



UNDEKINDEE BISSINDEE DUN
DUN DUN DUN DUN DUN DUN
DUN DUN DUN DUN DUN DUN
DUN DUN DUN DUN DUN DUN

UNDEKINDEE BISSINDEE DUN
DUN DUN DUN DUN DUN DUN
DUN DUN DUN DUN DUN DUN
DUN DUN DUN DUN DUN DUN

7 : Mise en œuvre

Le succès de la mise en œuvre d'une campagne de distribution massive de MILD requiert un grand nombre d'activités complexes et disparates à entreprendre sur une longue période de temps avant, pendant et après ladite campagne. Ces activités sont décrites en détail dans les autres chapitres de cette boîte à outils, y compris la mise en place des structures et partenariats de coordination centrale (Chapitre 2), l'achat de MILD (Chapitre 4), la logistique du stockage et du transport sûrs et dans les temps des MILD à leur lieu de distribution (Chapitre 5), la communication requise pour la sensibilisation, la mobilisation sociale et la communication en faveur des changements de comportements (Chapitre 6), le contrôle et l'évaluation du processus de la campagne et ses résultats (Chapitre 8) et les comptes-rendus systématiques sur tous les aspects (Chapitre 9). Le Chapitre 3 décrit le processus de planification au niveau macro, entrepris en grande partie au niveau central. Les résultats du processus sont un plan d'action, un calendrier et un budget de la campagne pour orienter la mise en œuvre. Avant la mise en œuvre de la campagne, les acteurs au niveau régional, des districts, de l'établissement de santé et de la communauté doivent être engagés dans le processus.

7.1 Engagement régional, local, des établissements de santé et de la communauté

L'engagement des niveaux opérationnels du système de santé est primordial pour la réussite de la campagne. Une fois la macro-planification finalisée et le plan d'action et le calendrier de la campagne validés, il convient ensuite de s'assurer que les autorités sanitaires régionales et locales sont informées de la campagne à venir afin de commencer la collecte de données pour la micro-planification au niveau opérationnel. Elles devraient être informées de manière officielle, par une lettre du ministère de la Santé par exemple, qui contiendra également des informations sur les rôles et responsabilités des équipes sanitaires dans les différentes sphères.

Le processus de micro-planification doit avoir lieu suffisamment tôt pour que les régions et districts aient le temps de former leurs propres structures de coordination et de commencer à impliquer

Une fois le plan d'action validé au niveau central, il est recommandé de commencer immédiatement la communication initiale auprès des niveaux opérationnels. Les fonds et les ressources, modèles y compris, devraient également être mis à disposition pour la micro-planification.

les partenaires locaux dans le soutien des plans opérationnels.

La lettre d'information officielle aux régions et districts devrait :

- donner une vue d'ensemble des activités et dates critiques et une liste des partenaires clés au niveau national, ainsi qu'une description du plan d'action de la campagne et de la méthode d'allocation des MILD aux bénéficiaires (voir Chapitre 3)
- fournir des instructions sur les prochaines étapes les plus importantes pour les régions et districts, telles que l'établissement de structures de coordination ou l'implication des autorités locales et partenaires
- expliquer de quelle manière et à quel moment un engagement complémentaire aura lieu, comme les dates approximatives de l'exercice de micro-planification (dates des visites de soutien du niveau central, date à laquelle les plans doivent être finalisés et soumis) et le recensement des foyers
- aviser les régions et districts de toute différence significative par rapport aux campagnes PEV les plus récentes en termes de coordination, politiques financières, flux et gestion ou implication du niveau central

Pour soutenir le processus, la lettre peut inclure toute ébauche de termes de référence élaborée pour les structures régionales et des districts ou les termes de référence pour les comités de niveau central en tant qu'exemple à copier éventuellement.

7.2 Micro-planification

La micro-planification est l'un des éléments les plus importants pour la réussite de la campagne. Il s'agit

ÉTUDE DE CAS PAYS

Dans le cadre de la campagne de couverture universelle et d'accrochage ayant eu lieu dans le Nord du Ghana en mai 2010, une réunion d'information a rassemblé le Comité de planification national et l'Administration sanitaire régionale pour les engager dans la campagne imminente et leur fournir des informations détaillées sur la mise à disposition des moustiquaires, les fonds et le support technique. Les participants ont également débattu des critères de sélection du personnel, des bénévoles, des superviseurs etc. afin d'assurer la réussite de la campagne.

d'un processus ascendant visant à rassembler les informations opérationnelles critiques des niveaux les plus bas. La micro-planification a deux objectifs majeurs :

1. Affiner le macro-plan au niveau opérationnel pour refléter le contexte local et assurer les ressources suffisantes pour la mise en œuvre
2. Affiner, au niveau central, le budget global estimé et l'allocation de ressources au niveau des districts pour répondre aux besoins réels au niveau opérationnel

Les deux sont critiques pour la bonne mise en œuvre et la réussite de la campagne. Le fait d'affiner le macro-plan permet d'assurer que tous les niveaux, y compris le niveau le plus bas, soient impliqués dans le processus, et que l'on dispose de suffisamment de marchandises et de personnel pour atteindre toutes les zones, y compris celles difficiles d'accès. Le fait d'affiner et de finaliser le budget global de la campagne et l'allocation des ressources au niveau des districts d'après les informations de micro-planification permet de réagir à temps pour combler toute carence financière dans la mise en œuvre des activités.

La micro-planification est nécessaire pour toutes les phases de la campagne : recensement des foyers, distribution de MILD et activités d'accrochage. Selon le calendrier de la campagne et l'arrivée des MILD, il peut être possible de combiner la micro-planification pour certaines de ces phases ou toutes.

Le niveau administratif, où les activités auront réellement lieu, comme les districts ou de l'établissement de santé, devrait être responsable de la micro-planification. Pour chaque circonscription de

l'établissement de santé, les plans devraient être basés sur les conditions locales, en prenant en considération les éléments suivants :

- géographie et accessibilité
- densité et structure de population
- culture et horaires de travail habituels (pour trouver les personnes à leur domicile pendant le recensement des foyers)
- ressources locales disponibles (telles que les moyens de transport)

La micro-planification devrait être réalisée au plus tôt. L'idéal serait de n'effectuer qu'un exercice de micro-planification pour tous les aspects de la campagne (communication, logistique, mise en œuvre, suivi et évaluation) et pour chaque phase de la campagne (recensement des foyers, distribution de MILD, activités d'accrochage). Il se peut, cependant, que cela ne soit pas faisable en raison des délais d'arrivée des moustiquaires et de l'état de préparation de l'équipe à l'intérieur du pays pour commencer la mise en œuvre au niveau opérationnel. Pour cette raison, il y a souvent deux exercices de micro-planification, l'un spécifiquement dédié à la logistique du transport, au stockage et à la sécurité des moustiquaires, l'autre dédiés aux autres éléments de la campagne (identification du personnel pour chaque phase des activités, formation, communication, suivi et évaluation, etc.).

La micro-planification logistique (voir Chapitre 5) doit être complétée avant l'arrivée des MILD dans le pays. La micro-planification pour les autres éléments de la campagne devrait être finalisée quatre à six mois avant les dates prévues pour la distribution des MILD. Lors du développement des calendriers, il est important d'allouer une période de temps adéquate à la micro-planification pour la collecte, le nettoyage et la synthèse des données.

La micro-planification a lieu au niveau opérationnel, mais la planification de l'exercice commence au niveau central. Le processus de préparation de la micro-planification au niveau central commence par le développement du modèle de micro-planification

(Consulter la prochaine section de ce chapitre, ainsi que les Ressources R7-1 à R7-4 figurant sur le CD à titre d'exemple) pour la collecte des données et d'un système de gestion des données à chaque niveau. Dès que les modèles sont prêts, la préparation au niveau central prévoit également une mise en relation avec les régions et districts afin de leur fournir :

- les dates de l'exercice de micro-planification, y compris une date limite pour la réception des plans et budgets finaux
- le budget pour l'exercice de micro-planification, si applicable
- les noms et responsabilités du personnel de soutien de niveau central qui arrivera dans le district
- les modèles et documents d'instruction pour l'exercice

En partageant les modèles et en fournissant un aperçu exhaustif des éléments à intégrer et quantifier, les districts peuvent commencer immédiatement à contacter les coordinateurs des établissements de santé, assurant ainsi la finalisation de la micro-planification dans les délais impartis.

La préparation au niveau central inclut également la formation du personnel de niveau central afin d'assurer une bonne compréhension de l'activité de micro-planification. La formation devrait porter sur tous les éléments requis et sur la manière d'utiliser les modèles fournis.

Du fait de leur longue expérience, les membres du personnel de niveau central peuvent ne pas ressentir le besoin d'être formés, mais afin d'assurer une bonne compréhension de la démarche et sa cohérence, une session d'information d'une journée minimum devrait être organisée afin de dérouler étape par étape chacune des feuilles de travail des modèles de micro-planification.

Les équipes de niveau central responsables de la micro-planification devraient être composées de membres du personnel du ministère de la Santé (MdS) et de l'organisation partenaire. De préférence,

chaque équipe devrait être pluridisciplinaire et incorporer des logisticiens, des membres du personnel du programme et des experts en communication. Il devrait y avoir suffisamment d'équipes de niveau central pour soutenir et finaliser la micro-planification. Lorsque la micro-planification se déroule au niveau régional avec des représentants des districts, au moins une équipe du niveau central devrait travailler avec chaque région. Au niveau régional / des districts, l'exercice de micro-planification peut rassembler le personnel de l'établissement de santé, les représentants des organisations non-gouvernementales, religieuses et à base communautaire, et tout autre intervenant identifié comme clé dans la mise en œuvre des activités de la campagne. Le nombre de membres de l'équipe devrait, cependant, être limité afin d'assurer une planification efficace et dans les meilleurs délais. Plus les groupes sont importants, plus il faut de temps pour parvenir à un consensus.

Le nombre de collaborateurs, et par conséquent le nombre de sessions de formations, de supports, de documents de collecte de données etc. varieront pour chaque phase de la campagne (recensement des foyers, distributions de MILD et activités d'accrochage), il est donc important que la planification de chaque phase soit méticuleuse et que le budget soit adapté en conséquence. Une micro-planification précoce permet la mise en place des structures nécessaires à la mise en œuvre, mais représente également une opportunité pour engager et sensibiliser les autorités locales et membres influents de la communauté par la diffusion d'informations sur la campagne.

Il est important de préparer une carte de la circonscription de l'établissement de santé. Elle devrait mettre en évidence les points de repère clés, tels que les avant-postes sanitaires, les dispensaires privés et autres bâtiments où la distribution de MILD pourrait avoir lieu, comme les écoles, centres communautaires ou institutions religieuses, les zones difficiles d'accès, comme les zones de rivières ou montagneuses, et tout groupe de population présentant des barrières spécifiques connues à la consommation de services sanitaires. Les routes, chemins et distances entre les points de repères devraient être inclus. La carte facilitera la compréhension des équipes centrales et régionales soutenant le processus de micro-planification.

L'exemple d'un point de départ sur une telle carte peut être vu ci-dessous en Côte d'Ivoire^a. Il est dessiné manuellement et montre les routes pavées et les pistes, les centres majeurs et la situation des villages. En intégrant les informations comme indiqué ci-dessus,

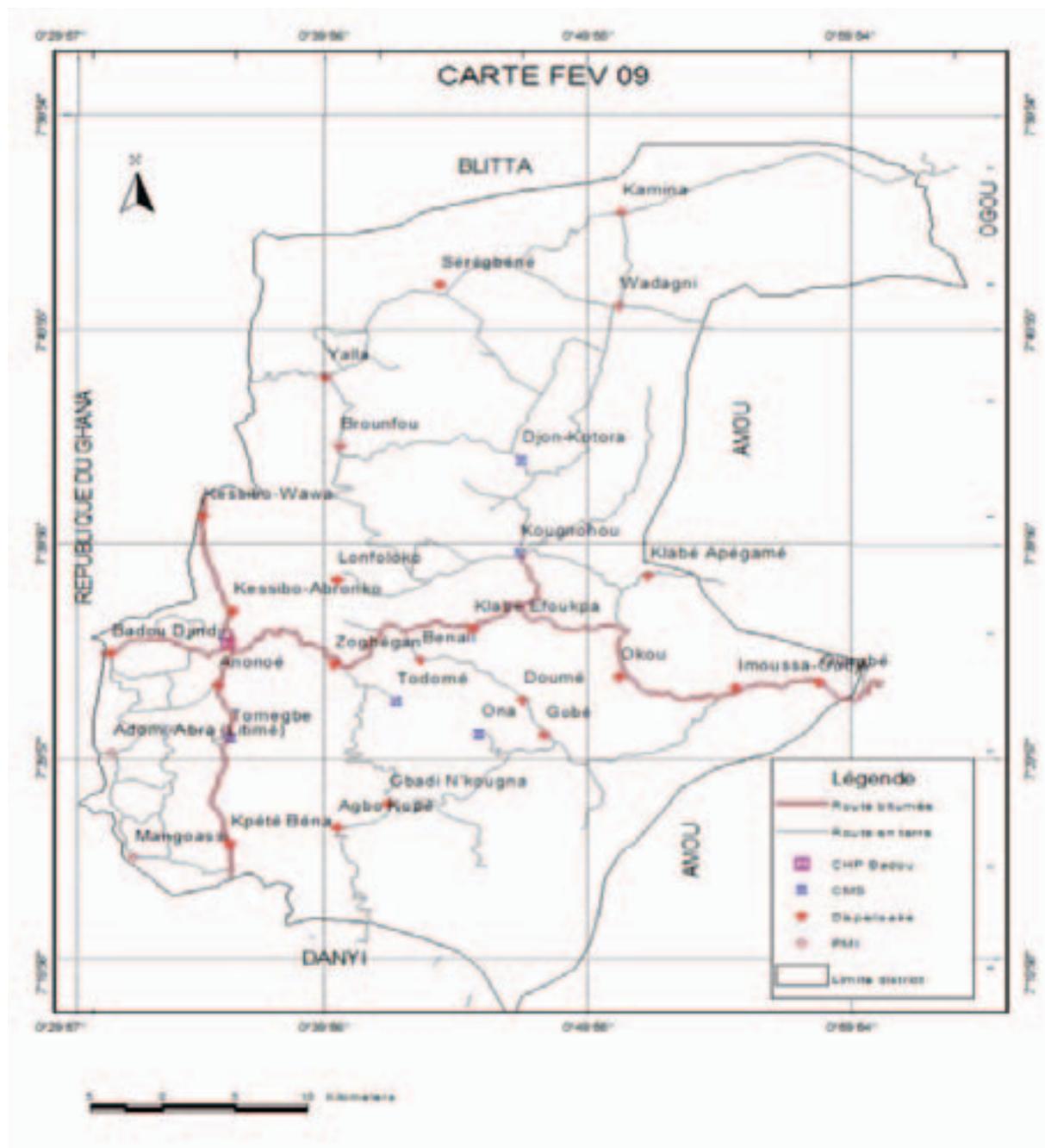
y compris la signalisation des zones d'accès difficile et pourquoi elles le sont, la situation peut être visualisée de manière graphique, ce qui permet de soutenir la même information sur le papier.

Exemple d'une carte de la circonscription de l'établissement de santé



Un exemple complémentaire du Togo montre les routes pavées et les pistes, les zones difficiles d'accès, les hôpitaux, les centres de santé et les dispensaires.

Carte du district sanitaire de Wawa, Nord-Ouest du Togo^b



Remarque : Villages difficiles d'accès entre :

Sérégbé et Kamina

Brounfou et Djon kotora

Kougnohou et Amou

Yalla et Wadagni

Todomé et Ona

Adomi Abra et Kpétébéna

Agbokopé et Danyi

Kessibi Wawa et Brounfou

Partie sud de Wadagni

Modèles de micro-planification

Les modèles de micro-planification varieront selon le pays et le type de campagne, mais de nombreux éléments resteront inchangés. Le modèle de micro-planification est normalement élaboré dans un programme de tableur, comme Excel, et se compose d'une série de feuilles de calcul. Se reporter aux Ressources R7-1 à R7-4 figurant sur le CD pour consulter des exemples. Une feuille de synthèse rassemble des paramètres ou recommandations définis au niveau national concernant la planification, parmi lesquels :

- Taille moyenne d'un foyer (si possible, par région ou district, zone urbaine ou rurale, en gardant à l'esprit que la taille moyenne d'un foyer rural sera généralement plus importante que celle d'un foyer urbain)
- Le nombre de foyers (urbains et ruraux) qui peut être atteint par jour pour le recensement des foyers et l'installation des MILD dans le cadre d'une stratégie d'accrochage en porte-à-porte
- Nombre de coupons par carnet (ex : 50 ou 100) pour permettre le calcul du nombre de livrets nécessaires pour atteindre la population du secteur
- Nombre de bénévoles requis par activité de recensement des foyers ou d'accrochage (zone urbaine et rurale), dans le cadre d'une stratégie d'accrochage en porte-à-porte
- Nombre de journées allouées au recensement des foyers et à l'installation de MILD pour permettre une planification standardisée pour le personnel et la budgétisation
- Nombre d'équipes de recensement des foyers et d'installation par superviseur (zone rurale et urbaine)
- Prime quotidienne pour le personnel de recensement des foyers et d'installation
- Prime quotidienne pour les superviseurs d'équipe et de district
- Calcul pour déterminer le nombre de points de distribution selon les estimations de population ou selon le nombre de MILD à distribuer par jour (zone urbaine, rurale, difficile d'accès)
- Nombre de bénévoles requis par équipe de point de distribution (zone urbaine, rurale, difficile d'accès) et rôles (puisque le critère de sélection dépend du rôle)
- Nombre de jours alloués à la distribution de MILD

- Nombre d'équipes de distribution par superviseur (zone urbaine, rurale)
- Prime quotidienne du personnel du site de distribution
- Prime quotidienne pour les superviseurs d'équipe et de district
- Nombre de personnes par formation (animateurs, superviseurs, personnel de recensement des foyers, des sites de distribution et d'installation)
- Nombre de personnes par moustiquaire pour la quantification (ex : 1,8)
- Taille et poids d'une balle de moustiquaires pour faciliter les calculs pour le stockage et le transport
- Estimation des besoins de carburant et coût aux 100 kilomètres pour véhicules, motos, bateaux etc. et maintenance des véhicules

Même si les informations fournies dans la feuille de synthèse varient d'un pays à l'autre, celle-ci devra être suffisamment exhaustive pour permettre une planification standardisée dans toute la zone de mise en œuvre ciblée.

Les modèles devraient inclure des formules qui effectuent des calculs automatiques en fonction de paramètres déterminés au niveau central. Ces paramètres peuvent inclure le nombre de foyers / la durée du recensement des foyers en jours / le nombre de foyers auxquels un bénévole peut rendre visite par jour. Les établissements de santé intégreront l'estimation du nombre de foyers dans leur circonscription et le modèle générera automatiquement le nombre de bénévoles requis pour le recensement des foyers. Les cellules dans lesquelles les informations seront générées automatiquement devraient être différenciées d'une certaine manière (ex : couleur) des cellules requérant des informations des régions, districts et établissements de santé. Il peut s'avérer nécessaire de saisir certaines informations manuellement lorsque les zones présentent des exceptions à la norme, comme les zones difficiles d'accès.

Les feuilles de travail du modèle de micro-planification servent à collecter des informations détaillées sur différents éléments comme suit :

Feuilles de travail du modèle de micro-planification

Feuille de travail	Variables	Remarques
Démographie	<ul style="list-style-type: none"> Population (urbaine, rurale, difficile à atteindre) 	La feuille de travail démographie donnera une population totale par village pour la circonscription de chaque établissement de santé. Lorsqu'une campagne est ciblée, par opposition à une campagne de couverture universelle, des informations spécifiques au groupe cible devraient être collectées.
Pré-positionnement des MILD	<ul style="list-style-type: none"> Sites de pré-positionnement et de distribution desservis à partir de chaque lieu (si différents) Nombre de MILD requises 	La feuille de travail indiquera le nom de chaque site de pré-positionnement ainsi que le nombre de MILD requises (estimation basée sur les informations disponibles pour la micro-planification préalable au recensement des foyers), le nom et le numéro de l'interlocuteur en charge de recevoir les MILD. Selon la taille de la circonscription de chaque établissement de santé, il peut y avoir un ou plusieurs sites de pré-positionnement des MILD. Par exemple, pour la distribution en porte-à-porte, les moustiquaires doivent être déplacées au niveau du village pour faciliter leur accès par les bénévoles et réduire les coûts et délais de transport. Un certain nombre de sites de distribution peuvent également être desservis par un seul site de pré-positionnement.
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> Calcul du personnel requis pour chaque phase d'activité : Recensement des foyers, distribution et installation des MILD (ventilation par zones urbaines, rurales et difficiles d'accès) 	<p>Les calculs devraient être basés sur les informations fournies dans le Chapitre 3 de cette boîte à outils. Les besoins en ressources humaines estimés à partir de la macro-planification seront modifiés au cours de la micro-planification afin de garantir la présence d'un nombre suffisant de personnes (bénévoles de la communauté et superviseurs) pour atteindre toutes les zones, y compris celles qui sont difficiles d'accès.</p> <p>Pour le recensement des foyers, le nombre de personnes sera basé sur le nombre de foyers à atteindre quotidiennement, le nombre de journées nécessaires pour atteindre tous les foyers et la manière dont le personnel est organisé. Notez qu'en général, les foyers sont plus petits et plus proches dans les zones urbaines, de sorte que le personnel peut recenser plus de foyers par jour.</p> <p>Pour la distribution des MILD, le nombre de membres du personnel sera basé sur les rôles identifiés sur les sites urbains et ruraux et le nombre de personnes requises pour le site (se reporter au Chapitre 3 et à la section 7.6).</p> <p>Pour l'accrochage, le nombre de membres du personnel requis sera basé sur la stratégie adoptée (voir Chapitre 3).</p>
Outils et supports requis pour le recensement des foyers	<ul style="list-style-type: none"> Nombres de carnets de coupons ou nombre de bracelets Nombre de registres de recensement des foyers Nombre de feuilles de messages clés / points de discussion Nombre de feuilles de synthèse quotidienne Nombre de fiches de supervision et de formulaires d'évaluation rapide Nombre de stylos Nombre de craies Nombre de badges, t-shirts, tabliers ou autres moyens d'identification des bénévoles Montant de crédit téléphonique pour les superviseurs et bénévoles (le crédit doit être conforme aux besoins de gestion des données et au protocole de transmission des données) Nombre de pochettes plastiques pour conserver les documents au sec et en sécurité 	Les supports requis varieront en fonction de la méthode de recensement et d'identification des bénéficiaires adoptée, mais généralement, les besoins totaux pour l'activité dépendront du nombre de membres du personnel (bénévoles et superviseurs) requis, du nombre de foyers à recenser et du nombre de journées de recensement des foyers.
Outils et supports requis pour la distribution de MILD	<ul style="list-style-type: none"> Ciseaux (normalement une paire par site, deux s'il faut couper l'emballage des MILD et les coupons) Outil pour couper le cerclage des balles Stylos Pochettes plastique Feuilles de stock Boîtes pour la collecte des coupons ou bracelets Feuilles de pointage Feuilles de synthèse quotidienne Fiches de supervision Formulaires d'évaluation rapide Gestion des déchets Crédit téléphonique 	Les supports requis dépendront des besoins identifiés par le pays pour l'équipement du site de distribution.

FEUILLES DE TRAVAIL DU MODÈLE DE MICRO-PLANIFICATION (suite)

Feuille de travail	Variables	Remarques
Outils et supports requis pour les activités d'accrochage	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de visite des foyers • Feuilles de synthèse quotidienne • Fiches de supervision • Formulaire d'évaluation rapide • Marteaux, ficelle, clous, craie, etc. 	Les supports requis dépendront de la stratégie d'accrochage identifiée par le pays et des outils inclus dans l'emballage des moustiquaires par le fournisseur, ex : ficelle. Lorsque l'installation s'effectue en mode porte-à-porte, des éléments pour aider les foyers à suspendre leurs moustiquaires correctement peuvent être requis.
Sites de distribution des MILD	<ul style="list-style-type: none"> • Points de distribution au sein de chaque circonscription de l'établissement de santé • Population totale • Nombre de foyers prévus • Nombre de MILD requises • Distance entre l'établissement de santé et le site de distribution • Nom du point de stockage (si différent du point de distribution) • Contraintes et opportunités liées à la sélection des sites 	<p>Les sites de distribution de MILD sont souvent modélisés sur des sites utilisés par le Programme élargi de vaccination (PEV) et parfois sur des sites utilisés pour les élections nationales, bien que les distributions de MILD n'utilisent pas toujours des sites mobiles en raison du transport difficile des MILD en vrac vers les zones les plus inaccessibles. Les sites fixes et avancés utilisés pendant les campagnes de vaccination PEV présentent l'avantage d'être connus de la population.</p> <p>Pour les populations très éloignées avec de faibles besoins en MILD, une seule équipe de distribution peut être capable de couvrir deux sites de distribution différents au cours de la campagne, en passant 2 - 3 jours sur chacun des sites.</p>
Besoins de transport	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de types de transport différents (véhicules tout terrain, motocyclettes, bateaux, etc.) • Contraintes et opportunités liées aux besoins 	<p>Le nombre d'équipes de supervision requis devra être établi suite à l'identification du nombre total de membres du personnel requis. Le transport permet aux superviseurs d'être efficaces dans l'accomplissement de leurs tâches. Pour chaque type de transport, le besoin total devrait être identifié et le nombre existant retranché du besoin calculé.</p> <p>L'identification et la consignation de contraintes et d'opportunités permettront la sélection de partenaires locaux pour répondre aux besoins de transport. Cela permettra également de signaler des situations nécessitant l'attention du niveau régional ou local.</p>
Planification du circuit de supervision	<ul style="list-style-type: none"> • Nom de l'établissement de santé (au niveau local) • Nombre d'équipes pour superviser (toutes les phases) • Distances à parcourir chaque jour depuis l'établissement de santé 	<p>Pour chaque équipe de superviseurs, un plan de supervision devrait être réalisé pour chaque phase d'activité. Dans l'idéal, la même équipe de supervision sera responsable d'un établissement de santé pour toute la durée de la campagne, y compris des activités d'accrochage, pour permettre la création et le maintien de liens en termes de résolution de problèmes.</p> <p>Si possible, la feuille de travail devrait contenir les horaires de visite prévus par l'équipe de supervision auprès des équipes spécifiques, mais il est peut-être trop tôt pour définir cela en période de micro-planification.</p>
Besoins en communication et partenaires locaux	<ul style="list-style-type: none"> • Noms des chefs de village, leaders religieux, écoles, établissements religieux, organisations non gouvernementales et à base communautaire, partenaires du secteur privé • Pour chaque structure listée, un interlocuteur devrait être identifié avec son numéro de téléphone • Nombre de stations de radio locales 	<p>Ces informations devraient être recueillies pour chaque village dans la circonscription de l'établissement de santé. Les informations dépendront de la situation locale dans le pays (ex : présence de groupes de femmes ou comités de développement du village).</p> <p>La présence de stations de radio locales (ex : radio communautaire) devrait être indiquée dans le micro-plan de sorte que la budgétisation et la diffusion des sujets de discussion puissent être effectuées en tenant compte de ce canal de communication.</p>
Analyse des problèmes et solutions proposées	<ul style="list-style-type: none"> • Résumé 	La feuille de calcul devrait contenir une feuille de travail de synthèse où les membres de l'équipe de micro-planification peuvent identifier problèmes et solutions liées aux grands domaines de micro-planification (logistique, personnel, communication, etc.)

Se reporter aux Ressources R7-5 pour un exemple de synthèse de micro-plans du Cameroun.

Une fois tous les besoins quantifiés pour toutes les phases d'activité, l'équipe de micro-planification devrait utiliser les feuilles de travail pour calculer le budget. Le modèle de budget sera basé sur les activités clés et devrait être calculé conformément aux recommandations nationales pour la planification et la mise en œuvre de la campagne. Les lignes budgétaires sont souvent les suivantes :

- Ateliers d'information et de micro-planification
- Formation des superviseurs pour le recensement des foyers, la distribution et l'installation de MILD (selon le nombre de sessions de formation

planifiées pour l'ensemble de la campagne et les stratégies adoptées)

- Formation des bénévoles en charge du recensement des foyers
- Formation du personnel du site de distribution de MILD
- Formation des bénévoles en charge des activités d'accrochage
- Recensement des foyers, supervision et suivi
- Distribution de MILD, supervision et suivi
- Activités d'accrochage, supervision et suivi
- communication (sensibilisation, mobilisation

sociale et communication pour le changement de comportement)

- Logistique (si non incluse dans un micro-plan et un budget séparés)

Au cours du processus de micro-planification, l'attention doit être portée sur la manière de gérer les données collectées. Dans les pays où des membres du personnel travaillent sur des systèmes d'information sanitaire (HMIS) jusqu'aux niveaux des districts ou plus bas, du temps supplémentaire devrait être prévu au budget pour obtenir une assistance de leur part dans la compilation et l'analyse des données du recensement des foyers, de la distribution et de l'accrochage des MILD. Dans les pays où la couverture du réseau de téléphonie mobile s'étend sur tout le pays, y compris dans les régions éloignées, on peut envisager de mettre en œuvre un système de transmission de données basé sur les téléphones portables. Si cela est possible, des crédits de communication / cartes téléphoniques devraient être prévus au budget afin d'éviter toute interruption dans la transmission de données du fait d'un manque de crédit téléphonique pour l'envoi de messages textes (SMS).

Une micro-planification précoce est importante, non seulement pour collecter toutes les informations requises, mais aussi pour disposer du temps suffisant pour compiler et revoir les données, en vue d'affiner et de finaliser le plan d'action global et le budget.

Une fois finalisés et validés au niveau central ou régional, le micro-plan et le budget approuvés doivent être renvoyés aux districts et établissements de santé de sorte que tout le monde travaille à partir du même micro-plan pendant la mise en œuvre.

Le fait que les micro-plans soient finalisés au niveau central, sans être renvoyés au niveau opérationnel, a été noté comme une faiblesse dans certaines campagnes.

7.3 Identification du personnel

Suite à l'engagement des niveaux régional, des districts, des établissements de santé et de la communauté et dès que l'exercice de micro-planification est terminé,

Si les ressources disponibles étaient insuffisantes pour soutenir le micro-plan développé au niveau opérationnel (cela peut arriver), et qu'il devait donc être amendé, l'équipe de planification au niveau opérationnel devrait en être informée et effectuer les ajustements nécessaires pour se conformer à la version amendée.

une période de plusieurs semaines voire mois s'écoule normalement pendant laquelle les équipes du niveau opérationnel doivent commencer à préparer la mise en œuvre des activités tandis que les équipes du niveau central doivent finaliser tous les documents nécessaires (ex : outils de collecte de données, supports de formation, etc.).

Dès que la micro-planification est terminée et validée, et que les micro-plans finaux ont été restitués au niveau opérationnel, le nombre de membres de personnel requis pour les activités de recensement des foyers, de distribution et de suivi est alors connu et le recrutement du personnel peut commencer. Pour l'activité de recensement des foyers, le nombre de membres de personnel est important, mais il est également important de s'assurer que le personnel soit positionné de sorte que la population de toutes les régions, y compris celles difficiles d'accès, puisse être couverte et recensée pour bénéficier de la distribution de MILD. Se reporter au Chapitre 3, Section 3.5 Quantification du personnel, pour le calcul des quantités requises.

Pour le recensement des foyers, le fait d'identifier du personnel résidant dans les communautés où aura lieu l'intervention présente un avantage. Outre une réduction des coûts de transport, le personnel en charge du recensement des foyers n'aura nul besoin de se déplacer d'une région à l'autre. Par ailleurs, il se peut que la personne en charge du recensement soit connue des membres du foyer (ou vice versa), ce qui peut contribuer à limiter un gonflement des chiffres en vue d'obtenir un plus grand nombre de moustiquaires.

Lorsque cela est possible, les pays peuvent souhaiter prévoir des bénévoles supplémentaires en soutien sur les sites ou, de manière alternative, entreprendre

des visites de suivi des foyers afin de s'assurer que les bénéficiaires ciblés se soient présentés sur les sites de distribution pour obtenir des moustiquaires ou autres interventions dans le cadre de campagnes intégrées. Les bénévoles supplémentaires peuvent également entreprendre des visites de foyers au cours de la campagne pour contrôler l'aération, l'accrochage et l'utilisation des moustiquaires distribuées. Se reporter au Chapitre 3 pour de plus amples informations sur les besoins en personnel.

Il est important d'établir des critères de sélection du personnel (recensement des foyers, distribution, mobilisation sociale, supervision, etc.) et d'en faire une synthèse ou de les annexer à l'outil et aux instructions de micro-planification.

Voici des exemples de critères de sélection du personnel :

- Capacité à lire et à écrire
- Bonnes compétences interpersonnelles et de communication
- Connaissance de la langue locale
- Résident de la communauté où il interviendra
- Enthousiasme, engagement et motivation
- Confiance et respect de la communauté, haute moralité
- Connaissance de la population locale et de sa culture
- Expérience de la formation et de la supervision (pour les superviseurs)
- Disponibilité à plein temps pour toute la durée de l'activité
- Capacité à participer à la formation concernant l'activité
- Expérience de campagnes de santé publique antérieures

Les critères établis devraient être spécifiques à l'activité pour laquelle les personnes sont sélectionnées. Au point de distribution, l'équipe sera composée d'un certain nombre de membres occupant des rôles et responsabilités différents, pour lesquels les critères peuvent être différents. Le niveau d'alphabétisation peut représenter un critère essentiel pour la personne qui collecte les coupons et coche les feuilles de pointage, mais il n'est peut-

être pas important pour les personnes responsables du contrôle des foules ou de l'éducation sanitaire. Dans certains pays, des pressions (politiques, sociales) ont été exercées en faveur de la sélection de certaines personnes étant donné que la participation aux activités de la campagne est souvent rétribuée. Malheureusement, dans les situations où les membres du personnel sélectionnés ne répondent pas aux critères, des problèmes surviennent dans la mise en œuvre de l'activité elle-même. Par exemple, dans le cadre du recensement des foyers, si l'on détecte que des membres du personnel ne savent pas lire, écrire ou effectuer des calculs simples, des problèmes de qualité des données apparaîtront dès le point initial de la collecte. Cela générera des problèmes encore plus importants par la suite, en matière de résumé et de synthèse des données, lesquels auront un impact négatif sur l'ensemble des résultats de la campagne.

Les critères de sélection du personnel devraient être établis au niveau national et partagés avec les régions, districts et établissements de santé en amont, pendant la période de planification. Au cours de l'exercice de micro-planification et des réunions de coordination au niveau des districts, les organisations non-gouvernementales, religieuses ou à base communautaire qui travaillent déjà avec des bénévoles de la communauté, notamment dans les régions éloignées, devraient être identifiées et invitées à contribuer en termes de bénévoles « apportés » à la campagne. L'implication de ces organisations dès le début permettra la coordination des activités au cours de la période de mise en œuvre et réduira les risques de duplication des activités. De plus, les bénévoles qui travaillent déjà au sein de la communauté sont plus susceptibles d'obtenir la confiance et le respect des membres de la communauté. Le fait d'utiliser les mêmes personnes pour les activités de recensement des foyers, de distribution et de suivi devrait aider à minimiser le périmètre de la formation requise.

7.4 Formation

Une formation de bonne qualité est essentielle pour assurer le bon déroulement et la réussite de la campagne. Dans la plupart des pays, la formation est réalisée via un système de « cascade » : le personnel du niveau central forme le personnel du niveau régional ou des districts, lequel dispense ensuite la formation au niveau du personnel des établissements de santé. Le personnel des établissements de santé forme ensuite



Sénégal. © Maggie Hallahan / Sumitomo Chemical

les personnes qui ont été sélectionnées pour la mise en œuvre des activités.

À chaque niveau de la cascade, il existe des risques de perte ou de déformation de l'information, souvent liés à une formation inadéquate ou à un manque de compréhension du niveau supérieur. Si, à chaque niveau, les participants n'ont pas une compréhension parfaite du contenu de la formation, ou si les malentendus ne sont pas clarifiés, ceux-ci se répercuteront sur le niveau suivant, avec l'impact que cela induit sur la mise en œuvre des activités. Il est également important d'intégrer dans la formation un système de test-bilan, afin de vérifier les connaissances et la compréhension des participants et d'évaluer la qualité de la formation elle-même.

La formation en cascade est précieuse et permet des économies en termes de temps, mais il faut veiller à préserver une formation de haute qualité à tous les niveaux. Dans la mesure du possible, les pays devraient essayer de limiter le nombre de cascades pour améliorer la qualité de la formation.

À tous les niveaux de la cascade, la formation devrait être supervisée en gage de qualité, et pour vérifier que l'information est assimilée. Au niveau central, dès qu'ils seront formés, les superviseurs contrôleront les niveaux suivants de la formation en cascade. À chaque niveau (régional, district), des superviseurs contrôleront la cascade suivante, après leur propre formation. La supervision doit permettre des mesures correctives immédiates si l'on s'aperçoit que des informations incorrectes ou incomplètes sont véhiculées. De plus, la supervision constitue une méthode supplémentaire pour évaluer la qualité de la formation au niveau supérieur de la cascade, et pour apporter les éventuelles corrections nécessaires.

La formation est importante à tous les niveaux, à commencer par le niveau central qui représente le premier niveau de la cascade. Dans de nombreux pays, les membres du personnel de niveau central ne ressentent pas le besoin d'être formés, parce qu'ils connaissent bien les activités prévues.

Les formateurs de niveau central doivent être qualifiés pour délivrer le contenu de la formation en utilisant les principes de l'apprentissage à l'âge adulte, c'est-à-dire qu'ils doivent maîtriser les techniques pédagogiques appropriées et organiser des activités pratiques pour chaque objectif d'apprentissage clé. Ils doivent s'entraîner à l'utilisation des outils de collecte

de données jusqu'à ce qu'ils les maîtrisent et qu'ils soient en mesure d'expliquer l'importance de chaque donnée à collecter et la façon dont elles doivent être synthétisées et transmises.

Cependant, certains aspects des campagnes de couverture universelle et de l'activité complémentaire de recensement des foyers peuvent être complètement nouveaux pour les membres du personnel de niveau central. Ceux-ci doivent faire preuve d'une bonne compréhension de ces aspects dès le début, afin de bien transmettre les points importants au personnel du niveau suivant de la cascade.

Pour que la formation soit efficace, elle doit être planifiée à l'avance et des normes doivent être définies concernant le nombre de sessions de formation requis, le nombre de participants par session, la durée de chaque session de formation, le lieu, les matériaux et

le contenu requis. Dans la plupart des campagnes de couverture universelle, il y a quatre phases d'activité clés au niveau opérationnel^c :

1. micro-planification (évoquée ci-dessus)
2. recensement des foyers pour l'identification des bénéficiaires et l'allocation de MILD
3. distribution de MILD
4. activités d'accrochage post-distribution

Idéalement, chaque phase d'activité bénéficiera d'une formation à part entière pour garantir une mise en œuvre de haute qualité. Cependant, selon la stratégie et le calendrier de la campagne, si les activités d'accrochage commencent immédiatement après la distribution de MILD, le temps peut manquer pour organiser deux formations distinctes. Dans ce cas, une seule formation couvrira les deux phases d'activité. Il devrait y avoir au minimum trois sessions de formation : une pour la micro-planification, une pour le recensement des foyers et une pour la distribution et l'installation des MILD. La formation à la micro-planification se fait souvent sur le poste de travail, lorsque les superviseurs de niveau central et les autorités de niveau régional et des districts remplissent

ÉTUDE DE CAS PAYS

Pour la campagne de couverture universelle et d'installation du Nord du Ghana, il y avait trois niveaux de formation. L'équipe centrale a été sensibilisée via des réunions de planification, la conception et la révision des supports de formation et d'autres occasions d'échange. Cette équipe a ensuite dispensé la formation des responsables de districts au niveau régional. Les participants, au nombre de trois par district, étaient principalement des responsables du contrôle des maladies, des infirmières de santé publique, des responsables de la gestion de l'approvisionnement en médicaments, et dans certains cas, des directeurs sanitaires. Ils ont reçu un manuel de formation couvrant les différents aspects de la campagne : sélection et formation de bénévoles, notions de base sur le paludisme et les MILD, logistique, communication pour le changement de comportement (CCC), recensement des foyers, validation des données du recensement, contrôle, supervision et suivi. Une fois formés, les formateurs de district ont à leur tour relayé la formation aux activités de recensement des foyers et d'accrochage auprès des bénévoles du niveau communautaire. Avec un maximum de 60 participants par session de formation, il a fallu une à deux semaines pour former tous les bénévoles.

Les bénévoles formés pour le recensement des foyers se sont entraînés à l'utilisation des formulaires correspondants pendant leur formation. On leur a également enseigné la manière d'interagir avec les membres des foyers en vue d'obtenir l'autorisation de voir leurs espaces de couchage.

Deux fois plus de bénévoles ont été formés aux activités d'accrochage. Ces bénévoles se sont présentés dans les foyers avec des moustiquaires et ont montré aux occupants comment les accrocher. Leur formation intégrait des notions de bases sur le paludisme et les MILD, des messages CCC clés à transmettre à chaque foyer et les principes d'installation d'une moustiquaire. Une formation à la communication interpersonnelle leur a également été dispensée, afin que le chef de famille leur permette de visualiser ou de compter les couchages nécessitant l'installation d'une moustiquaire. La formation comprenait l'utilisation de feuilles de pointage et les actions à effectuer en cas d'absence d'un bénéficiaire.

effectivement les modèles de micro-planification ensemble, plutôt que via une session de formation formelle suivie de l'exercice de micro-planification (outre le niveau central, décrit ci-dessus).

Le nombre de participants à chaque session de formation devrait être limité afin de garantir un environnement de formation adapté aux questions / réponses, discussions plénières et exercices pratiques. Le fait d'encourager les participants à débattre, poser des questions et réaliser des activités pratiques, comme des simulations de visites de foyer, favorise l'apprentissage et la compréhension. Les jeux de rôle peuvent être essentiels pour s'entraîner à la diffusion de messages clés et au calcul du nombre de moustiquaires nécessaires par foyer. Lorsqu'une session de formation regroupe un trop grand nombre de personnes, il est difficile pour les animateurs d'assurer une participation interactive de tous les stagiaires. D'une manière générale, le nombre de participants à une session de formation ne devrait pas dépasser 30-35 personnes, mais souvent les contraintes budgétaires entraînent des sessions de formation plus importantes, qui peuvent s'avérer moins efficaces.

La conception de manuels de formation et de directives, ainsi que les ordres du jour des formations, doivent être entrepris au niveau central pour garantir la cohérence dans la mise en œuvre des différentes activités. Leur reproduction peut avoir lieu au niveau central, régional ou local, selon les besoins calculés pendant la micro-planification. Le contenu des manuels et des directives dépendra des stratégies choisies pour la campagne et l'installation des MILD, et du niveau de cascade. Ceux qui relayeront la formation au niveau suivant auront besoin de directives supplémentaires concernant

la méthodologie de formation interactive. Ces directives pourraient rassembler des suggestions concises sur la manière la plus efficace d'utiliser les questions / réponses, simulations, jeux de rôle, travaux de groupe etc. Concernant les bénévoles, il serait plus approprié d'utiliser un aide-mémoire qui leur serait ensuite remis à titre de référence pendant la mise en œuvre. Se reporter aux Ressources R7-6 à R7-32 pour consulter des exemples d'agendas de formation, de directives sur la formation interactive, de manuels de formation, d'aide-mémoires pour les bénévoles, de tests post-formation et de modèles de rapports sur les sessions de formation.

Les aide-mémoires permettent de renforcer la formation et de réduire le nombre de messages confus ou la désinformation pendant la mise en œuvre. Il est à noter cependant, que la distribution de manuels de formation et d'aide-mémoires ne se substitue pas à une formation en face à face.

7.5 Stratégie d'allocation des MILD et identification des bénéficiaires

Pour toutes les campagnes, qu'elles soient ciblées ou de couverture universelle, indépendantes ou intégrées, il est nécessaire de définir la stratégie d'allocation des MILD aux bénéficiaires, et la méthode d'identification des bénéficiaires aux points de distribution lorsque la stratégie de mise en œuvre n'est pas en porte-à-porte.

La stratégie d'allocation de MILD et la méthode d'identification des bénéficiaires sont normalement définies dans le plan d'action de la campagne et sont basées sur le nombre de moustiquaires disponibles et sur la stratégie de mise en œuvre de la campagne (ciblée, couverture universelle, intégrée, indépendante, site fixe, porte-à-porte). Pour les campagnes de couverture universelle, même si la méthode d'identification des bénéficiaires reste conforme au plan d'action de la campagne au niveau opérationnel (ex : coupons, bracelets, etc.), la stratégie d'allocation des MILD peut évoluer selon les résultats de l'exercice de recensement, si la quantité de moustiquaires est insuffisante après calcul des besoins réels en MILD pour atteindre la cible de la campagne.

ÉTUDE DE CAS PAYS

Au Mali, un infirmier d'un établissement de santé était responsable de la formation de 60 bénévoles au recensement des foyers. Pour conserver une taille de formation gérable et pour s'assurer de l'efficacité de la formation, il a formé la moitié des bénévoles le premier jour. Ces bénévoles ont ensuite commencé le recensement, pendant que la seconde moitié était en formation. La deuxième moitié n'a commencé ses propres activités de recensement qu'un jour plus tard.

Dans les campagnes ciblant les enfants de moins de cinq ans, la stratégie d'allocation des MILD est normalement d'une par enfant, mais en cas de pénuries de MILD pendant la campagne, la stratégie d'allocation des MILD peut évoluer à une MILD par mère ou par personne en charge de la garde des enfants. Dans les campagnes de couverture universelle, un certain nombre de méthodes d'allocation des MILD ont été utilisées, chacune présentant ses propres problématiques. La stratégie d'allocation des MILD peut être basée sur la fourniture de :

- une MILD pour deux personnes par foyer (arrondi supérieur ou inférieur dans le cas d'un nombre de membres impair dans le foyer^d) ;
- une MILD par espace de couchage (comme défini dans le plan de la campagne et les manuels de formation). Cela requiert quelques informations sur les habitudes de couchage ;
- un nombre de MILD fixe en fonction du nombre d'occupants dans le foyer (comme une moustiquaire pour une à trois personnes, deux moustiquaires pour quatre à six personnes) ;
- un nombre fixe de MILD par foyer sur la base de la taille moyenne des foyers. Cette méthode n'est pas recommandée, car la définition d'un nombre fixe de LLIN par foyer surévalue ou sous-évalue le besoin dans au moins la moitié des cas^e. Cependant, dans de nombreux pays, on peut avoir recours à cette méthode lorsque les MILD disponibles sont en nombre insuffisant pour adopter une stratégie d'allocation différente ou lorsque la stratégie de distribution doit être simplifiée pour des questions de faisabilité opérationnelle (ex : distribution urbaine, déplacement de population entre la période de recensement des foyers et la distribution de MILD, etc.).

Dans les trois premières stratégies d'allocation de MILD, le nombre de MILD distribuées à chaque foyer peut être plafonné. La limite est habituellement basée sur la taille moyenne du foyer et la structure des foyers en termes d'espace pour l'installation physique des moustiquaires.

Dans le cadre de la macro-planification, la population cible est normalement calculée sur la base des résultats du recensement de la population projetés pour l'année de la campagne, en utilisant le taux de croissance annuel moyen. Dans le cas de campagnes ciblant les enfants de moins de cinq ans, le PEV possède souvent les chiffres les plus précis, basés sur le dernier exercice

de vaccination massive (notamment si le nombre d'enfants vaccinés à ce moment-là était supérieur au nombre d'enfants prévus), avec une projection sur l'année de la campagne. Pour toutes les campagnes, l'exercice de micro-planification décrit ci-dessus, ainsi que l'exercice de recensement de foyers, dans le cas des campagnes de couverture universelle, sont essentiels pour affiner les chiffres de population prévus et les aligner sur les informations du niveau opérationnel.

Une fois la stratégie d'allocation des MILD déterminée, une activité de recensement du nombre de personnes, d'espaces de couchage ou de foyers (ou toute combinaison des trois) doit avoir lieu. Il est essentiel d'inclure dans le plan de communication la nécessité d'informer les bénéficiaires en temps voulu des activités de recensement et des événements à venir. Dans le cadre des campagnes de couverture universelle, dans la mesure où l'ensemble de la population est ciblée et que la stratégie d'allocation des MILD n'est pas d'une MILD par personne, il n'est pas possible de diffuser un simple message selon lequel les bénéficiaires devraient se rendre au point de distribution pour réceptionner une MILD. Il est nécessaire de déterminer une méthode d'identification des bénéficiaires au point de distribution. Généralement cela se fait par le biais d'un exercice de recensement des foyers, mais cela peut également être effectué en consultant des leaders traditionnels ou en utilisant d'autres méthodes à base communautaire, lorsque la population est relativement bien connue et que la corruption n'est pas un problème majeur. Au cours du recensement des foyers, on remet aux bénéficiaires un système d'identification (ex : un coupon ou un bracelet par représentant de foyer) afin qu'ils puissent retirer leurs MILD aux points de distribution.

En général, l'identification des bénéficiaires est plus facile pour les campagnes ciblées, qu'elles soient indépendantes ou intégrées, lorsque les enfants de moins de cinq ans sont le groupe cible. Les enfants de moins de cinq ans peuvent être identifiés via leurs carnets de santé ou en leur demandant de lever la main droite au-dessus de la tête puis de se toucher l'oreille gauche. Les enfants capables de se toucher l'oreille ont souvent plus de cinq ans. Dans les campagnes ciblant les enfants de moins de cinq ans où il n'existe pas de système d'identification des bénéficiaires indépendant (ex : coupon ou bracelet), les ongles des enfants sont souvent marqués à l'encre indélébile pour empêcher les parents de se présenter plusieurs fois sur le même site

ÉTUDE DE CAS PAYS

Dans un projet pilote au Mozambique en 2009, un district avec une population d'environ 33 600 personnes a été sélectionné pour une distribution de couverture universelle. Pour identifier les bénéficiaires, un mini-recensement du district a été réalisé via le système politique local, en formant des chefs locaux à établir des listes des informations requises dans environ dix foyers chacun. On a demandé à chaque chef de vérifier auprès des familles des dix foyers l'exactitude des informations et des données sur les occupants, listés par âge et sexe. Parallèlement, on leur a demandé de véhiculer des messages simples sur la prévention et le traitement du paludisme, y compris sur l'utilisation de moustiquaires chaque nuit, pendant toute l'année. Une fois les listes compilées, le nombre de moustiquaires à allouer à chaque famille a été calculé conformément aux critères fixés et sur la base des habitudes de couchage typiques du Mozambique.

ou sur un site différent afin d'obtenir plus de MILD, et dans les campagnes intégrées, d'exposer les enfants aux effets indésirables de la vaccination (AEFI) dus à l'administration de plusieurs doses de vaccins. Pour la cohérence de la mise en œuvre, l'ongle spécifique et le type de marquage (pour toutes les interventions si la campagne est intégrée) devraient être spécifiés dans les directives de la formation et les aide-mémoires.

Le recensement des foyers et l'identification des bénéficiaires pour les campagnes de couverture universelle sont plus complexes que pour les campagnes ciblées sur les enfants de moins de cinq ans. Dans le cadre de la couverture universelle, la cible est d'une MILD pour deux personnes, de sorte que la façon la plus courante (jusqu'à présent) d'identifier les besoins des foyers consiste à mettre en œuvre un processus de recensement des foyers. Le représentant du foyer reçoit un coupon ou un bracelet lors du recensement des foyers et doit ensuite l'échanger contre une (des) MILD(s) sur le site de distribution. Afin d'empêcher un foyer de se présenter plusieurs fois sur le même site ou sur un site différent afin d'obtenir plus de MILD, le coupon ou le bracelet sont normalement coupés et conservés par l'équipe de distribution lors du retrait de la MILD.

ÉTUDE DE CAS PAYS

Dans l'État de Cross River, Nigéria, des bénévoles de la communauté formés ont entamé un exercice de recensement des foyers en porte-à-porte. Plus de 2 800 bénévoles ont travaillé sur une période de dix jours pour couvrir chaque foyer dans 16 zones d'administration locale sur 18. À la fin de l'exercice, un total de 2 727 489 personnes dans 589 041 foyers avait été recensé. Le besoin total en MILD recensé s'élevait à 1 461 594, conformément aux recommandations de quantification en vigueur (une MILD pour 1,86 personne).

Une fois formés, les agents de recensement des foyers se présentent dans chaque foyer de la zone qui leur est affectée pour collecter les informations nécessaires à la campagne MILD. La mobilisation sociale, activité importante à entreprendre avant le recensement des foyers, devrait également transmettre des messages ciblés sur l'exercice de collecte de données et sur la manière dont les foyers en bénéficieront ultérieurement. Dans chaque foyer, les bénévoles devraient se présenter, puis expliquer l'objectif de leur visite et la raison pour laquelle ils collectent des informations auprès des membres du foyer. Dans certains pays ou dans certaines régions, ou à certaines périodes, comme en période électorale, les données collectées et la manière dont elles seront utilisées peuvent susciter quelques réticences. Avant le recensement des foyers, les activités de communication sont primordiales pour sensibiliser la population cible de l'exercice de recensement des foyers et de la campagne globale. Lorsqu'il existe des barrières spécifiques, il est important de les aborder à travers des messages sur mesure à diffuser auprès de la population. Il est également important de s'assurer que les bénévoles puissent facilement être identifiés, par le biais de dossards, casquettes, t-shirts, badges, etc. comme faisant partie de la campagne.

Après s'être présenté, le bénévole doit recueillir les informations nécessaires auprès des membres des foyers. Les informations clés requises pour le recensement des foyers sont :

- nom du chef du foyer (dans certains pays, le nom d'un deuxième membre du foyer est également enregistré, la consigne étant que seules les

personnes listées peuvent se présenter au point de distribution pour retirer des moustiquaires)

- nombre total de personnes qui dorment régulièrement dans le foyer (les visiteurs ne sont pas inclus généralement)
- nombre total de MILD auquel le foyer peut prétendre (sur la base de la stratégie d'allocation de MILD adoptée)
- numéro d'identification du (des) coupon(s) ou bracelet(s) remis au foyer

Des informations complémentaires peuvent être collectées :

- nombre de MILD existantes et viables dans le foyer (lorsque il est nécessaire de comptabiliser les moustiquaires existantes). La définition de « viable » doit être parfaitement comprise par tous les bénévoles afin d'éviter toute évaluation subjective de l'état de la moustiquaire
- nombre d'espaces de couchage (lorsque l'allocation de MILD est basée sur ce critère)
- nombre d'enfants de moins de cinq ans (cette information doit être collectée dans un but précis. Par exemple, la précision des données collectées peut être vérifiée en calculant le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans parmi la population cible et en la comparant à la moyenne nationale ou du district)

Le formulaire de recensement des foyers (se reporter aux Ressources R7-33 à R7-37) doit être simple et prévoir suffisamment d'espace entre chaque ligne pour que les bénévoles puissent écrire facilement et lisiblement. Le formulaire devrait comporter une zone d'en-tête avec le nom du district, l'établissement de santé dont le bénéficiaire dépend, le nom du village, le nom du bénéficiaire, le nom de son superviseur direct et la date. Dans certains cas, la signature des bénéficiaires est également requise au moment du recensement. En bas de chaque formulaire de recensement des foyers ou feuille du registre de recensement, un espace de synthèse des informations recueillies par le bénéficiaire devrait être prévu.

En général, à moins que les femmes enceintes ne soient ciblées spécifiquement lors de la distribution, aucune information les concernant n'a besoin d'être collectée. Ces informations ne sont pas liées directement à la distribution de MILD et ne seront probablement pas utilisées à d'autres fins étant donné le volume de données qui devrait être saisi et analysé.

D'une manière générale, les données de recensement des foyers sont relativement biaisées et ne devraient pas être utilisées à d'autres fins, à moins d'investir dans la formation, dans l'analyse et la synthèse des données collectées au format électronique qui peut être mis à jour régulièrement. À défaut, les données sont un aperçu à un moment donné qui ne reflète pas une image mensuelle ou annuelle de la situation réelle.

L'un des enseignements clés tiré des pays qui ont mis en œuvre des campagnes de couverture universelle impliquant un recensement des foyers est que toute information supplémentaire collectée (1) augmente le risque d'erreur par les bénévoles, (2) augmente la complexité de la synthèse de données et (3) augmente la durée de chaque visite de foyer, et donc le nombre de bénévoles et/ou de jours de recensement requis, et par conséquent le budget. Bien que le recensement des foyers puisse représenter une opportunité de collecter des données supplémentaires, il faut garder à l'esprit que les données sont liées à un moment donné, et à moins de les saisir dans une base de données immédiatement pour une utilisation ultérieure, elles deviennent rapidement obsolètes, car la structure de la population évolue.

L'information synthétisée est transmise au superviseur, qui est en charge de compiler les données collectées par les bénévoles sous sa supervision. Se reporter aux Ressources R7-38 à R7-42 pour consulter des exemples de feuilles de compilation des données de recensement des foyers. Enfin, les données seront transmises au niveau central où elles seront synthétisées et validées pour le pays entier. Se reporter à la Ressource R7-43 pour consulter l'exemple d'une synthèse des résultats de recensement des foyers du Togo. À la fin de la période de recensement des foyers, les superviseurs devraient compléter un rapport concernant le déploiement des activités (se reporter aux Ressources R7-44 et R7-45).



Sierra Leone. © Mélanie Caruso, FICR

Après avoir rempli le formulaire de recensement des foyers, le bénévole remet normalement au foyer un système lui permettant de s'identifier en tant que bénéficiaire recensé et ouvrant droit à des MILD pendant la distribution. Quelques options pour l'identification des bénéficiaires ont été présentées au Chapitre 3, la plus courante étant un coupon. Un aide-mémoire devrait être fourni au bénévole (Ressources R7-23, R7-24 et R7-26) pour s'assurer que les messages clés sur la valeur et l'importance du coupon et le calendrier de distribution des MILD soient cohérents et clairs. Certains pays peuvent choisir de n'utiliser que le talon du coupon (lorsqu'ils utilisent des coupons en deux parties dont une moitié est remise au bénéficiaire et l'autre reste dans le carnet) pour la tenue des registres et de ne pas remplir un formulaire de recensement des foyers complémentaire. Cette solution présente l'avantage de générer moins de paperasse, chaque talon correspondant à une moustiquaire. Cependant, un formulaire de synthèse reste nécessaire pour compiler les données quotidiennes. Par ailleurs, si des coupons sont perdus pour quelque raison que ce soit, il n'existe aucun système de sauvegarde pour garantir que les bénéficiaires obtiennent des moustiquaires.

Les coupons doivent être conçus et produits en amont pour être distribués aux bénévoles pendant

leur formation à l'activité de recensement des foyers. Si la capacité d'impression à l'intérieur du pays est faible (ex : aucun équipement pour imprimer les numéros de série ou pour imprimer sur le type de papier requis), le contrat devra être sous-traité, ce qui requiert du temps supplémentaire pour l'appel d'offres international et l'expédition. Si les logos (par exemple, des bailleurs de fonds) figurent dans le design, il est important d'obtenir l'approbation de la maquette avant impression, car de nombreuses organisations possèdent des politiques concernant l'utilisation de leurs logos (par exemple, il doit toujours être imprimé en couleur, ou doit avoir une taille spécifique). Les coupons peuvent également représenter une opportunité en termes d'IEC pour diffuser quelques messages clés relatifs au paludisme ou à la campagne. Afin d'éviter la copie des coupons, certains pays optent également pour un hologramme ou une impression sur un support en plastique. Un coupon en deux parties, une moitié remise au bénéficiaire et l'autre restant dans le carnet, aiderait également à dissuader la copie.

Le bon est échangé contre des MILD au point de distribution. L'information fournie sur le coupon variera selon le pays, mais inclura typiquement :

- région, district, village, établissement de santé (selon la décision du sous-comité technique)
- nom du chef de famille (et nom d'une deuxième personne si nécessaire)
- nombre de personnes dans le foyer
- nombre de MILD octroyées au foyer (facultatif - voir commentaires ci-dessous)
- date de remise du coupon

Généralement, on effectue un recoupement entre les coupons et la liste de recensement des foyers, avec vérification du nombre de MILD et du nom du chef de famille, en veillant à une distribution adéquate des moustiquaires.

Dans le cas où une période de temps prolongée s'écoule entre le recensement des foyers et la distribution, avec un risque de perte du coupon par conséquent plus élevé, le pays peut décider d'accepter la carte d'identité nationale du chef de famille inscrit comme substitut au coupon. Cette stratégie présente l'inconvénient que sans le numéro de série du coupon, il sera beaucoup plus chronophage de trouver le nom du chef de famille parmi les feuilles de recensement des foyers sur le site de distribution. De plus, l'utilisation



Sierra Leone. © Eglise Méthodiste Unie

de la carte d'identité nationale des chefs de famille recensés exclura tous les foyers qui n'auront pas été inscrits dans le système national.

Un certain nombre d'enseignements ont pu être tirés des pays utilisant les coupons. Les deux les plus importants concernent l'insertion des dates de distribution (qui sont souvent décalées pour différentes raisons) et l'insertion du nombre de moustiquaires octroyées à un foyer. Les données de recensement des foyers montrent souvent un besoin supérieur à celui anticipé lors de la micro-planification, on procède donc à des réductions du nombre de MILD octroyées

ÉTUDE DE CAS PAYS

Au Sénégal, durant la première phase de la distribution de couverture universelle, le nombre de MILD que le foyer devait recevoir était stipulé sur le coupon, ainsi que le nom du chef de foyer. La principale raison justifiant un coupon nominatif était d'en dissuader la revente. Les données de recensement ont cependant révélé que des ajustements étaient nécessaires au niveau local, avec pour conséquence une réduction ou un plafonnement du nombre de moustiquaires octroyées par foyer. Lors des phases ultérieures de la distribution, le nombre de MILD à distribuer n'a plus figuré sur le coupon, de sorte que tout ajustement suite au recensement des foyers ne génère pas de déception ou de confusion lors de la distribution.

à chaque foyer pour que chaque foyer bénéficie au moins de quelques moustiquaires. Dans certains cas, des moustiquaires ont été distribuées sur une base premier arrivé, premier servi, mais cela peut signifier que les familles disposant d'un accès plus facile au site de distribution sont prioritaires, cette stratégie doit donc être envisagée avec prudence.

Les pays sont priés d'analyser s'ils souhaitent inclure les dates ou le nombre de moustiquaires octroyées à un foyer. Les dates de la campagne peuvent, quant à elles, être diffusées via la mobilisation sociale et d'autres activités de communication (voir Chapitre 6) une fois que tout est en place pour la distribution. Concernant le nombre de moustiquaires, la stratégie d'allocation de MILD est souvent modifiée sur la base des résultats du recensement des foyers lorsqu'il est déterminé que le nombre de MILD issu de la macro-planification est insuffisant pour répondre au besoin recensé pendant la mise en œuvre. Si le nombre de personnes dans le foyer (non le nombre de MILD) est inscrit sur le coupon, il est possible de modifier la stratégie d'allocation des MILD (ex : s'il y a cinq personnes, deux moustiquaires sont fournies au lieu de trois) sans trop de problèmes. Si le nombre de moustiquaires figure sur le coupon, les bénéficiaires ont connaissance de la quantité de MILD qui doit leur être octroyée et la considèrent comme légitime. Pour modifier la stratégie d'allocation des MILD dans ces circonstances, il est extrêmement important de communiquer afin d'empêcher d'éventuels problèmes sur le site de distribution.

Dans d'autres pays, le nombre total de personnes dans le foyer est enregistré pendant le recensement et, suite à l'analyse des données de recensement des foyers, la stratégie d'allocation de MILD est déterminée au niveau opérationnel pour tenir compte des pénuries de MILD versus le besoin recensé. C'est ce qui a été réalisé au Sénégal dans les dernières phases de la campagne de couverture universelle.

Dans les pays distribuant un nombre fixe de moustiquaires par foyer, que ce nombre soit basé sur la taille moyenne du foyer ou sur le nombre d'occupants dans chaque foyer visité, les coupons peuvent être différenciés par une couleur ou par une image pour indiquer le nombre de moustiquaires par foyer.

Dans d'autres pays disposant d'un budget suffisant, deux visites sont effectuées dans chaque foyer

Exemple d'un coupon de moustiquaire au Sénégal

COUPON DE GRATUITE

Nom du Bénéficiaire :..... Nombre de MILDA :..... Agent recenseur :..... Date :..... Village :..... Signature Agent Signature Bénéficiaire	 Date :..... Suite à la constatation de l'existant, Monsieur/madame..... chef de ménage dans le village de....a droit à MILDA dans la cadre de la couverture universelle. Signature Agent Signature Bénéficiaire
--	--

en amont de la distribution. La première visite a pour objectif de recenser le foyer et de collecter des informations sur la population. Une fois l'information analysée et la stratégie d'allocation des MILD finalisée, la deuxième visite consiste à distribuer un coupon indiquant le nombre exact de moustiquaires dont un foyer peut bénéficier. Le Burundi a utilisé cette méthode pour ses campagnes de couverture universelle 2010 et 2011. Entre la première et la deuxième visite de foyer, la stratégie d'allocation des MILD a été révisée d'une MILD pour deux personnes à une limite de six MILD par foyer. La couleur du coupon indiquait le nombre de MILD auquel il ouvrait droit.

Dans certains cas, les pays peuvent avoir une connaissance plus précise de leurs carences en moustiquaires et peuvent :

- rediriger les MILD vers les zones à plus forte prévalence du paludisme afin d'assurer une pleine couverture et ne desservir les zones non couvertes qu'après mobilisation de MILD complémentaires
- détourner les moustiquaires de routine au profit de la campagne
- appliquer une stratégie d'allocation des MILD légèrement différente dans chaque partie du pays selon la prévalence du paludisme ou les taux de couverture de MILD

Exemple de coupon en Ouganda

 THE REPUBLIC OF UGANDA	
House Reg. No. _____ Village _____	
VHT Code _____	
Name of head of household _____	
Distribution Point _____	
Distribution date will be communicated	

ÉTUDE DE CAS PAYS

Au Burkina Faso, le nombre de moustiquaires qu'un foyer devait recevoir était indiqué sur chaque coupon. Au cours de l'analyse des données du recensement des foyers, le nombre de MILD s'est révélé insuffisant pour répondre au besoin répertorié en utilisant la stratégie d'allocation de MILD planifiée. Le pays a eu dû développer une stratégie de communication pour expliquer aux foyers que, si leur coupon indiquait un nombre de moustiquaires supérieur à trois, ils recevraient une moustiquaire de moins que le chiffre indiqué. Cette méthode a fonctionné au Burkina Faso pour gérer l'écart existant suite au recensement des foyers.

Des solutions similaires ont été développées au niveau de la communauté au Sénégal et au Mali. Dans certaines communautés, le nombre de moustiquaires a été plafonné à 10 par foyer, tandis que dans d'autres, il a été réduit d'un pourcentage global pour approvisionner tous les foyers.

De nombreux pays doivent gérer des écarts suite au recensement des foyers et doivent parvenir à une solution locale. Le plus souvent, ces solutions ne sont pas idéales en termes d'objectifs de « couverture universelle », mais elles permettent de faire face à la réalité opérationnelle de la distribution à un moment donné.

7.6 Distribution de MILD

Les MILD sont typiquement distribuées sur des sites fixes ou en porte-à-porte. Les deux méthodes de distribution peuvent être utilisées pour des campagnes intégrées ou indépendantes, ciblées ou de couverture universelle. Lorsque la distribution a lieu sur site fixe, l'organisation du site est une composante

critique pour la réussite de l'activité et la sécurité du personnel du site. Il est important de s'assurer que les sites urbains disposent du personnel suffisant et que des mesures de sécurité pour les marchandises et le personnel du site soient planifiées et budgétées. Le nombre de bénéficiaires qui peut être desservi par jour de manière réaliste devrait être défini au cours de la planification (voir Chapitre 3), afin d'organiser

Exemple d'un coupon du Sud Soudan



un nombre adéquat de sites en vue de minimiser les problèmes d'encombrement lors de la distribution de MILD.

Les activités de communication sont importantes pour garantir la pleine participation à la distribution de MILD et pour rappeler aux bénéficiaires le processus d'obtention des moustiquaires (ex : apporter le coupon, qui doit se présenter sur le site, etc.). Si les dates de la distribution de MILD ne sont pas indiquées sur le coupon, et même si elles le sont, il est important de diffuser des messages sur les dates de début et de fin, ainsi que sur les heures d'ouverture du site de distribution des MILD. Le Chapitre 3 (Planification) donne une vue d'ensemble des paramètres permettant de déterminer le nombre de sites de distribution de MILD. L'idéal serait de desservir 150 à 250 bénéficiaires par jour, mais le nombre de bénéficiaires se présentant sur les sites les premiers jours est généralement plus important, ce qui requiert une quantité de personnel relativement plus élevée.

Lorsque les MILD sont intégrées à une activité sanitaire plus vaste, comme la vaccination contre la rougeole et l'administration de vitamine A, la distribution sur site fixe est plus courante. La distribution de MILD en porte-à-porte peut être intégrée aux campagnes de vaccination contre la polio, mais le plus souvent, en raison des difficultés liées au transport des moustiquaires, les personnes ayant la garde des enfants vaccinés contre la polio reçoivent

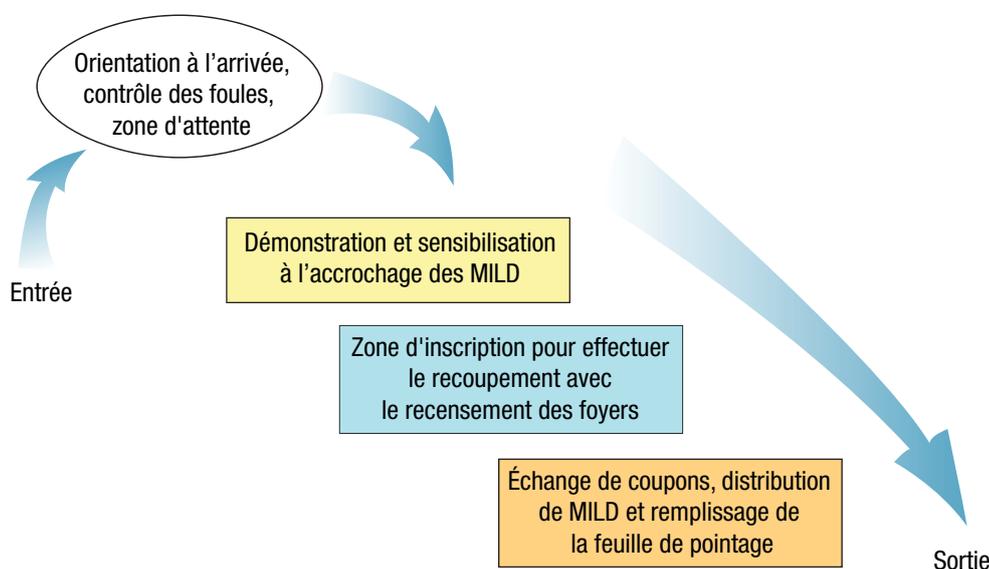
un bon qu'elles peuvent ensuite échanger contre une MILD sur des sites fixes.

Durant les campagnes intégrées ou indépendantes, les sites devraient être organisés de manière à assurer un flux systématique de la foule sur le site de distribution, avec une entrée et une sortie distinctes. La gestion des déchets issus de la distribution devrait être planifiée, y compris les déchets générés par les MILD (cerclage des balles, emballage des balles, coupons coupés, emballage des MILD si les bénéficiaires n'emmenent pas les emballages à domicile), ainsi que les seringues ou autres déchets médicaux issus des vaccinations ou autres interventions.

Les sites sélectionnés en tant que points de distribution devraient être connus des bénéficiaires et signalés par des affiches, des bannières ou autres méthodes. Lorsque c'est possible, les sites devraient être situés dans des zones ombragées, disposant d'installations sanitaires adéquates et distantes des zones de trafic important. Pour sécuriser les MILD, la zone de stockage devrait pouvoir être verrouillée, ou facilement protégée par des vigiles.

Pour les campagnes intégrées, il est important d'établir des postes distincts pour chaque intervention et d'installer les MILD en bout de parcours, afin que les bénéficiaires reçoivent toutes les autres interventions avant d'obtenir une MILD. Dans les campagnes intégrées, le site peut être structuré de la manière suivante :

Organisation d'un site de campagne indépendante



- **Zone d'attente :** dans les zones urbaines en particulier, il est important de disposer d'une zone en dehors du site de distribution où les personnes peuvent être organisées à l'arrivée, selon le volume de bénéficiaires entrant et sortant du site de distribution.
- **Table d'inscription :** souvent, les campagnes intégrées comportent des interventions qui ciblent des groupes d'âge spécifiques. La table d'inscription est l'endroit où les mères reçoivent une carte de campagne pour chacun de leurs enfants. Le nom et l'âge de l'enfant sont indiqués sur la carte de campagne, ce qui facilite le travail des équipes à chaque poste d'intervention où la carte sera cochée. Dans les campagnes intégrées ayant utilisé des cartes de campagne, celles-ci ont parfois également servi de coupons en cas de pénurie pendant la distribution : lorsqu'un enfant ne recevait pas de moustiquaire, la carte restait vierge pour une demande de MILD auprès de l'établissement de santé après la campagne. Lorsque la personne responsable de l'enfant conserve la carte de campagne, celle-ci peut être utilisée au cours des activités ou enquêtes post-campagne afin de vérifier les interventions dont un enfant a bénéficié.
- **Postes d'intervention :** chaque intervention devrait être séparée des autres, de sorte que les mères puissent identifier clairement les différentes équipes et ne manquent aucun poste. À chaque

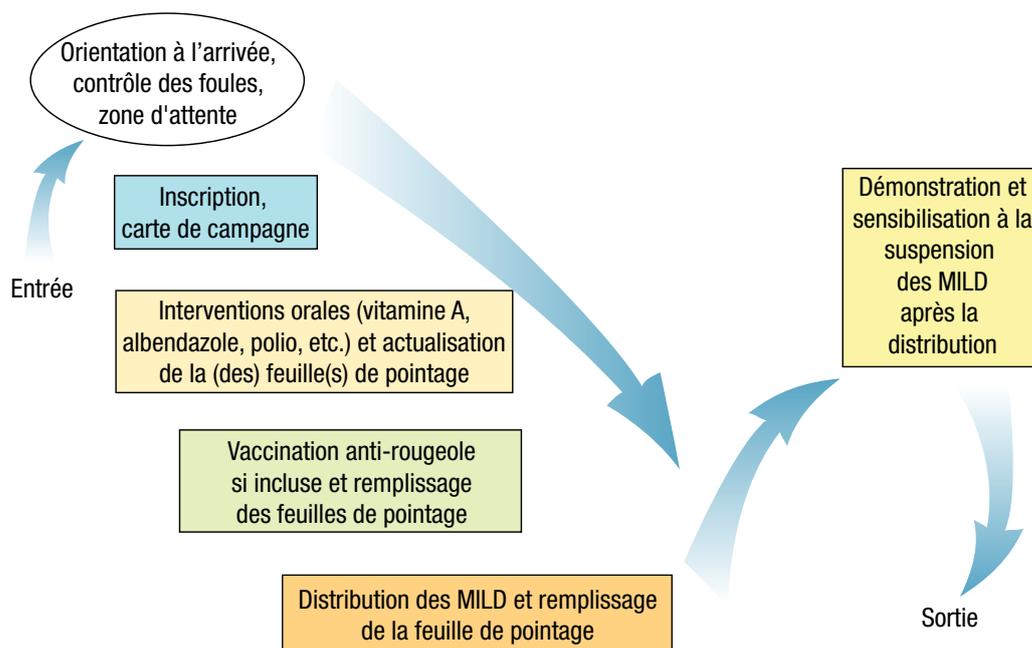
poste, l'équipe notera que l'enfant a bénéficié de l'intervention, et remplira les feuilles de pointage utilisées pour comptabiliser les marchandises.

- **Distribution de MILD :** les MILD sont positionnées en dernier sur le site de la campagne et la moustiquaire n'est octroyée que lorsque les enfants ciblés ont reçu toutes les autres interventions.
- **Éducation sur la santé :** de nombreux pays prévoient également une zone d'éducation sanitaire où des messages sont diffusés sur l'importance des services de santé de routine (comme l'administration de vitamine A et l'administration de la série de vaccins pour les enfants de moins d'un an), l'installation des MILD et le suivi des enfants en cas d'effets secondaires liés aux vaccins ou autres interventions.

Dans le cadre d'une distribution indépendante de MILD, les structures et les postes du site peuvent inclure :

- **Zone d'attente :** comme décrite précédemment. C'est un bon endroit pour installer la zone d'éducation sur la santé. Pendant qu'ils attendent leur tour, les bénéficiaires constituent un auditoire captif, qui peut assister à une présentation sur les méthodes de prévention et de traitement du paludisme, ou visualiser une démonstration sur

Organisation d'un site de campagne intégrée



la façon d'accrocher et d'entretenir une MILD. Dans certains cas, les coupons sont cochés à la fin de la session d'éducation. De cette manière, les distributeurs savent si les bénéficiaires ont assisté à la session avant de leur octroyer des MILD.

- **Table d'inscription :** lorsque la stratégie de mise en œuvre inclut un contrôle par recoupement des numéros de coupons et des formulaires de recensement des foyers, une table d'inscription peut être nécessaire. Notez que cette méthode peut entraîner un retard cumulé et des files d'attente si elle n'est pas bien organisée.
- **Distribution de MILD contre un coupon :** le poste principal sera le lieu où les bénéficiaires échangeront leurs bons contre des moustiquaires. Une boîte devrait être utilisée pour collecter les coupons des bénéficiaires afin de permettre un contrôle par recoupement des coupons et des numéros figurant sur les feuilles de pointage et les feuilles de stockage. À réception du coupon, le nombre de moustiquaires indiqué devrait être remis au bénéficiaire et la feuille de pointage actualisée en conséquence. Deux bénévoles devraient être employés, l'un pour recueillir les coupons et/ou enregistrer les bénéficiaires, et, l'autre pour distribuer les MILD et remplir la feuille de pointage. Les coupons ne devraient pas être détruits par le personnel du site, mais conservés et remis au superviseur du site par mesure de sécurité jusqu'à ce que la campagne de distribution de MILD soit terminée et que les données de la campagne aient été validées. Les emballages des MILD devraient être ouverts / coupés avant remise aux bénéficiaires afin de dissuader la revente.



Tchad, © MENTOR Initiative

Tout le personnel du site de distribution doit être formé pour assurer un bon fonctionnement du site et éviter les problèmes. Le personnel du site doit être protégé, tout comme les bénéficiaires. Il est plus difficile de résoudre les problèmes sur le terrain une fois que la foule est sur place. Lorsque des problèmes se produisent, il est important que le superviseur du site les gère rapidement et de manière appropriée. Si un problème se poursuit ou s'amplifie, il peut être nécessaire de fermer complètement le site afin d'effectuer les modifications dans l'organisation du site avant la réouverture le jour suivant. Les problèmes de contrôle des foules, notamment dans

Exemple de cartes de campagne



Carte de la campagne intégrée : rougeole, poliomyélite, moustiquaires imprégnées d'insecticide, vitamine A et albendazole

Village/Quartier : _____

Prénoms et nom : _____ Age : _____

		6-11 mois		12-23 mois
0-59 mois	0-59 mois	12-59 mois	0-59 mois	24-59 mois
Moustiquaires	Polio	Vitamine A	Rougeole	Albendazole

les zones urbaines, peuvent rapidement dégénérer s'ils ne sont pas anticipés, planifiés et gérés sur le moment.

Distribution en porte-à-porte

Dans certains pays, la distribution de MILD est effectuée en porte-à-porte. Le personnel formé enlève les MILD dans un point de stockage au niveau du village et se rend dans chaque foyer pour distribuer le nombre de moustiquaires requis. Au cours des visites, les moustiquaires sont généralement accrochées dans les foyers à l'aide des outils qui ont été fournis aux bénévoles (clous, ficelle, marteaux, crochets, etc.). La micro-planification logistique doit être méticuleuse pour la distribution en porte-à-porte : les moustiquaires doivent être stockées au plus près du lieu d'intervention, car le personnel ne peut pas transporter un grand nombre de moustiquaires en même temps et devra procéder à des réapprovisionnements en cours de journée.

ÉTUDE DE CAS PAYS

Dans le Nord du Ghana, les moustiquaires avaient été pré-positionnées de façon précise suite à l'activité préalable de recensement des foyers. Pour l'accrochage, une équipe de deux bénévoles est allée chercher des moustiquaires sur les sites de pré-positionnement, ainsi que des clous, un marteau, des cordes en nylon, des ciseaux et un tampon encreur pour les empreintes de doigts des bénéficiaires qui n'étaient pas en mesure de signer. Ils ont identifié les maisons des bénéficiaires à partir des données du recensement et coché les feuilles de pointage pour le suivi des moustiquaires suspendues. À domicile, ils ont salué les membres du foyer dans le respect des règles de courtoisie habituelles pour avoir l'autorisation d'accéder aux couchages et d'installer les moustiquaires. Après avoir montré comment suspendre les moustiquaires, et transmis les messages CCC qu'on leur avait enseigné, les bénévoles ont plié les moustiquaires suspendues et informé les membres du foyer qu'elles ne devraient pas être dépliées et utilisées jusqu'au jour suivant afin d'éviter toute irritation de la peau ou des yeux.

Une distribution en porte-à-porte présente l'avantage d'assurer une installation immédiate des moustiquaires et de favoriser la communication interpersonnelle et l'échange de questions-réponses entre le personnel

formé et le ménage. Les possibles inconvénients d'une distribution de moustiquaires en porte-à-porte sont une lourde charge de travail pour le personnel, des irritations éventuelles de la peau ou des yeux si les moustiquaires ne sont pas aérées pendant 24 heures avant utilisation et une logistique complexe. Si le personnel n'est pas bien formé et supervisé, y compris le personnel responsable des sites de stockage les plus bas, la distribution en porte-à-porte peut conduire à augmenter la « fuite » de MILD, soit du fait d'une disparition des MILD en raison des nombreux transports de petites quantités de moustiquaires par les bénévoles, soit du fait d'un suivi incorrect des mouvements des MILD dans les outils de gestion logistique.

Au moment de la rédaction de cette boîte à outils, il n'est pas prouvé que la distribution en porte-à-porte soit plus efficace pour augmenter les taux d'accrochage des MILD.

Comptabilisation des moustiquaires et gestion des ruptures de stock

La feuille de pointage est un outil clé de la gestion logistique. C'est un outil important tant pour les aspects programme que logistiques de la campagne pour garantir un bon suivi (se reporter au Chapitre 5). Les feuilles de pointage peuvent être recoupées avec les formulaires d'entrée et de sortie de stock au point de stockage, ainsi qu'avec le nombre de bons échangés contre des MILD. Les feuilles de pointage fournissent un moyen d'évaluer les quantités distribuées et le stock restant, ce qui permet aux superviseurs du site d'informer rapidement les niveaux supérieurs en cas de ruptures de stock ou de surplus de MILD éventuels.

Par le passé, les feuilles de pointage étaient conçues de sorte qu'un cercle sur le formulaire équivalait à une MILD distribuée à un bénéficiaire. Ces feuilles de pointage restent les plus simples, et par conséquent, les plus précises, parmi toutes les feuilles de pointage actuellement utilisées (se reporter à la Ressource R7-46). Dans les campagnes récentes de couverture universelle, certains pays ont modifié la feuille de pointage en faveur d'une version dans laquelle le nombre de MILD reçues est indiqué (ex : si un foyer reçoit quatre MILD, un cercle est dessiné sous la colonne intitulée « 4 »). Comme la logique de ces méthodes alternatives est moins implicite (par opposition à un cercle équivalent à une moustiquaire), le risque d'erreur de saisie est beaucoup plus élevé. Lorsque des versions alternatives des feuilles de

pointage sont utilisées (se reporter à la Ressource R7-35), il est important que le personnel du site de distribution s'entraîne à les remplir au cours des sessions de formation.

La gestion des ruptures de stocks de MILD et le repositionnement des MILD en cours de période de distribution constituent un élément important à prendre en compte dès le début de la planification. Les ruptures de stock sont courantes et sont typiquement liées à un mauvais pré-positionnement des MILD, possiblement lié à l'utilisation des données de micro-planification plutôt que des données plus précises de recensement des foyers. Cependant, les ruptures de stock peuvent également être liées aux actions du personnel du site de distribution si la stratégie d'allocation des MILD n'est pas bien comprise ou si les règles définies ne sont pas respectées. Dans certains cas, les ruptures de stock peuvent être évitées en anticipant les journées de forte fréquentation (ex : week-ends, jours de marché, premier jour de distribution) et en s'assurant que des stocks supplémentaires soient disponibles. C'est particulièrement pertinent pour les sites qui ne disposent pas d'un espace sécurisé suffisant pour stocker la quantité de MILD qui leur est allouée pour toute la période de distribution, et qui requièrent donc des livraisons quotidiennes et des réapprovisionnements.

Un processus d'alerte devrait être établi concernant les ruptures de stock de moustiquaires, afin que les superviseurs de site fassent preuve de clarté et de cohérence dans leur façon de gérer la situation. Normalement, les données de synthèse quotidienne peuvent être utilisées pour évaluer les stocks existants et le nombre de bénéficiaires attendus, de sorte que les ruptures de stock éventuelles puissent être signalées à l'équipe de district responsable du suivi de la situation dans les établissements de santé. (Se reporter aux Ressources R7-47 à R7-51). Si cela est fait, les MILD peuvent être déplacées dans la soirée pour éviter des ruptures de stock lors de la distribution du jour suivant. Souvent, cependant, les ruptures de stock ne sont pas anticipées et se produisent de manière aléatoire. Chaque superviseur de site devrait savoir quelle personne contacter si un problème de ce type se produisait sur le site.

La communication est très importante en cas de rupture de stock, qu'elle soit réelle (plus aucune moustiquaire n'est disponible) ou liée au pré-positionnement

(des moustiquaires sont disponibles, mais pas sur ce site particulier, à ce moment précis). Lorsque les bénéficiaires disposent de coupons ou d'autres systèmes d'identification, des messages clairs doivent être diffusés sur la nécessité de réapprovisionner et sur le fait que les bénéficiaires seront informés dès que de nouvelles moustiquaires seront disponibles. Si les bénéficiaires ne disposent pas d'un coupon ou d'un autre système d'identification (ex : enfant de moins de cinq ans), il peut s'avérer nécessaire d'établir une liste de suivi à utiliser une fois le problème de disponibilité des MILD résolu.

Même si la supervision est importante pendant toute la période de distribution, elle l'est particulièrement dans les premiers jours, au moment où les problèmes sont les plus susceptibles de se produire. Les superviseurs de site doivent être actifs et alertes quant à l'apparition de problèmes éventuels, et les superviseurs des autres niveaux (district, régional, central) doivent prévoir des visites des sites problématiques et l'assistance nécessaire pour mener à bien la distribution. Un rapport de distribution final devrait être complété par les superviseurs (se reporter aux Ressources R7-52 et R7-53).

Gestion des déchets

De plus amples informations sur les recommandations de traitement des déchets sont disponibles au Chapitre 3^f. Pour la sécurité des bénéficiaires et du personnel du site, il est important que la formation intègre la gestion des déchets. L'élimination des déchets, notamment des matériaux non-biodégradables imprégnés d'insecticide, tels que les emballages de MILD en plastique, doit être anticipée.

7.7 Gestion de données

La collecte et la gestion des données sont primordiales dans toutes les phases d'une campagne, de la planification et de la formation initiales à la mise en œuvre et au suivi, et peuvent être problématiques compte-tenu du volume de données qui doit être collecté. Les pays sous-estiment toujours la durée, la formation et la quantité de travail requises pour garantir une collecte systématique et une bonne gestion des données.

Au cours de la formation par exemple, les données collectées indiqueront le nombre de personnes formées, les dates de formation, les résultats de toutes

les évaluations des participants (ex : tests-bilan), etc. L'analyse des données donnera une indication de l'efficacité du processus de planification et de la qualité de la formation, et devrait apporter un retour d'informations pour la mise en place, si nécessaire, d'actions correctives immédiates, ainsi que des enseignements pour l'avenir.

Avec le passage de la couverture ciblée à la couverture universelle, compte tenu de la nécessité de déterminer les besoins et d'identifier les bénéficiaires, les exigences en termes de collecte et de gestion des données ont augmenté de manière significative. À titre d'exemple, pour la collecte des données liées aux activités de recensement des foyers dans un pays d'une population de 10 millions de personnes, avec environ 2 127 660 foyers et une période de recensement des foyers prévue de 10 jours au rythme de 25 foyers par jour, plus de 8 500 bénévoles seraient requis, chacun disposant d'une feuille de recensement des foyers distincte pour chaque jour (85 000 feuilles de papier).

Recensement des foyers

Les informations collectées au cours du recensement des foyers sont critiques pour la distribution de MILD, car elles sont utilisées pour le pré-positionnement des MILD. Les bénévoles collecteront les informations sur une base quotidienne, et plus tôt les informations seront synthétisées et envoyées au niveau où elles seront tout d'abord compilées (en général l'établissement de santé), plus vite la synthèse des données pourra commencer. Les superviseurs devront collecter quotidiennement les informations synthétisées par les bénévoles sous leur responsabilité et les transmettre au personnel de l'établissement de santé en charge de la gestion des données. Les données peuvent être transférées par un appel téléphonique ou via un SMS. Lorsque cela est possible et qu'un nombre suffisant de bénévoles possède des téléphones portables, un pays peut former des bénévoles à envoyer l'information directement par SMS, mais cela dépendra, entre autres facteurs, de la couverture réseau.

Quels que soient le mode de transmission des données et le niveau auquel l'information est envoyée, il est important de disposer d'un modèle préétabli et d'un calendrier de compte-rendu pour la gestion des données à chaque niveau (se reporter aux Ressources R7-38, R7-39, R7-40, R7-41 et R7-43). Même si les établissements de santé peuvent avoir besoin de travailler à partir du papier, dans de nombreux pays,

des ordinateurs sont disponibles aux niveaux régional et des districts, et dès qu'il est possible d'utiliser un système électronique pour compiler les données, cette option doit être privilégiée pour accélérer le processus.

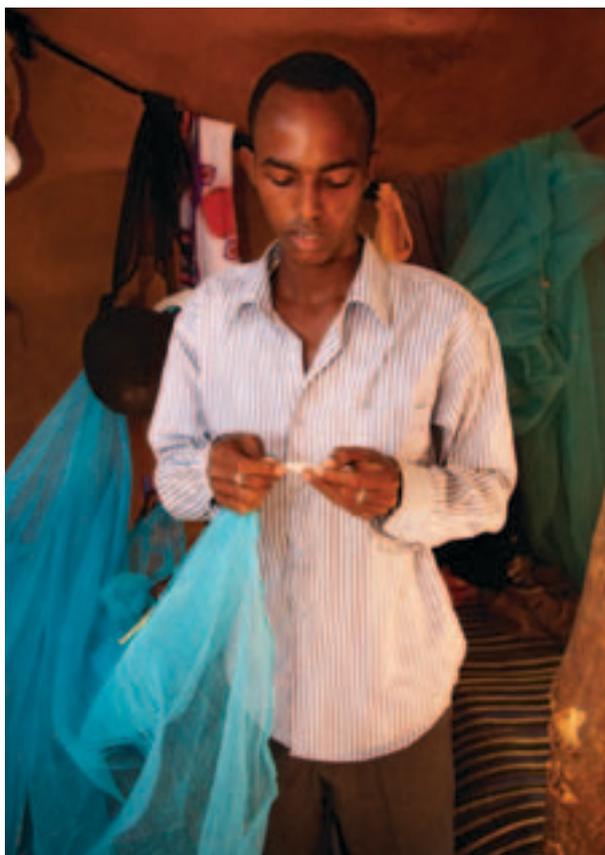
Il est recommandé de prévoir un minimum de deux à trois semaines pour la compilation et la synthèse des données à partir du recensement des foyers. Lorsque les données du recensement des foyers sont utilisées pour le pré-positionnement des MILD, le temps requis pour déplacer les MILD vers les points de distribution doit être déterminé avec le sous-comité logistique avant de fixer les dates de distribution.

Distribution de MILD

Les informations collectées au cours de la distribution de MILD sont importantes pour générer des informations de couverture administrative et permettre des modifications dans la livraison de MILD (ou autre intervention) afin d'augmenter la portée de la campagne. Les informations des feuilles de pointage sur les sites de distribution devraient être synthétisées quotidiennement par les superviseurs de site et transmises à l'établissement de santé ou au personnel des districts en charge de la gestion des données. Le personnel de l'établissement de santé ou des districts devrait être en mesure de comparer les totaux quotidiens des sites de distribution avec le nombre de bénéficiaires prévus pour vérifier l'avancée de la distribution. Cet examen peut mettre en évidence un besoin de réapprovisionnement des sites, y compris une redistribution des produits entre sites. Lorsque le nombre de bénéficiaires servis est plus faible que prévu, il peut être nécessaire d'augmenter les efforts de communication ou de déplacer le site à un autre endroit afin d'augmenter la couverture des interventions fournies (se reporter aux Ressources R7-48 à R7-51 pour consulter des exemples de données compilées de distribution de MILD).

Accrochage

Si la stratégie d'accrochage implique des visites en porte-à-porte par les bénévoles ou les professionnels de santé de la communauté, souvent des données sont collectées concernant chaque foyer, l'accrochage et l'utilisation de leurs moustiquaires. Lorsque les bénévoles aident physiquement les bénéficiaires à installer leur moustiquaire (en complément des explications), il peut être important d'enregistrer le nombre de moustiquaires que le bénévole a aidé à



Tchad. © MENTOR Initiative

suspendre afin d'évaluer la valeur ajoutée de l'activité. Les données d'accrochage sont souvent considérées comme moins importantes, car elles n'ont pas une incidence directe sur la distribution de MILD d'autant que le personnel de la campagne est fatigué à la fin des activités. Cependant, les données d'accrochage peuvent être très utiles pour cibler des interventions complémentaires, nécessaires pour augmenter les taux d'accrochage ou d'utilisation des MILD distribués.

Suivi et évaluation

Pendant chaque phase d'activité, un suivi devrait avoir lieu parallèlement à la supervision. Le suivi des données prendra souvent la forme de résultats d'enquêtes rapides conduites pour évaluer la couverture de l'activité. Les données de suivi doivent être collectées, analysées et débattues lors des réunions de supervision quotidiennes pour déterminer des actions à mettre en œuvre. Les données de suivi sont importantes pour orienter les changements pendant la mise en œuvre de l'activité, afin d'améliorer la qualité, la couverture, ou les deux. Dans la plupart des cas, les données de suivi ne sont pas transmises via le système. Les informations sont principalement utilisées pour effectuer des améliorations au jour le jour dans la mise en œuvre de l'activité.

Pour des informations plus détaillées sur le suivi et l'évaluation, consulter le Chapitre 8.

7.8 Activités d'accrochage

Les activités d'accrochage peuvent revêtir différentes formes, comme évoqué au Chapitre 3. La stratégie d'accrochage devrait être définie au début de la période de planification et devrait refléter la situation connue en matière d'accrochage et d'utilisation de MILD dans les foyers, et les ressources disponibles pour soutenir cette activité. Lorsque le taux d'utilisation est élevé, les campagnes d'accrochage en porte-à-porte peuvent ne pas être nécessaires et la communication par les médias de masse, combinée aux messages des leaders de la communauté et traditionnels au cours d'événements spécifiques peuvent être suffisants. Dans de nombreux pays, les taux d'accrochage et d'utilisation des MILD sont faibles et les autres actions, telles que les campagnes d'accrochage en porte-à-porte pour aider les bénéficiaires à bien installer les moustiquaires, sont utiles pour améliorer l'utilisation des moustiquaires.

Les campagnes d'accrochage impliquent souvent des visites en porte-à-porte peu de temps après la campagne de distribution massive. Les bénévoles formés se rendent dans les foyers pour les aider à suspendre leurs moustiquaires si cela n'est pas déjà fait. Les bénévoles informeront également les membres des foyers sur la manière d'utiliser, d'entretenir et de réparer les moustiquaires. De nombreux pays ont mené des campagnes d'accrochage dans la première semaine suivant la distribution, mais celles-ci peuvent également être planifiées ultérieurement à un moment adéquat (comme le début de la saison des pluies) afin d'améliorer les taux d'utilisation. Quelques foyers auront besoin d'une assistance physique pour suspendre les moustiquaires, les bénévoles devraient donc être munis des outils nécessaires (ex : marteau, clous, ficelle et de stratégies d'installation créatives pour les configurations de couchage peu conventionnelles). Dans certains cas, les clous et la ficelle peuvent faire partie des spécifications des MILD au moment de l'approvisionnement et seront déjà fournis dans l'emballage des MILD.

Les bénévoles doivent être en nombre suffisant pour atteindre tous les foyers du groupe cible. Les bénévoles doivent être formés à la diffusion de messages corrects et cohérents, et au remplissage systématique des

formulaire de suivi. Il est primordial de superviser les activités. Un aide-mémoire (se reporter aux Ressources R7-26 à R7-28) devrait être développé et utilisé pendant la formation et par chaque bénévole lors de la réalisation des tâches qui lui sont affectées. Si possible, les superviseurs devraient observer les bénévoles lors de la visite des foyers et devraient s'assurer qu'ils remplissent les formulaires d'accrochage correctement. Les formulaires de visite de foyer propres à l'accrochage (se reporter aux Ressources R7-54 et R7-55) sont importants pour améliorer la compréhension de la situation au niveau des foyers en termes d'accrochage et d'utilisation des MILD. Ils sont également importants pour illustrer la valeur ajoutée apportée par les visites des bénévoles, car le formulaire est censé contenir le nombre de moustiquaires suspendues au début de la visite et le nombre de moustiquaires suspendues par les bénévoles dans les foyers. La supervision des activités des bénévoles pendant la phase d'installation peut comprendre la visite d'un foyer ayant reçu la visite d'un bénévole pour s'assurer que les bonnes actions ont été engagées et les bons messages véhiculés. Un formulaire de suivi (se reporter aux Ressources R7-56 et R7-57) est utile pour garantir l'évaluation des mêmes éléments par les superviseurs.

L'activité d'accrochage est principalement un exercice de communication permettant de sensibiliser les foyers à l'utilisation, l'entretien et la réparation des moustiquaires, et diffusant des informations complémentaires en termes d'éducation sur la santé. Se reporter au Chapitre 6 pour des suggestions complémentaires concernant les campagnes d'accrochage.

7.9 Supervision et suivi

Les superviseurs et contrôleurs à tous les niveaux observeront une tâche ou activité particulière réalisée par d'autres personnes afin de s'assurer de sa bonne exécution, et décideront de mesures correctives si nécessaire.

La supervision systématique et le contrôle de toutes les activités avant, pendant et après la campagne sont des facteurs clés de succès.

Supervision

Pour assurer la cohérence tout au long de la campagne, des fiches de supervision devraient être élaborées au niveau central pour toutes les activités ayant lieu avant, pendant et après la campagne. Les fiches à utiliser avant la campagne devraient permettre de confirmer le bon avancement des préparatifs et la mise en place des marchandises et éléments de la chaîne d'approvisionnement. Le Chapitre 5 décrit les étapes nécessaires afin de s'assurer que les préparatifs pour la gestion du transport et du stockage soient en place et que les MILD atteignent les sites de distribution en temps voulu.

Enquêtes de suivi rapides

Une enquête de suivi rapide est un outil programmatique non scientifique permettant de déterminer rapidement si la population cible est atteinte par la campagne et d'identifier tout écart significatif dans la couverture. À l'origine, c'est l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) qui a développé cette stratégie d'évaluation par les autorités de contrôle à utiliser dans les campagnes de vaccination contre la poliomyélite et la rougeole. Les programmes de lutte contre le paludisme intégrant la distribution de MILD aux campagnes de vaccination infantile ont ensuite adapté ces méthodes pour identifier également les écarts en MILD. Pendant et immédiatement après les campagnes, les superviseurs identifient les zones présentant un risque élevé de faible couverture en raison de difficultés d'accès, d'une mauvaise performance des équipes de campagne, d'une mobilisation sociale inadéquate et d'autres facteurs. Ils mènent ensuite des études d'opportunité pour identifier 20 foyers qui auraient dû participer à la campagne. Si deux foyers ou plus ont été omis pendant le recensement des foyers, les équipes peuvent alors parcourir de nouveau la zone pour répéter les activités de communication et gérer les foyers ou individus manquants. Si deux foyers ou plus ont reçu des quantités de moustiquaires insuffisantes par rapport aux recommandations de la campagne, les superviseurs devraient aborder ce point avec l'équipe locale pour déterminer quelles actions engager, s'il y a lieu, pour combler les lacunes. Il en va de même pour l'accrochage des MILD dans les foyers. Le suivi rapide ne produit pas des résultats de couverture valides statistiquement. Cependant, en tant qu'outil de supervision, il peut être très utile pour identifier les zones mal desservies et valider la couverture.⁸

Fiche de supervision des activités clés de la campagne

Ces fiches rappellent aux contrôleurs et superviseurs les activités clés de la campagne à observer avant, pendant et après la campagne. Les fiches de supervision se focalisent normalement (sans toutefois s'y limiter) sur :

Activités	Points d'attention
Micro-planification	Coordination Population cible Besoins en MILD Besoins en personnel Logistique Communication Carte
Activités de formation	Supports de formation (ex : manuels, formulaires de données pour sessions pratiques) Couverture du contenu Animation Connaissances et compréhension des stagiaires
Communication	Calendrier des activités ayant lieu avant, pendant et après la campagne Activités de mobilisation sociale Supports IEC, leur diffusion auprès de et leur utilisation par les acteurs appropriés Diffusion de spots radio / télévision Compréhension des messages par les publics cibles
Recensement des foyers	Information transmise aux membres du foyer et comprise Algorithme d'allocation correctement appliqué par le bénévole Collecte des données Transmission des données
Logistique	Entreposage des moustiquaires Sécurité des moustiquaires Transport des moustiquaires Arrivée des moustiquaires et autres marchandises aux niveaux inférieurs
Organisation et gestion du site	Accessibilité Identification Zone d'attente Ombre Sanitaires Table d'inscription Postes d'intervention Gestion des déchets Éducation / communication sur la santé Marchandises et équipement Transport pour les superviseurs Sécurité du personnel
Distribution de MILD	Contrôle des foules et des flux Remplissage des feuilles de pointage Contrôle des stocks Activités de communication Gestion des déchets
Accrochage	Information / assistance / communication aux foyers Collecte des données Transmission des données

Se reporter aux Ressources R7-58 à R7-64 et R7-34 pour consulter des exemples de fiches de supervision.

Exemple de fiche de supervision

LLIN MASS DISTRIBUTION CAMPAIGN	
Northern Region 3-9, May 2010	
	This house received an LLIN(s): # _____
	An LLIN was hung correctly in the house.
	A supervisor came to see if the LLIN was hung up correctly.
	Information about LLIN use was provided by a community health worker.
	Information was provided to bring children to the clinic to receive Child Health Promotion Week services.
Child Health Promotion Week 10-14, May 2010	
	

7.10 Recommandations clés pour la mise en œuvre

- Afin d'obtenir des informations suffisamment précises en temps voulu au niveau opérationnel, il est recommandé, dès que le plan d'action est validé au niveau central, de commencer la communication initiale aux niveaux opérationnels et de libérer les fonds pour la micro-planification.
- Une fois finalisés et validés au niveau central ou régional, le micro-plan et le budget approuvés doivent être renvoyés aux districts et établissements de santé afin que tous les intervenants se basent sur le même micro-plan au moment de la mise en œuvre.
- Il est important d'établir des critères de sélection du personnel, et de s'assurer qu'ils soient respectés systématiquement.
- Pour la formation, dans la mesure du possible, les pays devraient essayer de limiter le nombre de cascades et veiller à ce qu'un contenu standard soit transmis tout au long de la chaîne pour améliorer la qualité de la formation. Il est également important d'inclure dans la formation un système de test-bilan, afin de vérifier les connaissances et la compréhension des participants et d'évaluer la qualité de la formation elle-même.
- Le nombre de participants à chaque session de formation devrait être limité afin de garantir un environnement de formation propice aux questions / réponses, aux discussions plénières et aux exercices pratiques, tels que les jeux de rôle ou simulations.
- Les données collectées au cours du recensement des foyers devraient se limiter aux données pertinentes pour la campagne. Toute information complémentaire collectée augmente le risque d'erreur par les bénévoles et la complexité de la synthèse des données.
- Les pays sous-estiment systématiquement le temps, la formation nécessaire et le volume de travail requis pour s'assurer de la bonne gestion des données collectées. Il est recommandé de prévoir un minimum de deux à trois semaines pour la compilation et la synthèse des données issues du recensement des foyers. Lorsque les données du recensement des foyers sont utilisées pour pré-positionner les MILD, le temps requis pour déplacer les MILD vers les points de distribution doit être déterminé avec le sous-comité logistique avant de fixer les dates de distribution.

Notes de fin

- a. Reproduction autorisée par le Programme National de lutte contre le Paludisme de Côte d'Ivoire.
- b. Source : Ministère de la Santé du Togo.
- c. La logistique et la communication sont également des activités clés tout au long de la campagne. Les besoins en formation correspondants sont abordés dans les Chapitres 5 et 6.
- d. La couverture intra-ménage sera plus faible avec un arrondi vers le bas qu'avec un arrondi vers le haut. Se reporter à Kilian A, Boulay M, Koenker H, Lynch M, *How many mosquito nets are needed to achieve universal coverage? Recommendations for the quantification and allocation of long-lasting insecticidal treated nets for mass campaigns*. Journal du paludisme 2010 9:330. Consulter : www.malariaconsortium.org/userfiles/file/Malaria%20resources/Netscoverage_malariajournal.pdf
- e. « Lorsque deux moustiquaires sont allouées aux foyers, le pourcentage de foyers recevant une moustiquaire pour deux membres du foyer se situe entre minimum 11,3 pour cent et maximum 35 pour cent. Lorsque trois moustiquaires sont allouées, le pourcentage de foyers recevant une moustiquaire pour deux membres du foyer se situe entre 15,7 et 43,3 pour cent. Dans presque tous les pays, l'allocation de deux moustiquaires par foyer représente une quantité insuffisante pour atteindre la couverture universelle. Toutefois, l'allocation de trois moustiquaires constitue une quantité supérieure aux besoins des foyers, ce qui revient à une utilisation inefficace des ressources. » Ibid.
- f. Se reporter également aux recommandations intermédiaires de l'OMS (Plan mondial de lutte contre le paludisme de l'OMS - avant-projet).
- g. Consulter également Luman E et al. *Use and abuse of rapid monitoring to assess coverage during mass vaccination campaigns*. Bulletin OMS Septembre 2007 : 85(9): 651. Se reporter à : www.ncbi.nlm.gov/pmc/articles/PMC2636402