

Étude de cas : Rwanda

Distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) durant la pandémie de Covid-19

I. RÉSUMÉ

Principaux facteurs favorables à la poursuite de la campagne de distribution massive durant la pandémie de Covid-19

- **Un réseau actif d'agents de santé communautaires** qui ont permis la poursuite de la campagne durant la pandémie. Ces agents étaient chargés du transport des MII depuis les centres de santé vers les communautés, ainsi que de leur distribution aux ménages. Au départ, dans les 17 districts – sur 30 au total - non couverts par la distribution de MII avant la survenue de la pandémie, le Centre biomédical du Rwanda (RBC) avait prévu de mobiliser 5 332 agents de santé communautaires sur 1 333 sites de distribution fixes. Mais, du fait de la pandémie, 32 505 agents ont été déployés au total à l'appui de la mise en œuvre de la campagne, qui a fait l'objet d'une stratégie de distribution communautaire.
- **Engagement et coordination de hauts responsables** du gouvernement du Rwanda et des entités partenaires aux fins de garantir que les MII parviennent aux ménages ciblés. Les partenaires se sont concertés pour assurer une distribution fluide des MII. Le transport des MII a été réalisé par le RBC, par le truchement de l'organisme d'approvisionnement médical du Rwanda/de la police nationale du Rwanda, pour les MII provenant du Fonds mondial, et par le Programme mondial d'approvisionnement médical/gestion des achats et de l'approvisionnement (GHSC-PSM) pour les MII provenant de l'Initiative présidentielle des États-Unis contre le paludisme (PMI). L'entreposage et la coordination du transport des MII depuis le niveau central vers les centres de santé ont été gérés par l'organisme d'approvisionnement médical du Rwanda, et la planification et la coordination de la campagne par la Division Paludisme et autres maladies parasitaires (MOPDD) du RBC. La distribution des MII aux ménages relevait quant à elle de la responsabilité des hôpitaux de district et des centres de santé, au travers du réseau des agents de santé.
- **Des sources de financement flexibles** ont permis d'adapter la méthode de mise en œuvre au contexte du Covid-19. La stratégie de campagne est passée d'une distribution sur sites fixes à une distribution en porte à porte assurée par le réseau des agents de santé. Ce changement de stratégie a nécessité un budget supplémentaire pour couvrir les frais encourus par l'ensemble des agents. Grâce à cette rallonge budgétaire, les MII ont pu être distribuées à tous les ménages ciblés.

Réalisations

- **Couverture de tous les ménages ciblés.** Le nombre de moustiquaires distribuées représente 103,7 % de la population ciblée au départ dans les macro-plans, et le taux de couverture administrative (ménages ayant reçu des MII) s'élève à 97,1 %. Les Centres de santé se sont servis d'une liste à jour des ménages indiquant le nombre exact de leurs membres, ainsi que le nombre de couchages dont ils disposaient. Ils ont ainsi pu déterminer comment arrondir le nombre de moustiquaires à distribuer aux ménages accueillant un nombre impair de personnes. Par exemple, les ménages comptant cinq membres et deux couchages ont reçu deux MII, mais s'ils disposaient de trois couchages, trois MII leur ont été distribuées. Les situations où ce nombre a été arrondi à l'unité supérieure étaient bien plus nombreuses, ce qui explique les 6 % de différence entre le nombre de MII distribuées et le nombre de ménages ayant reçu des MII au cours de cette distribution.

- **Une campagne menée à terme avec succès dans le respect des mesures de prévention contre le Covid-19.** Des réunions virtuelles ont été organisées avec les dirigeants locaux, les séances de formation étaient plus nombreuses et accueillaient moins de participants, etc. En outre, des équipements de protection individuelle (EPI) ont rapidement été achetés et mis à disposition.

Enseignements tirés et recommandations

- **Il est nécessaire de se doter d'une stratégie de supervision des distributions en porte à porte réalisées par les agents de santé communautaires.** Si le réseau des agents de santé communautaires a permis d'adapter rapidement la stratégie tout en garantissant un niveau élevé de redevabilité au sujet des MII et une utilisation efficace des ressources, il a cependant été difficile de superviser complètement les 32 505 agents mobilisés pour la campagne. À l'avenir, les campagnes devraient viser à garantir la mise en place d'une structure spécifique qui permette de mieux superviser les distributions en porte à porte et d'instaurer des mesures correctives le cas échéant.
- **La rémunération des agents chargés de la mise en œuvre de la campagne au moyen de transferts d'argent par téléphone mobile (sur la plateforme MTN) a entraîné des difficultés variées,** car dans certains cas, l'identité et le numéro de téléphone enregistrés ne correspondaient pas aux personnes mobilisées aux fins de la campagne. Les numéros de portable des agents devraient être vérifiés auprès de MTN avant la campagne afin de garantir l'enregistrement des agents et le contrôle de leurs informations d'identification et, ainsi, de respecter les délais de paiement.
- **En raison des retards de livraison des MII** aux centres de santé et de distribution dans les communautés que la pandémie a engendrés, seuls 26 districts sur 30 ont été couverts conformément aux dates de distribution initialement prévues. Dans les quatre districts restants, la distribution s'est achevée en novembre 2020. Les retards de livraison aux centres de santé sont attribuables au processus d'inspection physique de toutes les MII livrées, conformément à la norme ISO 2859-1, aux spécifications nationales relatives aux MII et aux recommandations en matière d'inspection, qui a été réalisé par le RBC.
- **Du fait de la faible participation des communautés** lors des premiers jours de la campagne, avant la pandémie de Covid-19, lorsque la distribution avait lieu sur des sites fixes, le délai de distribution prévu, de cinq jours, n'a pas été respecté. La distribution par le réseau des agents de santé communautaires a été prolongée au-delà de la période de la campagne afin d'accroître la couverture. Il est recommandé qu'à l'avenir, davantage de temps soit consacré à la préparation de la campagne et que dix jours soient consacrés à la sensibilisation des communautés pour garantir que la population est informée en amont de la campagne. Ce point était moins problématique lors des distributions en porte à porte, après adaptation au contexte du Covid-19, car les agents allaient à la rencontre des membres des ménages, chez eux.

II. CONTEXTE

La Division sur le paludisme et autres maladies parasitaires du Centre biomédical du Rwanda (RBC/MOPDD) avait au départ planifié une campagne nationale de distribution massive de MII qui devait se dérouler en deux phases, de février à mars 2020.

L'achat des MII était basé sur les projections démographiques pour l'année de la campagne, sur la base des chiffres actualisés fournis par les agents de santé communautaires à partir de l'évaluation des besoins des ménages en moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILDA), divisés par 1,8. Pour la campagne 2020, du fait d'exigences techniques imposées par les partenaires de financement, le RBC/MOPDD a cessé d'acheter des moustiquaires coniques, modèle de prédilection

de la plupart des Rwandais, au profit de moustiquaires rectangulaires, moins coûteuses. Le contexte rwandais présente cette spécificité que toutes les MII font l'objet d'une inspection et sont soumises à autorisation à leur arrivée dans le pays.

MII achetées

	Initiative présidentielle des États-Unis contre le paludisme (PMI)	Fonds mondial
Classiques	1 176 922	3 627 453
PBO	1 523 073	
Interceptor G2		1 200 000
Sous-total	2 699 995	4 827 453
Total	7 527 448	

Les MII de la PMI devaient couvrir 11 districts hospitaliers, et celles du Fonds mondial devaient en couvrir 29.

Le Rwanda dispose d'un programme d'agents de santé communautaires très développé, créé en 1995 dans l'objectif d'accroître l'utilisation des services cliniques maternels et pédiatriques essentiels au travers de l'éducation des femmes enceintes et de la promotion de comportements sains, ainsi que du suivi avec les services de santé publique¹. Selon les estimations, 60 000 agents sont actifs au niveau des villages pour fournir des services de santé de première ligne. Il y a quatre agents dans chaque village : un « binôme » mixte qui fournit les soins de base et assure la gestion intégrée des cas de maladies infantiles dans la communauté ; un agent chargé de la promotion de la santé ; et un agent chargé de la santé maternelle, désigné sous l'acronyme « ASM » (*Agent de santé maternelle*).

La planification de la campagne au Rwanda s'est appuyée dès le départ sur le réseau des agents de santé communautaires pour garantir la bonne quantification des besoins en MII, une mise en œuvre de qualité de la campagne, ainsi que la mise en place d'activités de changement social et de comportement (CSC) afin d'atteindre les objectifs de couverture universelle avec différents types de MII en fonction des profils de résistance à l'insecticide dans les districts du pays. Outre le défi que représente la mise en œuvre d'une campagne de distribution de moustiquaires multiples, le Rwanda a été confronté aux difficultés supplémentaires que présentaient la transition de MII coniques à des MII rectangulaires, et la nécessité de garantir un niveau élevé d'adoption et d'utilisation de ce modèle par les populations ciblées.

La distribution des MII a été déployée dans 30 districts :

- 13 ont été couverts entre février et mars 2020, avant la pandémie de Covid-19, selon une stratégie de distribution sur sites fixes ;
- 17 ont été couverts au cours de la pandémie (11 en mai et 6 en novembre 2020) selon la stratégie de distribution en porte à porte.

L'enregistrement des ménages a eu lieu en 2019 pour l'ensemble des 30 districts, et des rectifications ont été apportées par la suite de façon à tenir compte des ménages non enregistrés ou de ceux qui avaient déménagé en mars 2020 (avant le début de la pandémie).

¹ Ministère de la Santé du Rwanda, Plan stratégique national pour la santé communautaire, juillet 2013-juin 2018.

III. LA STRATÉGIE RÉVISÉE

La stratégie de distribution de MII initialement prévue consistait à actualiser l'enregistrement des ménages (évaluation des besoins), habituellement réalisé par les agents de santé communautaires six mois avant la distribution de masse de MII. Elle nécessitait également de garantir l'inclusion de tous les ménages, en particulier les groupes de populations non ciblés par les activités régulières des agents. Les listes actualisées ont ensuite été utilisées sur les sites fixes de distribution des 13 premiers districts pour fournir les MII aux ménages, en comptant une MII pour deux personnes, aucun nombre maximum n'ayant été fixé. Les points de distribution sont généralement situés sur des sites de proximité faciles d'accès pour les membres des communautés.

Au début de la pandémie de Covid-19 au Rwanda, le gouvernement a rapidement pris des mesures telles que la limitation du nombre de personnes dans les rassemblements, la mise en place de mesures nationales de confinement (hormis services essentiels), le renforcement des mesures de prévention des infections – distanciation physique, hygiène respiratoire et des mains, etc. —, et la mise en place de systèmes de traçage des contacts.

S'appuyant sur le solide réseau des agents de santé communautaires existant, le RBC, de concert avec l'équipe spéciale d'urgence chargée de lutter contre le Covid-19 et les partenaires présents dans le pays, s'est employé à réviser la stratégie de distribution des MII, avec l'objectif de commencer la mise en œuvre dès l'allègement des mesures de confinement. La stratégie révisée (applicable aux 17 districts restants) comportait les mesures suivantes :

- le passage d'une distribution sur sites fixes à une distribution en porte à porte, dans toutes les communautés, par les agents de santé communautaires locaux ;
- la mise à disposition de ressources permettant aux agents, avec leurs moyens de transport habituels (en général le vélo), d'aller récupérer les MII dans les centres de santé où elles étaient entreposées pour les amener dans les communautés en vue de leur distribution ;
- la signature des formulaires d'enregistrement aux fins de comptabiliser les MII, mais moyennant des adaptations et des messages forts visant à garantir l'absence d'échange de matériel entre les représentants des ménages et les agents.

Dans les plans initiaux, la distribution devait être réalisée en cinq jours par 5 332 agents de santé déployés sur des sites fixes, où la gestion des foules aurait été difficile. Pour la distribution en porte à porte, trois jours ont été prévus et, afin de limiter l'exposition des agents de santé au Covid-19, et 32 505 agents ont été mobilisés.

Coordination

Le Rwanda est l'un des pays participant au projet Nouvelles moustiquaires (New Nets Project) et fait partie, à ce titre, de la structure de coordination du projet. Le RBC et les partenaires sont restés en contact téléphonique chaque semaine afin de faire le point sur les inspections physiques des MII, les dates de distribution prévues et les effets de la pandémie. Dans la mesure du possible, tous les partenaires, y compris les fabricants de MII, ont veillé à garantir la disponibilité de ressources suffisantes pour que la distribution puisse se dérouler conformément au calendrier prévu, malgré le contexte de pandémie de Covid-19 dans le pays.

Sur place, le RBC s'est coordonné avec toutes les entités gouvernementales, notamment l'équipe spéciale d'urgence chargée de la lutte contre le Covid-19, pour planifier la distribution. Les instances les plus élevées du gouvernement ont émis en amont les approbations de mise en œuvre des activités de distribution de MII.

Le RBC est doté, à travers le pays, d'une solide structure de coordination des activités de lutte contre paludisme. Celle-ci a été mobilisée à l'appui des discussions sur les adaptations à apporter à la stratégie afin de garantir sa pleine adoption, ainsi qu'une mobilisation de ressources rapide.

Achats de MII, d'équipement de protection individuelle (EPI) et d'autres articles

Tous les agents de la campagne ont reçu un EPI qui incluait des masques. Ils ont également reçu des gants, étant donné qu'ils manipulaient les MII au cours des distributions en porte à porte. Les EPI ont été rapidement disponibles au Rwanda, car le gouvernement en avait acheté en quantité suffisante dans le cadre de campagnes antérieures. Lors de leurs visites dans les ménages, les agents de santé communautaires demandaient de l'eau et du savon pour se laver les mains.



Logistique

Différentes adaptations d'ordre logistique ont été mises en place à chaque niveau de la chaîne d'approvisionnement. Habituellement, les MII sont livrées aux entrepôts de fourniture médicale du Rwanda, à Kigali, la capitale. De là, après inspection à des fins d'autorisation, elles sont directement transportées dans les centres de santé pour éviter la multiplication des niveaux de stockage. Le transport est organisé par le RBC et le GHSC-PSM.



En raison du Covid-19, les adaptations suivantes se sont avérées nécessaires :

- À l'arrivée au Rwanda et pour l'inspection physique des MII, compte tenu des mesures de prévention de l'infection au Covid-19, les adaptations ont consisté à 1) octroyer des dérogations de déplacement au personnel chargé de l'inspection physique et louer des bus, de sorte qu'ils puissent se rendre dans les entrepôts depuis leur domicile pendant le confinement ; 2) louer des espaces supplémentaires pour l'inspection physique afin de garantir le respect des mesures de distanciation physique ; et 3) acheter des EPI conformes aux réglementations nationales.
- La principale modification apportée à la chaîne d'approvisionnement a consisté en une allocation de transport supplémentaire pour qu'un agent de santé de chaque communauté puisse aller récupérer les MII destinées à cette dernière dans le centre de santé où elles étaient stockées. Comme les agents reçoivent déjà des vélos dans le cadre du matériel fourni pour leur travail courant, chacun était déjà équipé pour s'acquitter de cette tâche et aucun achat supplémentaire n'a été nécessaire.
- Pour comptabiliser les MII, et conformément aux pratiques usuelles en matière de matériel sanitaire, les centres de santé ont précisé le nombre de MII à distribuer dans chaque ménage enregistré en fonction du nombre de membres indiqué sur les listes fournies par les communautés. Les agents ont distribué le nombre de MILDA consigné sur la liste des bénéficiaires, sur laquelle ils ont recueilli la signature de ces derniers et indiqué la date de distribution. Ils y ont également ajouté des informations concernant les MII supplémentaires jugées nécessaires et dont ils font la demande, avant de la renvoyer aux centres de santé

aux fins de garantir la disponibilité de données relatives aux distributions, ainsi que la redevabilité concernant les MII.

Changement social et de comportement (CSC)

La planification initiale des activités de CSC prévoyait l'élaboration d'une note conceptuelle fournissant une description approfondie des activités qui seraient mises en œuvre durant la campagne et présentant le budget final de CSC convenu entre la RBC, Intrahealth – au travers du projet Ingobyi² – l'Alliance pour la prévention du paludisme (AMP). La note conceptuelle et le budget de CSC destiné à la phase de distribution, ainsi qu'aux phases antérieures et postérieures à la distribution, ont fait l'objet de discussions et de mises à jour au cours d'une réunion de deux jours.

Avant et après la survenue de la pandémie de Covid-19, les activités de changement social et de comportement se sont articulées autour de trois grands axes :

1. faire en sorte que tous les ménages sachent comment accéder aux MII et qu'ils y accèdent réellement, compte tenu, en particulier, de la stratégie de campagne modifiée ;
2. faire en sorte que tous les ménages sachent comment installer et utiliser correctement leurs MII, compte tenu de la transition de MII coniques à des MII rectangulaires ;
3. garantir que toutes les MII distribuées, quel que soit le type, sont utilisées de façon effective par les ménages ciblés.

Pour garantir l'accès des ménages aux MII, il a fallu déployer une stratégie de communication en plusieurs volets, en particulier du fait de la distribution de moustiquaires multiples. Il a été décidé de ne pas communiquer au sein des communautés sur le fait que différents types de MII étaient distribués, mais les représentants du ministère de la Santé de tous les niveaux, du national aux centres de santé, en passant par les districts, en ont été informés. Au niveau des ménages, l'accent a été mis sur l'utilisation des MII reçus.

Le RBC et les partenaires ont dû déployer des efforts considérables pour garantir l'installation et l'utilisation correctes des MII, quels que soient leur forme et leur type. Ils ont notamment créé une vidéo aux fins de montrer aux agents de santé communautaires comment facilement transformer une moustiquaire rectangulaire en moustiquaire conique, pour les ménages pouvant avoir une préférence pour les modèles coniques. Dans les 13 districts où la distribution a eu lieu avant la pandémie de Covid-19, la communication a été réalisée par les moyens suivants :

- spots radiophoniques ;
- réunions d'information en cascade avec les dirigeants locaux de district, les hôpitaux de district et les centres de santé, ainsi qu'avec les autorités locales et religieuses ;
- annonces de la distribution de MII dans les églises, dans les réunions communautaires et sur les marchés.

Dans les 17 districts où la distribution a eu lieu durant la pandémie de Covid-19, la communication a été réalisée par les moyens suivants :

- spots radiophoniques ;
- réunions d'information virtuelles en cascade avec les dirigeants locaux du niveau central et de district et les hôpitaux de district ;
- annonces de la distribution de MII aux ménages par les agents de santé communautaires et les dirigeants locaux.

² Nom local du projet de l'USAID/Intrahealth.

Formations et réunions

Les formations et les réunions ont été adaptées au contexte du Covid-19. Toutes les formations tenaient compte des mesures de prévention de l'infection au Covid-19 à appliquer à chaque niveau de la mise en œuvre. Les niveaux de formation étaient les suivants :

- Au niveau central, où la connexion à Internet est de bonne qualité, les réunions entre le niveau central et l'administration du district ont eu lieu au format virtuel ;
- Les hôpitaux de district ont animé de nombreuses sessions de formation destinées aux responsables des centres de santé, le nombre de sessions dépendant du nombre de centres de santé présents dans leur zone d'attribution et du nombre maximum de participants par formation, conformément aux mesures sanitaires liées au Covid-19.
- Les responsables des centres de santé étaient chargés de la formation des agents de santé communautaires dans leur circonscription. La formation, répartie en sessions, durait environ quatre heures et le nombre de participants était limité.
- Afin de respecter les mesures de distanciation physique, le nombre de sessions de formation en présentiel a augmenté de façon à accueillir moins de participants par session.



Processus de distribution des MII

Lorsque la pandémie de Covid-19 a atteint le Rwanda, en mars 2020, la campagne était achevée dans 13 districts. Ensuite, elle s'est interrompue. Le gouvernement a reconnu la nécessité de revoir sa stratégie de distribution pour les 17 districts restants, afin de protéger à la fois les agents de santé et les communautés contre le Covid-19. Des protocoles d'utilisation d'EPI ont été élaborés pour les agents de la campagne menant les activités d'inspection physique et de distribution des moustiquaires. Tous les agents effectuant des distributions de masse en porte à porte ont reçu des masques et des gants de protection.

Habituellement, les MII sont distribuées sur des sites fixes et des sites de distribution de proximité, comme cela a été le cas pour les treize premiers districts couverts. Les communautés sont invitées à se présenter à des rassemblements sur des sites sélectionnés à travers les districts et plusieurs agents de santé communautaires ont pour tâche de distribuer les MII à la population relevant d'un établissement de santé donné.

Le RBC/MOPDD a réalisé que cette méthode pouvait exposer les communautés à un risque, étant donné la possibilité que se forme un attroupement. C'est pourquoi il a choisi de passer d'une

distribution sur sites fixes à une distribution en porte à porte. À partir de là, les responsables locaux ont collaboré avec des *isibo* (petits groupes de ménages dans un village, chacun sous la conduite d'un chef appelé *mutwarasibo*) pour distribuer les MII de village en village. Les *isibo* ont établi un calendrier de distribution pour chaque village, et leur chef accompagnait les agents de santé communautaires dans l'organisation des distributions en porte à porte et les aidait à garantir le respect des règles de distanciation physique. Des agents de santé communautaires supplémentaires ont été recrutés de façon que chacun puisse effectuer des visites dans au moins 50 ménages. S'appuyant sur la liste des MII requises par famille, établie d'après l'évaluation des besoins (à l'enregistrement des ménages), les agents ont demandé leur signature à chaque chef de famille en reconnaissance des MII reçues. Pour ce faire, ils devaient utiliser leurs propres stylos afin d'éviter tout échange d'objet entre agents et bénéficiaires.



Supervision et suivi

Dans les 17 districts où la distribution de MII a eu lieu durant la pandémie, les activités de supervision et de suivi ont été adaptées en fonction des mesures de prévention et de contrôle du Covid-19. Les principaux aspects de la supervision et du suivi étaient les suivants :

- Le recours à la visioconférence, possible grâce à une bonne connexion globale, dans tout le pays, a permis aux responsables de la campagne d'assurer les activités de suivi et de résoudre les problèmes ;
- Le gouvernement a mis en place des dérogations spéciales autorisant les responsables d'équipes et d'autres personnes à se déplacer à des fins de supervision et de suivi individuels depuis Kigali vers les districts malgré l'interdiction de déplacement liée au Covid-19 ;
- Les responsables des centres de santé étaient chargés de la supervision, mais en raison du nombre considérable d'agents de santé participant à la campagne, il n'a pas été facile de tous les superviser. Les superviseurs se sont fortement appuyés sur les rapports des agents pour vérifier que les activités avaient bien été menées.

Collecte de données

La collecte de données a été réalisée par les agents de santé communautaires avant le déclenchement de la pandémie et le confinement qui en a découlé. Après l'évaluation des besoins au sein des communautés, tous les formulaires ont été ramenés par les agents dans les centres de santé, où le personnel a analysé et compilé les besoins en MII recensés dans chaque village, puis envoyé ses rapports dans chaque hôpital de district. Les hôpitaux de district ont compilé l'ensemble des besoins dans leur circonscription et les ont envoyés au MOPDD. Ce rapport de synthèse a permis

au MOPDD de repérer les manques et de préparer le transport des MII depuis le niveau central, ainsi que leur distribution aux centres de santé.

Paiements

Dans les districts bénéficiant du soutien du Programme mondial d'approvisionnement médical/gestion des achats et de l'approvisionnement (GHSC-PSM), chaque agent ayant participé à la campagne a reçu une rémunération directe, au moyen de transferts par téléphone mobile. Divers obstacles ont entravé le processus de paiement, notamment le fait que certains noms et numéros enregistrés ne correspondaient pas aux personnes ayant participé à la campagne. Dans les régions bénéficiant du soutien du Fonds mondial, les centres de santé ont reçu des fonds et il leur a été demandé de rémunérer les agents de santé en espèces, en veillant à bien consigner tous les paiements. Cette méthode de paiement est celle habituellement utilisée pour rémunérer de nombreuses autres activités menées par les agents de santé communautaires.

Processus de surveillance/vérification des MII

Le processus de surveillance/vérification des MII est en cours (au moment de la soumission de ce rapport) dans les centres de santé et dans les ménages. Dans les centres de santé, l'objectif est d'établir le nombre de MII reçues et de MII distribuées, et de déterminer où elles ont été distribuées. Au niveau des ménages, la surveillance et la vérification consistent à sélectionner au hasard des noms et des ménages dans les registres tenus par les centres de santé et à les retrouver dans les communautés. Une fois les ménages retrouvés, l'équipe vérifie le nombre de MII reçues, ainsi que leur bonne utilisation.

Activités postérieures à la distribution

Les activités postérieures à la distribution sont les suivantes :

- Visites à domicile par les agents de santé communautaires pour vérifier si toutes les moustiquaires sont installées et utilisées correctement. Les agents ont déjà reçu des lignes directrices comportant des messages sur le paludisme (prévention et traitement) ;
- Sensibilisation communautaire par les dirigeants locaux après distribution des MII, ces activités étant supervisées par les centres de santé ;
- Formations à l'attention d'une organisation non gouvernementale (ONG) dans chacune des cinq provinces chargées de mettre en œuvre des activités de CSC. La mise en œuvre se concentrera sur les activités visant à contrôler le paludisme.

De nouveaux types de MII ont été achetées à des fins de distribution de routine/continue en parallèle des campagnes de masse. Les centres de santé ont eu pour instruction d'allouer les nouveaux stocks de MII aux distributions de routine et continues. Quelques centres disposaient encore d'anciens stocks, mais dans ce cas, il leur a été demandé de les utiliser à d'autres fins utiles, pour équiper les lits d'hôpitaux, par exemple.