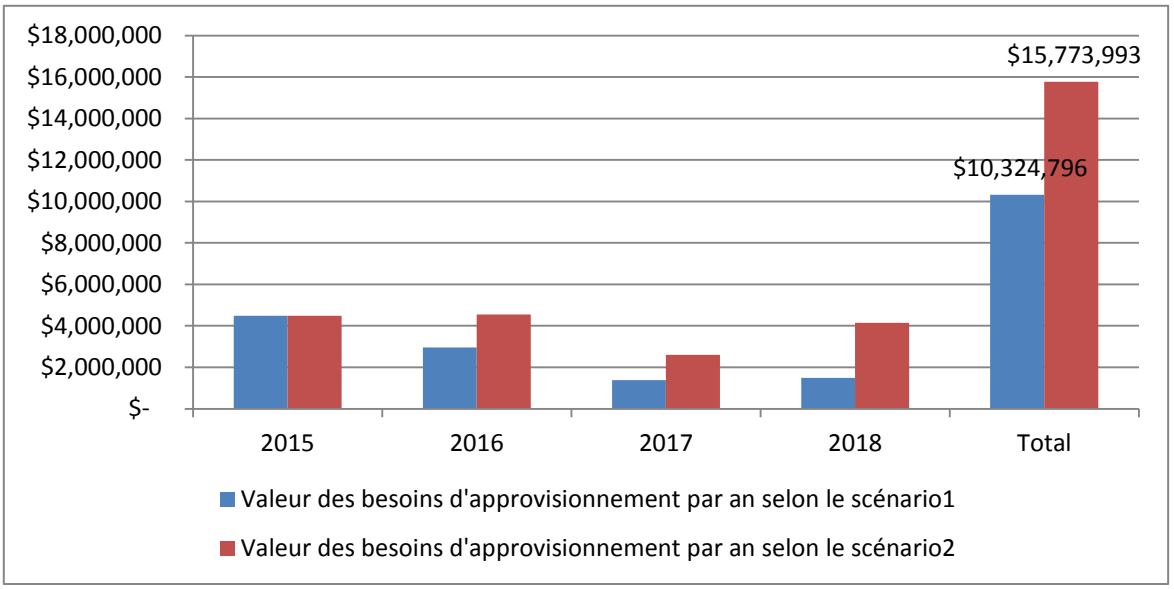

Figure 10 : Comparaison de la valeur des besoins en approvisionnement selon le scénario

Comparaison par secteur des besoins de prévision et d'approvisionnement selon le scénario 1

L'analyse de la prévision et des besoins d'achat basée sur le scénario 1 montre que la valeur totale des besoins d'achat est supérieure à celle des prévisions aussi bien pour le secteur public que pour le marketing social pour la période de quantification.

Pour le secteur la différence est de USD 1,630,613. Cette situation est surtout marquée pour l'année 2015 car les achats sont significativement supérieurs aux prévisions, avec un écart de USD 1,911,427. Elle est due au faite qu'une grande quantité de tous les produits (sauf collier) est commandée et devrait être livrée en 2015. Ces livraisons sont de loin supérieures au niveau maximum des différents produits. Cependant en 2016 les achats sont inférieurs aux besoins prévisionnels. Pour les deux dernières années de la période de quantification, les achats sont légèrement supérieurs aux prévisions. Il faut signaler qu'il n'y a pas d'achats de collier du cycle, Microgynon, préservatif masculin et préservatif féminin de 2016 à 2018 pour le secteur public selon le scénario 1 car les quantités en stock et/ou déjà commandées dans le pipeline sont plus que suffisant pour la période. La durée de vie de ces produits doit être strictement surveillée, et des mesures appropriées doivent être prises pour éviter les ruptures de stock et les péremptions. Cependant, les besoins peuvent changer en fonction de la date de péremption avant utilisation et de la tendance de consommation réelle de ces produits.

Tableau 42 : Comparaison des besoins prévisionnels et d'achat pour le secteur public avec le scénario 1 (USD)

	2015	2016	2017	2018	Total
Besoins prévisionnels	362,592	396,430	433,362	472,428	1,664,811
Besoins d'achats	2,274,019	95,200	434,572	491,633	3,295,424

Les résultats pour le marketing social avec le scénario 1 montrent que la valeur totale des besoins d'achat pour la période de quantification 2015 à 2018 est supérieure à celle des besoins prévisionnels de USD 1,823,256. Pour les années 2015 et 2016 les achats sont plus que les prévisions parce qu'une quantité importante des produits comme Microgynon, Microlut, préservatif masculin et préservatif féminin est déjà commandée pour être livrée en 2015 et 2016. Ces quantités dépassent le niveau maximum de ces produits. Cependant, pour les années 2017 et 2018 l'achat est inférieur aux prévisions car des achats sont prévus seulement pour trois produits (Depo-Provera, DIU et Jadelle). La durée de vie des autres produits (Microgynon, Microlut, préservatif masculin et préservatif féminin) doit être strictement surveillée, et des mesures appropriées doivent être prises pour éviter les ruptures de stock pour raison péremption. En outre les besoins peuvent changer en fonction de la date de péremption avant utilisation et de la tendance de consommation réelle de ces produits.

Tableau 43 : Comparaison de la valeur des besoins prévisionnels et d'achat pour marketing social selon le scénario 1 (USD)

	2015	2016	2017	2018	Total
Besoins prévisionnels	1,133,557	1,239,639	1,355,291	1,477,628	5,206,116
Besoins d'achats	2,211,363	2,867,226	954,067	996,716	7,029,372

Comparaison par secteur des besoins prévisionnels et d'approvisionnement selon le scénario 2

L'analyse des résultats du scénario 2 fait ressortir les mêmes constats : la valeur totale des besoins d'achat est supérieure à celle des besoins prévisionnels pour la période de quantification 2015 à 2018 et pour les deux secteurs.

Les résultats du scénario 2 pour le secteur public montrent que la valeur totale des achats est plus que celle des besoins prévisionnels de USD 1,895,071. Pour l'année 2015, cette différence (USD 1,727,921) est significativement élevée car une quantité importante de certains produits (Microgynon, préservatif masculin et préservatif féminin) a été déjà commandée pour être livrée en 2015 ou reçue en 2014. Seul pour l'année 2017 les achats sont moins que les besoins car la quantité d'implant Jadelle à acheter diminue par rapport aux autres années. Il faut noter qu'il n'y a pas besoins de commande additionnelle de Microgynon, préservatif masculin et préservatif féminin pour la période de quantification. Pour ces produits aucun achat n'est prévu de 2016 à 2018 car les quantités déjà disponibles en stock et/ou commandée dans le pipeline sont plus que suffisantes. La durée de vie de ces produits doit être surveillée, et des mesures appropriées doivent être prises pour éviter les ruptures de stock pour raison péremption. Cependant les besoins peuvent changer en fonction de la date de péremption avant utilisation et de la tendance de consommation.

Tableau 44 : Comparaison de la valeur des besoins prévisionnels et d'approvisionnement pour le secteur public selon le scénario 2 (USD)

	2015	2016	2017	2018	Total
Besoins prévisionnels	546,098	608,503	676,212	747,909	2,578,723
Besoins d'achats	2,274,019	642,950	570,309	986,516	4,473,794

Les résultats du marketing social montrent que la valeur totale des besoins d'achat est supérieure de USD 3,241,666 à celle des besoins prévisionnels, pour la période de quantification. Les achats par an (sauf ceux de 2017) sont supérieurs aux besoins prévisionnels.

Nous notons qu'il n'y a pas de besoins de commande additionnelle de collier durant toute la période. Les besoins relatives au scénario 2 pour le secteur de marketing social semblent être un peu surestimés en raison des problèmes de qualité de données indiquées ci-dessus.

Tableau 45 : Comparaison de la valeur des besoins prévisionnels et d'achat pour le marketing social selon le scénario 2 (USD)

	2015	2016	2017	2018	Total
Besoins prévisionnels	1,705,807	1,901,389	2,113,412	2,337,925	8,058,533
Besoins d'achats	2,211,363	3,903,494	2,025,499	3,159,843	11,300,199

Comparaison des besoins d'approvisionnement en valeur par méthode de PF/ produit selon le scénario de prévision et le secteur pour la période 2015-2018

Ces comparaisons sont faites avec l'hypothèse qu'aucun produit stocké ne sera périmé avant d'être complètement utilisé par le programme. En outre, toutes les commandes (y compris les commandes d'urgence) sont supposées être livrées et distribuées aux formations et aux clients selon le plan d'approvisionnement.

Scénario 1 : secteur public

La figure 13 révèle qu'Implant-Jadelle représente environ la moitié de la valeur totale des besoins d'achat (52%), suivi de Depo-Provera (37%) et préservatif masculin (6%).

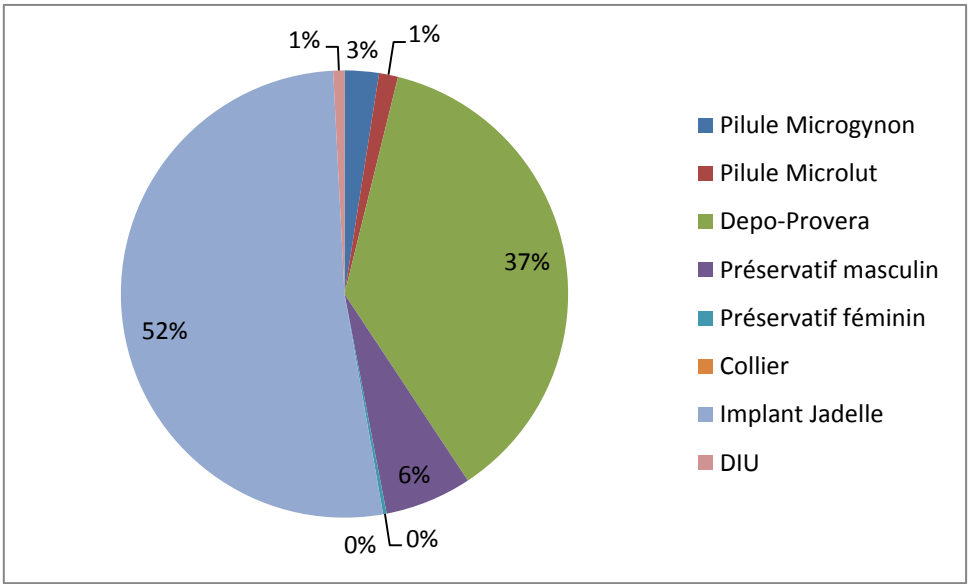

Figure 11 : Comparaison des besoins d'achat en valeur par méthode PF pour le secteur public

Scenario 1 : marketing social

Selon la figure 14, implant-Jadelle représente la part la plus importante de la valeur des besoins totaux concernant les achats avec 44%, suivi de Depo-Provera (25%) et préservatif masculin (19%).

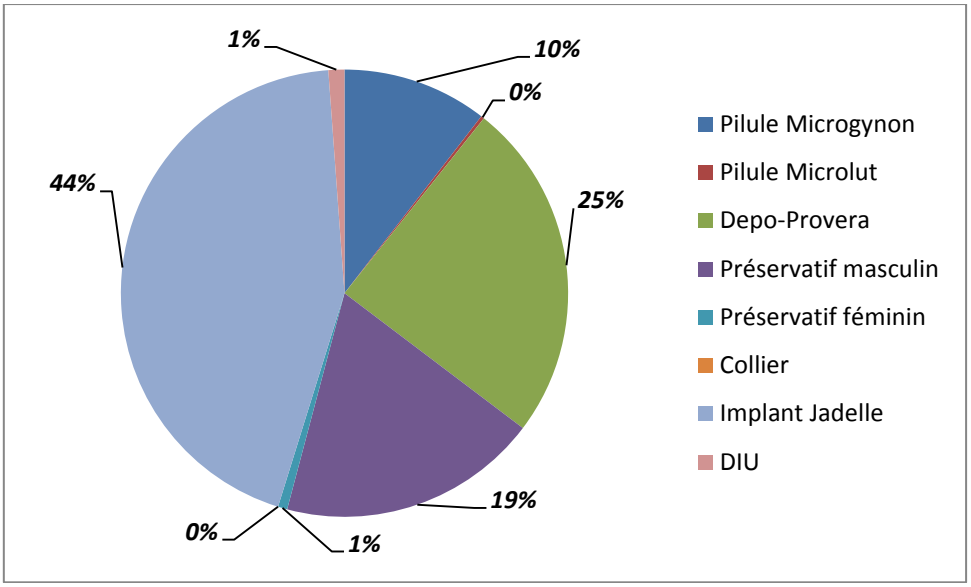

Figure 12 : Comparaison des besoins d'achat (en valeur) par méthode PF pour le marketing social selon le scénario 1

Scénario 2 : secteur public

La situation représentée par la figure 15 montre que les achats l'implant-Jadelle représente la plus de la moitié de la valeur totale avec 53%, suivi de Depo-Provera (36%).) et Microgynon (4%).

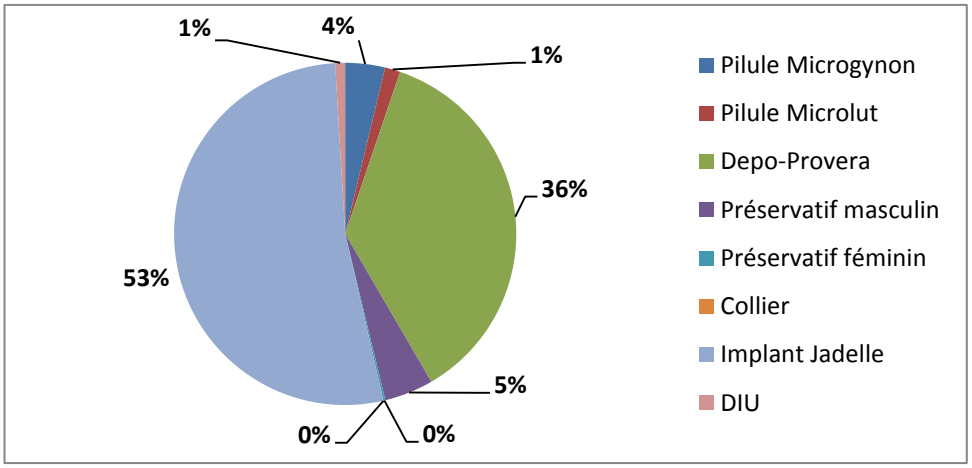

Figure 13 : Comparaison des besoins d'achat en valeur par méthode PF pour le secteur public

Scénario 2 : marketing social

Selon la figure 16 concernant la valeur des besoins d'achat l'Implant-Jadelle représente la part la plus élevée avec 50%, suivi de Depo-Provera (24%) et préservatif masculin (15%).

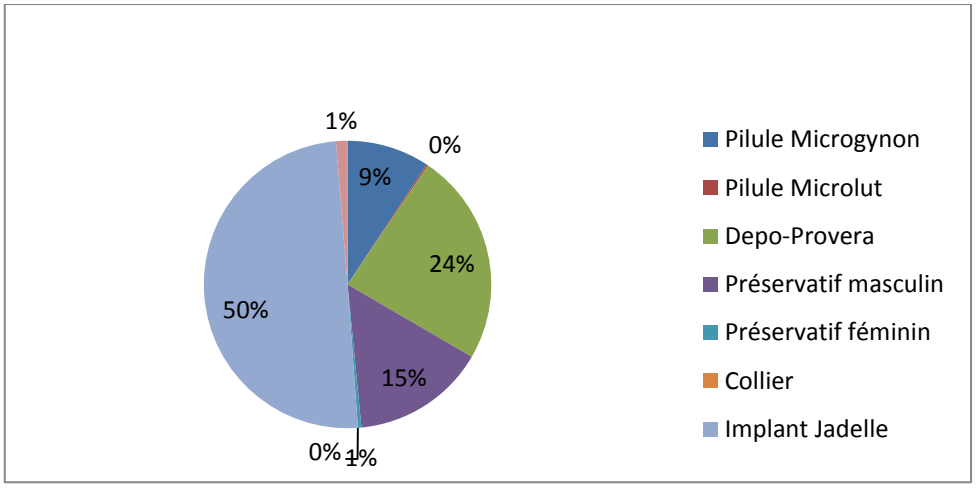

Figure 14 : Comparaison des besoins d'achat en valeur par méthode PF pour le marketing social selon le scénario 2

Comparaison de coûts du CAP par méthode PF

Analyse des coûts de méthodes de PF pour un CAP montre que le préservatif féminin est la méthode la plus coûteuse avec USD 66,0 par couple et par an alors que DIU est la méthode la moins chère avec USD 0,12. Figure 17 donne les détails du coût par CAP et par méthode PF. La même situation était observée pour la précédente quantification.

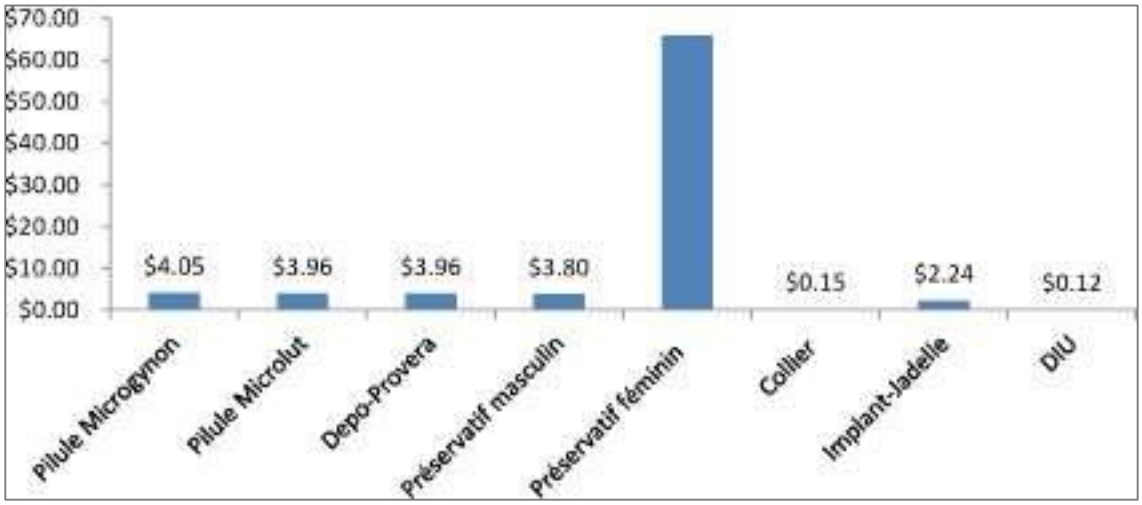

Figure 15 : Comparaison des coûts de méthode PF pour un CAP

Résultats/impacts basés sur la méthode démographique

Ces résultats/impacts sont ceux du scénario 1 qui a été retenu pendant l'atelier de validation des résultats de la quantification. Si les produits sont achetés, importés, distribués et utilisés correctement par les clients comme prévu dans cet exercice, le montant des produits quantifiés

(c'est-à-dire, les coûts engagés pour acquérir et distribuer aux clients) seront traduit par divers résultats positifs. Les résultats suivants ont été calculés pour la période de quantification.

Couple-Année-Protection (CAP) : C'est le nombre de couples protégés par les services de PF au cours d'une période d'un an. Il se calcule en multipliant les facteurs CAP par le nombre total d'utilisateurs (pour les méthodes de longue durée/permanentes) ou en divisant le nombre total d'utilisateurs par des facteurs CAP (pour les méthodes de courte durée d'action). Au total 2 937 086 couples sont estimés être protégés contre les grossesses non désirées au cour des quatre années de la période de quantification. Seules les méthodes modernes (sauf la stérilisation féminine et la stérilisation masculine) ont été prises en compte dans le calcul du CAP. Le tableau 46 montre les facteurs CAP par méthode et le CAP prévu par an.

Tableau 46 : Couple-Années Protection : méthodes modernes

Méthode	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	32 099	35 342	38 774	42 405	148 620
Pilule Microlut	2 321	2 556	2 804	3 067	10 748
Depo-Provera	100 499	110 651	121 396	132 765	465 310
Préservatif masculin	38 064	41 909	45 978	50 284	176 236
Préservatif féminin	16	17	19	21	72
Collier du cycle	1 240	1 354	1 479	1 611	5 684
Implant Jadelle	324 877	353 029	384 695	418 183	1 480 783
DIU	142 526	154 877	168 769	183 461	649 633
Total	641 642	699 735	763 914	831 796	2 937 086

Nombre de grossesses non désirées évitées : Il est calculé sur la base d'un taux annuel de grossesse de 850 (guide de l'utilisateur Reality Check, version 2, 2010) et le taux spécifique annuel d'échec à la méthode (guide de l'utilisateur Reality Check, version 2, 2010). Au total 1 937 855 de grossesses non désirées est estimé être évité au cours de la période de quantification. Le tableau 47 montre les détails par an et par type de méthode/produit.

Nombre de grossesses non désirées évitée = (nombre d'utilisateurs × taux annuel de grossesse) − (nombre d'utilisateurs × taux d'échec)

Tableau 47 : Nombre de grossesses non désirées

Méthode	Taux annuel d'échec 2014 (%)	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	8,00	24 717	27 213	29 856	32 652	114 437
Pilule Microlut	8,00	1 787	1 968	2 159	2 362	8 276
Depo-Provera	3,00	82 409	90 734	99 545	108 867	381 554
Préservatif masculin	15,00	26 645	29 336	32 185	35 199	123 365
Préservatif féminin	21,00	10	11	12	13	46
Collier du cycle	5,00	1 442	1 587	1 741	1 904	6 674
Implant Jadelle	0,05	207 131	228 055	250 199	273 629	959 014
DIU	0,80	74 404	81 920	89 874	98 291	344 489
Toute méthode		418 544	460 824	505 571	552 916	1 937 855

Nombre d'avortements évités : Il se calcule en multipliant le nombre de grossesses non désirées évitées par le ratio de l'avortement. Le ratio de l'avortement a été estimé à 13% des grossesses au Mali[19]. Au total de 240721 avortements peut être évité au cours de la période de quantification. Tableau 48 montre les détails par an et par type de méthode/produit.

Nombre d'avortements évité = nombre de grossesses non désirées évitées × avortement ratio/100

Tableau 48 : Nombre d'avortements évités par méthode

Méthode	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	3 213	3 538	3 881	4 245	14 877
Pilule Microlut	232	256	281	307	1 076
Depo-Provera	10 713	11 795	12 941	14 153	49 602
Préservatif masculin	3 464	3 814	4 184	4 576	16 037
Préservatif féminin	1	1	2	2	6
Collier du cycle	187	206	226	248	868
Implant Jadelle	24 285	26 927	29 647	35 572	116 431
DIU	8 724	9 672	10 650	12 778	41 823
Total	50 820	56 210	61 811	71 879	240 721

[19] Sedgh G, Singh S, Shah IH, Âhman E, Henshaw, Bankola A. Incidence de l'avortement provoqué: les tendances dans le monde de 1995 à 2008. Lancet 2012;379(9816):625-632.

Nombre de naissances non désirées évitées : Il est calculé sur la base d'un taux présumé d'avortement spontané/naissance de 12,5 pour 100[20]. Selon la formule ci-dessous, 1 420 468 de naissances indésirables peut être évité au cours de la période de quantification. Le Tableau 49 montre les détails par an et par type de méthode produit.

Nombre de naissances non désirées = Nombre des grossesses non désirées − Nombre d'avortements évités − (nombre de grossesses non désirées × taux d'avortement spontané/100)

Tableau 49 : Nombre de naissances non désirées évitées

Méthode	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	18 414	20 274	22 243	24 326	85 256
Pilule Microlut	1 331	1 466	1 609	1 759	6 166
Depo-Provera	61 395	67 597	74 161	81 106	284 258
Préservatif masculin	19 851	21 856	23 978	26 223	91 907
Préservatif féminin	7	8	9	10	34
Collier du cycle	1 074	1 182	1 297	1 418	4 972
Implant Jadelle	154 313	169 901	186 398	203 854	714 465
DIU	49 993	55 431	61 030	66 956	233 410
Total	306 377	337 715	370 724	405 652	1 420 468

Nombre de décès maternels évités : Il est calculé sur la base d'un ratio de mortalité maternelle de 464 pour 100 000 naissances (EDS IV). Selon la formule ci-après, un total de 6699 décès maternels peut être évité au cours de la période de quantification. Le tableau 50 montre les détails par an et par type de méthode/produit.

Nombre de décès maternels évités = Nombre de naissances non désirées évitées × taux de mortalité maternelle / 100 000

Tableau 50 : Nombre de décès maternels évités

Méthode	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	85	94	103	113	396
Pilule Microlut	6	7	7	8	29
Depo-Provera	285	314	344	376	1319
Préservatif masculin	92	101	111	122	426
Préservatif féminin	0	0	0	0	0
Collier du cycle	5	5	6	7	23
Implant Jadelle	716	788	865	946	3315
DIU	257	283	311	340	1191
Total	1447	1593	1748	1911	6699

[20] Population Reference Bureau (PRB). Abortion Facts and Figures 2011. Washington, DC: PRB; 2011.

Nombre de décès d'enfants de moins d'un an évités: Il est calculé sur la base d'un taux de mortalité infantile de 58 pour 1000 naissances (EDS V). Selon la formule ci-après, un total de 83 735 décès de nourrissons peut être évité au cours de la période de quantification. Tableau 51 montre les détails par an et par type de méthode/produit.

Nombre de décès d'enfants évités = Nombre de naissances non désirées évités × taux de mortalité infantile / 1000

Tableau 51 : Nombre de décès d'enfants de moins d'un an évités

Méthode	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	1 068	1 176	1 290	1 411	4 945
Pilule Microlut	77	85	93	102	358
Depo-Provera	3 561	3 921	4 301	4 704	16 487
Préservatif masculin	1 151	1 268	1 391	1 521	5 331
Préservatif féminin	0	0	1	1	2
Collier du cycle	62	69	75	82	288
Implant Jadelle	8 950	9 854	10 811	11 824	41 439
DIU	3 215	3 540	3 883	4 247	14 885
Total	18 085	19 912	21 846	23 892	83 735

Nombre de décès d'enfants de cinq ans évités : Il est calculé sur la base d'un taux de mortalité infanto-juvenile de 98 pour 1000 naissances (EDS V). Selon la formule ci-dessous, un total de 141 483 décès de nourrissons peut être évité au cours de la période de quantification. Tableau 52 montre les détails par an et par type de méthode/produit.

Nombre de décès d'enfants évités = Nombre de naissances non désirées évités × taux de mortalité infanto-juvenile / 1000

Tableau 52 : Nombre de décès moins de cinq ans évités

Méthode	2015	2016	2017	2018	Total
Pilule Microgynon	1 805	1 987	2 180	2 384	8 355
Pilule Microlut	130	144	158	172	604
Depo-Provera	6 017	6 624	7 268	7 948	27 857
Préservatif masculin	1 945	2 142	2 350	2 570	9 007
Préservatif féminin	1	1	1	1	3
Collier du cycle	105	116	127	139	487
Implant Jadelle	15 123	16 650	18 267	19 978	70 018
DIU	5 432	5 981	6 562	7 176	25 151
Total	30 558	33 645	36 912	40 368	141 483

Commandes d'urgence

Les délais d'exécution de la planification à la réception des produits dans le pays est d'au moins six mois (six pour PSI, six mois et demi pour PPM et sept mois pour l'USAID et le FNUAP) et souvent imprévisibles en raison de nombreux processus d'approbation. Il est donc fortement recommandé que les envois prévus pour certains produits soient considérées comme des commandes d'urgence d'achat. Ces commandes devraient être accélérées afin d'éviter les ruptures de stock.

La valeur totale des livraisons de PF qui doivent être livrés avant la fin février 2016 sur la base de la méthode démographique (scénario 1) pour le secteur de marketing sociale est de USD 187,656 (Confiance devant être livré en septembre 2015 et Jadelle devant être livré en février 2016). Le même scénario signale des commandes d'urgence pour le secteur public estimées à USD 200,423 (Depo-Provera qui doit être livré en septembre 2015).

Une attention particulière et un suivi est également nécessaire pour assurer la livraison à temps opportun des produits déjà commandés. Autant que possible et en fonction des résultats de la mise à jour du plan d'approvisionnement, les dates de livraison, les envois doivent être modifiés.

Certaines expéditions déjà commandées pour livraison en 2015 doivent être décalées, retardées et/ou annulées pour éviter la péremption des produits car l'arrivée de ces expéditions entraine un niveau de stock supérieur au maximum pour la plupart des produits. Cependant pour Depo-Provera/Confiance, il serait nécessaire de transférer une partie des 232 401 flacons (commandés pour être livré en septembre 2015) du secteur public au marketing social pour ramener le stock au niveau désiré.

DEFIS

Bien que la chaîne d'approvisionnement des produits de PF existe depuis quelques années, il y a encore des efforts à faire pour relever des défis liés à différents aspects des fonctions de la chaîne d'approvisionnement. La disponibilité de données cohérentes et complètes ainsi qu'un plan d'approvisionnement mise à jour correctement avec l'implication de tous les acteurs qui peuvent faciliter l'exercice de quantification. Durant cet exercice de quantification les problèmes ci-dessous concernant les données et les informations ont été relevés :

- la colonne ajustement de la partie état du stock de l'outil PipeLine a souvent fait ressortir des quantités importantes avec signe (+) ou (−) pour certaines produits, après l'intégration des données sur la consommation et le stock en fin de période ;

- les dates de péremption des stocks disponibles n'ont pas été précisées dans l'outil de collecte de données pour certains produits ;

- l'indisponibilité des données et informations (quantité de produit à acheter avec les dates probables d'arrivée, prix d'achat et le coût logistique) de certains acteurs pendant les réunions de mise à jour du plan d'approvisionnement et de l'exercice de quantification ;

- la consommation sur les préservatifs masculins incluant des quantités utilisées dans le cadre du VIH/SIDA mais non déterminées ;

- le manque de données sur le taux d'abandon : l'utilisation de donnée indirecte ;

- l'inexistence d'objectif programmatique par méthode contraceptive ;

- l'inexistence de document de référence pour le niveau de stock et les délais de livraison concernant le niveau central ; également les DRC ont un niveau maximum qui n'est pas conforme aux différentes formules standards de calcul ;

- l'insuffisance d'analyse par le niveau central des données du SIGL collectées et agrégées, pour la prise de décision.

La disponibilité permanente des produits au niveau des formations sanitaire à travers la résolution de certains goulots d'étranglement ci-dessous et avec l'implication des acteurs de la chaine d'approvisionnement à tous les niveaux :

- le surstockage dans certaines formations sanitaires et la rupture de stocks dans d'autres, pour les mêmes de produits contraceptifs ;

- un long temps de transferts des produits entre le magasin de la DPM et le magasin de la PPM, pour les produits de UNFPA reçu par la DPM.

Selon les éditions d'EDS, certaines méthodes contraceptives sont classées différemment ; le collier ainsi que la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) sont souvent traditionnels ou moderne selon les EDS.

Le respect de la quarantaine pour les produits soumis au control de qualité tandis que les résultats ne sont pas souvent disponibles dans un délai court et les besoins d'utilisation sont exprimés dès la réception des produits : les produits sont souvent distribués par la centrale d'achat sans les résultats du control de qualité.

RECOMMANDATIONS

- Mettre en place et rendre fonctionnelle une unité de gestion des données au niveau central pour compiler, analyser les données transmises et faire le feedback aux structures régionales et centrales.
- Renforcer la communication entre les différents acteurs pour la mise à la disposition de toutes informations et données au niveau de l'unité logistique et leur participation effective aux différentes rencontres.
- Documenter toutes les activités menées pour la gestion des données logistiques.
- Créer l'interface entre l'OSPSANTE et le logiciel Channel aux niveaux district sanitaire, régional et national.
- Faire une étude pour déterminer le pourcentage de condom masculin utilisé pour la PF.
- Transmettre directement les produits contraceptifs à la PPM et partager toute l'information avec la DPM.
- Redéployer les surstocks de préservatif du secteur public vers le marketing social.
- Faire prendre par le CTCSGME dans toutes les décisions par rapport à l'envoi des produits PF (de l'État et des partenaires) pour éviter un surstockage de produits contraceptifs au niveau du pays.
- Enregistrer séparément les données des procès-verbaux de réception dans Pipeline.
- Prévoir dans le plan d'action PF des objectifs de prévalence contraceptive par méthode de contraception.
- Inclure dans l'EDS des questions permettant de recueillir les informations pour le calcul du taux d'abandon.
- Revoir les niveaux de stock maximum pour le niveau central et les DRC et documenter les niveaux de stock maximum pour le niveau central.
- Réduire le temps de mise à disponibilité des résultats du contrôle de qualité pour la prise en compte de ces résultats avant la distribution des produits.

REFERENCES

Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International. *Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM-V) 2012-2013*. Rockville, MD: CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International; 2014.

Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006*. Calverton, MD: CPS/DNSI et Macro International Inc.; 2007.

Institut National de la Statistique (INSTAT). *Recensement général de la population et de l'habitat de 2009 : Résultats définitifs ; tome 1 : série démographique - Novembre 2011*. Bamako, Mali : INSTAT ; 2011.

Institut National de la Statistique (INSTAT), Ministère de l'économie et des finances. *Enquête légère intégrée auprès des ménages 2010* (ELIM3). Bamako, Mali: INSTAT; 2011.

Ministère de l'Économie et des Finances (MEF), Direction Nationale de la Population (DNP). Population des cercles et communes 2007-2012 : besoins UEMOA.

Ministère de l'Économie et des Finances, Direction National de la Statistique et de l'Information. *Recensement général de la population et de l'habitat Avril 1998 : Principaux résultats, janvier 2001*. Bamako, Mali: Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique; 2001.

Ministère de l'Économie et des Finances, Institut National de la Statistique, Bureau Central du Recensement. *4ème recensement général de la population et de l'habitat du Mali (RGPH-2009). Analyse des résultats définitifs. Thème 2 : État et structure de la population*. Bamako, Mali: INSTAT; 2011.

Ministère de la Santé, Secrétariat General ; Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) ; Organisation mondiale la Santé. *Manuel du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels*. Bamako, Mali: DPM; 2010.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Direction Nationale de la Santé (DNS). *Annuaire statistique 2013*. Bamako, Mali: DNS; 2014.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Direction Nationale de la Santé. *Annuaire statistique 2014*. Bamako, Mali: DNS; 2015.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Programme National de Lutte contre le Paludisme. *Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2013-2017*. Bamako, Mali; 2013.

Ministère de la Santé du Mali. Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction 2014-2018. aout 2014.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Secrétariat General. *Plan d'action national de la planification familiale du Mali 2014-2018*. Bamako, Mali ; 2014.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Ministère du Travail et des Affaires Sociales et Humanitaires, Ministère de la Promotion de la Femme, de la Famille et de l'Enfant. *Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023*, version validée. Bamako, Mali : Secrétariat Permanent du PRODESS ; 2013.

Oumer AM, Doumbia S, Touré CK, Berthe S, Diarra M, Touré DM. 2014. *Rapport de Quantification des produits de la planification familiale pour la période de janvier 2014 à décembre 2018.* Présenté à l'Agence des États-Unis pour le Développement International par le Programme des systèmes pour l'amélioration de l'accès aux produits et services pharmaceutiques (SIAPS). Arlington, VA : Management Sciences for Health ; 2014.

République du Mali. *Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté : CSCRP 2012-2017*. Bamako, Mali; décembre 2011.

ANNEXE A : PLAN DES ENVOIS 2015-2018 : SECTEUR PUBLIC

Fournisseur	Source de financement	Produit	Date de réception	Quantité	Statut	Coûts produit	Coûts fret	Coûts totaux
Banque Mondiale	BM	DIU	31/10/2015	8460	Arrivé	$2,961	$355	$3,316
		DIU	2/3/2015	3000	Reçu	$1,050	$126	$1,176
		DIU	31/10/2015	3003	Arrivé	$1,051	$126	$1,177
USAID | DELIVER PROJECT	USAID	DIU	4/2/2015	7200	Reçu	$4,032	$484	$4,516
	USAID	DIU	9/4/2015	20100	Reçu	$11,256	$1,351	$12,607
	USAID	DIU	30/04/2018	6300	Commandé	$3,528	$423	$3,951
Total DIU						$23,878	$2,865	$26,743
À déterminer	Non sélectionné	Depo-Provera	31/05/2017	83087	Planifié	$82,256	$9,871	$92,127
		Depo-Provera	31/12/2017	97375	Planifié	$96,401	$11,568	$107,969
		Depo-Provera	31/07/2018	98145	Planifié	$97,164	$11,660	$108,824
		Depo-Provera	31/12/2018	65035	Planifié	$64,385	$7,726	$72,111
UNFPA	UNFPA	Depo-Provera	2/3/2015	194375	Reçu	$149,669	$17,960	$167,629
		Depo-Provera	30/09/2015	232401	Commandé	$178,949	$21,474	$200,423
USAID | DELIVER PROJECT	USAID	Depo-Provera	4/2/2015	419600	Reçu	$415,404	$49,848	$465,252
Total Depo-Provera						$1,084,228	$130,107	$1,214,335
Banque Mondiale	BM	Jadelle	30/10/2015	52425	Arrivé	$445,613	$53,473	$499,086
À déterminer		Jadelle	30/11/2018	12819	Planifié	$108,962	$13,075	$122,037
UNFPA	UNFPA	Jadelle	2/3/2015	39200	Reçu	$333,200	$39,984	$373,184
	UNFPA	Jadelle	15/02/2016	10000	Commandé	$85,000	$10,200	$95,200
USAID | DELIVER PROJECT	USAID	Jadelle	11/6/2015	23300	Reçu	$198,050	$23,766	$221,816
	USAID	Jadelle	31/05/2017	10000	Commandé	$85,000	$10,200	$95,200
	USAID	Jadelle	31/11/2017	13700	Commandé	$116,450	$13,974	$130,424
	USAID	Jadelle	30/06/2018	18400	Commandé	$156,400	$18,768	$175,168
Total Jadelle						$1,528,675	$183,440	$1,712,115

Fournisseur	Source de financement	Produit	Date de réception	Quantité	Statut	Coûts produit	Coûts fret	Coûts totaux
Banque Mondiale	BM	Microgynon	31/10/2015	270000	Arrivé	$72,900	$8,748	$81,648
Total Microgynon						**$72,900**	**$8,748**	**$81,648**
Banque Mondiale	BM	Microlut	31/10/2015	15211	Arrivé	$4,563	$548	$5,111
À déterminer		Microlut	31/05/2018	10526	Planifié	$2,421	$291	$2,712
		Microlut	30/11/2018	15513	Planifié	$3,568	$428	$3,996
USAID | DELIVER PROJECT	USAID	Microlut	19/03/2015	21600	Reçu	$4,968	$596	$5,564
	USAID	Microlut	7/5/2015	62640	Reçu	$14,407	$1,729	$16,136
	USAID	Microlut	31/03/2017	18360	Commandé	$4,223	$507	$4,730
	USAID	Microlut	31/10/2017	16000	Commandé	$3,680	$442	$4,122
	USAID	Microlut	30/04/2018	11000	Commandé	$2,530	$304	$2,834
Total Microlut						**$40,360**	**$4,845**	**$45,205**
Banque Mondiale	BM	Condom féminin	31/10/2015	**3360**	Arrivé	$2,016	$242	$2,258
USAID | DELIVER PROJECT	USAID	Condom féminin	4/2/2015	**5000**	Reçu	$2,750	$330	$3,080
	USAID	Condom féminin	9/4/2015	**5000**	Reçu	$2,750	$330	$3,080
Total Condom féminin						**$7,516**	**$902**	**$8,418**
Banque Mondiale	BM	Condom masculin	31/10/2015	**1200960**	Arrivé	$31,225	$3,747	$34,972
UNFPA	UNFPA	Condom masculin	25/10/2015	**2828880**	Commandé	$73,551	$8,826	$82,377
USAID | DELIVER PROJECT	USAID	Condom masculin	9/4/2015	**2667000**	Reçu	$80,010	$9,601	$89,611
Total Condom masculin						**$184,786**	**$22,174**	**$206,960**
Total Plan d'approvisionnement						**$2,942,343**	**$353,081**	**$3,295,424**

ANNEXE B : PLAN DES ENVOIS 2015-2018: SECTEUR MARKETING SOCIAL

Fournisseur	Source de financement	Produit	Date de réception	Quantité	Statut	Coûts produit	Coûts fret	Coûts totaux
Banque Mondiale	BM	DIU	31/10/2015	5640	Arrivé	$1,974	$237	$2,211
PSI	Pays-Bas	DIU	20/03/2015	3000	Reçu	$1,680	$202	$1,882
À déterminer		DIU	31/10/2017	23551	Planifié	$13,189	$1,583	$14,772
		DIU	30/06/2018	26460	Planifié	$14,818	$1,778	$16,596
UNFPA	UNFPA	DIU	28/07/2015	3000	Reçu	$1,050	$126	$1,176
USAID | DELIVER PROJECT	USAID	DIU	23/01/2015	7200	Reçu	$4,032	$484	$4,516
	USAID	DIU	2/9/2015	57000	Reçu	$31,920	$3,830	$35,750
Total DIU						**$68,663**	**$8,240**	**$76,903**
UNFPA	UNFPA	Confiance	25/02/2015	25525	Reçu	$19,654	$2,359	$22,013
	UNFPA	Confiance	15/09/2015	105400	Commandé	$81,158	$9,739	$90,897
USAID | DELIVER PROJECT	USAID	Confiance	31/05/2016	401600	Commandé	$397,585	$47,710	$445,295
	USAID	Confiance	31/05/2016	357600	Commandé	$354,024	$42,483	$396,507
À déterminer	Non sélectionné	Confiance	30/09/2017	**280495**	Planifié	$277,690	$33,323	$311,013
		Confiance	31/05/2018	313493	Planifié	$310,358	$37,243	$347,601
Total Confiance						**$1,440,469**	**$172,857**	**$1,613,326**
Banque Mondiale	BM	Jadelle	30/10/2015	14700	Arrivé	$124,950	$14,994	$139,944
PSI		Jadelle	18/02/2015	5000	Reçu			
		Jadelle	20/03/2015	10000	Reçu			
UNFPA	UNFPA	Jadelle	9/3/2015	20000	Reçu	$170,000	$20,400	$190,400
	UNFPA	Jadelle	15/02/2016	41779	Commandé	$355,122	$42,615	$397,737
USAID | DELIVER PROJECT	USAID	Jadelle	23/01/2015	17000	Reçu	$144,500	$17,340	$161,840
	USAID	Jadelle	31/05/2016	77000	Commandé	$659,600	$79,152	$738,752
À déterminer		Jadelle	31/08/2017	65996	Planifié	$560,966	$67,316	$628,282
		Jadelle	30/04/2018	66441	Planifié	$564,749	$67,770	$632,519

Fournisseur	Source de financement	Produit	Date de réception	Quantité	Statut	Coûts produit	Coûts fret	Coûts totaux
Total Jadelle						$2,579,887	$309,587	$2,889,474
Banque Mondiale	BM	Microgynon	31/10/2015	180000	Arrivé	$48,600	$5,832	$54,432
PSI	KFW	Microgynon	29/01/2015	600000	Reçu	$144,000	$17,280	$161,280
	KFW	Microgynon	9/2/2015	718986	Reçu	$172,557	$20,707	$193,264
UNFPA	UNFPA	Microgynon	30/10/2015	395457	Commandé	$106,773	$12,813	$119,586
USAID | DELIVER PROJECT	USAID	Microgynon	31/05/2016	525600	Commandé	$141,912	$17,029	$158,941
Total Microgynon						**$613,842**	**$73,661**	**$687,503**
Banque Mondiale	BM	Microlut	31/10/2015	10141	Arrivé	$3,042	$365	$3,407
UNFPA	UNFPA	Microlut	30/09/2015	35221	Commandé	$10,566	$1,268	$11,834
Total Microlut						**$13,608**	**$1,633**	**$15,241**
Banque Mondiale	BM	Condom féminin	31/10/2015	2240	Arrivé	$1,344	$161	$1,505
UNFPA	UNFPA	Condom féminin	30/09/2015	43244	Commandé	$25,946	$3,114	$29,060
USAID | DELIVER PROJECT	USAID	Condom féminin	14/04/2015	16000	Reçu	$8,800	$1,056	$9,856
	USAID	Condom féminin	27/4/2015	6000	Reçu	$3,300	$396	$3,696
Total Condom féminin						**$39,390**	**$4,727**	**$44,117**
Banque Mondiale	BM	Condom masculin	31/10/2015	800540	Arrivé	$20,817	$2,498	$23,315
PSI	KFW	Condom masculin	17/02/2015	10440000	Reçu	$417,600	$50,112	$467,712
UNFPA	UNFPA	Condom masculin	28/10//2015	1509120	Commandé	$39,237	$4,708	$43,945
USAID | DELIVER PROJECT	USAID	Condom masculin	14/04/2015	1956000	Reçu	$58,680	$7,042	$65,722
	USAID	Condom masculin	30/06/2015	11075004	Reçu	$332,250	$39,870	$372,120
	USAID	Condom masculin	30/04/2016	10650002	Commandé	$319,500	$38,340	$357,840
	USAID	Condom masculin	31/05/2016	11076001	Commandé	$332,280	$39,874	$372,154
Total Condom masculin						**$1,520,364**	**$182,444**	**$1,702,808**
Total Plan d'approvisionnement						**$6,276,223**	**$753,149**	**$7,029,372**

ANNEXE C: LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE QUANTIFICATION ET DE L'ATELIER CONSULTATIF

Prénoms et Noms	Structure	Contact
Safoura Berthe	SIAPS	bsafoura@msh.org
Coumba Diallo	SIAPS	cdiallo@yahoo.fr
Ousmane Traore	DPM	Ousmane80traor@yahoo.fr
Dramane Kone	SE-HCNLS	maildockone@yahoo.fr
Madiou Yattara	USAID	myattara@usaid.gov
Daouda Makan Touré	DPM	touredaoudamakan@yahoo.fr
Oumou Traore Cisse	PNLT	Traoreoumou94@yahoo.fr
Oumer Andualem	SIAPS	aoumer@msh.org
Mamadou Berthe	DNS/DSR	Mamadouberthe69@gmail.com