



Travailler avec les systèmes :

distribution communautaire au Nigéria

N I G É R I A

PALUDISME

L'accès aux MIILDA vitales peut être amélioré en fournissant des moustiquaires par le biais de canaux de distribution continue. Dans l'État du Nasarawa, au Nigéria, un projet pilote de nouveau canal de distribution de MIILDA a été intégré aux réseaux des distributeurs communautaires de médicaments existants. Ce projet pilote offre des perspectives clés pour la communauté mondiale de lutte contre le paludisme et l'occasion d'en apprendre davantage sur le potentiel des canaux communautaires pour la distribution de MIILDA.

CONTEXTE

Au Nigéria, les campagnes de masse visant à développer l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MIILDA) ont débuté en 2009. Des modes complémentaires de distribution de MIILDA permettront de parvenir à un accès équitable et maintenir la couverture des campagnes de masse. Dans l'État du Nasarawa, le Ministère de la Santé, le Programme de lutte contre le paludisme destiné aux États (MAPS) et le projet NetWorks ont dirigé une distribution communautaire de MIILDA en vue d'étudier sa faisabilité.

En 2009 et 2010, une campagne de distribution massive de MIILDA au Nasarawa a permis de fournir 842 324 moustiquaires.¹ L'enquête d'après campagne a révélé que 62 % des ménages ont reçu au moins une MIILDA, soit une hausse substantielle par rapport à la couverture de précampagne de 14 %. Néanmoins, près de 30 % des ménages n'étaient pas inscrits à la campagne de masse.² En 2011, le MdS de l'État a entamé une distribution de routine de moustiquaires lors des consultations prénatales (CPN) et, en 2013, il a initié un projet pilote de système de distribution communautaire par le biais du réseau de distributeurs communautaires de médicaments (DCM), servant de canal complémentaire pour accroître l'accès aux MIILDA. Tout comme les autres systèmes de distribution continue, l'un des éléments clés pour le bon fonctionnement du système DCM est l'exploitation des ressources existantes.

¹ Programme national intégré de lutte contre le paludisme. Rapport de situation de la campagne nationale de distribution de MIILDA au Nigéria (10 juin 2012).

² Projet NetWorks. Évaluation de la campagne de distribution massive de MIILDA, décembre 2010, État de Nasarawa, Nigeria, rapport final (sept. 2012). Disponible sur : <http://www.k4health.org/toolkits/networks-country-resources/evaluation-llin-mass-distribution-campaign-2010-nasarawa-state>



EXPLOITER LES SYSTÈMES EXISTANTS

Distributeurs communautaires de médicaments

Le réseau de DCM du Nasarawa, soutenu par le centre Carter, est un réseau de bénévoles sélectionnés dans les communautés qui évaluent les besoins en médicaments contre l'onchocercose, l'éléphantiasis et la bilharziose au sein de leurs communautés et les distribuent. Les DCM sont formés et supervisés par le personnel des établissements de santé locaux pour évaluer le besoin en médicaments dans leurs communautés, en faire la demande auprès des établissements et soigner les membres de la communauté. D'autres caractéristiques en font une plateforme de distribution communautaire de MIILDA intéressante, puisque le réseau de DCM :

- existait déjà, même dans les communautés n'ayant pas bénéficié de la distribution massive ;
- servait déjà d'interface entre l'établissement de santé et la communauté ;
- entretenait des liens étroits avec le comité de développement de quartier ;
- comptait des membres intéressés par l'ajout de la distribution de MIILDA à leur travail.

Comités de développement de quartier

Le quartier, la plus petite structure politique, est constitué d'une zone géographique regroupant une population de 10 000 à 30 000 personnes. Chacun possède un comité de développement de quartier chargé d'identifier les besoins sociaux et sanitaires de la zone, de mobiliser des ressources et de travailler en partenariat avec le gouvernement, la société civile ainsi que les autres partenaires afin de mettre en œuvre les programmes sanitaires. Les comités de développement de quartier travaillent en étroite collaboration avec les DCM dans leurs communautés et ont donc également été mis à contribution pour soutenir ce projet pilote.

En bref n° 12

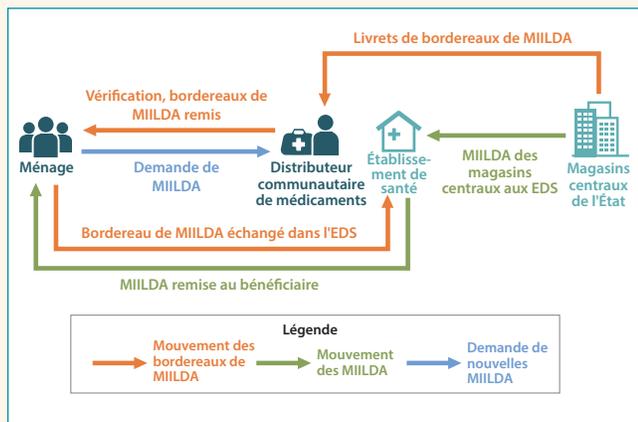


STRATÉGIE : COMMENT FONCTIONNE LA DISTRIBUTION DES DCM

Répartition des MIILDA et identification des bénéficiaires

Le système de distribution communautaire repose sur la demande en moustiquaires des membres de la communauté. Lorsque le membre d'un ménage réclame une moustiquaire, le DCM rend visite au ménage afin de procéder à une évaluation des besoins en MIILDA. Le [formulaire d'évaluation](#) enregistre le nombre de membres que compte le foyer, les espaces de repos et les MIILDA viables existantes, puis rend compte des besoins en MIILDA du ménage. Si le DCM conclut que le ménage est éligible à l'octroi d'une ou plusieurs nouvelle(s) moustiquaire(s), il leur remettra un ou plusieurs bordereaux pour les MIILDA, chaque bordereau pouvant être échangé contre une MIILDA dans l'établissement de santé désigné du quartier. Le DCM conserve les dossiers d'évaluation et le talon du/des bordereau(x) remis.

Figure 1 : organigramme des MIILDA et des bordereaux dans la stratégie de distribution communautaire de MIILDA



Échange des bordereaux contre les MIILDA dans les établissements de santé

Les membres du ménage présentent leur(s) bordereau(x) de MIILDA à l'établissement de santé le plus proche désigné comme centre de stockage de MIILDA. Un professionnel de santé remet une moustiquaire par bordereau, soumet le bordereau échangé et saisit le numéro de série ainsi que d'autres données du bordereau dans le registre de l'établissement.

Collecte des données

Dans le but de rendre des comptes, les établissements de santé effectuent tous les mois un rapprochement entre les bordereaux de moustiquaires reçus et le registre de stockage. Le point focal Roll Back Malaria de la zone d'administration locale (ZAL) rassemble ces données

issues des établissements de la ZAL et les soumet au programme d'État de lutte contre le paludisme lors de la réunion mensuelle de coordination de la ZAL. Les données de l'État sont compilées par le programme d'État de lutte contre le paludisme et communiquées aux partenaires.

Le bordereau de MIILDA est complété par les DCM et remis aux membres du ménage en vue d'un échange contre une moustiquaire dans l'établissement de santé.

Reconstitution des stocks de MIILDA et de bordereaux

Les établissements de santé ont eu pour instruction de mettre en place un seuil minimal de stock de 100 MIILDA et d'en demander davantage si le nombre passe en-dessous de ce seuil. Les MIILDA sont régulièrement transportées des installations de stockage centrales de l'État aux magasins des établissements de santé, et des formulaires d'évaluation supplémentaires ainsi que des bordereaux de MIILDA sont fournis au DCM en fonction des plans établis par le programme d'État de lutte contre le paludisme et les partenaires, à l'aide des données relatives à la consommation des établissements. Il existe également des mécanismes de réapprovisionnement d'urgence activés par les résultats des visites de contrôle ou les demandes effectuées par les établissements de santé et les DCM auprès du point focal Roll Back Malaria



local. Le réapprovisionnement en moustiquaires et marchandises par lots restreints permet d'effectuer un certain contrôle tout en maintenant un flot continu de moustiquaires au sein des communautés, avec un temps d'attente pour la reconstitution des stocks après leur épuisement réduit à quelques semaines.

Distribution de MIILDA dans le cadre des consultations prénatales dans les établissements de santé

Bien que n'ayant pas de lien direct, les canaux de distribution des CPN et des DCM sont complémentaires. Le canal des DCM s'appuie sur le système logistique existant de distribution des MIILDA via les cliniques de CPN. En raison de leur capacité de stockage de MIILDA établie, les établissements de santé participant à la distribution de MIILDA dans le cadre des CPN servent également au DCM. Afin d'éviter toute confusion concernant l'appartenance de telle réserve de moustiquaires à tel ou tel canal de distribution, le même stock de moustiquaires est utilisé pour la distribution lors des CPN et par les DCM dans les établissements de santé, et ce également en vue de s'assurer qu'aucune demande éligible en MIILDA ne se voie refusée si celles-ci sont en stock. L'établissement de santé comptabilise les MIILDA en réserve sur des fiches de contrôle d'inventaire standard. Dans chaque ZAL, des bénévoles sélectionnés dans la communauté et les points focaux Roll Back Malaria encouragent la distribution par le biais des CPN et des DCM.

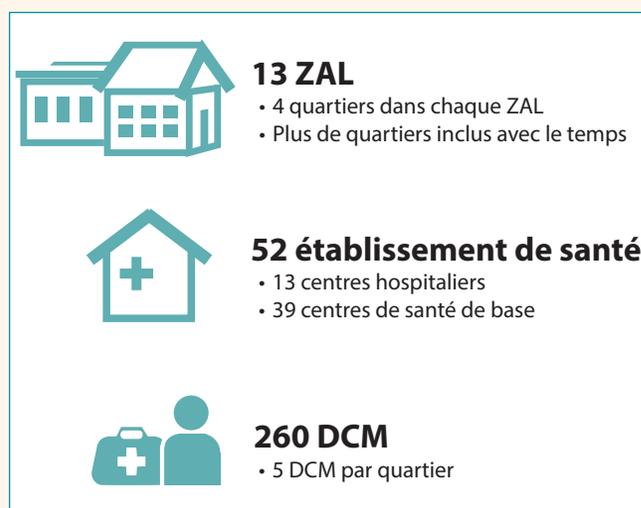
QUANTIFICATION

L'État du Nasawara se compose de 13 ZAL et de 147 quartiers, avec une population projetée de 2 042 719 personnes en 2009. Cependant, chaque quartier présente un nombre d'habitants et de DCM actifs variables. Au moment de l'élaboration de ce projet pilote pour l'État tout entier, il a été estimé que chaque DCM couvrirait de 250 à 2 000 personnes au cours de ses activités courantes de distribution de médicaments. Durant la première année de mise en œuvre, face à l'absence de données relatives à la consommation sur lesquelles baser la répartition de MIILDA dans les quartiers, l'équipe de conception a eu recours à l'outil **NetCALC** pour estimer qu'un DCM couvrant 2 000 personnes distribuerait environ 200 MIILDA au cours des six premiers mois, et 130 au cours des six mois suivants. Les véritables données concernant la distribution de la première année fourniraient toutefois des indications sur la quantification de MIILDA pour les années suivantes.³

Tandis que la planification de ce projet pilote se poursuivait au-delà de la phase de conception, l'adoption d'une approche graduelle a été décidée. Le projet pilote

a débuté dans quatre quartiers de chacune des 13 ZAL, avec un cadre initial de 260 DCM et 52 établissements de santé (13 centres hospitaliers et 39 centres de soins de santé primaires) servant de centres locaux de distribution et de stockage de moustiquaires (Figure 2). Pendant la mise en œuvre, le nombre de quartiers inclus dans le projet pilote a progressivement augmenté.

Figure 2 : lancement du système pilote de distribution par les DCM dans l'État du Nasarawa (juin 2013)



MISE EN ŒUVRE

Formation en cascade du personnel

Un système de formation en cascade a été utilisé pour former le personnel des ZAL, les DCM et le personnel des établissements de santé impliqués dans la distribution. Une formation des formateurs au niveau de l'État s'est tenue pendant une journée avec deux représentants par ZAL : les points focaux Roll Back Malaria et le point focal des maladies tropicales négligées de chaque ZAL. Ces 26 stagiaires ont à leur tour formé les cinq DCM dans chacun des quatre quartiers sélectionnés de leur ZAL (260 DCM) et les principaux dirigeants des 52 établissements de santé destinés à servir de centres de stockage et de livraison de moustiquaires.

La formation a fourni un aperçu du processus de distribution de MIILDA par le biais des DCM et de la façon dont les outils de collecte de données doivent être remplis, tels que le formulaire d'évaluation des besoins en MIILDA et les différents formulaires de registre. Les stagiaires ont également étudié quels messages transmettre aux visiteurs des établissements de santé afin de sensibiliser à l'utilisation des MIILDA et à la manière d'en obtenir une via le système des DCM. L'approche de la formation en cascade a également donné lieu à un mécanisme de transmission des nouvelles et des retours importants du programme d'État de lutte contre le paludisme au personnel des établissements de santé et aux DCM, à travers les points focaux Roll Back Malaria des ZAL.

³ Projet NetWorks. Maintien des avancées : stratégie de distribution continue de MIILDA par le biais des communautés dans l'État du Nasarawa (avril 2012). Disponible sur : <http://www.k4health.org/toolkits/networks-country-resources/sustaining-gains-continuous-distribution-strategy-llin-through>





Quatre DCM du quartier d'Eggon remplissant le bordereau de MIILDA en trois parties pendant une séance de formation.

Crédit : Emmanuel Obi, avec l'autorisation de NetWorks

des 13 ZAL de l'État. Les équipes de surveillance ont utilisé une **fiche de suivi** pour mener des entretiens informels avec les responsables des établissements de santé et les DCM et observer le processus de distribution à tous les niveaux. Les équipes ont également inspecté de visu les outils utilisés pour la distribution, à savoir les formulaires d'évaluation des besoins en moustiquaires des ménages, les bordereaux de remise de MIILDA, les fiches d'inventaire des MIILDA et les registres des établissements de santé. Les informations de ces formulaires sont extraites en vue de rassembler les données du processus de tout l'État pour le projet pilote. Lorsque cela était possible, les équipes de surveillance ont rendu visite aux ménages bénéficiaires.

Communication

Le mécanisme de déclenchement de cette stratégie dépend de la demande en moustiquaires effectuée par les bénéficiaires potentiels. Les activités de génération de demandes ont été principalement menées à travers une communication interpersonnelle directe avec les membres des communautés par les DCM, les comités de développement de quartier, les organisations à base communautaire et les bénévoles engagés dans les interventions du Programme de lutte contre le paludisme destiné aux États du Nasarawa.

Distribution

La distribution a débuté avec 48 000 moustiquaires fournies par USAID/l'Initiative présidentielle de lutte contre le paludisme. Pour démarrer la mise en œuvre, chaque DCM a reçu 100 formulaires d'évaluation et 100 bordereaux de MIILDA. Les établissements de santé ont été approvisionnés en MIILDA. Quatre mois après le début de la mise en œuvre (octobre 2013), un second lot de 148 500 moustiquaires a été acquis et expédié à l'entrepôt central de l'État. Chacun de ces envois de moustiquaires a alimenté aussi bien la distribution des CPN que celle des DCM. Au cours des premiers mois de mise en œuvre, il a été demandé aux DCM de compléter les formulaires d'évaluation des ménages pour des raisons de quantification et de tenue de registres. Néanmoins, indépendamment de la quantification des besoins en moustiquaires, les DCM ont reçu pour consigne de remettre un bordereau de MIILDA par ménage demandeur. Cette entorse au projet d'origine a été temporaire, et la limite a été levée quatre mois plus tard pour revenir au plan initial demandant aux DCM de remettre les bordereaux de MIILDA en fonction des besoins en moustiquaires du ménage. Enfin, les DCM ont été incités à effectuer une visite de suivi dans les foyers afin de s'assurer que les moustiquaires ont bien été mises en place et de répondre aux problèmes relatifs à leur utilisation et entretien.

SUPERVISION

Dès le début du projet pilote, les équipes de surveillance ont mené deux visites trimestrielles de formation en cours d'emploi et de contrôle intensif dans chacun des 52 quartiers et établissements de santé participant

PROBLÈMES IDENTIFIÉS AU COURS DES VISITES DE SUPERVISION

Les équipes de surveillance ont identifié un certain nombre de problèmes. Dans la mesure du possible, ces problèmes ont été abordés pendant les visites de supervision, en corrigeant par exemple les fausses informations et en recadrant les DCM et le personnel des établissements de santé avec les bonnes procédures.

Problèmes rencontrés par les bénéficiaires potentiels :

- La sensibilisation de la communauté devait dans certains quartiers être améliorée afin d'accroître la demande en moustiquaires.
- L'éloignement par rapport à certains établissements de santé servant de centre de stockage de MIILDA peut nuire à l'échange de bordereaux par les membres des ménages.
- Des bénéficiaires ont rapporté avoir tenté d'obtenir une moustiquaire sans y parvenir en raison d'une rupture de stock des MIILDA quelques mois seulement après le début du projet pilote.

Problèmes rencontrés par les DCM :

- Le terme « ménage » n'était pas simple à définir pour les DCM, en particulier dans le cas des communautés polygames. L'identification des ménages était une tâche relativement nouvelle pour les DCM, dont les activités habituelles de distribution de médicaments pour les maladies tropicales négligées reposaient sur la quantification des patients, et non pas celle des ménages.

Problèmes rencontrés dans les établissements de santé :

- Le personnel des établissements de santé a eu des difficultés à compléter la documentation pour la distribution ; des écarts ont par exemple été constatés entre le nombre de bordereaux de MIILDA reçus et le véritable nombre de MIILDA distribuées. Au cours des visites de supervision, des efforts ont été faits pour former ou reformer le personnel approprié à la documentation.



- Bien que les établissements de santé aient reçu pour instruction de demander de nouveaux MIILDA aussitôt que leurs stocks tombaient en-dessous de 100 MIILDA (ce qui est par la suite passé à 50), le personnel des établissements n'avait pas bien saisi le principe du seuil pour les réserves minimales de MIILDA et n'effectuait pas de demande de réapprovisionnement en temps utile.
- Les cliniques de soins de santé primaires de taille réduite semblent plus adaptées à la distribution par les DCM que les grands centres hospitaliers :
 - Les bénéficiaires ont trouvé difficile de se frayer un chemin dans les grands établissements pour échanger leurs bordereaux.
 - Les grands établissements se sont davantage concentrés sur la distribution de MIILDA dans le cadre des CPN que sur la distribution effectuée par le biais des DCM.
 - La gestion des données relatives aux échanges et aux stocks de MIILDA a été plus difficile dans les centres hospitaliers car les grands établissements de santé rendent directement compte des données au MdS de l'État, et non aux structures de la ZAL.

Problèmes rencontrés en termes de logistique :

- Suite à une rupture des stocks de MIILDA à la fois au niveau des ZAL et au niveau de l'État, le second lot de 148 000 moustiquaires reçu à l'entrepôt central de l'État a vu sa livraison dans les ZAL bloquée, les moustiquaires devant être accompagnées d'un stock de formulaires d'évaluation des ménages et de bordereaux de MIILDA. L'impression de ces outils supplémentaires doit être planifiée en amont.

RÉSULTATS DU PROJET PILOTE POUR LES DCM

Une enquête a été menée auprès des ménages en avril 2014 afin d'évaluer les taux de possession de MIILDA et d'accès à ces dernières obtenus à travers les activités du projet pilote. Suite à la campagne de masse de 2009, la possession d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide était de 63 %, et celle d'une moustiquaire issue de la campagne était légèrement inférieure (58 %), certaines familles possédant des moustiquaires provenant d'autres sources. En avril 2014, la possession de moustiquaires issues uniquement de la campagne était tombée à 17 %, mais la possession globale de moustiquaires imprégnées d'insecticide toutes sources confondues s'élevait à 37 %. Les ménages informés du programme des DCM étaient nettement plus susceptibles de posséder une moustiquaire imprégnée d'insecticide, et également plus susceptibles de posséder assez de moustiquaires imprégnées, que les ménages n'ayant pas eu connaissance du programme. Néanmoins, les taux globaux d'accès et de possession se situaient en deçà des objectifs de couverture universelle. Les nouvelles

moustiquaires ont principalement bénéficié aux quintiles moyens de richesse, du fait de la faible connaissance du programme parmi le quintile le plus pauvre, et de la tendance du quintile le plus élevé à ne pas demander les bordereaux de MIILDA, même lorsque l'opportunité était connue. Dans l'État du Nasarawa, ce projet pilote de distribution continue à travers le système des DCM a permis d'accroître la possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide sans surapprovisionnement, et les canaux de distribution des MIILDA ont été largement complémentaires, les canaux des CPN, des DCM ou les autres canaux empiétant très peu les uns sur les autres. Ces conclusions indiquent que la distribution communautaire doit être mise en œuvre avec précaution et correctement synchronisée en vue de maximiser les résultats recherchés.



Une bénéficiaire de la distribution des DCM se tenant devant la MIILDA qu'elle a reçue.

Crédit : Emmanuel Obi, avec l'autorisation de NetWorks

EN BREF

Au cours de la première année de mise en œuvre, l'équipe a tiré d'importantes leçons sur la distribution communautaire de MIILDA. Avant toute chose, l'observation d'une mise en œuvre de qualité exige une surveillance continue et des corrections en temps réel. Les enseignements tirés à ce jour ont permis de mener des activités de distribution plus avisées dans les États du Zamfara et d'Ebonyi.

1. **Le système basé sur la demande dépend de la sensibilisation des communautés.** La sensibilisation communautaire et la demande en MIILDA jouent un rôle important pour la réussite du système de distribution des DCM. La faible diffusion initiale des MIILDA par le biais du canal des DCM peut en partie s'expliquer par une sensibilisation limitée. Les DCM ont été encouragés à entretenir le dialogue communautaire et travailler avec les comités de développement de quartier afin d'obtenir une meilleure sensibilisation.
2. **La cohérence des procédures parmi les DCM.** La visite de contrôle a révélé que les DCM n'avaient pas tous la même interprétation de leur rôle, ce qui a conduit à des incohérences dans les activités de mise



en œuvre et les messages autour du paludisme. Un [document de travail](#) imprimé a été créé afin d'aider les DCM dans leur communication interpersonnelle concernant le paludisme et l'utilisation des MIILDA. Le document de travail permet une plus grande cohérence des messages et des procédures dans tous les quartiers du projet pilote.

3. **Le soutien des réseaux communautaires.** Le rôle des comités de développement de quartier a été essentiel dans la coordination entre le secteur de la santé, les autorités locales et celles de la ZAL, et la population en général. Ces comités ont également contribué à créer la demande pour que la population globale réclame des MIILDA auprès de ses DCM. De plus, les comités de développement de quartier ont également participé à instaurer une relation de confiance entre les DCM, les ménages et les établissements de santé servant de centres de distribution de MIILDA. Ils ont également exprimé publiquement leur soutien en faveur des DCM, ce qui a eu pour effet d'accroître la reconnaissance communautaire dont ces derniers ont bénéficié.
4. **La réduction des abandons parmi les DCM.** Le souci du renoncement des DCM à leurs tâches bénévoles ne s'est pas posé au cours du projet pilote, en partie grâce à des mécanismes conçus pour réduire les abandons. Deux initiatives ont permis de minimiser les abandons : 1) Le projet pilote, reconnaissant que les DCM sont des bénévoles, a sélectionné des personnes disposant d'une certaine forme de revenus, telle qu'un petit jardin ou un commerce ; 2) les comités de développement de quartier soutenant et promouvant publiquement le travail des DCM, la communauté a exprimé de manière répétée sa reconnaissance et sa considération à l'égard de leur travail bénévole. La reconnaissance était une importante source de motivation pour les DCM, et elle s'est également traduite par un soutien en nature direct de la part des membres de la communauté, tel que des dons de nourriture ou une aide fournie au travail agricole. Les DCM n'ont bénéficié d'aucune mesure incitative émanant du programme de distribution de MIILDA en lui-même.
5. **La prévention des ruptures de stock de MIILDA.** Une impression anticipée des formulaires supplémentaires au moment de l'approvisionnement en MIILDA, ou avant celui-ci, est essentielle pour que les formulaires soient prêts lors de l'arrivée des MIILDA dans l'entrepôt central de l'État. Avec l'amélioration des données et de la documentation provenant des établissements de

santé sur les stocks de MIILDA et les taux d'échange, les prédictions relatives aux besoins en MIILDA sont rendues plus fiables pour un approvisionnement en temps opportun.

6. **L'importance du calendrier.** Le projet pilote a débuté environ trois ans après la dernière campagne de masse en faveur des MIILDA, et la possession de moustiquaires avait connu une chute significative dans la région. Comme pour d'autres projets pilotes de distribution continue⁴, plus il s'écoule de temps après la campagne, plus long sera le retour à une couverture universelle.
7. **La taille variable des quartiers.** Bien que cinq DCM aient été sélectionnés pour chaque quartier de ce projet pilote, certains quartiers sont plus vastes que d'autres et nécessitent plus de cinq DCM pour parvenir à une couverture adéquate de la population et de la demande en moustiquaires.
8. **Les centres hospitaliers face aux cliniques de soins de santé primaires.** Comme décrit ci-dessus, l'utilisation des centres hospitaliers comme centres de distribution de MIILDA a été problématique, avant tout parce que les bénéficiaires trouvaient plus rapide et moins contraignant d'échanger leurs bordereaux pour des moustiquaires dans des centres de santé de base, lesquels sont plus petits que les centres hospitaliers. Une sensibilisation supplémentaire et une supervision accompagnée de soutien amélioreront la coordination entre la distribution de MIILDA des DCM et les centres hospitaliers. Lors de l'élargissement du projet, il pourrait s'avérer préférable d'inclure davantage d'établissements de soins de santé primaires de plus petite taille au lieu des centres hospitaliers à la distribution des DCM. Les centres hospitaliers peuvent attirer davantage les bénéficiaires des MIILDA si l'on s'y oriente plus facilement, notamment grâce à une indication claire du service ou de l'unité de l'établissement qui gère la distribution communautaire.

⁴ Projet NetWorks. En bref n° 9 : la planification de la distribution de moustiquaires en milieu scolaire en Tanzanie continentale, 2013). Disponible sur http://www.k4health.org/sites/default/files/tanzania_1lin_9_new.pdf

La série « En bref » a été réalisée grâce aux travaux sur les systèmes de distribution continue du Groupe de travail sur la lutte antivectorielle de RBM. Ce numéro a été créé par le projet NetWorks et l'Initiative présidentielle de lutte contre le paludisme, en collaboration avec le Programme de lutte contre le paludisme destiné aux États. Les personnes désirant en savoir plus sur les informations figurant dans ce document doivent contacter Emmanuel Obi, point focal de NetWorks au Nigéria (e.obi@malariaconsortium.org) ou Zainab Ali, spécialiste de la prévention du Programme de lutte contre le paludisme destiné aux États (z.ali@malariaconsortium.org).

