**REPUBLIQUE DE GUINEE**

*Travail – Justice - Solidarité*

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE**

**DIRECTION NATIONALE DE LA PREVENTION ET DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE**

***Programme National de Lutte Contre le Paludisme***

**CAMPAGNE NATIONALE DE DISTRIBUTION GRATUITE DE MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES D'INSECTICIDE A LONGUE DUREE D'ACTION**

# RAPPORT TECHNIQUE GLOBAL

## 2016

# Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS ..... 2
AVANT PROPOS ..... 4
RESUME ANALYTIQUE ..... 5
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION ..... 6
2. OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DE LA CAMPAGNE ..... 7
2.1. Objectifs : ..... 7
2.2. Resultats attendus ..... 7
3. PLANIFICATION ET PREPARATION DE LA CAMPAGNE : ..... 8
3.1. Élaboration du plan d'action et Coordination de la campagne. ..... 8
3.2. Quantification des besoins ..... 8
3.3. Mobilisation des ressources ..... 9
3.4. Gestion logistique ..... 10
3.5. Plan de communication ..... 12
3.6. Renforcement des capacités des intervenants ..... 13
3.7. Assistance technique : ..... 14
3.8. Suivi/évaluation et gestion des données ..... 14
4. DEROULEMENT DE LA CAMPAGNE ..... 16
4.1. Microplanification ..... 16
4.2. Dénombrement et distribution des coupons. ..... 17
4.3. Distribution des MILDA ..... 19
4.4. Gestion des déchets ..... 22
4.5. Visites à domiciles post distribution. ..... 22
5. PROBLEMES RENCONTRES – LEÇONS APPRISES ..... 25
5.1. Dans la planification et la mobilisation des ressources ..... 25
5.2. Dans le déroulement de la campagne ..... 26
5.2. Leçons apprises. ..... 27
6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS ..... 29
ANNEXES ..... 30

## LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|---|---|
| ACS | Agent Communautaire de Santé |
| AMP | Alliance for Malaria Prevention |
| APP | Alliance pour la Prévention du Paludisme |
| BID | Banque Islamique de Développement |
| BM | Banque Mondiale |
| CCC | Comités de Coordination Communautaire |
| CCP | Comités de Coordination Préfectorale |
| CDC | Center For Disease Control and Prévention |
| CEDEAO | Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest |
| CNC | Comité National de Coordination |
| CNC/MILDA | Comité National de Coordination de la campagne MILDA |
| COSAH | Comité de Santé et d'hygiène |
| CRS | Catholic Relief Services |
| CS | Centre de Santé |
| CSH | Comité de Santé et d'Hygiène |
| CTA | Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine |
| DCS | Direction Communale de la Santé |
| DNPSC | Direction Nationale de la Prévention et Santé Communautaire |
| DPS | Direction Préfectorale de la Santé |
| DRS | Direction Régionale de la Santé |
| DS | District Sanitaire |
| DSRP | Document de Stratégie pour la Réduction de la pauvreté |
| EDS-MICS | Enquête Démographique et de Santé et a Indicateurs Multiples |
| FM | Fonds Mondial de lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme |
| GAS | Gestion des Achats et des Stocks |
| IRD | Institut de Recherche et de Développement |
| LMG | Leadership Management and Governance |
| MILDA | Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action |
| MSH | Management Science for Health |
| MSHP | Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| OCB | Organisation Communautaire de Base |
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |

| | |
|---|---|
| OMVS | Organisation pour la Mise en Valeur du Fleuve Sénégal |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| PCG | Pharmacie Centrale de Guinée |
| PCIMNE | Prise en Charge intégré des Maladies du Nourrisson et de l'Enfant |
| PEV | Programme Elargi de Vaccination |
| PFD | Point Final de Distribution |
| PNLP | Programme National de Lutte contre le Paludisme |
| PMI | President's Malaria Initiative |
| PR | Récipiendaire Principal |
| PSN | Plan stratégique national |
| SNIS | Système National d'Information Sanitaire |
| SR | Sous-Récipiendaire |
| SSR | Sous Sous-Récipiendaire |
| UNICEF | United Nations Children's Fund |
| USAID | United State Agency for International Development |
| TDR | Tests de Diagnostic Rapide |
| TPI | Traitement Préventif Intermittent |
| VAD | Visite à Domicile |
| VPP | Vonlontary Pooled Procurment |
| WHOPES | Système d'évaluation des Pesticides de l'OMS |

# AVANT PROPOS

Conformément aux directives internationales (OMS, Roll Back Malaria) et au plan d'action mondial de lutte contre le paludisme, la Guinée s'est engagé à mettre en œuvre des interventions à efficacité prouvée afin d'obtenir une réduction durable et significative du fardeau de cette maladie. Cet engagement s'est matérialisé par la mise en place d'un Plan Stratégique National (PSN) 2013-2017

Dans le cadre de ce plan un important programme de distribution des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) est mis en œuvre à travers la distribution de routine (femmes enceintes et enfants) et les campagnes de distribution de masse.

Après celle de 2013, la présente campagne, au cours de laquelle près de 8 millions de MILDA ont été distribuées à la population guinéenne, va permettre à coup sûr d'atteindre la couverture universelle. Ce résultat est le fruit de la volonté politique du gouvernement, de l'appui des partenaires au développement et du travail des cadres et acteurs de terrain.

Le Ministère de la Santé remercie tous ceux qui, de près ou de loin, ont bien voulu apporter leur contribution inestimable à la mise en œuvre de cette campagne. Ces remerciements s'adressent particulièrement au Comité National de Coordination de la campagne, aux cadres du PNLP, aux cadres des DPS/DCS et DRS, à tout le personnel de santé impliqué, aux autorités administratives à tous les niveaux, aux organisations de la société civile, aux responsables et acteurs communautaires.

Que les partenaires bi et multilatéraux, dont le soutien technique, financier et matériel a rendu possible le succès de la présente campagne, trouvent ici l'expression de la profonde gratitude du gouvernement et des populations bénéficiaires. Il s'agit notamment de l'USAID/PMI, du Fonds Mondial de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme, de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de l'AMP (Alliance pour la prévention du Paludisme), des ONG Internationales et agences d'exécution (CRS, STOPPALU, Plan Guinée, Child Fund, LMG/MSH, SIAPS,).

J'ose espérer que cette campagne réussie permettra à « **toutes les familles de dormir sous MILDA toutes les nuits, toute l'année »** afin de bouter le paludisme hors de la Guinée.

Le Ministre de la Santé

# RESUME ANALYTIQUE

Dans le cadre de la mise œuvre du plan stratégique 2013-2017, le Ministère de la Santé a organisé en 2016 avec l'appui des partenaires au développement une campagne nationale de distribution gratuite des MILDA.

La campagne a été pilotée par un comité national de coordination (CNC) regroupant les représentants du gouvernement, les partenaires stratégiques et les agences d'exécution. Le but de cette campagne est de permettre au pays d'atteindre la couverture universelle en MILDA. Les objectifs étaient i) d'atteindre 100 % des ménages pour identifier les bénéficiaires et fournir des coupons qui seront échangés contre des MILDA, ii) de distribuer les MILDA à 100 % des bénéficiaires présentant un coupon aux sites de distribution, iii) amener au moins 80 % des bénéficiaires des MILDA à les accrocher et iv) d'amener au moins 80 % de la population à dormir sous MILDA. Pour atteindre ces objectifs la stratégie retenue a été la fourniture d'une MILDA par couchette à l'ensemble des ménages du pays.

La campagne a été organisée en 3 volets : i) le 1$^{er}$ volet à couvert les 19 préfectures de la zone appuyée par le Fonds Mondial, ii) le 2$^{ème}$ volet au bénéfice des 14 préfectures de la zone appuyée par PMI et iii) le 3$^{ème}$ volet a concerné les 5 communes de la ville de Conakry appuyée par PMI. La cérémonie officielle de lancement de la campagne a eu lieu conjointement avec la journée mondiale de lutte contre le paludisme le 11 mai 2016 à Kindia. Elle a été présidée par la première dame de la République et a connu la participation massive des populations, des autorités nationales et régionales ainsi que des représentants des principaux partenaires nationaux et internationaux de la lutte contre le paludisme notamment le Portfolio Manager de la Guinée au Fonds Mondial et l'ambassadeur des États Unis d'Amérique.

Conformément au plan d'action élaboré par le Comité National de Coordination en décembre 2015, la campagne s'est déroulée en quatre étapes de janvier à juillet 2016 :

- **La phase préparatoire** qui a consisté à la mise en place du CNC, des commissions techniques, à l'élaboration et mise à jour des documents techniques (TDR, guides, supports de collecte et de supervision, au plaidoyer auprès des partenaires, recrutement des consultations et macro planification.
- **La microplanification** qui a consisté à rassembler par centre de santé et district sanitaire les informations détaillées sur les besoins en MILDA et autres intrants, en personnel, points fixes de distribution, magasins de stockage et moyens de transports. Elle a été réalisée du 25 février au 1er mars 2016 pour l'intérieur du pays et du 07 au 12 mars 2016 pour la ville de Conakry.
- **Le dénombrement** qui a permis d'obtenir le nombre de couchettes par ménage, le nombre de MILDA requises par district sanitaire, centre de santé et site de distribution. Au cours de cette opération il a été dénombré 15 228 096 personnes, 2 423 050 ménages et 8 254 154 couchettes ; des coupons ont été distribués à tous les chefs de ménages ou à leurs représentants.
- **La distribution** a permis de fournir aux ménages 7 891 266 MILDA soit 96% des couchettes dénombrées.
- **Les visites à domiciles (VAD) post distribution** ont permis de couvrir 1065568 ménages soit 44 % des ménages dénombrés sur un objectif de 50 %. Cette activité a permis a permis d'une part de constater que les ménages ont accroché 2 905 671 MILDA soit 63% des MILDA disponibles dans le ménages visités et d'autre part d'assister les ménages dans l'accrochage de 1 171 974 MILDA soit 26%.

# 1.CONTEXTE ET JUSTIFICATION

En Guinée le paludisme représente environ 30 à 35 % des causes de consultation. Selon les résultats de L'EDS-V (2012), la prévalence globale du paludisme dans le pays est de 44 %. Elle présente de fortes variations selon le milieu de résidence (53 % en milieu rural contre 18 % en milieu urbain). Au niveau des régions, c'est surtout Faranah (66 %) et Nzérékoré (59 %) qui se distinguent avec les plus fortes prévalences alors qu'elle est la plus faible dans la ville de Conakry (3 %).

Pour faire face à cette endémie majeure, le pays a mis en place une politique nationale de lutte dont l'objectif est de réduire de façon significative la transmission du paludisme dans la population en perspective de son élimination. L'une des priorités définie dans cette politique est « d'assurer une couverture universelle des services de prévention et de prise en charge du paludisme intégrés aux autres services de lutte contre la maladie, avec un accès gratuit ou subventionné conformément à la politique nationale de santé ».

C'est dans ce cadre que le PNLP a inscrit dans son Plan Stratégique National 2013 - 2017, l'organisation d'une campagne nationale de distribution gratuite des MILDA tous les 3 ans (2013 et 2016).

Avec l'appui des partenaires financiers (FM, PMI-USAID/CDC, OMVS/BM) et des institutions de mise en œuvre (CRS, STOPPALU, CHILDFUND, PLAN INTERNATIONAL) la campagne de 2016 s'est déroulée en 3 volets de mai à août 2016. Le présent rapport décrit le processus de planification et de mise en œuvre de la campagne de distribution des MILDA 2016. Il comprend les parties ci-après :

- un rappel du processus de planification et préparation de la campagne (élaboration du plan d'action, quantification des besoins, mobilisation des ressources, gestion logistique, ccoordination, communication, suivi/évaluation, renforcement des capacités des intervenants et assistance technique);
- une description du déroulement des différentes étapes de la campagne (microplanifation, dénombrement, distribution, visites à domiciles post distribution);
- une analyse des problèmes rencontrés, des solutions appliquées ainsi qu'un résumé des leçons apprises ;
- une conclusion et des recommandations aux différents partenaires.

# 2.OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DE LA CAMPAGNE

## 2.1. Objectifs :

- Atteindre 100 % des foyers pour identifier les bénéficiaires et fournir des coupons qui seront échangés contre des MILDA ;
- Distribuer les MILDA à 100 % des bénéficiaires présentant un coupon aux sites de distribution ;
- Amener au moins 80 % des bénéficiaires des MILDA distribuées à les accrocher dans les foyers pour réduire la transmission du paludisme et atteindre la couverture universelle.
- Amener au moins 80 % de la population à dormir sous MILDA

## 2.2. Résultats attendus

- La population des ménages dans les zones sanitaires concernées par la campagne est dénombrée;
- Les ressources nécessaires pour la réalisation de la campagne sont mobilisées;
- Les MILDA sont transportées des entrepôts principaux aux CS et sites de distribution;
- Les microplans pour toutes les communes/communautés qui dépendent des CS dans chaque Préfecture sont disponibles ;
- Les coupons sont remis à 100% des ménages concernés par la campagne;
- Les populations sont sensibilisées au déroulement de la campagne et l'utilisation des MILDA ;
- Les MILDA sont disponibles dans 100% des ménages concernés par la campagne ;
- Les données de la campagne sont collectées et analysées
- Un rapport consolidé des activités et résultats de la campagne est rédigé et disponible.

# 3. PLANIFICATION ET PREPARATION DE LA CAMPAGNE :

## 3.1. Élaboration du plan d'action et Coordination de la campagne.

L'organisation de la campagne de distribution des MILDA en 2016 est prévue dans le plan stratégique national 2013-2017 du PNLP. Son financement est inscrit dans les accords de subvention du FM, de l'USAID/PMI, de l'OMVS et dans le budget national.

Les activités de la campagne ont débuté par la mise en place du comité national de coordination regroupant les représentants du Ministère de la santé (PNLP, PCG, SNIS, PCIMNE, DNPSC etc.), les autres Ministères concernés (la Défense et Sécurité, l'économie et des Finances, la Communication, l'Administration du Territoire et de la Décentralisation), les partenaires stratégiques (OMS, UNICEF, USAID/PMI, BID, OMVS) et les agences d'exécution (STOPPALU, CRS, SIAPS, LMG, et sous récipiendaires). Ce comité est dirigé par un bureau exécutif composé d'un président, d'un vice-président, de deux rapporteurs et d'un représentant de chacune des quatre commissions techniques de travail (Technique, Logistique, Suivi/Évaluation et Communication).

Un atelier de planification de la campagne s'est tenu du 15 au 19 décembre 2015 à Kindia avec l'appui de deux consultants internationaux de l'Alliance pour la Prévention du Paludisme (APP). Cet atelier a permis d'élaborer un plan d'action détaillé qui décrit le contexte, les objectifs et résultats attendus, la coordination par niveau et les différentes étapes de la campagne (Macro-quantification des besoins, microplanification, formations, dénombrement et remise des coupons, distribution des MILDA et visites à domiciles pour l'utilisation des MILDA). Le plan d'action décrit également les modalités de mise en œuvre de la gestion logistique, de la communication, de l'approche urbaine de la campagne et des activités de Supervision, Suivi et Évaluation.

Initialement la campagne devrait se réaliser en une fois dans l'ensemble du pays. Compte tenu des retards accusés dans la livraison des MILDA et des défis logistiques importants à relever pour rendre disponibles les MILDA dans tous les sites de distribution du pays, le CNC a décidé d'organiser la campagne en trois (3) volets :

- Un 1$^{er}$ volet concernant les 19 préfectures de la zone appuyée par le NFM;
- Un 2$^{ème}$ volet au bénéfice des 14 préfectures de la zone appuyée par PMI;
- Un 3$^{ème}$ volet au bénéfice des 5 communes de la ville de Conakry appuyée par PMI.

## 3.2. Quantification des besoins

- **Besoins en MILDA**

L'exercice de quantification des besoins a commencé depuis 2013 dans le cadre de l'élaboration du Plan Stratégique National (PSN) 2013-2017 du PNLP. A cet effet, l'outil d'analyse des besoins (GAP ANALYSIS) développé par le partenariat RBM a été utilisé. Cette quantification a servi de base à l'analyse des écarts programmatiques et financiers pour l'élaboration des projets financés par les partenaires (NFM/Fonds Mondial, MOP/PMI, OMVS/BM, BID).

Conformément aux stratégies de distribution retenues dans le Plan Stratégique National (Campagne et routine), la quantification a déterminé les besoins en MILDA pour l'atteinte et le maintien de la couverture universelle (disponibilité d'une MILDA pour 2 personnes dans l'ensemble des ménages du pays). Cet objectif devait être atteint avec l'organisation de la campagne universelle de 2013. En 2016 il s'agissait de remplacer toutes les MILDA disponibles dans les ménages afin de maintenir la couverture universelle. Dans cette optique les besoins pour la campagne de 2016 ont été estimés sur la base de 1,8 MILDA pour 2 personnes. C'est ainsi que pour une population de 12 508 912 personnes, la quantité estimée était de 6 949 395 MILDA.

Le pays ayant opté pour une distribution basée sur la fourniture d'une MILDA par couchette, les exercices de microplanification et de dénombrement ont permis de déterminer les besoins par district sanitaire, centre de santé et site de distribution. A l'issu de cet exercice le besoin réel en MILDA a été estimée **à 8 254 154 MILDA.**

- **Autres besoins : ressources humaines, outils de gestion, logistique de transport, renforcement de capacités**

Pour le calcul des besoins nécessaires à la mise en œuvre des différentes phases de la campagne un tableau synoptique basé sur des hypothèses claires, a été élaboré sur la base de la population par district sanitaire :

- ✓ Le nombre de ménages à couvrir : population totale divisée par la taille moyenne d'un ménage qui est de 7 personnes en Guinée;
- ✓ Le nombre de sites de distributions : 200 ménages par site pour la zone rurale et 300 ménages pour la zone urbaine pour 5 jours de distribution;
- ✓ Le nombre d'équipes de dénombrement : 25 ménages par jour pour 12 jours (40*12j pour Conakry);
- ✓ Le nombre d'agents de dénombrement : 2 agents par équipes;
- ✓ Le nombre d'agents de distributions : 5 agents par site de distribution;
- ✓ Le nombre d'équipes pour les visites à domiciles post distribution : 25 ménages par jour (50 pour la ville de Conakry) pendant 5 jours;
- ✓ Le nombre d'agents pour les visites à domiciles post distribution : 2 agents par équipe.

Ces hypothèses ont servi à élaborer le plan macro de la campagne et ont servi de base pour réaliser la microplanification par district sanitaire. La microplanification a permis de calculer par centre de santé et par district sanitaire les besoins en ressources humaines, outils de collectes de données, de suivi/supervision, de monitorage et de gestion logistique pour les différentes phases de la campagne. Elle a également permis de développer le plan de renforcement de capacités sur les stratégies de la campagne par niveau.

### 3.3. Mobilisation des ressources

Les ressources financières pour l'acquisition des MILDA et les coûts opérationnels ont été prévus dans le PSN 2013-2017 du PNLP. Le tableau suivant présente les contributions des partenaires impliqués.

Tableau I : Contributions au financement de la campagne

| ***Partenaires*** | ***Nombre de MILDA achetées*** | ***Coûts opérationnels USD*** |
|---|---|---|
| Fonds Mondial | 6 827 880 | 4 572 380 |
| PMI/USAID | 1 000 000 | 3 888 724 |
| OMVS/BM | 600 000 | 0 |
| **Total** | **8 427 880** | **8 461 104 USD** |

## 3.4. Gestion logistique

La coordination des activités logistiques a été assurée par la commission logistique du CNC appuyée par une équipe logistique composée des logisticiens de CRS, de STOPPALU, du PNLP et du consultant national. Elle a également reçu l'appui d'un consultant international de l'AMP. Elle a collaboré étroitement avec les chargés de logistique (pharmaciens) des régions et préfectures.

Cette équipe s'est chargée de coordonner et de suivre :

- ✓ La préparation des appels d'offres et la sélection des transporteurs,
- ✓ le transport vers les Préfectures jusqu'au Centres de Santé et aux Sites de Distribution,
- ✓ la recherche d'entrepôts des MILDA jusqu'au point final de distribution,
- ✓ la microplanification avec les Préfectures et Centres de Santé,
- ✓ l'identification des points de distribution,
- ✓ la mise à jour du budget logistique et la mise en place de fonds opérationnels,
- ✓ la formation des responsables logistiques des 38 préfectures et 409 CS.
- ✓ La coordination avec les chargés de logistique des régions et préfectures.

L'équipe logistique s'est chargée d'élaborer et de suivre la mise en œuvre des plans d'approvisionnement (Port de Conakry – Entrepôts Régionaux), d'expéditions des MILDA par niveau (Régions, Préfectures, CS, PFD) dans le respect du calendrier prévu.

Une fois les MILDA livrées au niveau des 6 entrepôts régionaux, les autorités locales (administratives, sanitaires et communautaires) des 38 préfectures, en collaboration avec les partenaires (SSR, ONGs locales) se sont chargées du pré-positionnement, de l'entreposage et de la sécurité des moustiquaires jusqu'aux Centres de Santé.

Les chefs de CS, les représentants des agences d'exécution et les Comités de Santé et d'hygiène ont coordonné l'expédition des MILDA au niveau des sites de distribution.

Pour une bonne gestion de la chaine logistique des MILDA les pharmaciens régionaux et préfectoraux, les logisticiens des SSR ont reçu une formation de 2 jours, du 11 au 12 mars à Faranah et du 14 au 15 mars 2016 à Kindia. Ces responsables ont répliqué cette formation aux agents chargés de la logistique des 409 CS en deux jours dans les 38 Préfectures. Les agents ont été formés sur l'utilisation des outils de planification, de gestion et de suivi des opérations logistiques.

Les outils mis en place pour s'assurer de la traçabilité et de la sécurité des MILDA sont les suivants :

- ✓ Le Plan de positionnement, qui aide à déterminer les quantités de MILDA qui doivent être expédiées à chaque endroit;
- ✓ Le Plan d'entreposage, qui détermine les espaces d'entreposages nécessaires à chaque lieu de réception;
- ✓ La Grille de Planification des transports, qui permet au niveau préfectoral de déterminer le nombre de voyages de camions requis, le coût du transport et de la manutention, la durée des expéditions, les dates d'expédition ;
- ✓ Le micro plan de transport et positionnement qui a permis de planifier le transport et la mise en place des MILDA aux sites de distribution à partir des CS;
- ✓ Les outils logistiques essentiels à la traçabilité des MILDA : Bon de livraison, registre d'entrepôts, fiche de stock (une par entrepôt).

Le microplan de transport et positionnement est l'outil de référence qui a servi de base à la planification de la répartition des MILDA aux sites de distribution. Il définit :

- ✓ la population desservie par Centre de santé(CS) et par site ;
- ✓ le nombre de sites de distribution par CS ;
- ✓ la distance entre les sites de distribution et le CS ;
- ✓ le nombre de MILDA par CS et par site (en ballot et pièces) ;
- ✓ le type de véhicule pour le transport ;
- ✓ l'espace nécessaire pour l'entreposage ;
- ✓ Le budget nécessaire pour la mise en place des MILDA des CS aux Points Fixes de distribution.

Afin de s'assurer de la traçabilité tout le long de la chaîne d'approvisionnement et lors de la distribution des MILDA, les superviseurs ont vérifié que :

- ✓ les procédures de gestion des stocks de MILDA sont respectées;
- ✓ l'existence et la bonne tenue des outils de suivi des stocks : bons de livraison, registre d'entrepôt, fiches de stocks, fiches de pointage/distribution);
- ✓ tous les documents ayant servi à la gestion de la chaîne d'approvisionnement ont été classés et conservés;
- ✓ les rapports logistiques sont appuyés par des documents de suivi correspondants.

A la fin de la distribution, les moustiquaires restantes au niveau des sites ont été ramenées au centre de santé pour être utilisées dans le programme de routine. Une quantité équivalente à 3 mois de consommation (y compris le stock existant) est stockée aux centres de santé. Le surplus a été renvoyé au niveau de la DPS ou du dépôt régional pour être utilisé dans le circuit habituel d'approvisionnement.

### 3.5. Plan de communication

L'implication effective des communautés et des autorités aux différentes étapes de la campagne a nécessité l'identification et la mise en œuvre de stratégies de communication adaptées pour atteindre toutes les couches de la population.

La commission communication du CNC a été chargée d'élaborer le plan d'action de la communication de la campagne qui décrit la stratégie de communication, de définir les rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués dans les activités de communication, d'identifie les supports et canaux de communications spécifiques.

C'est ainsi que lors de l'atelier de planification tenu à Kindia du 16-19 décembre 2015 la commission a développé un plan d'action avec des objectifs à atteindre, des stratégies et des activités à mettre en œuvre.

**L'objectif général de ce plan** était de contribuer à l'atteinte de la couverture universelle et à l'utilisation des MILDA par les populations.

**Les objectifs spécifiques** étaient :

- ✓ Impliquer les autorités politiques et administratives nationales, régionales, préfectorales et sous/préfectorales à l'information et la mobilisation des populations autour de la campagne de distribution
- ✓ Impliquer les leaders et organisations communautaires dans toutes les étapes de l'organisation de la campagne
- ✓ Favoriser la collaboration intersectorielle dans l'organisation de la campagne.
- ✓ Impliquer les médias publics et privés dans l'information autour de la campagne.
- ✓ Amener les populations à adhérer aux différentes stratégies de la campagne : dénombrement, distribution, gestion des déchets, identification des couchettes etc.
- ✓ Amener les familles à dormir sous MILDA tout le temps
- ✓ Améliorer les connaissances des familles sur l'utilisation et l'entretien des MILDA.

Les stratégies retenues étaient le **Plaidoyer** auprès des autorités administratives, politiques et communautaires**,** la **Mobilisation Sociale** et la **Communication pour le Changement de Comportement.**

En ce qui concerne **le plaidoyer**, les activités ont consisté en l'organisation de réunions à tous les niveaux (national, régional, préfectoral et communautaire) regroupant les autorités politiques et administratives, les organisations de la société civile, les médias et le secteur privé. Ces séances de travail ont porté sur l'enjeu de la campagne et les stratégies à développer pour une distribution efficiente des moustiquaires et leur utilisation effective par les populations.

Dans le domaine de la **Mobilisation Sociale/Partenariat** le but a été d'informer la population sur l'objectif et les différentes activités de la campagne ainsi que sur le rôle des acteurs à tous les niveaux (population y compris). A cet effet les activités suivantes ont été réalisées : conception et diffusion de messages à travers les spots TV, spots radios, tables rondes, émissions publiques (en français et dans les principales langues nationales), affiches et banderoles. Les ONG nationales, les organisations de la société civile, les communicateurs traditionnels (crieurs publics) ont été mis à contribution pour la diffusion des messages de la campagne.

**La Communication pour le changement de comportement** était basée sur la réalisation de causeries éducatives et de visites à domicile sur la prévention du

paludisme (utilisation des MILDA) dans les communautés des 38 préfectures/communes. Ces activités ont été menées avant, pendant et après la campagne de distribution. Pour ce faire il a fallu assurer la formation des agents communautaires dans les 38 préfectures/communes, les animateurs des ONG, les membres des comités de santé et d'hygiène sur les avantages de l'utilisation de la MILDA et les techniques de communication interpersonnelle appliquées à la lutte contre le paludisme.

Une campagne multimédia a été mise en œuvre à travers tout le pays pour compléter les activités de communication interpersonnelle.

Des artistes reconnus ont réalisé un « hymne de la campagne » (sous forme de clips audio et TV) dans les langues nationales et en français pour sensibiliser les communautés sur les activités de la campagne et assurer la promotion de l'utilisation des MILDA avant, pendant et après la campagne.

## 3.6. Renforcement des capacités des intervenants

Dans le souci d'une mise en œuvre de qualité des différentes étapes de la campagne 38232 acteurs impliqués, à tous les niveaux ont reçu une formation sur les procédures de microplanification, gestion logistique, communication, supervision, dénombrement, distribution, visite à domicile post distribution. Il faut noter que ces formations ont été précédées par la formation des formateurs au niveau national et régional réalisée avec l'appui du consultant national et des consultants de l'AMP. Ces formations de formateurs ont porté sur la microplanification, le dénombrement, le monitorage, la distribution et les visites à domiciles post campagne.

**Tableau II :** Formation des acteurs de la campagne.

| Type de formation | Cibles | Nombre formé | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Zone couverte par PMI | Zone couverte par le FM Plan Guinée | Zone couverte par le FM Chilfund | Total |
| Formation (2 jrs) des agents sur le dénombrement, la mobilisation sociale | Volontaires | 7 430 | 4 865 | 2 397 | 14 692 |
| Formation (1 jr) des agents sur la distribution et la mobilisation sociale; | Volontaires | 4 273 | 4 705 | 2 125 | 11 103 |
| Formation (1jr) des agents sur la mobilisation sociale en faveur de l'utilisation des MILDA (VAD post campagne) | Volontaires | 7 430 | 4 569 | 2 397 | 11 999 |
| Formation des formateurs en logistique | Pharmaciens des DPS et DRS | 19 | 12 | 7 | 38 |
| Formation des chefs de Centre de Santé sur la logistique des MILDA | Chefs de CS | 160 | 149 | 91 | 400 |
| **Total** | | **19 312** | **14 300** | **4 620** | **38 232** |

## 3.7. Assistance technique :

Le CNC a recruté un consultant national qui a apporté un appui à la mise en œuvre de toutes les étapes de la campagne. Le Récipiendaire Principal du Fonds Mondial (CRS) a également recruté Cinq autres consultants régionaux pour appuyer les cinq régions couvertes par la subvention NFM.

Le Pays a également reçu l'appui de deux consultants internationaux de l'AMP (Alliance pour la Prévention du Paludisme) pour les aspects techniques et planification et pour les aspects logistiques.

D'autres assistants techniques internationaux de CRS et de Plan International Canada ont également apporté un appui aux différentes phases de la campagne : planification, microplanification, dénombrement et distribution.

## 3.8. Suivi/évaluation et gestion des données

Dans le domaine du SE les objectifs définis par le CNC sont:

- ✓ Identifier les risques et définir les mesures correctrices à chaque étape de la campagne ;
- ✓ Assurer une collecte systématique des données de qualité issues du déroulement de chaque étape de la campagne;
- ✓ Effectuer la compilation des données par niveau (points de distribution, CS, District sanitaire, Région, National);
- ✓ Effectuer une évaluation post campagne de distribution des MILDA.

Pour atteindre ces objectifs, la commission Suivi/évaluation du CNC a définie trois stratégies qui ont été appliquées durant la campagne: le **suivi**, la **supervision** et l'**évaluation**.

**Le suivi** : L'élaboration et la mise en place des outils de collectes de données pour les différentes étapes (microplanification, dénombrement, distribution des MILDA, Visite à Domicile) ont permis de faire le suivi de la mise en œuvre des activités . Au niveau décentralisé (DPS, Centre de santé) les données remontées et les comptes rendus des superviseurs sont analysées chaque soir au cours des réunions de synthèse pour des prises de décision et un compte rendu journalier est fait au niveau supérieur. Au niveau central, une commission a été mise en place pour une analyse des données collectées et remontées au jour le jour par les équipes des districts. Ces données ont été validées pendant les réunions de CNC pour des prises de décisions. Le CNC s'est réuni régulièrement une fois par mois au cours de la phase préparatoire et 2 fois par semaine au cours des phases de dénombrement, de distribution et de visites à domiciles post distribution. Des réunions extraordinaires ont également été organisées pour faire face aux problèmes ponctuels identifiés.

**La supervision** a concerné le dénombrement, la distribution, les visites à domicile post distribution, la communication, la gestion des MILDA et la gestion des déchets. Elle a été réalisée par les équipes du PNLP, les services décentralisés du Ministère de la santé et les partenaires. Pour sa réalisation des grilles ont été élaborées et validées par le CNC. Au terme de leur orientation les superviseurs ont utilisées ces grilles pour s'assurer de l'effectivité et la qualité de la mise en œuvre des activités aux différents niveaux au cours de toutes les étapes de la campagne.

**L'évaluation :** une étude post-campagne a été planifiée par le CNC pour apprécier le niveau d'atteinte des objectifs de la campagne. Elle portera sur le processus de mise

en œuvre des activités et sur les couvertures obtenues. A cet effet, le CNC a défini dans le plan d'action de la campagne deux types d'indicateurs :

- des indicateurs de processus portant sur la tenue des réunions de coordination, le dénombrement, la distribution de coupons, la distribution des MILDA, la CCC, la supervision, la gestion des déchets et l'accrochage des MILDA.
- Des indicateurs d'effets portant sur la disponibilité et l'utilisation des MILDA

L'étude sera réalisée par un bureau d'étude indépendant recruté sur la base de termes de références et d'un protocole validés par le PNLP en collaboration avec les partenaires.

# 4. DEROULEMENT DE LA CAMPAGNE

## 4.1. Microplanification

La microplanification a consisté à rassembler par centre de santé et district sanitaire les informations détaillées sur les besoins en MILDA et autres intrants, en personnel, points fixes de distribution, magasins de stockage et moyens de transports. Elle a été réalisée du 25 février au 1er mars 2016 pour l'intérieur du pays et du 07 au 12 mars 2016 pour la ville de Conakry).

Elle a été organisée en respectant les étapes ci-après:

- L'orientation des superviseurs nationaux, chargés d'appuyer les districts sanitaires sur l'outil et les procédures de microplanification;
- Les réunions régionales (1 jour) lors desquelles les responsables des niveaux régionaux et des équipes préfectorales y compris les ONG (SSR) ont été orientés sur l'outil de microplanification, les données à recueillir et la démarche à suivre. Au terme de cette orientation, les outils de micro planifications ont été mis à la disposition des équipes préfectorales pour être remplis par les centres de santé;
- Les réunions préfectorales de microplanification qui se sont déroulées en deux phases d'un jour chacune. La première phase a consisté en une orientation d'un jour des représentants de chaque Centre de Santé (le chef de CS, un agent PEV et un membre du COSAH) à l'issu de laquelle ils sont retournés dans leurs localités pendant 2 à 5 jours pour remplir le canevas de microplan portant sur les activités de dénombrement, de mobilisation sociale, de distribution et d'accrochage. Dans une deuxième, les microplans ainsi élaborés ont été présentés et validés par centres de santé au cours d'une réunion de restitution (1jour) au niveau de la préfecture avec l'appui des superviseurs des niveaux régional et central.

Les données validées ont été agrégées par préfecture, par région et au niveau central. Elles ont été validées par le CNC et ont permis de quantifier les besoins en MILDA et d'élaborer le plan de ressources nécessaires au dénombrement des ménages et couchettes (Voir Annexe N°1)

Cette microplanification a permis de rassembler les informations ci-après :

- Liste de tous les villages et leur population ;
- Carte géographique, distances entre chef lieux de la préfecture et le CS, entre le CS et les villages, entre les villages et les sites de distribution ;
- Liste des magasins d'entreposage disponibles au niveau de l'aire de chaque centre de santé (emplacement, volume).
- les besoins en MILDA, intrants (registres, fiche de distribution, coupons, les marqueurs, craie..);
- le personnel (Agents de Santé Communautaire, superviseurs, gardiens, crieurs publics…);
- les points de distribution (distance, nombre et emplacement);
- les moyens de transports (véhicules, motos, vélos, pirogues…).

.

## 4.2. Dénombrement et distribution des coupons.

Le dénombrement a duré 24 jours reparti en deux étapes de 12 jours :

- du 13 au 24 avril 2016 pour les volets 1 et 2 (33 préfectures de l'intérieur du pays)
- et du 4 au 15 mai 2016 pour le volet 3 (ville de Conakry).

L'opération avait pour but d'obtenir le nombre de couchettes par ménage et le nombre de MILDA requises par village/secteur**.** Elle a consisté aussi à remettre à chaque chef de ménage (ou à son représentant) un coupon qui a été échangé contre des MILDA le jour de la distribution au point fixe de distribution désigné.

Conformément au plan établit lors de la microplanification, les agents de dénombrement étaient organisés en groupe de 5 équipes de 2 agents. Chaque équipe était chargée de dénombrer 25 ménages par jour en zone rurale et 40 par jour en zone urbaine. Pour s'assurer de la qualité des données, l'encadrement est assuré par un chef du groupe disposant d'outils de supervision (fiche de supervision, fiche de monitorage).

Les résultats du dénombrement a permis aux CS de procéder à l'ajustement des microplans élaborés lors de la microplanification incluant tous les besoins y compris un plan de supervision de la campagne. Ces différents plans ont été compilés au niveau DPS et ont permis au Comité National de Coordination de la Campagne de finaliser le plan national de distribution des MILDA et de mise en œuvre des VAD post campagne.

Lors du dénombrement un coupon a été remis à chaque chef de ménage (ou à son représentant) sur lequel il est indiqué les informations suivantes :

- ✓ Le N° du coupon
- ✓ La date de dénombrement
- ✓ Le nom et prénom du chef de ménage ou son représentant
- ✓ La région et la préfecture
- ✓ Le quartier/district, secteur/village
- ✓ Le nombre de personnes
- ✓ Le nombre de couchettes
- ✓ Le nombre de MILDA que le ménage doit recevoir
- ✓ Nom et prénom de l'agent de dénombrement
- ✓ Les signatures de l'agent de dénombrement et du chef de ménage

Le coupon est fait sous forme auto carboné en 3 feuillets :

- ✓ l'original est resté dans le carnet destiné au site de distribution,
- ✓ le deuxième a été remis au chef de ménage,
- ✓ le troisième feuillet a été archivé au centre de santé.

- **Monitorage du dénombrement**

Un monitorage indépendant a été mené au cours du dénombrement. Il a permis d'identifier et de corriger les imperfections de terrain, de réorienter les équipes dans les localités non ou insuffisamment couvertes. Des moniteurs indépendants des organisations partenaires de la campagne ont été recrutés par les autorités déconcentrées du Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation au niveau des Préfectures. Sur la base d'un protocole élaboré et adopté par le CNC avec l'appui des consultants ces moniteurs ont visité un échantillon de ménages dans les zones déjà dénombrées afin d'évaluer la couverture géographique et la qualité des données issues du dénombrement.

Avant d'être déployé sur le terrain, les 95 moniteurs retenus ont reçu une formation théorique et pratique de 3 jours sur les procédures de réalisation de l'activité. Dans le cadre du volet 1 de la campagne, 46 moniteurs ont été formés à Kankan et à Mamou pour les 19 préfectures couvertes FM. Pour le volet 2, la formation qui a eu lieu à Kindia et a concerné 34 moniteurs venant des 14 préfectures couvertes par USAID/PMI. Concernant le 3ème volet 15 moniteurs ont été formés pour couvrir les 5 communes de la Ville de Conakry.

**Tableau III :** Nombre de moniteurs et de groupes de dénombrement vérifiés par volet de la campagne

| Volets | Nombre de CS/ Quartiers | Nombre de Moniteurs | Nombre de Groupes de dénombrement | Nombre de Groupes vérifiés |
|---|---|---|---|---|
| Volet 1 : 19 préfectures FM | 252 | 46 | 653 | 184 |
| Volet 2 : 14 Préfectures PMI | 131 | 34 | 405 | 136 |
| Volet 3 : 5 Communes de Conakry PMI | 128 | 15 | 82 | 60 |
| **Total** | **511** | **95** | **1140** | **380** |

Au total pour les 3 volets de la campagne, sur les 1140 groupes de dénombrements, 380 ont reçu la visite des 95 moniteurs soit plus de 33 %. Au cours des visites les moniteurs munis des fiches de collecte de données ont récolté des informations sur :

- Le nombre de ménages ayant reçu la visite des agents de dénombrement ;
- Le nombre de ménages ayant été dénombré ;
- Le nombre de coupons à informations concordantes ;
- Le nombre de ménages ayant connaissance du site de Distribution ;
- Le nombre de ménages ayant reçu l'information sur l'utilisation des MILDA.

Les résultats obtenus ont permis au CNC de suivre le déroulement du dénombrement de prendre des décisions sur la validation des données par zone de dénombrement et par préfecture.

## 4.3. Distribution des MILDA

Remise des moustiquaires par l'ambassadeur des Etats Unis et le porte folio Guinée au Fonds Mondial

Au cours de la distribution qui a eu lieu en 3 volets, chaque représentant de ménage a reçu le nombre de MILDA prévus dans le coupon qui lui a été remis pendant dénombrement. Cette activité a nécessité la mise en place de 2095 sites de distribution, la mobilisation de 10475 agents de distribution et de 1047 superviseurs de proximités.

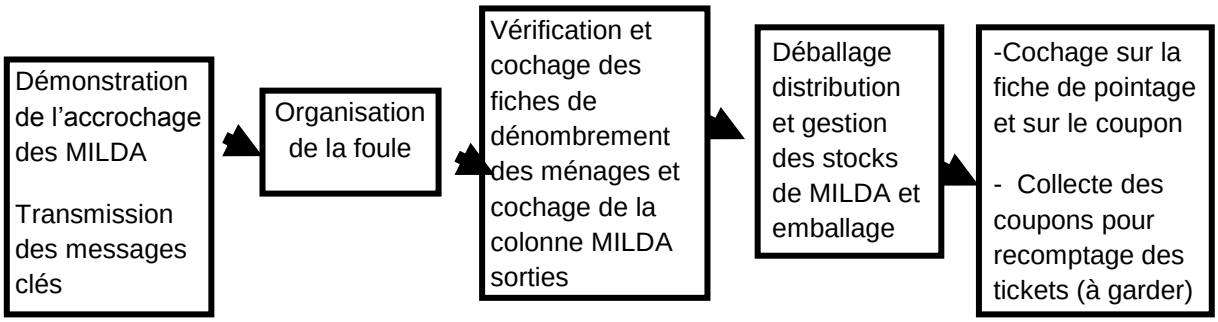
**Tableau IV** : Nombre de sites, d'agents de distribution et de superviseurs par volet de la campagne

| Volets | Préfecture/ Communes | Nombre de sites | Nombre d'agents de distribution | Superviseurs de proximités |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 19 préfectures zone FM | 1264 | 6320 | 632 |
| 2 | 14 préfectures zones PMI | 560 | 2800 | 280 |
| 3 | 5 communes Conakry | 271 | 1355 | 136 |
| **Total** | **38** | **2095** | **10475** | **1047** |

Chaque site de distribution était composé de 5 agents:

- un mobilisateur chargé de la démonstration de l'accrochage et la promotion de l'utilisation des MILDA (véhiculer les messages clés).
- Un chargé de l'organisation de la foule et du triage;
- Un chargé de la vérification des coupons présentés par les ménages par rapport à l'original dans le cahier d'enregistrement ;
- Un chargé d'ouvrir les emballages, gérer les stocks de MILDA et les emballages sur le site,
- Un chargé de la distribution des MILDA, du pointage des fiches de distribution et la collecte des coupons.

Le schéma suivant décrit l'organisation du site de distribution :




La situation globale de la distribution des MILDA se présente comme suit :

- Arrivée au pays : 8 427 880
- Distribuée : 7 891 266
- Reste non distribué : 536 614
- Stock disponible : 513 268
- Perdue : 23 346

Les résultats de la distribution par volet sont présentés dans le tableau ci-après.

**Tableau V :** Résultats de la distribution des MILDA par volet

| VOLETS | Partenaires | Nombre de MILDA prévues (Couchettes dénombrées) | Total MILDA reçues | MILDA distribuées | Restant |
|---|---|---|---|---|---|
| VOLET 1<br>19 préfectures | NFM/CRS | 4 600 642 | 4 596 486 | 4 520 699 | 75 281 |
| VOLET 2<br>14 préfectures | PMI/ STOPPALU | 2 525 908 | 2 527 427 | 2 342 154 | 184 335 |
| VOLET 3<br>5 communes de Conakry | PMI/ STOPPALU | 1 132 969 | 1 118 697 | 1 028 413 | 97 101 |
| **TOTAL** | | **8 259 519** | **8 242 610** | **7 891 383** | **351 351** |

La quantification de départ avait identifié un besoin de 6 949 395 MILDA. A l'issu du dénombrement le besoin réel s'est accru de 1 304 759 soit une augmentation de presque 19% pour s'élever à 8 259 519 MILDA. Sur ce total 8 237 398 ont été déployées au niveau des sites soit 99,8% et 7 891 383 effectivement distribués aux bénéficiaires soit 96%.

Les 351 351 MILDA (4%) restantes ont été mis à la disposition des centres de santé pour la distribution de routine au prorata de 3 mois de consommation y compris le stock disponible. Le surplus est stocké au niveau des dépôts de la PCG et entre dans le circuit de distribution régulière.

Les résultats de la distribution par préfecture et partenaire de mise en œuvre sont présentés dans les tableaux en Annexe N°3.

## 4.4. Gestion des déchets

Dans le souci d'éviter la pollution de l'environnement et la réutilisation des sacs plastiques toxiques par la population notamment les enfants, des mesures ont été prises pour sécuriser et détruire les déchets produits pendant la campagne.

Les équipes de distribution ont collecté les emballages vides de MILDA et les sacs ballots au fur et à mesure que les bénéficiaires sont servis en MILDA. Les emballages de MILDA et les sacs ballots vides faisaient l'objet de comptage, pointage et de sécurisation avant leur transport et leur incinération au niveau des CS et hôpitaux disposant d'incinérateur Pour les sites trop éloignés des structures abritant des incinérateurs, les agents ont aménagé des fosses à la périphérie des villages pour bruler les déchets et les recouvrir de terre. Pour les sites non éloignés des incinérateurs, les déchets plastiques ont été incinérés au niveau des CS et/ou des hôpitaux.

Le suivi de cette activité a été assuré par les superviseurs à tous les niveaux et par les responsables de la logistique des ONGs partenaires et des districts sanitaires.

## 4.5. Visites à domiciles post distribution.

Afin de garantir une utilisation effective des MILDA par toute la famille, chaque nuit et durant toute l'année, les agents de santé communautaires ont effectué des visites à domicile (VAD) dans les ménages. L'objectif était de couvrir au moins 50 % des ménages dans les 38 préfectures/communes du pays. Pour atteindre cet objectif, chaque équipe devait visiter en moyenne 25 ménages par jour à l'intérieur du pays et 40 ménages dans la ville de Conakry

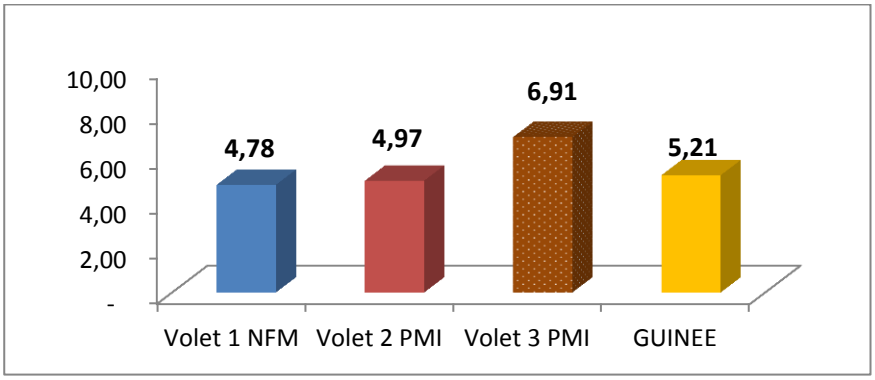
Ces visites ont été l'occasion de sensibiliser les populations sur le paludisme et l'importance de la bonne utilisation des MILDA. Elles ont permis d'apprécier le niveau d'utilisation des MILDA, de déterminer les facteurs pouvant limiter l'accrochage des moustiquaires et d'assister les familles dans leur accrochage et leur entretien. Elles ont été également l'occasion d'aider les ménages, qui en expriment le besoin, à transformer les MILDA rectangulaires en coniques.

L'activité a été réalisée pendant 5 jours par les équipes ayant effectué le dénombrement. Elle a été précédée par une orientation d'un jour assurée par les chefs de centre de santé appuyés par les superviseurs des districts sanitaires et des ONG partenaires. L'orientation a porté sur la technique de transformation des MILDA rectangulaire en conique et d'accrochage ainsi que sur la diffusion des messages sur l'utilisation des MILDA. Des outils de communication (boites à images), de supervision et de collecte de données ont mis à la disposition des acteurs.

**Résultats des visites à domicile**

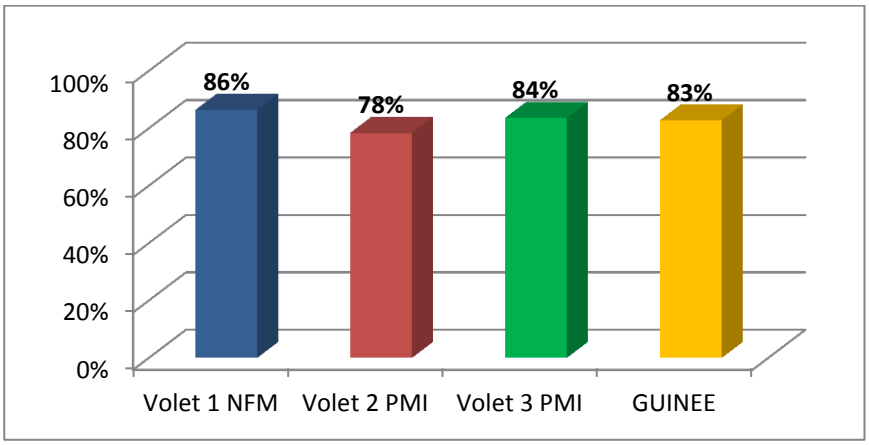
Sur un objectif fixé de 50 % les agents ont visité 1 065 568 ménages soit 44 % des 2 423 050 ménages dénombrés. Le nombre de MILDA disponible dans les ménages était de 5 550 123 dont 4 594 029 provenaient de la présente campagne (83 %). Le nombre moyen de MILDA par ménage visité et par volet est présenté dans le graphique ci-après.

**Graphique I :** Nombre moyen de MILDA par ménage visité et par volet



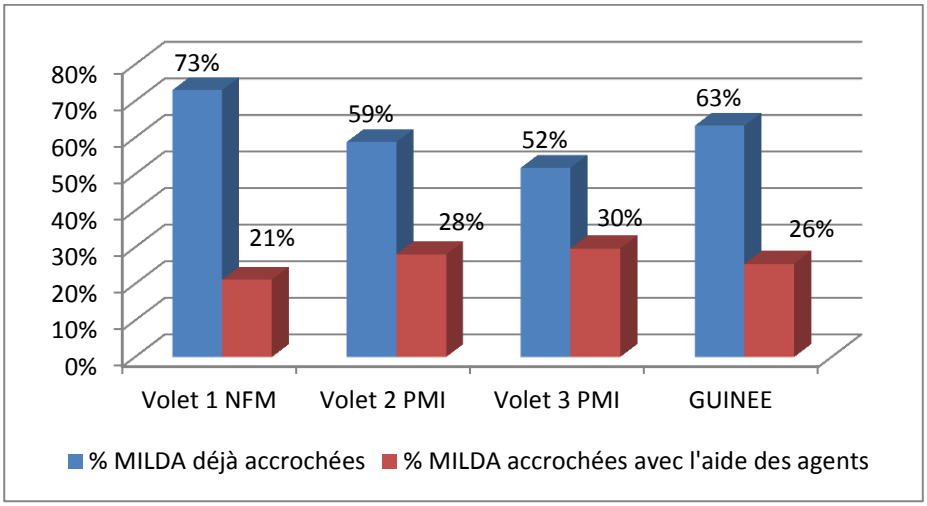

La proportion de MILDA de la campagne disponibles dans les ménages dépasse les ¾ dans toutes les régions ; le graphique N°2 présente le résultat par volet .

**Graphique II : proportion de milda de la camp dans les menages**




Sur l'ensemble des MILDA reçues lors de la campagne, 2 905 671 (63%) étaient déjà accrochées. Les agents ont appuyé les ménages dans l'accrochage de 1 171 974 MILDA soit 26%.

**Graphique III : proportion de milda de la camp déjà accrochées et accrochées avec l'appui des agents lors des VAD**




Au cours de ces activités, ils ont également sensibilisé 5 351 747 personnes sur l'utilisation des MILDA et les mesures préventives contre le paludisme dont 56% de femmes.

# 5.PROBLEMES RENCONTRES – LEÇONS APPRISES

## 5.1. Dans la planification et la mobilisation des ressources

- **Quantification des besoins en MILDA et autres intrants.**

Le Programme a été confronté à des difficultés de quantification des besoins dues à la non fiabilité des chiffres de population tant au niveau national qu'au niveau décentralisé. Les prévisions faites sur la base de la population du recensement de 1996 actualisée se sont révélées en deçà des réalités. C'est ainsi qu'à l'issu du dénombrement la population 2016 estimée à 12 508 912 est passée à 15 386 261 personnes. Les besoins en MILDA se sont accrus de 1 313 167 passant de 6 949 395 MILDA à **8 259 519**. Le gap a été comblé par l'achat de MILDA rectangulaire (moins chères) en lieu et place des MILDA coniques et par la distribution des MILDA de routine au cours de la campagne.

- **Les spécifications techniques des MILDA ont connus de longues et difficiles négociations avec les bailleurs de fonds.**

Le pays avait planifié l'achat des MILDA coniques plus utilisées par les populations mais plus chères alors que les partenaires ont recommandés les rectangulaires moins chers afin de combler les Gaps. En définitive, seule l'OMVS a fourni des MILDA coniques qui ont été distribuées à Conakry. Des activités de sensibilisations à travers les visites à domiciles des agents communautaires ont été menées pour amener les populations à utiliser les MILDA rectangulaires et les aider à les transformer en conique au besoin.

- **La planification de la distribution des MILDA en un seul volet.**

Cette approche s'est révélée être un défis difficile à relever à cause notamment **:**

- ✓ de l'ampleur des activités à réaliser dans un environnement post Ebola et d'un système de santé peu performant ;
- ✓ des difficultés de coordination et d'harmonisation des interventions des partenaires de mise en œuvre avec des approches et des procédures différentes ;
- ✓ de la réception des MILDA a des périodes différentes.

Compte tenu de ces difficultés Le CNC a décidé d'organiser la campagne en 3 volets :

- ✓ 1er volet pour les 19 préfectures appuyées par le Fonds Mondial ;
- ✓ 2ème volet pour les 14 préfectures couvertes par PMI
- ✓ 3ème volet pour la ville de Conakry couverte par PMI

- **Mobilisation des ressources.**

Cette activité a connu des incertitudes qui ont influées sur la campagne :

- ✓ La mobilisation des coûts opérationnels des MILDA achetées par le Fonds Mondial, destinées à la zone couverte par PMI, a connu des difficultés à cause des problèmes de procédures de transfert de fonds entre partenaires. Au terme des négociations ces coûts ont été supportés par PMI.
- ✓ Les MILDA achetées par l'OMVS destinées aux 10 préfectures du bassin du fleuve Sénégal ont été livrées en retard (début juin) alors que la distribution était terminée dans cette zone. Il a fallu de longues négociations pour que ce partenaire accepte la distribution de ces MILDA soient distribuées au cours du 3ème volet à Conakry.

- ✓ Les MILDA qui devraient être financées par la BID n'ont pas été disponibles du fait de la survenue de la maladie à virus Ebola. Cette situation n'a heureusement pas eu d'effet négatif grâce à la disponibilité de fonds suffisants des autres partenaires (FM, PMI, OMVS).

- **Coordination des activités**
  - ✓ Les comités de coordination de la campagne des régions et préfectures prévu dans la plan d'action, n'ont pas été mis en place avec pour conséquence une faible implication des autorités sanitaires et administratives locales dans la mise en œuvre des différentes étapes de la campagne. Ainsi, dans certaines zones la collaboration entre les ONG locales et les autorités a été difficile entrainant une faible implication du personnel de santé dans la mise en œuvre des activités. Ce problème a été atténué grâce à la sensibilisation des acteurs par le CNC, la Coordination du PNLP et le Ministère de la Santé à travers des correspondances, des contacts téléphoniques et des missions de supervisions.

  - ✓ **Insuffisance de coordination des activités au niveau central (Ministère de la Santé)** ayant entrainé des fréquentes interférences avec les activités des autres Programmes notamment les Journées nationales de vaccination (JNV) et la campagne de distribution des médicaments des Maladies Tropicales Négligées, activités de formations des agents de santé. Cette situation a entrainé des retards dans la mise en œuvre des différentes étapes de la campagne obligeant le CNC et le PNLP a engagé des négociations avec les Programmes intéressés pour éviter les chevauchements. Les arrangements de date ont été parfois très difficiles à obtenir, les Journées Nationales de Vaccination étant considérées par le Ministère comme prioritaires.

## 5.2. Dans le déroulement de la campagne

- **Micro planification**

✓ Il a été difficile de trouver un outil de micro planification consensuel approuvé par les partenaires. il a fallu de longues discussions pour obtenir un consensus entre l'outil proposé par l'AMP et celui de CRS. Il a été décidé que l'outil de l'AMP va être utilisé pour récolter les données au niveau des centres de santé et chaque partenaire va compiler dans sa base de données spécifique.

✓ L'utilisation de plusieurs sources de données de population a rendu difficile la compilation des données de micro planification obligeant le CNC à faire une triangulation entre les données du recensement de la population1996 actualisé, du dénombrement de 2013 et celles utilisées par le Programme PEV pour établir le plan de déploiement des ressources pour le dénombrement.

- **Dénombrement**

Lors du dénombrement il a été notifié des problèmes par endroit dont principalement :

✓ l'insuffisance de formation des agents de dénombrement (Non maitrise de la notion de ménage),

- ✓ l'insuffisance de moyens de communication pour partager les différents problèmes rencontrés sur le terrain,
- ✓ l'insuffisance de moyens logistiques (transports des agents et des superviseurs)
- ✓ et la faible implication des autorités des DRS/ DPS.

Le CNC s'est réunie régulièrement pour prendre des mesures correctrices notamment :

- ✓ la suspension du dénombrement et la reprise de la formation des agents par endroit (Kissidougou, Kankan, Siguiri)
- ✓ la mobilisation de ressources logistiques supplémentaires par les partenaires
- ✓ la sensibilisation des autorités locales
- ✓ et le renforcement de la supervision.

- **Monitorage du dénombrement :**

- ✓ La faible compréhension des objectifs et de la méthodologie d'une nouvelle activité dont tous les contours ne sont pas encore maitrisés
- ✓ La durée insuffisante de la formation (1jours) ne permettait pas aux moniteurs de maitriser la méthodologie et de réaliser des exercices pratiques de consolidation
- ✓ Plusieurs moniteurs ne remplissaient pas les conditions requises : niveau intellectuel faible pour comprendre la méthodologie, âge assez élevé pour utiliser les motos, difficulté de maitriser les moniteurs fonctionnaires assurant des responsabilités
- ✓ Faible complétude et promptitude des rapports des moniteurs n'ayant pas permis une analyse rapide des résultats
- ✓ L'encadrement était limité au seul consultant national, les consultants régionaux recrutés plus tard n'ayant pas été impliqués dans ce processus.

- **Distribution**

- ✓ Difficultés d'identification des noms des bénéficiaires sur les fiches et carnets lors de la distribution des MILDA ;
- ✓ Nombre réduits de sites de distribution tenant compte de l'accessibilité et de la distance ;
- ✓ Retard de livraison des MILDA dans certains CS et sur certains sites ;
- ✓ Perte de coupons de dénombrement par des ménages ;
- ✓ Positionnement des MILDA dans certains CS en deux temps créant des ruptures de stock dans certains sites de distribution ;
- ✓ La finalisation des sites de distribution par le niveau national a réduit ces sites et a obligé les acteurs de terrain à constituer des équipes mobiles afin de toucher tous les bénéficiaires.

- **Visites à domiciles**

- ✓ La planification de cette activité a connu des incertitudes à cause des réticences des partenaires à reconnaitre sa pertinence ;
- ✓ La faible maitrise des procédures de réalisation de l'activité et de collecte de données à cause du manque de formation par endroit ;
- ✓ Retard dans la collecte et la compilation des données par endroit**.**

## 5.2. Leçons apprises.

L'analyse du processus de planification et de mise en œuvre de la campagne a permis au CNC de noter quelques leçons apprises à prendre en compte lors des prochaines campagnes :

- Compte tenu de l'ampleur de la campagne, des difficultés d'organisation avec une multitude de partenaires et du défi logistique, la mise en œuvre d'une campagne en un seul volet pour l'ensemble du pays s'est avérée très difficile.
- Lorsqu'un partenaire finance l'achat des MILDA sans les couts opérationnels, des difficultés de mobilisations de couts additionnels surviennent.
- L'absence d'arguments scientifiques convaincants sur les préférences des populations afin de justifier les spécifications techniques des MILDA est un risque de fournir des moustiquaires qui ne seront pas utilisées ;
- Les interférences d'activités constituent une cause majeure de retard et de baisse de la qualité de mise en œuvre d'une campagne.
- L'implication des autorités et leaders d'opinion exige la mise en place précoce des structures de coordination fonctionnelles au niveau national, régional et surtout district sanitaire. Les rôles et responsabilités des partenaires de mise en œuvre (ONG locales, sous récipiendaires) et des autorités et les mécanismes de collaboration doivent être clairement définis.

# 6.CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les différentes étapes de la campagne de distribution de masse des MILDA de 2016 ont été réalisées de décembre 2015 à juillet 2016 en Guinée. Elle a débuté par l'élaboration d'un plan d'action national qui a servi de document de référence pour la mise en œuvre de toutes les activités. Le Programme National de Lutte contre le Paludisme et le Comité National de Coordination multisectoriel (CNC) en ont été les maitres d'œuvre. Ils ont bénéficié de l'appui des partenaires notamment le Fonds Mondial, PMI et l'OMVS qui ont fourni les MILDA, financé les coûts opérationnels et l'assistance technique. La mise en œuvre opérationnelle a été assurée par les récipiendaires de la subvention du Fonds Mondial (CRS, Plan Guinée, Child Fund) et l'agence de mise en œuvre de PMI (STOPPALU) en collaborations avec les ONG locales, les structures de santé et les autorités sanitaires, administratives et communautaires.

En dépit des difficultés rencontrées, les résultats remarquables obtenus lors de cette campagne permettront au pays de relever le défi de la couverture universelle. En effet, sur un total de **8 254 154** couchettes dénombrées, **8 237 398 MILDA** ont été déployées au niveau des sites et **7 891 363** distribuées soit un taux de couverture de 96%.

Tirant les leçons de la mise en œuvre, le CNC fait les recommandations ci-après pour la réussite des prochaines campagnes :

- Commencer plus tôt la mise en œuvre des différentes étapes afin de terminer la campagne avant la saison des pluies (avant le 15 mai);
- Prévoir la réalisation de la campagne en plusieurs volets en définissant clairement dans le plan d'action les partenaires devant prendre en charge les coûts de chaque volet (intrants et coûts opérationnels) avec un chronogramme consensuel ;
- Pour éviter les difficultés de mobilisation de fonds, tout partenaire qui achète des MILDA devrait prendre en charge les coûts opérationnels ; à défaut des modalités très claires de financement de ces coûts avec l'accord de toutes les parties concernées devraient être intégrées dans le plan d'action et le budget ;
- Afin de faciliter la spécification technique des MILDA et de garantir leur utilisation effective, le pays devrait mener une étude scientifique sur les préférences des populations en matière de forme, de taille et de couleur des moustiquaires. La réalisation de cette étude devra se faire par un cabinet indépendant avec l'implication des partenaires.
- Pour éviter les interférences, le Plan d'Action et le Chronogramme de la campagne devront prendre en compte les activités des autres programmes et services du Ministère de la Santé. Ils devront être consensuels et adoptés à un haut niveau (Ministre).
- Mettre en place à temps des structures de coordination fonctionnelles au niveau national, régional et surtout district sanitaire afin de s'assurer de l'implication effective des autorités à tous les niveaux, leaders d'opinion et organisations communautaires dans la planification et la mise en œuvre de la campagne ;
- Les rôles et responsabilités des partenaires de mise en œuvre (ONG locales, sous récipiendaires) et des autorités et les mécanismes de collaboration doivent être clairement définis.

# ANNEXES

## Annexe 1 : PLAN RESSOURCES HUMAINES POUR LE DENOMBREMENT GUINEE 2016

| Région | Préfecture | Nombre de CS | Population totale du district en 2016 | Nombre Ménages | Nombre de Sites disribution | Ménages denombrés par jour | Equipes de dénombreurs | Personnel à former | | | Coupons |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | Chef de groupe | Superviseur moniteur CS | Agents dénombreur | |
| FARANAH | KISSIDOUGOU | 16 | 368 212 | 52 602 | 53 | 4 383 | 175 | 44 | 18 | 351 | 204 562 |
| | FARANAH | 12 | 360 817 | 51 545 | 52 | 4 295 | 172 | 79 | 35 | 647 | 200 454 |
| | DABOLA | 9 | 212 590 | 30 370 | 30 | 2 531 | 101 | 24 | 11 | 202 | 118 106 |
| | DINDUIRAYE | 8 | 264 130 | 37 733 | 38 | 3 144 | 126 | 30 | 13 | 252 | 146 739 |
| | TOTAL | 45 | 1 205 749 | 172 250 | 172 | 14 354 | 574 | 175 | 76 | 1 434 | 669 861 |
| MAMOU | PITA | 13 | 246 095 | 35 156 | 35 | 2 930 | 117 | 31 | 14 | 234 | 136 720 |
| | DALABA | 10 | 187 167 | 26 738 | 27 | 2 228 | 89 | 23 | 11 | 178 | 103 982 |
| | MAMOU | 18 | 335 302 | 47 900 | 48 | 3 992 | 160 | 40 | 20 | 319 | 186 279 |
| | TOTAL | 41 | 768 564 | 109 795 | 110 | 9 150 | 366 | 94 | 45 | 732 | 426 980 |
| LABE | MALI | 13 | 385 950 | 55 136 | 55 | 4 595 | 184 | 44 | 18 | 368 | 214 417 |
| | TOUGUE | 10 | 212 187 | 30 312 | 30 | 2 526 | 101 | 26 | 11 | 202 | 117 882 |
| | LABE | 18 | 466 519 | 66 646 | 67 | 5 554 | 222 | 53 | 22 | 444 | 259 177 |
| | KOUBIA | 6 | 170 467 | 24 352 | 24 | 2 029 | 81 | 19 | 9 | 162 | 94 704 |
| | LELOUMA | 11 | 253 481 | 36 212 | 36 | 3 018 | 121 | 31 | 13 | 241 | 140 823 |
| | TOTAL | 58 | 1 488 605 | 212 658 | 213 | 17 721 | 709 | 173 | 73 | 1 418 | 827 003 |
| KINDIA | KINDIA | 14 | 539 203 | 77 029 | 77 | 6 419 | 257 | 59 | 24 | 514 | 299 557 |
| | COYAH | 6 | 233 243 | 33 320 | 33 | 2 777 | 111 | 25 | 10 | 222 | 129 579 |
| | TELIMELE | 14 | 406 433 | 58 062 | 58 | 4 838 | 194 | 47 | 19 | 387 | 225 796 |
| | DUBREKA | 8 | 271 299 | 38 757 | 39 | 3 230 | 129 | 30 | 12 | 258 | 150 721 |
| | FORECARIAH | 10 | 370 642 | 52 949 | 53 | 4 412 | 176 | 41 | 17 | 353 | 205 912 |
| | TOTAL | 52 | 1 820 819 | 260 117 | 260 | 21 676 | 867 | 202 | 82 | 1 734 | 1 011 566 |
| N'ZEREKORE | N'ZEREKORE | 16 | 476 895 | 68 128 | 68 | 5 677 | 227 | 55 | 23 | 454 | 264 942 |
| | YOMOU | 7 | 288 485 | 41 212 | 41 | 3 434 | 137 | 30 | 12 | 275 | 160 269 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | MACENTA | 17 | 365 255 | 52 179 | 52 | 4 348 | 174 | 42 | 20 | 348 | 202 920 |
| | LOLA | 9 | 244 987 | 34 998 | 35 | 2 917 | 117 | 28 | 11 | 233 | 136 104 |
| | BEYLA | 15 | 371 448 | 53 064 | 53 | 4 422 | 177 | 44 | 19 | 354 | 206 360 |
| | GUECKEDOU | 13 | 452 993 | 64 713 | 65 | 5 393 | 216 | 50 | 19 | 431 | 251 663 |
| | TOTAL | 77 | 2 200 063 | 314 295 | 314 | 26 191 | 1 048 | 249 | 104 | 2 095 | 1 222 257 |
| BOKE | BOKE | 13 | 554 705 | 79 244 | 79 | 6 603,6 | 264 | 57 | 24 | 528 | 308 170 |
| | BOFFA | 8 | 291 168 | 41 595 | 42 | 3 466 | 139 | 32 | 13 | 277 | 161 760 |
| | FRIA | 6 | 151 698 | 21 671 | 22 | 1 806 | 72 | 17 | 8 | 144 | 84 277 |
| | GAOUAL | 8 | 253 533 | 36 219 | 36 | 3 018 | 121 | 29 | 11 | 241 | 140 852 |
| | KOUNDARA | 7 | 168 664 | 24 095 | 24 | 2 008 | 80 | 20 | 9 | 161 | 93 702 |
| | TOTAL | 42 | 1 419 769 | 202 824 | 203 | 16 902 | 676 | 155 | 65 | 1 352 | 788 760 |
| KANKAN | KANKAN | 18 | 638 527 | 91 218 | 91 | 7 602 | 304 | 71 | 31 | 608 | 354 737 |
| | MANDIANA | 12 | 388 048 | 55 435 | 55 | 4 620 | 185 | 44 | 19 | 370 | 215 582 |
| | KOUROUSSA | 12 | 279 568 | 39 938 | 40 | 3 328 | 133 | 32 | 14 | 266 | 155 316 |
| | KEROUANE | 8 | 311 985 | 44 569 | 45 | 3 714 | 149 | 34 | 14 | 297 | 173 325 |
| | SIGUIRI | 15 | 602 688 | 86 098 | 86 | 7 175 | 287 | 65 | 25 | 574 | 334 827 |
| | TOTAL | 65 | 2 220 816 | 317 259 | 317 | 26 438 | 1 058 | 246 | 103 | 2115 | 1233787 |
| CONAKRY | RATOMA | 9 | 563 605 | 80 515 | 54 | 2 013 | 168 | 34 | 11 | 335 | 313 114 |
| | MATAM | 3 | 272 253 | 38 893 | 26 | 972 | 81 | 17 | 6 | 162 | 151 252 |
| | KALOUM | 4 | 128 748 | 18 393 | 12 | 460 | 38 | 8 | 3 | 77 | 71 527 |
| | MATOTO | 6 | 675 005 | 96 429 | 64 | 2 411 | 201 | 41 | 14 | 402 | 375 003 |
| | DIXINN | 4 | 255 492 | 36 499 | 24 | 912 | 76 | 16 | 5 | 152 | 141 940 |
| | TOTAL | 26 | 1 895 103 | 270 729 | 180 | 6 768 | 564 | 116 | 39 | 1 128 | 1 052 835 |
| TOTAL PAYS | | 406 | 13 019 488 | 1 859 927 | 1 770 | 139 201 | 5 861 | 1 376 | 556 | 12 044 | 7 233 049 |

## Annexe 2 : Synthèse des données du dénombrement

| Préfectures | Population microplan 2016 | Besoin MILDA selon micro plan | Population dénombrée 2016 | Différence entre pop micro plan et Pop dénombrée 2016 | | Couchette 2016 | Besoin MILDA denombrement 2016 | Différence entre MILDA micro plan et MILDA dénombrée 2016 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Nombre | % | | | Nombre | % |
| BOFFA | 280 003 | 155 557 | 304 399 | 24 396 | 9% | 173 834 | 173 834 | 18 277 | 12% |
| BOKE | 861 794 | 478 774 | 741 847 | - 119 947 | -14% | 423 251 | 423 251 | -55 523 | -12% |
| COYAH | 321 629 | 178 683 | 349 929 | 28 300 | 9% | 180 620 | 180 620 | 1 937 | 1% |
| DUBREKA | 429 780 | 238 767 | 500 076 | 70 296 | 16% | 277 820 | 277 820 | 39 053 | 16% |
| FORÉCARIAH | 356 433 | 198 018 | 422 973 | 66 540 | 19% | 240 551 | 240 551 | 42 533 | 21% |
| FRIA | 107 043 | 59 468 | 147 882 | 40 839 | 38% | 84 520 | 84 520 | 25 052 | 42% |
| GAOUAL | 223 073 | 123 929 | 239 192 | 16 119 | 7% | 144 182 | 144 182 | 20 253 | 16% |
| KOUBIA | 107 882 | 59 934 | 108 925 | 1 043 | 1% | 68 161 | 68 161 | 8 227 | 14% |
| KOUNDARA | 151 840 | 84 356 | 163 663 | 11 823 | 8% | 93 338 | 93 338 | 8 982 | 11% |
| LABÉ | 438 359 | 243 533 | 417 405 | - 20 954 | -5% | 279 350 | 279 350 | 35 817 | 15% |
| LÉLOUMA | 236 543 | 131 413 | 190 652 | - 45 891 | -19% | 124 877 | 124 877 | -6 536 | -5% |
| MALI | 333 590 | 185 328 | 289 817 | - 43 773 | -13% | 172 046 | 172 046 | -13 282 | -7% |
| TOUGUÉ | 137 245 | 76 247 | 143 100 | 5 855 | 4% | 92 840 | 92 840 | 16 593 | 22% |
| DINGUIRAYE | 264 099 | 146 722 | 302 198 | 38 099 | 14% | 170 518 | 170 518 | 23 796 | 16% |
| **Total Stoppalu** | **4 249 313** | **2 360 729** | **4 322 058** | **72 745** | **2%** | **2 525 908** | **2 525 908** | **165 179** | **7%** |
| BEYLA | 371 448 | 206 360 | 446 295 | 74 847 | **20%** | 245 841 | 245 841 | 39 481 | **19%** |
| GUECKEDOU | 467 607 | 259 782 | 582 248 | 114 641 | 25% | 298 091 | 298 091 | 38 309 | 15% |
| LOLA | 244 987 | 136 104 | 291 327 | 46 340 | 19% | 151 187 | 151 187 | 15 083 | 11% |
| MACENTA | 365 255 | 202 919 | 489 302 | 124 047 | 34% | 240 342 | 240 342 | 37 423 | 18% |
| NZEREKORE | 476 895 | 264 942 | 652 452 | 175 557 | 37% | 320 307 | 320 307 | 55 365 | 21% |
| YOMOU | 288 485 | 160 269 | 306 116 | 17 631 | 6% | 165 121 | 165 121 | 4 852 | 3,0% |
| KISSIDOUGOU | 368 212 | 204 562 | 426 006 | 57 794 | 16% | 221 132 | 221 132 | 16 570 | 8,1% |
| KANKAN | 638 527 | 354 737 | 757 372 | 118 845 | 19% | 360 690 | 360 690 | 5 953 | 2% |
| KEROUANE | 311 985 | 173 325 | 305 945 | - 6 040 | -2% | 163 725 | 163 725 | - 9 600 | -6% |
| MANDIANA | 388 048 | 215 582 | 516 893 | 128 845 | 33% | 283 090 | 283 090 | 67 508 | 31% |
| KOUROUSSA | 279 568 | 155 316 | 380 807 | 101 239 | 36% | 187 822 | 187 822 | 32 506 | 21% |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SIGUIRI | 602 846 | 334 914 | 842 582 | 239 736 | 40% | 431 973 | 431 973 | 97 059 | 29% |
| **Total Plan** | **4 803 863** | **2 668 813** | **5 997 345** | **1 193 482** | **25%** | **3 069 321** | **3 069 321** | **400 508** | **15%** |
| DALABA | 187 167 | 103 982 | 219 103 | 31 936 | 17% | 160 444 | 160444 | 49 938 | 48% |
| MAMOU | 310 878 | 172 710 | 409 991 | 99 113 | 32% | 238 871 | 238 871 | 66 161 | 38% |
| PITA | 246 095 | 136 719 | 309 613 | 63 518 | 26% | 202 051 | 202 051 | 65 332 | 48% |
| DABOLA | 212 590 | 118 106 | 251 990 | 39 400 | 19% | 135 062 | 135 062 | 16 956 | 14% |
| FARANAH | 360 817 | 200 454 | 410 468 | 49 651 | 14% | 206 203 | 206 203 | 5 749 | 3% |
| KINDIA | 539 203 | 299 557 | 712 985 | 173 782 | 32% | 352 230 | 352 230 | 52 673 | 18% |
| TELIMELE | 406 433 | 225 796 | 401 645 | - 4 788 | -1% | 224 894 | 224 894 | - 902 | -0,40% |
| **Total ChildFund** | **2 263 183** | **1 257 324** | **2 715 795** | **452 612** | **20%** | **1 519 755** | **1 519 755** | **255 907** | **20%** |
| **Total FM** | **7 067 046** | **3 926 137** | **8 713 140** | **1 646 094** | **23%** | **4 589 076** | **4600642** | **656 415** | **17%** |
| **Total 33 préfectures** | **11 316 359** | **6 286 866** | **13 035 198** | **1 678 030** | **15%** | **7 114 984** | **7 114 984** | **821 594** | **13%** |
| Dixinn | 253 513 | 140 841 | 230 293 | - 23 220 | -9% | 119336 | 119 336 | - 21 505 | -15% |
| Kaloum | 128 355 | 71 308 | 105 196 | - 23 159 | -18% | 49500 | 49 500 | - 21 808 | -31% |
| Matam | 282 025 | 156 681 | 245 701 | - 36 324 | -13% | 108267 | 108 267 | - 48 414 | -31% |
| Matoto | 796 367 | 442 426 | 876 841 | 80 474 | 10% | 421976 | 421 976 | - 20 450 | -5% |
| Ratoma | 737 039 | 409 466 | 893 032 | 155 993 | 21% | 440091 | 440 091 | 30 625 | 7% |
| **Total Conakry** | **2 197 299** | **1 220 722** | **2 351 063** | **153 764** | **7%** | **1 139 170** | **1 139 170** | **-81 552** | **-7%** |
| **Total Guinée** | **13 513 658** | **7 507 588** | **15 386 261** | **1 831 794** | **14%** | **8 254 154** | **8 254 154** | **740 042** | **10%** |

# Annexe 3 : Résultats de la distribution

***Annexe 3.1 : R***ésultats de la distribution des MILDA par préfecture du volet 1 (zone appuyée par le Fonds Mondial)

| Préfectures | Nombre de MILDA prévues (Couchettes dénombrées) | Total MILDA reçues | MILDA distribuées | Restant |
|---|---|---|---|---|
| **Zone couverte par Plan Guinée** | | | | |
| BEYLA | 244 152 | 244 152 | 242 256 | 1896 |
| GUECKEDOU | 298 091 | 298 091 | 298 091 | 0 |
| KANKAN | 360 690 | 360 690 | 360 610 | 80 |
| KEROUANE | 163 785 | 163 785 | 163 785 | 0 |
| KISSIDOUGOU | 222 468 | 222 468 | 220 691 | 1737 |
| KOUROUSSA | 187 822 | 187 822 | 185 598 | 2224 |
| LOLA | 160 986 | 160 986 | 160 986 | 0 |
| MACENTA | 243 756 | 243 756 | 236 075 | 7681 |
| MANDIANA | 283 090 | 283 095 | 281 626 | 1469 |
| NZEREKORE | 320 307 | 320 307 | 317 000 | 3307 |
| SIGUIRI | 431 973 | 431 973 | 424 928 | 6560 |
| YOMOU | 165 121 | 165 121 | 165 121 | 0 |
| **Total Zone Plan** | **3 082 241** | **3 082 246** | **3 056 767** | **24 954** |
| **Zone couverte par ChildFund** | | | | |
| DABOLA | 135062 | 135000 | 134227 | 773 |
| DALABA | 153920 | 153544 | 153494 | 50 |
| FARANAH | 206203 | 206477 | 202130 | 4347 |
| KINDIA | 352230 | 348446 | 335303 | 13130 |
| MAMOU | 244041 | 243850 | 220976 | 22874 |
| PITA | 202051 | 202029 | 197924 | 4105 |
| TELIMELE | 224894 | 224894 | 219878 | 5008 |
| **Total Zone ChildFund** | **1 518 401** | **1 514 240** | **1 463 932** | **50,308** |
| **Total Zone FM/CRS** | **4,600,642** | **4,408,664** | **4,520,699** | **75,262** |

Annexe 3.2 : Résultats de la distribution des MILDA par préfecture du volet 2 et 3 (zone appuyée par PMI/STOPPALU)

| Préfectures /communes | Nombre de MILDA prévues (Couchettes dénombrées) | Total MILDA reçues | MILDA distribuées | Restant |
|---|---|---|---|---|
| **TOTAL REGION BOKE** | **919010** | **919778** | **850393** | **68780** |
| BOFFA | 173 837 | 173 836 | 154 679 | 18 961 |
| BOKE | 423 135 | 424 042 | 388 989 | 34 887 |
| FRIA | 84 520 | 84 520 | 82 780 | 1 735 |
| GAOUAL | 144 180 | 144 180 | 133 582 | 10 550 |
| KOUNDARA | 93 338 | 93 200 | 90 363 | 2 647 |
| **TOTAL REGION LABE** | **907 715** | **910 107** | **833 875** | **75 929** |
| KOUBIA | 68 084 | 68 161 | 63 661 | 4 500 |
| LABE | 279 350 | 281 337 | 250 240 | 31 092 |
| LELOUMA | 124 877 | 125 077 | 118 199 | 6 641 |
| MALI | 172 046 | 172 060 | 157 545 | 14 511 |
| TOUGUE | 92 840 | 93 072 | 87 100 | 5 936 |
| DINGUIRAYE | 170 518 | 170 400 | 157 130 | 13 249 |
| **TOTAL REGION KINDIA** | **698 988** | **697 542** | **657 886** | **39 626** |
| COYAH | 180 620 | 180 620 | 164 198 | 16 422 |
| DUBREKA | 277 817 | 276 665 | 263 091 | 13 554 |
| FORECARIAH | 240 551 | 240 257 | 230 597 | 9 650 |
| **TOTAL CONAKRY** | **1 132 969** | **1 118 697** | **1 028 413** | **97 101** |
| DIXIN | 113 135 | 107 231 | 98 452 | 14 977 |
| KALOUM | 49 500 | 49 258 | 48 907 | 211 |
| MATAM | 108 267 | 103 987 | 98 818 | 5 169 |
| MATOTO | 421 976 | 418 798 | 389 285 | 29 411 |
| RATOMA | 440 091 | 439 423 | 392 951 | 47 333 |
| **TOT ZONE PMI** | **3 658 682** | **3 646 124** | **3 370 567** | **281 436** |

**Annexes 4 : SYNTHESE DONNEES VISITES A DOMICILE POST DISTRIBUTION SYNTESE PAYS**

| VOLETS | Nombre de ménages dénombrés | NOMBRE DE MENAGE VISITES AU COURS DES VAD | TOTAL MILDA DISPONIBLES DANS LE MENAGE | NOMBRE DE MILDA RECUES AUCOURS DE CETTE CAMPAGNE | NOMBRE DE MILDA CAMPAGNE DEJA ACCROCHEES | NOMBRE DE MILDA ACCROCHEES A L'AIDE DE L'EQUIPE | NOMBRE DE PERSONNES SENSIBILISEES | | Pourcentage ménage visité | Pourcentage MILDA accrochées | % MILDA déjà accrochées | % MILDA accrochées avec l'aide des agents |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | H | F | | | | |
| NFM 19 préfectures | **1 472 511** | **472 206** | **2 258 279** | **1 950 638** | **1 423 740** | **412 929** | **1 267 809** | **1 114 945** | **32%** | **94%** | **73%** | **21%** |
| PMI 14 préfectures | **598 881** | **415 649** | **2 064 299** | **1 617 619** | **951 079** | **454 345** | **641 003** | **1 132 494** | **69%** | **87%** | **59%** | **28%** |
| PMI 5 communes Conakry | **351 658** | **177 713** | **1 227 545** | **1 025 772** | **530 852** | **304 700** | **437 562** | **757 933** | **51%** | **81%** | **52%** | **30%** |
| Guinée | 2 423 050 | 1 065 568 | 5 550 123 | 4 594 029 | 2 905 671 | 1 171 974 | 2 346 374 | 3 005 372 | 44% | 89% | 63% | 26% |

## PARTENEAIRES AYANT APPUYE L'ORGANISATION DE LA CAMPAGNE