



République Démocratique du Congo
Ministère de la Santé Publique
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



Enquête sur les Comportements liés au Paludisme (ECP)

République Démocratique du Congo, 2021

Soumis à : Agence des États-Unis pour le Développement International & Fonds Mondial de lutte contre le Paludisme, la tuberculose et le VIH-SIDA

Soumis par : Center for Communication Programs de Johns Hopkins | Novembre 2021 | Accord de coopération #AID-OAA-A-17-00017 (USAID) et Package N°0001 (SANRU / Fonds Mondiale)



Remerciements

Cette enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme a été réalisée par le projet Breakthrough ACTION en République Démocratique du Congo (RDC) en collaboration avec plusieurs institutions et organisations partenaires. Le projet Breakthrough ACTION est une initiative mondiale mise en œuvre par le Centre des Programmes de Communication de Johns Hopkins (CCP, Baltimore, États-Unis) et financée par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) et l'Initiative Présidentielle contre le Paludisme (PMI). Nous tenons à remercier plusieurs partenaires qui ont contribué à la conception et à la mise en œuvre de l'enquête dont les résultats sont présentés dans ce document.

Nous exprimons notre gratitude au Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention de la RDC par l'intermédiaire du Prof. Eric Mukomena Sompwe, Directeur du Programme National de Lutte contre le Paludisme, et de son équipe pour son leadership et leur soutien tout au long de la planification et de l'exécution de cette étude. Nous adressons nos sincères remerciements aux responsables administratifs, des districts sanitaires et des communautés et localités sélectionnées pour l'enquête (directeurs provinciaux de la santé, chefs de divisions, maires, chefs traditionnels, chefs communautaires et religieux) et aux populations des zones enquêtées. Nous tenons également à remercier l'équipe du Bureau d'Etude et de Gestion de l'Information Statistique (BEGIS), notamment le Directeur, le groupe de traitement des données, les superviseurs de terrain, les coordinateurs et les collecteurs de données, pour leur dévouement à la mise en œuvre fidèle du protocole de l'étude.

Nous souhaitons également remercier le PMI/USAID pour son soutien technique et financier à cette étude. Nous sommes reconnaissants aux collègues du PMI à Kinshasa (Ferdinand Ntoya, Kathleen Web) et à Atlanta, Géorgie (Jessica Butts) pour leur engagement, leurs précieux conseils sur les aspects techniques et contextuels.

Nous remercions également le Fonds Mondiale de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH-SIDA pour son appui technique et financier à cette étude. Toute notre gratitude aux collègues de Fonds Mondial, Marcos Patino Mayer, Sandrine Gashugi, Kahina Selmouni et Laurie Barnier sans oublier les collègues de SANRU-RDC qui ont facilité la matérialisation de cet appui financier à cette étude entre autres, Goma Miezi Kintaudi, Fernandine Phanzu, Pomie MUNGALA, Albert Kalonji et Edgard KIETO ZOLA.

Nous sommes également reconnaissants aux membres du groupe consultatif (Prof Eric Mukomena Sompwe, Prof Michel Itabu, Micheline Toko, Brigitte Kouacou Monnet, Yung-Ting Bonnenfant, Kathleen Webb, Jennyfer Tamba, Sara Berthe, Raoul Kamanda, Jeannette Kamuisi, Shannon McAfee, Manu F. Manun'Ebo, Didier Ndombe, Didier Mbayi Kangudie, Ferdinand Ntoya) qui ont contribué à la conception de l'enquête, développement des outils de collecte de données et ont guidé la mise en œuvre de l'enquête. Leur dévouement a contribué au succès dans l'exécution de cette enquête. Nous remercions également le personnel de Breakthrough Action, SANRU et BEGIS qui ont participé à la formation des formateurs en mars 2021 à Kinshasa et à la formation des collecteurs de données en divers endroits du pays. A cet égard, nous sommes reconnaissants à Germaine Kawalu, Zico Kangu, Wade Lusengi, Olivier Manuela, Adrien Zayabwan, Monique Makabala, Jacques Bonsoko, Didier Ndombe, Ephraïme Kapuku Betu, Beldinand Manmetshime, Antho Kayaya, Erick Yemweni, Papy Mbokolo, Zéphiryn Nakatala, Dolly Nkalu, Danny Kasongo, Micheline Toko, Alexis Ndumbi et Jean-Alice Safi.

Enfin, nous remercions tout particulièrement le Prof Stella Babalola, Directrice de la Recherche et de l'Evaluation au CCP/Baltimore, qui a dirigé l'équipe de recherche en tant que chercheuse principale, ainsi que les co-chercheurs Albert Casella (Breakthrough ACTION/CCP, Baltimore), et Florence William Mpata (Breakthrough ACTION/CCP, RDC). Nous remercions également Sean Blaufuss, Shannon McAfee, Radha Rajan (Breakthrough ACTION/CCP, Baltimore) pour leur contribution à la conception et à la réalisation de l'enquête. D'autres personnes ont fourni des commentaires critiques sur les résultats préliminaires et ont édité les versions préliminaires de ce rapport. Pour cette raison, nous remercions Prof. Eric Mukomena Sompwe, Prof. Michel Itabu, Dr Danny Kasongo Kakupa, Micheline Toko, Dr Aline Maliwani, Benjamin Mutombo, Mireille Mujinga, Patricia Kazitala, Jeannette Kamuisi, Julio Matoto, Valentin Kumakuma, Christian Siboko, Lina Mvumbi Piripiri Astrid, Didier Ndombe, Bervelin Lumesa Kiongi, Maurice Kwite, Jean-Alice Safi, Jean-Batiste Mputu, Dr Eddy Ngunga, Dr Didier Mbayi Kangudie and Dr Ferdinand Ntoya. Cette équipe s'est réunie à Kinshasa en novembre 2021 pour examiner et interpréter les données et les principales conclusions en vue de la première version de ce rapport.

Dr Didier Mbayi Kangudie

Directeur Pays Projet Breakthrough ACTION

L'Enquête sur les Comportements liés au Paludisme en République Démocratique du Congo de 2021 a été réalisée du 18 mars au 26 avril 2021. Le financement de cette ECP a été assuré par l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) et le Fonds mondial de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH-SIDA à travers SANRU. Le projet Breakthrough ACTION, un projet financé par l'USAID pour le changement social et comportemental, a conçu et mis en œuvre cette enquête. Des informations supplémentaires sur l'ECP RDC 2021 peuvent être obtenues auprès de stellababalola@jhu.edu. Photo de couverture [titre] © [date] [photographe] [licence]

Citation recommandée : Breakthrough ACTION. 2021. Enquête sur les Comportements liés au Paludisme : République Démocratique du Congo. Rapport soumis à l'Initiative Présidentielle contre le Paludisme en RDC, USAID & Fonds Mondial de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH-SIDA.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| REMERCIEMENTS | 3 |
| TABLE DES MATIERES | 6 |
| LISTE D'ACRONYMES | 10 |
| PREFACE | 12 |
| RESUME | 13 |
| VARIABLES CONCEPTUELLES TRANSVERSALES..... | 13 |
| PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME..... | 14 |
| PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE | 15 |
| MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES D'INSECTICIDE..... | 16 |
| PULVERISATION INTRADOMICILIAIRE A EFFET REMANENT | 19 |
| CONSOMMATION ET EXPOSITION AUX MEDIAS | 19 |
| 1. INTRODUCTION | 21 |
| 1.1 CONTEXTE DU PALUDISME EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO..... | 21 |
| 1.2 INTERVENTIONS CONTRE LE PALUDISME EN RDC..... | 21 |
| 1.3 MOTIF DE L'ETUDE ECP EN RDC | 22 |
| 1.4 BUTS ET OBJECTIFS DE L'ECP RDC | 22 |
| 2. METHODOLOGIE | 23 |
| 2.1 CONCEPTION DE L'ENQUETE | 23 |
| 2.2 ÉCHANTILLONNAGE..... | 23 |
| 2.2.1 <i>Taille d'échantillon requise et justification</i> | 23 |
| 2.2.2 <i>Inclusion et exclusion des participants</i> | 24 |
| 2.2.3 <i>Processus de sélection des participants</i> | 25 |
| 2.3 ANALYSE ET COLLECTE DE DONNEES..... | 26 |
| 2.3.1 <i>Outils de collecte de données</i> | 26 |
| 2.3.2 <i>Procédures de collecte et traitement des données</i> | 28 |
| 2.3.3 <i>Procédures d'analyse de données</i> | 28 |
| 2.3 CONSIDERATIONS ETHIQUES DE LA RECHERCHE | 29 |
| 3 RESULTATS | 30 |
| 3.1 DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON | 30 |
| 3.1.1 <i>Caractéristiques des ménages</i> | 30 |
| 3.1.2 <i>Possession de biens des ménages sélectionnés</i> | 31 |
| 3.1.3 <i>Caractéristiques sociodémographiques de la population des ménages et des répondants</i> | 31 |
| 3.2 VARIABLES CONCEPTUELLES TRANSVERSALES..... | 32 |
| 3.3 PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS..... | 36 |
| 3.3.1 <i>Variables conceptuelles liées à la sollicitation de soins</i> | 36 |
| 3.3.2 <i>Comportements autour de la prise en charge des cas</i> | 41 |
| Tableau 3.3.9 : <i>Comportements de sollicitation de soins pour les enfants de moins de 5 ans ayant de la fièvre, ECP RDC 2021</i> | 42 |
| Tableau 3.3.11 : <i>Résultats de la régression logistique pour la sollicitation de soins appropriés chez les enfants ayant eu de la fièvre au cours des 2 dernières semaines¹</i> | 44 |
| 3.4 PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE | 45 |
| 3.4.1 <i>Variables conceptuelles liées à la fréquentation des CPN et à l'utilisation du TPIg</i> | 45 |
| 3.4.2 <i>Fréquentation des CPN</i> | 50 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3.4.3 | <i>Prise de SP</i> | 51 |
| 3.4.4 | <i>Intentions de fréquentation des CPN et de recevoir la SP</i> | 52 |
| | <i>Tableau 3.4.12 : Résultats de la régression logistique pour l'intention d'assister à une première CPN au cours du premier trimestre de la prochaine grossesse</i> | 55 |
| 3.5 | MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES D'INSECTICIDE (MII) | 57 |
| 3.5.2 | <i>Accès et utilisation des MII</i> | 58 |
| | Possession de MII par les ménages | 58 |
| | Caractéristiques des moustiquaires disponibles | 60 |
| | Pratiques pour l'entretien des moustiquaires | 60 |
| | Utilisation de moustiquaires par les membres du ménage | 61 |
| | Ratio utilisation/accès | 62 |
| | Utilisation systématique de la moustiquaire | 63 |
| | Résultats de la régression logistique pour l'utilisation systématique de moustiquaires imprégnées d'insecticide | 67 |
| 3.6 | PULVERISATION INTRADOMICILIAIRE A EFFET REMANENT | 69 |
| 3.6.1 | <i>Variables conceptuelles liées à l'acceptation de la PID</i> | 69 |
| 3.6.2 | <i>Volonté d'accepter la PID</i> | 71 |
| 3.6.3 | <i>Couverture de la PID</i> | 72 |
| 3.7 | CONSOMMATION DES MEDIAS ET EXPOSITION AUX MESSAGES | 72 |
| 3.7.1 | <i>Habitudes d'écoute radio</i> | 72 |
| | Habitudes de visionnage de la télévision | 74 |
| | Possession d'un téléphone portable et accès à des médias spécifiques | 76 |
| | Exposition à des messages sur le paludisme | 78 |
| 4 | CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS | 82 |
| 4.1. | VARIABLES CONCEPTUELLES TRANSVERSALES | 82 |
| 4.1.1 | <i>Résumé des conclusions</i> | 82 |
| 4.2. | PRISE EN CHARGE DES CAS | 82 |
| 4.2.1 | <i>Résumé des conclusions</i> | 82 |
| 4.2.2 | <i>Recommandations pour les programmes et politiques de CSC</i> | 84 |
| 4.3. | PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE | 85 |
| 4.3.1 | <i>Résumé des conclusions</i> | 85 |
| 4.3.2 | <i>Recommandations pour les programmes et politiques de CSC</i> | 86 |
| 4.4. | MII | 88 |
| 4.4.1 | <i>Résumé des conclusions</i> | 88 |
| 4.4.2 | <i>Recommandations pour les programmes et politiques de CSC</i> | 91 |
| 4.5 | PID | 92 |
| 4.5.1 | <i>Résumé des conclusions</i> | 92 |
| 4.5.2 | <i>Recommandations pour les programmes et politiques de CSC</i> | 93 |
| 4.6 | CONSOMMATION ET EXPOSITION AUX MEDIAS..... | 93 |
| 4.6.1 | <i>Résumé des conclusions</i> | 93 |
| 4.6.2 | <i>Recommandations pour les programmes et politiques de CSC</i> | 94 |
| 5 | REFERENCES | 95 |
| | ANNEXE A : TABLEAUX DE DONNEES | 97 |
| A.3.1 | CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON | 98 |

| | |
|--|-----|
| Tableau 3.1.2 : Possession de biens et quintile de richesse | 99 |
| Tableau 3.1.3 : Caractéristiques des membres du ménage | 100 |
| Tableau 3.1.4 : Caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées | 101 |
| A.3.2 DETERMINANTS CONCEPTUELS TRANSVERSAUX | 102 |
| Tableau 3.2.1 : Questions utilisées pour évaluer les variables conceptuelles transversales | 103 |
| Tableau 3.2.2 : Exactitude des connaissances sur le paludisme | 105 |
| Tableau 3.2.3 : Perception de la sensibilité au paludisme | 108 |
| Tableau 3.2.4 : A une perception de la gravité du paludisme | 109 |
| Tableau 3.2.5 : Communication interpersonnelle sur le paludisme | 110 |
| Tableau 3.2.6 : Perceptions concernant les agents de santé | 113 |
| Tableau 3.2.7 : Normes de genre liées au paludisme | 114 |
| A.3.3 PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS..... | 116 |
| Tableau 3.3.2 : Connaissance de la sollicitation de soin et du traitement du paludisme | 122 |
| Tableau 3.3.3 : Attitudes à l'égard de la sollicitation de soin et du traitement du paludisme | 123 |
| Tableau 3.3.4 : Perception de l'efficacité du dépistage et au traitement du paludisme | 127 |
| Tableau 3.3.5 : Perception de l'efficacité : dépistage et traitement du paludisme | 128 |
| Tableau 3.3.6 : Perception de normes communautaires concernant le dépistage et le traitement du paludisme | 129 |
| Tableau 3.3.7a : Perceptions envers les établissements de santé concernant la sollicitation de soins et le traitement du paludisme | 130 |
| Tableau 3.3.7b : Perceptions envers les agents de santé concernant la sollicitation de soins et le traitement du paludisme | 131 |
| Tableau 3.3.8a : Prise de décision pour les soins et le traitement du paludisme | 132 |
| Tableau 3.3.10 : Dépistage, diagnostic et traitement des enfants de moins de cinq ans atteints de fièvre | 135 |
| A.3.4 PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE | 136 |
| Tableau 3.4.1 : Connaissance du traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg) | 137 |
| Tableau 3.4.2 : Attitudes à l'égard du TPIg | 138 |
| Tableau 3.4.3 : Perception de la gravité du paludisme pendant la grossesse | 139 |
| Tableau 3.4.4 : Perception de l'efficacité de la CPN/ TPIg | 140 |
| Tableau 3.4.5 : Perception de l'auto-efficacité concernant le TPIg | 141 |
| Tableau 3.4.6 : Perception de normes communautaires concernant la CPN/TPIg | 142 |
| Tableau 3.4.7 : Perceptions des agents de santé en ce qui concerne les services de CPN/TPIg | 143 |
| Tableau 3.4.8 : Communication entre conjoints concernant les soins prénatals | 145 |
| Tableau 3.4.9 : Prise de décision concernant les soins prénatals | 146 |
| Tableau 3.4.10 : Consultations prénatales | 147 |
| Tableau 3.4.11 : Réception d'un traitement préventif intermittent (SP) par les femmes pendant la grossesse | 148 |
| A.3.5 UTILISATION DE MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES D'INSECTICIDE | 149 |
| Tableau 3.5.1a : Résumé des variables conceptuelles liées à l'utilisation des MII | 150 |
| Tableau 3.5.1b : Questions utilisées pour évaluer les variables conceptuelles dans le module MII | 153 |
| Tableau 3.5.2 : Possession de MII par les ménages | 156 |
| Tableau 3.5.3a : Caractéristiques des moustiquaires dans les ménages | 157 |
| Tableau 3.5.3b : Habitudes d'utilisation des moustiquaires | 158 |
| Tableau 3.5.4 : Pratiques pour l'entretien des moustiquaires | 159 |
| Tableau 3.5.5 : Pratiques d'utilisation des moustiquaires dans les ménages ayant au moins 1 MII | 160 |
| Tableau 3.5.6 : Pratiques d'utilisation des moustiquaires dans les ménages ayant le nombre adéquat de moustiquaires | 161 |
| Tableau 3.5.7 : Ratio utilisation/accès des MII | 162 |
| Tableau 3.5.8 : Utilisation de moustiquaires par les personnes du ménage | 163 |
| A.3.6 PULVERISATION INTRADOMICILIAIRE A EFFET REMANENT | 164 |
| Tableau 3.6.1 : Sensibilisation à la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent | 165 |
| Tableau 3.6.2 : Attitudes à l'égard de la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent | 166 |
| Tableau 3.6.3 : Perception de l'efficacité de la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent | 167 |

| | |
|---|-----|
| <i>Tableau 3.6.4 : Perception de l'auto-efficacité concernant la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent</i> | 168 |
| <i>Tableau 3.6.6 : Couverture de la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent</i> | 169 |
| A.3.7 CONSOMMATION DES MEDIAS ET EXPOSITION AUX MESSAGES | 170 |
| <i>Tableau 3.7.1 : Écoute radio au moins une fois par semaine</i> | 171 |
| <i>Tableau 3.7.2 : Heure d'écoute radio préférée</i> | 173 |
| <i>Tableau 3.7.2A – 3.7.2D : Heure d'écoute radio préférée dans chaque zone</i> | 174 |
| <i>Tableau 3.7.3 : Visionnage TV au moins une fois par semaine</i> | 178 |
| <i>Tableau 3.7.4 : Heure de visionnage TV préférée</i> | 180 |
| <i>Tableau 3.7.4A-3.7.4D : Heure de visionnage TV préférée dans chaque zone</i> | 181 |
| <i>Tableau 3.7.5 : Possession d'un téléphone ou d'une tablette</i> | 185 |
| <i>Tableau 3.7.5B : Capacités téléphoniques</i> | 186 |
| <i>Tableau 3.7.6 : Exposition aux messages sur le paludisme</i> | 187 |

Liste d'acronymes

| | |
|------|--|
| CTA | Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine |
| CPN | Consultations prénatales |
| CCP | Center for Communication Programs de Johns Hopkins |
| CDC | Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis (<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>) |
| ASC | Agent de santé communautaire |
| PeC | Prise en charge des cas de paludisme |
| EGSD | Équipe de gestion sanitaire du district |
| DHS | Enquête démographique et de santé (<i>Demographic and Health Survey</i>) |
| ZD | Zone de dénombrement |
| SNIS | Système national d'information sanitaire |
| TIC | Technologies de l'information et des communications |
| INS | Institut national de la statistique |
| TPIi | Traitement préventif intermittent infantile du paludisme |
| TPIg | Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse |
| CER | Comité d'éthique de la recherche |
| PID | Pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent |
| MII | Moustiquaire imprégnée d'insecticide |
| ECP | Enquête sur les comportements liés au paludisme |
| AMM | Administration massive de médicaments |
| EIP | Enquête sur les indicateurs du paludisme |
| MdS | Ministère de la Santé |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| PNLP | Programme national de lutte contre le paludisme |
| PSN | Plan stratégique national |
| RC | Rapport des cotes |
| PMI | Initiative présidentielle américaine contre le paludisme |

| | |
|-------|---|
| EPI | Équipement de protection individuelle |
| TDR | Test de diagnostic rapide |
| CSC | Changement social et comportemental |
| CPS | Chimioprévention du paludisme saisonnier |
| SP | Sulfadoxine-pyriméthamine |
| AT | Accoucheuse traditionnelle |
| GUSA | Gouvernement des États-Unis |
| USAID | Agence des États-Unis pour le développement international |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |

Préface

Le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention se réjouit de cette première Enquête Comportementale liée au Paludisme menée en République Démocratique du Congo (RDC). La lutte contre le paludisme et son élimination de notre territoire national nécessitent la conjugaison de toutes les approches préventives et thérapeutiques basées sur l'évidence. L'une des pierres angulaires dans le succès de ces approches repose sur le changement social et de comportement de nos communautés. Cette enquête comble un vide des connaissances sur des facteurs qui influencent ces comportements en fournissant des données probantes à travers une enquête des ménages faisant usage des approches innovantes.

J'ai l'intime conviction que l'utilisation effective des résultats de cette étude pour une programmation des interventions nous rapprochera davantage des objectifs de faire reculer le paludisme en RDC. J'invite toutes les institutions nationales et tous les partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme à faire bon usage de ce rapport qui présente pour la première fois une meilleure compréhension des caractéristiques sociodémographiques et idéationnelles associées aux comportements liés au paludisme à l'échelle nationale.

Enfin, j'exprime ma gratitude à PMI RDC (USAID et CDC) et au Fonds Mondial pour le financement de cette étude et aux partenaires techniques Breakthrough ACTION et SANRU et bien sûr à toute l'équipe technique de PNLP pour avoir rendu cette étude possible.

Professeur Eric Mukomena Sompwe

Directeur du PNLP

Résumé

Breakthrough ACTION a travaillé avec le Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP) de la RDC pour mener l'Enquête sur les Comportements liés au Paludisme (ECP) entre le 18 mars et le 26 avril 2021, une période qui coïncide avec la fin de la saison des pluies. L'ECP est une enquête des ménages de fondement théorique et s'appuyant sur le modèle idéationnel. L'enquête a été menée dans 15 des 26 provinces du pays, sélectionnées pour représenter quatre régions géographiques (zones) du pays : Nord, Ouest, Kasai, et Grand Est. L'enquête a permis de collecter des informations pertinentes sur les comportements liés au paludisme et leurs déterminants auprès d'un échantillon représentatif de ménages dans chaque zone, stratifié par résidence urbaine ou rurale. L'échantillon a été conçu pour assurer la représentativité au niveau de la zone. Les collecteurs de données ont utilisé des questionnaires électroniques développés à l'aide de CSPro et installés sur des tablettes Android. L'échantillon global comprenait 4 998 ménages, 6 034 femmes en âge de procréer et 1 870 de leurs conjoints/partenaires masculins. L'étude a suivi les procédures éthiques standard. Pendant le travail sur le terrain, les collecteurs de données formés ont pris les mesures appropriées pour minimiser les risques pour les participants, notamment en obtenant le consentement éclairé avant de commencer les entretiens, en insistant sur la participation volontaire et le droit des participants de décider de ne pas participer à l'enquête ou de mettre fin à l'entretien à tout moment, et en soulignant le droit de refuser de répondre à toute question avec laquelle ils ne se sentent pas à l'aise. Aucun identifiant personnel n'a été conservé dans l'ensemble des données électroniques. L'enquête a été approuvée par le comité d'éthique de recherche (*Institutional Review Board*) de la faculté de santé publique Bloomberg - Johns Hopkins à Baltimore, aux États-Unis (IRB n° 13286), et par le Comité d'éthique de l'École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa en RDC. Les données fournissent une base permettant de mieux identifier, prioriser et atteindre les publics cibles avec des approches de changement social et comportemental (CSC) adaptées et efficaces. Cette section résume les principales conclusions de l'enquête.

Variables conceptuelles transversales

Bien que la majorité des personnes interrogées savent que la fièvre est un symptôme du paludisme et que le paludisme est transmis par les piqûres de moustiques, un bon nombre d'entre elles ont indiqué un mode de transmission du paludisme incorrect. Moins de la moitié des personnes interrogées ont correctement identifié une piqûre de moustique comme étant la seule cause du paludisme. Les personnes interrogées de la zone du Kasai étaient moins susceptibles de déclarer correctement cette connaissance que celles de la zone Ouest. Près de 6 personnes sur 10 ont une perception de la sensibilité au paludisme, c'est-à-dire qu'ils pensent être exposés au risque d'attraper le paludisme. La perception de la sensibilité est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, au Kasai que dans les autres zones, et en milieu rural qu'en milieu urbain. Moins de 4 personnes sur 10 ont une perception de la gravité du paludisme. Ce concept est moins répandu dans la zone du Kasai qu'ailleurs. La communication entre conjoints sur le paludisme au cours des six derniers mois est modérée, à environ 31 %. Les hommes mariés sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à déclarer avoir discuté du paludisme avec leur conjointe au cours des six mois précédents. Ce concept est moins répandu dans le Grand Est que dans les autres zones. Trois personnes sur quatre pensent que les professionnels de la santé traitent généralement leurs patients avec respect. Dans la zone Nord, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir

cette perception. Enfin, les données ont révélé un soutien quasi universel aux normes égalitaires de genre concernant le traitement et la prévention du paludisme chez les enfants.

Prise en charge des cas de paludisme

La connaissance du moment recommandé pour consulter n'est que modérément élevée : seule la moitié environ des personnes interrogées ont déclaré qu'il fallait consulter immédiatement ou le jour même de l'apparition de la fièvre. La plupart des personnes interrogées savaient qu'une prise de sang pour un test de dépistage du paludisme était le meilleur moyen de savoir si quelqu'un avait le paludisme, mais moins de la moitié ont indiqué connaître la CTA comme traitement efficace du paludisme. Ces deux indicateurs de connaissance varient selon les zones. La connaissance de la CTA comme traitement efficace du paludisme est plus répandue chez les hommes, les résidents urbains et les personnes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur par rapport aux femmes, aux résidents ruraux et aux personnes ayant un niveau d'instruction primaire ou inférieur, respectivement. Deux tiers des personnes interrogées ont déclaré avoir des attitudes positives à l'égard de la sollicitation de soins et du traitement ; ces attitudes sont moins courantes dans la zone du Kasai que dans les autres zones.

Six personnes sur dix pensent que le test de dépistage du paludisme est une méthode de diagnostic efficace. Il existe des différences significatives entre les milieux urbains et ruraux. Environ la moitié des personnes interrogées ont une perception de l'efficacité du traitement contre le paludisme. Pour ces deux indicateurs de croyance en l'efficacité, le Kasai est en retard par rapport aux autres zones. Environ la moitié des personnes interrogées pensent que la sollicitation rapide de soins pour les enfants ayant de la fièvre est la norme dans leur communauté. Cette perception varie considérablement selon les zones et est moins fréquente dans le Grand Est que dans les autres zones. Alors que la majorité des personnes interrogées sont d'accord pour dire que les établissements de santé disposent de kits de diagnostic du paludisme et de médicaments pour gérer les cas de paludisme chez les enfants, plus des trois quarts des personnes pensent également que les agents de l'établissement santé les feraient payer pour faire tester ou traiter leurs enfants fébriles.

La sollicitation rapide de soins pour les enfants ayant de la fièvre n'est pas très courante dans les zones d'étude : seule la moitié environ des enfants fébriles ont été pris en charge rapidement (c'est-à-dire le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre). La sollicitation rapide de soins dans un établissement de santé ou auprès d'un agent de santé communautaire (soins appropriés) est encore moins fréquente, puisque seuls quatre enfants fébriles sur dix ont été sujets à ce type de sollicitation de soins. Les soins appropriés sont significativement plus probables pour les enfants de la zone Nord par rapport aux autres zones, ainsi que pour les enfants de moins de deux ans par rapport aux enfants plus âgés de moins de cinq ans. **Les variables conceptuelles associées à la sollicitation rapide de soins dans un établissement de santé ou auprès d'un ASC sont la connaissance du fait que les soins doivent être sollicités immédiatement ou le jour même de l'apparition de la fièvre chez un enfant, la communication avec le conjoint et la perception que les agents des établissements de santé traitent les patients avec respect. En revanche, la conviction que les agents de santé font payer aux parents le traitement du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans est négativement associée à la sollicitation rapide de soins dans un établissement de santé ou auprès d'un ASC.** L'âge de l'enfant (négatif), la connaissance du logo du PNLP (positif), la connaissance du slogan de la campagne du PNLP (positif) et la résidence en milieu urbain (négatif) sont d'autres corrélats significatifs de la sollicitation rapide de soins dans un établissement de santé ou auprès d'un agent de santé communautaire.

Les tests de dépistage du paludisme chez les enfants fébriles amenés dans un établissement varient considérablement selon la zone. Alors que plus de 70 % des enfants de moins de cinq ans ayant de la fièvre et amenés dans un centre de santé de l'Ouest et du Kasaï ont été testés pour le paludisme, seulement la moitié des enfants du Grand Est ont été testés. Environ 9 enfants sur 10 qui ont été testés ont reçu un résultat positif. Moins de la moitié des enfants dont le paludisme a été confirmé auraient reçu une CTA. Recevoir la CTA et recevoir la CTA rapidement est plus probable dans la zone Nord que dans les autres zones. Les enfants dont la mère n'a pas terminé l'école primaire ont moins de chances de recevoir la CTA.

Paludisme pendant la grossesse

La connaissance des pratiques recommandées en matière de soins prénatals et de TPIg est généralement faible : seule la moitié des personnes interrogées savent qu'une femme doit commencer les soins prénatals au cours du premier trimestre de la grossesse ou dès qu'elle soupçonne qu'elle est enceinte ; un peu plus de la moitié des personnes interrogées ont indiqué la connaissance du nombre recommandé de CPN tandis que moins de la moitié sait qu'une femme enceinte doit recevoir au moins trois doses de SP pendant la grossesse. La connaissance des comportements recommandés en matière de CPN et de TPIg varie significativement d'une zone à l'autre et est plus faible dans le Grand Est et plus élevée dans l'Ouest par rapport aux autres zones. Il y a également des différences selon le sexe, l'instruction et le lieu de résidence.

Les attitudes positives envers la CPN et le TPIg ne sont que modérément courantes et moins répandues dans le Grand Est que dans les autres zones. La gravité du paludisme pendant la grossesse est en général largement perçue dans la population étudiée, mais moins dans le Grand Est qu'ailleurs. La plupart des personnes interrogées pensent que les CPN et le TPIg sont des interventions efficaces pour garantir une grossesse sans risque. De même, la majorité des personnes interrogées ont confiance dans leur capacité à obtenir ou à aider leurs partenaires féminines à obtenir des services de CPN et de TPIg adéquats. Pour ces deux indicateurs de croyance en l'efficacité, le Grand Est est en retard par rapport aux autres zones. Environ deux tiers des personnes interrogées pensent que la participation à au moins quatre CPN est la norme dans leur communauté, tandis qu'un peu plus de la moitié pense que l'obtention d'au moins trois doses de SP pendant la grossesse est la norme dans leur communauté. Une norme injonctive sur la SP (la conviction que les gens de la communauté soutiendraient leur décision d'obtenir la SP pendant la grossesse) a été rapportée par environ la moitié des personnes interrogées. Ces trois indicateurs de normes sociales sont plus faibles dans les zones Kasaï et Grand Est par rapport aux zones Nord et Ouest. Alors que la majorité des personnes interrogées sont d'accord pour dire que les prestataires de services de santé traitent généralement les femmes enceintes avec respect, un peu plus d'un tiers pense que les prestataires font payer les femmes enceintes pour la SP. La conviction selon laquelle les femmes enceintes doivent payer pour la SP est plus courante au Kasaï qu'ailleurs. Les hommes sont significativement plus susceptibles d'indiquer une participation aux décisions concernant la fréquentation des CPN que les femmes. Les données ont montré que les femmes des zones Nord et Kasaï sont plus susceptibles d'être marginalisées dans les décisions concernant la fréquentation de la CPN par rapport à leurs pairs des zones Ouest et Grand Est.

Alors que la plupart des femmes ont effectué au moins une CPN, seuls environ deux tiers d'entre elles ont fait les quatre CPN recommandées. Les femmes des zones Kasaï et Grand Est sont moins susceptibles que celles de la zone Ouest d'avoir fait le nombre recommandé de CPN. Le fait d'assister au nombre recommandé de CPN est également plus fréquent dans les milieux urbains que dans les milieux ruraux et

chez les femmes ayant reçu une instruction post-primaire par rapport à leurs homologues analphabètes ou ayant reçu une instruction primaire. En outre, la première CPN a eu lieu au cours du premier trimestre pour seulement un tiers des femmes. Effectuer la première CPN au cours du premier trimestre de la grossesse est moins fréquent dans la zone Nord et plus élevé dans la zone Kasai par rapport aux autres zones. La présence du conjoint lors des CPN n'est pas courante et ne concerne qu'environ un quart des femmes ayant eu un enfant au cours des deux dernières années. Quatre femmes sur cinq ont reçu au moins une dose de SP pendant la grossesse, mais seulement deux sur cinq ont reçu les trois doses recommandées. Même parmi les femmes qui ont fait au moins quatre CPN et celles qui ont commencé la CPN au cours du premier trimestre, moins de la moitié ont obtenu les trois doses de SP recommandées.

Alors que pratiquement toutes les femmes qui désirent un autre enfant dans les deux prochaines années ont l'intention d'assister aux CPN, seule la moitié d'entre elles environ ont indiqué qu'elles se rendraient à leur première CPN au cours du premier trimestre de leur grossesse. L'intention d'une CPN précoce est plus fréquente dans l'Ouest et moins fréquente dans le Nord par rapport aux autres zones. Les femmes des milieux urbains sont également plus susceptibles que leurs homologues des milieux ruraux d'exprimer l'intention d'une fréquentation des CPN précoce. Les variables conceptuelles associées à l'intention d'une fréquentation des CPN précoce sont des **connaissances approfondies sur la CPN et le TPIg, la conviction que les femmes doivent se sentir à l'aise pour discuter de la CPN avec leur conjoint, des attitudes positives envers la CPN et le TPIg, et la perception de l'auto-efficacité à obtenir le TPIg**. Les résultats ont également révélé que les variables conceptuelles significatives varient selon la zone.

Dans la **zone Nord, une connaissance approfondie sur la CPN et le TPIg et la norme injonctive sur le TPIg** sont les variables conceptuelles positivement associées à l'intention d'une fréquentation des CPN précoce. Dans la **zone Ouest, une connaissance approfondie sur la CPN et le TPIg, ainsi que des perceptions positives sur les prestataires de services de santé** sont les variables conceptuelles positivement liées à l'intention d'une fréquentation précoce des CPN. Dans cette zone, il y a une relation positive avec l'exposition aux messages sur le paludisme, la pauvreté et la résidence en milieu urbain. En outre, les données indiquent un regroupement significatif des intentions au niveau de la communauté. Au **Kasai, une connaissance approfondie sur la CPN et le TPIg, ainsi que la conviction qu'une femme doit se sentir à l'aise pour discuter de la CPN avec son conjoint**, sont significativement et positivement associées à l'intention d'une fréquentation des CPN précoce. Les données pour cette zone ont également montré un regroupement important et significatif d'intentions au niveau de la communauté. Dans le **Grand Est, la perception d'auto-efficacité à obtenir le TPIg et la connaissance approfondie sur la CPN et le TPIg** sont positivement associées à l'intention d'assister à une CPN en début de grossesse.

Moustiquaires imprégnées d'insecticide

La connaissance des moustiquaires comme moyen de prévention du paludisme est largement répandue dans toutes les zones de l'étude, bien qu'il y ait de légères variations selon la zone, le sexe, l'instruction, le lieu de résidence et le quintile de richesse. En général, les attitudes sont positives à l'égard de l'utilisation des moustiquaires avec, dans l'ensemble, environ neuf personnes sur dix indiquant une attitude positive envers l'utilisation des moustiquaires. Toutefois, les attitudes positives sont moins répandues dans la zone du Kasai par rapport aux zones Nord et Ouest, et parmi les personnes ayant reçu une instruction primaire par rapport à celles n'ayant pas reçu d'instruction formelle.

La perception de l'efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticide est relativement élevée, les trois quarts environ de la population étudiée sont convaincus de l'efficacité des moustiquaires. Cet indicateur est plus faible chez les personnes sans instruction que chez leurs homologues instruits. La perception de l'auto-efficacité pour l'utilisation systématique des moustiquaires est exceptionnellement élevée, alors que moins de deux tiers de la population étudiée pensent que l'utilisation systématique des moustiquaires est la norme dans leur communauté. La conviction que l'utilisation systématique des moustiquaires est une norme communautaire est moins répandue dans les zones Kasaï et Grand Est que dans les zones Nord et Ouest. Les personnes de la zone Grand Est (44,41 %) sont plus susceptibles que celles des autres zones de déclarer qu'elles ne savent pas si l'utilisation systématique des moustiquaires est une norme communautaire. Dans l'ensemble, quatre personnes sur cinq ont la perception d'un soutien social pour l'utilisation systématique des moustiquaires. Cet indicateur est moins fréquent dans la zone Ouest par rapport aux zones Nord et Kasaï et dans les milieux urbains par rapport aux milieux ruraux.

Il y a des faiblesses dans la possession de moustiquaires dans toutes les zones d'étude. Alors que moins de trois quarts des ménages possèdent au moins une moustiquaire, seul un tiers environ possède suffisamment de moustiquaires pour les membres du ménage, en supposant que deux personnes partagent une moustiquaire. Cet indicateur de couverture universelle des ménages est significativement plus faible dans le Kasaï que dans les autres zones, pour les ménages ruraux que pour les ménages urbains, au sein des ménages pauvres qu'au sein des ménages plus riches, et dans les ménages plus grands (7 membres ou plus) que dans les ménages plus petits.

La quasi-totalité des 7 089 moustiquaires recensées dans les zones d'étude sont des MII et sont blanches. La majorité des moustiquaires avaient été obtenues lors d'une campagne de distribution de masse et avaient moins de trois ans. Les données ont montré que les moustiquaires étaient, en moyenne, plus anciennes dans la zone du Kasaï que dans les autres zones. En outre, par rapport à ce qu'on a pu observer dans les autres zones, les moustiquaires de la zone du Kasaï étaient également moins susceptibles d'avoir été obtenues lors d'une campagne de distribution de masse, plus susceptibles d'avoir été obtenues lors d'une CPN et moins susceptibles d'être blanches. Plus de quatre moustiquaires sur cinq disponibles ont été utilisées pour dormir la nuit précédant l'enquête. Cependant, la proportion de moustiquaires disponibles utilisées pour dormir la nuit précédant l'enquête ou de façon systématique au cours de la dernière semaine est plus faible dans la zone Ouest que dans les autres zones.

La manière dont la population entretient ses moustiquaires peut être considérablement améliorée. Alors que la plupart des moustiquaires déjà lavées l'ont été avec un savon doux comme recommandé, une proportion importante de ces moustiquaires a été laissée à sécher au soleil au lieu d'être à l'ombre comme recommandé. Laisser sécher les moustiquaires au soleil est une pratique plus courante dans les zones Nord et Grand Est (environ la moitié des moustiquaires sont séchées de cette manière) par rapport aux zones Ouest et Kasaï. Environ quatre moustiquaires sur cinq qui avaient été utilisées pour dormir la nuit précédente ont été trouvées simplement suspendues au-dessus du lit pendant l'enquête, sans être enroulées ou attachées comme il est recommandé. La pratique consistant à enrouler ou à attacher les moustiquaires suspendues lorsqu'elles ne sont pas utilisées est rare dans les zones Grand Est et Kasaï.

Dans les ménages possédant au moins une moustiquaire, environ quatre cinquièmes des membres du ménage ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Dans les ménages avec une couverture universelle en moustiquaires, près de neuf dixièmes des membres du ménage ont utilisé une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Les données ont montré que lorsqu'un ménage ne dispose pas

de suffisamment de moustiquaires, les adultes et les enfants de moins de cinq ans ont tendance à être prioritaires par rapport aux enfants de 5 à 17 ans. En outre, dans la zone Nord et Ouest, les femmes ont tendance à être prioritaires par rapport aux hommes dans l'attribution des moustiquaires.

Dans l'ensemble, le ratio utilisation/accès est de 0,88, ce qui indique que si la plupart des personnes ayant accès à une moustiquaire l'utilisent effectivement, des améliorations sont possibles. L'indicateur est plus faible au Kasai que dans les autres zones. Un examen plus approfondi des deux composantes de l'indicateur - les mesures d'utilisation et d'accès - révèle des tendances différentes au Kasai par rapport aux autres zones. Plus précisément, ces deux mesures sont très faibles au Kasai alors qu'elles sont modérées dans les autres zones.

Les données indiquent que l'utilisation systématique de moustiquaires est courante chez les hommes et les femmes interrogés dans le cadre de l'enquête. Dans les ménages disposant d'au moins une moustiquaire, environ quatre cinquièmes des hommes et des femmes ont déclaré utiliser systématiquement des moustiquaires. Cet indicateur varie significativement selon les zones, avec des taux plus faibles dans les zones Kasai et Ouest par rapport aux zones Nord et Grand Est. **Les variables associées à l'utilisation systématique des moustiquaires variaient selon les zones. Dans la zone Nord, la conviction qu'il existe des gestes à faire pour prolonger la durée de vie de ses moustiquaires, la communication interpersonnelle sur le paludisme au cours des six derniers mois et la conviction que l'utilisation systématique des moustiquaires est une norme communautaire sont les variables conceptuelles significativement associées à l'utilisation systématique. En outre, il existe une association positive entre la couverture universelle des ménages en moustiquaires et la présence d'un enfant de moins de cinq ans dans le ménage. L'association avec l'écoute régulière de la radio est négative. Dans la zone Ouest, les attitudes favorables à l'égard des moustiquaires et la conviction que l'utilisation systématique des moustiquaires est une norme communautaire sont les variables conceptuelles significativement associées à l'utilisation systématique. En outre, l'exposition aux messages relatifs au paludisme, la couverture universelle des ménages en moustiquaires, la présence d'un enfant de moins de cinq ans dans le ménage et l'âge sont positivement corrélés avec ce comportement. En revanche, il existe une association négative avec la résidence en milieu urbain. Les données ont également révélé un regroupement significatif de l'utilisation systématique des moustiquaires au niveau de la communauté. Comme dans la zone Ouest, au Kasai, les attitudes favorables à l'égard des moustiquaires et la conviction que l'utilisation systématique des moustiquaires est une norme communautaire sont les variables conceptuelles significativement associées à l'utilisation systématique. Une corrélation positive marginalement significative a été observée entre la perception d'approbation sociale quant à l'utilisation des moustiquaires et la conviction qu'il existe des gestes à faire pour prolonger la durée de vie de ses moustiquaires. Curieusement, la relation avec la perception de la sensibilité au paludisme est négative. En outre, la couverture universelle du ménage, la présence d'un enfant de moins de cinq ans dans le ménage, l'âge, le fait de regarder régulièrement la télévision et le niveau de pauvreté sont positivement corrélés avec ce comportement. En outre, les données ont montré un regroupement significatif de l'utilisation systématique des moustiquaires au niveau de la communauté. Dans le Grand Est, les variables fortement et positivement associées à l'utilisation systématique comprennent les attitudes favorables à l'égard des moustiquaires, la connaissance approfondie des moustiquaires comme moyen de prévention du paludisme et la croyance qu'il existe des gestes à faire pour prolonger la durée de vie de ses moustiquaires. En outre, la couverture universelle des ménages et, dans une certaine mesure, la présence d'un enfant de moins de cinq ans dans le ménage sont des corrélats**

significatifs. Comme nous l'avons observé dans les trois autres zones, il y a un regroupement de ce comportement au niveau de la communauté.

Pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent

Moins d'une personne interrogée sur dix a déclaré qu'elle connaissait l'existence d'un programme de PID dans la communauté. La connaissance qui a été signalée est concentrée dans les milieux urbains, en particulier dans la zone Ouest. Plus de quatre cinquièmes des personnes connaissant un programme de PID ont une perception de l'efficacité du programme avec des différences significatives selon les zones. Les résidents de la zone du Kasaï ont été moins susceptibles de déclarer une perception de l'efficacité de la PID par rapport aux autres zones. La perception de l'auto-efficacité à prendre des mesures liées à la PID a été rapportée par environ trois quarts de la population. Les gestes comprennent le déplacement des meubles en vue de la pulvérisation et le fait de dormir dans la maison la nuit suivant la pulvérisation.

Parmi les personnes qui connaissaient déjà la PID, il existe une volonté générale de l'accepter dans leur communauté et elle est presque universelle au sein des populations rurales. Environ 7 personnes sur 10 qui n'avaient pas connaissance de la PID ont déclaré être prêtes à l'accepter si elle était disponible dans leur communauté. Les hommes sont plus enclins à accepter la PID dans leur communauté que les femmes.

Consommation et exposition aux médias

La possession d'une radio et d'une télévision est limitée dans les zones d'étude. Dans de nombreux ménages disposant d'une radio, beaucoup de personnes, notamment les femmes, ne l'écoutent pas régulièrement. La proportion de la population qui peut potentiellement être atteinte par la radio est inférieure à la moitié. La portée potentielle de la radio est plus faible dans la zone du Kasaï qu'ailleurs. Dans toutes les zones, les femmes sont proportionnellement moins nombreuses que les hommes à pouvoir être touchées par ce média. De même, à l'exception de la zone Ouest, la portée potentielle est plus faible chez les résidents ruraux que chez les résidents urbains. Pour ceux qui écoutent la radio, les tranches horaires d'écoute les plus populaires varient selon les zones. Dans les zones Nord, Ouest et Grand Est, les programmes radio peuvent potentiellement toucher plus de personnes s'ils sont diffusés en début de matinée avant 8h ou en début de soirée, entre 16h et 20h. Dans la zone du Kasaï, l'heure de diffusion radio pour maximiser la portée est soit tôt le matin, soit tard le soir (entre 20h et minuit). Les émissions tôt le matin toucheraient potentiellement environ la moitié de la population de la zone Grand Est tandis que les émissions radio en début de soirée toucheraient plus des deux cinquièmes des auditeurs de la zone Nord. Ce n'est qu'en diffusant à la fois tôt le matin et en début de soirée dans l'Ouest et le Kasaï que les programmes radio peuvent espérer atteindre au moins la moitié de la population.

La plupart des personnes vivant dans des ménages possédant une TV regardent régulièrement la télévision, bien qu'un certain nombre de personnes dont le ménage ne possédait pas de TV aient déclaré regarder régulièrement la télévision, probablement parce qu'elles la regardent chez un voisin. Néanmoins, en raison du très faible taux de possession de TV dans les zones étudiées, la portée potentielle de la télévision est relativement faible ; à peine plus de quatre personnes sur dix peuvent être atteintes par les programmes télévisés. La portée potentielle de la télévision est plus élevée dans la zone Ouest (environ deux tiers de la population peuvent être atteints) qu'ailleurs. Très peu de personnes peuvent être atteintes par la télévision dans les zones du Kasaï et du Nord. Dans les zones Nord, Ouest et Grand Est, les tranches horaires les plus populaires pour regarder des programmes télévisés sont en début et fin de

soirée. Dans la zone Kasai, les créneaux les plus populaires sont ceux du début de matinée et de la fin de soirée.

Moins de la moitié des hommes et des femmes interrogés ont déclaré posséder un téléphone personnel ou une tablette. La possession d'un téléphone personnel est plus fréquente dans l'Ouest et le Grand Est par rapport au Nord et au Kasai. Les hommes sont plus susceptibles de posséder un téléphone ou une tablette que les femmes. Les femmes de la zone du Kasai sont particulièrement désavantagées en termes de possession de téléphone. Dans l'ensemble, les groupes les moins susceptibles de posséder un téléphone personnel sont les femmes, les jeunes adultes, les hommes et les femmes analphabètes des zones Kasai et Nord. La plupart des téléphones ou tablettes disponibles sont capables de recevoir des SMS, tandis qu'environ deux tiers peuvent recevoir des photos, des vidéos ou des fichiers audios. Environ deux cinquièmes d'entre eux ont pu cliquer sur un lien vers un site Web, tandis qu'environ un tiers était capable de recevoir des emails. Les téléphones ou tablettes les plus avancés technologiquement se trouvent dans l'Ouest. Par rapport aux autres zones, les appareils du Nord et du Kasai étaient moins susceptibles de pouvoir accéder à un lien Internet et de recevoir des emails.

Une stratégie combinant la radio, la télévision et la technologie mobile permet d'atteindre environ sept dixièmes de la population, avec des variations selon la zone, le sexe et le lieu de résidence. La portée potentielle d'une telle stratégie combinée est plus faible dans la zone du Kasai que dans les autres zones. La stratégie combinée est également susceptible d'atteindre proportionnellement moins de femmes que d'hommes, et une plus faible proportion de résidents ruraux que de résidents urbains dans chaque zone.

Seul un tiers environ des hommes et des femmes auraient été exposés à un message sur le paludisme au cours de l'année écoulée. L'exposition était plus faible dans les zones Grand Est et Nord par rapport à la zone Ouest. En général, les résidents ruraux sont moins susceptibles d'y être exposés que leurs homologues urbains.

1. Introduction

1.1 Contexte du paludisme en République démocratique du Congo

Le paludisme reste un problème de santé publique majeur dans toute la République démocratique du Congo (RDC). En 2018 on a estimé le nombre de cas à 23 888 424 et plus de 84 000 000 de la population congolaise était considérée comme étant à risque d'infection.[1] En 2016-2017, la RDC représentait 11 % des cas de paludisme dans le monde (2^e au monde), entraînant 435 000 décès.[3] En effet, avec 96,76 décès pour 100 000 individus attribués au paludisme, la RDC connaît l'un des taux de mortalité dus au paludisme les plus élevés au monde.[4] En 2018, la RDC représentait 54,6 % des cas de paludisme en Afrique centrale et a enregistré une augmentation de l'incidence des cas depuis 2015.[1] Environ 97 % de la population vit dans des zones où la transmission du paludisme est stable, c'est-à-dire qu'elle dure entre 8 et 12 mois par an.[2] Les saisons de haute transmission varient selon les zones épidémiologiques du pays : dans les zones montagneuses du Nord-Kivu, la saison de transmission est très courte ; dans les zones tropicales et équatoriales, la transmission est plus élevée pendant les périodes de pluies qui peuvent se produire toute l'année.[2]

Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans sont particulièrement à risque. En RDC, la transmission parmi ces populations clés est hétérogène. En 2017-2018, la prévalence parmi les enfants de moins de 5 ans allait de 6 % dans la province du Nord-Kivu à plus de 60 % dans le Bas-Uélé.[5] Dix des 26 provinces du pays connaissent actuellement des taux de prévalence du paludisme supérieurs à 45 % chez les enfants de moins de 5 ans.[5] Parmi les conséquences courantes du paludisme associé à la grossesse, l'on peut citer un poids insuffisant à la naissance, des anémies fœtales et des accouchements prématurés, chacune de ces conséquences ayant des effets prolongés sur la morbidité et la mortalité ainsi que sur le développement de l'enfant.[6-8] Le paludisme peut également affecter l'état nutritionnel des enfants, ce qui peut affaiblir leur immunité contre les maladies infectieuses.[9]

1.2 Interventions contre le paludisme en RDC

En 2010, la RDC a été choisie comme pays cible de l'Initiative présidentielle contre le paludisme (PMI). La PMI travaille en collaboration avec le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP). Au niveau national, le ministère de la Santé publique établit le cadre politique pour toutes les interventions sanitaires, qui sont mises en œuvre au niveau provincial.

Le PNLP concentre ses efforts en RDC sur la facilitation de la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et sur la gestion des cas ainsi que sur le traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg). La RDC vise à atteindre un taux élevé de possession et d'utilisation des MII par la population congolaise en général en veillant à ce qu'au moins 80 % des personnes exposées au risque de paludisme dorment sous une MII.

Grâce à l'intensification des interventions de prévention et de traitement, de nombreux indicateurs se sont améliorés depuis 2007. Le fait de dormir sous des MII a été associé à une réduction de l'incidence du paludisme. En RDC, le pourcentage de ménages possédant au moins une MII est passé de 9 % en 2007 [10] à 70 % en 2013-2014 [11], avant de diminuer à 62 % en 2017-2018.[12] Selon les estimations actuelles, le taux d'utilisation de MII pour les enfants de moins de cinq ans est de 79,8 %, bien que ce chiffre varie selon les régions.[12] Les estimations du taux de femmes enceintes ayant reçu trois doses

ou plus de TPIg au cours de leur dernière grossesse n'ont que légèrement augmenté, passant de 5 % en 2007 à 14 % en 2013-2014 [11], ce domaine reste donc un domaine privilégié pour les interventions.

1.3 Motif de l'étude ECP en RDC

Les données nationales et régionales existantes, notamment les enquêtes DHS 2013-2014 et MICS 2017-2018, portent essentiellement sur la prévalence des indicateurs comportementaux pertinents et fournissent peu d'informations sur les déterminants comportementaux. Les recherches démontrent de plus en plus le rôle efficace des programmes de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) dans l'augmentation de la prévalence de comportements sanitaires positifs liés à la prévention et au traitement du paludisme. Les messages des programmes de CCSC doivent cibler les variables conceptuelles spécifiques qui influencent les décisions relatives aux comportements liés au paludisme, telles que la sollicitation rapide de soins et l'utilisation de MII.

L'ECP RDC est conçue pour fournir des données représentatives au niveau des zones (groupes de provinces) et mettre l'accent sur les facteurs conceptuels qui ne sont pas inclus dans les grandes enquêtes nationales. Ces données peuvent être utilisées pour (i) estimer la prévalence des deux comportements et de leurs facteurs conceptuels, (ii) estimer les effets indépendants et combinés des caractéristiques conceptuelles sur les comportements et (iii) identifier des profils de concept basés sur des tendances sous-jacentes dans les groupes afin d'examiner la corrélation entre l'appartenance à des segments conceptuels et les comportements correspondants. Ces analyses aideront les programmes de lutte contre le paludisme et les décideurs politiques à créer et à hiérarchiser les segments du public cible et les messages de CCSC.

1.4 Buts et objectifs de l'ECP RDC

L'ECP RDC a été mise en œuvre avec deux objectifs principaux : 1) Mieux comprendre les caractéristiques sociodémographiques et conceptuelles associées aux résultats comportementaux liés au paludisme en RDC ; et 2) déterminer une orientation appropriée pour les activités programmatiques destinées à améliorer les résultats conceptuels et comportementaux en lien avec le paludisme.

Les objectifs spécifiques de l'enquête sont les suivants :

- Déterminez les facteurs conceptuels associés à l'utilisation, à l'entretien et à la réparation des moustiquaires ;
- Identifier les facteurs conceptuels associés à l'adoption du TPIg ;
- Identifier les facteurs conceptuels associés à un traitement rapide et approprié du paludisme chez les enfants ;
- Comprendre les raisons qui entravent l'adoption de comportements appropriés en matière de prévention et de traitement du paludisme ; et
- Déterminer l'orientation des futurs programmes conçus pour promouvoir des comportements appropriés de prévention et de traitement du paludisme en RDC.

2. Méthodologie

2.1 Conception de l'enquête

Cette étude est conçue selon un plan transversal utilisant un échantillon aléatoire de femmes et d'hommes interrogés à un moment donné au moyen de questionnaires structurés. Les personnes ont été sélectionnées suivant un processus aléatoire à plusieurs étapes qui a produit des échantillons représentatifs au niveau de la zone (groupe de provinces). La principale subdivision géopolitique de la RDC est la province. Le pays est divisé en 26 provinces, qui sont elles-mêmes divisées en districts. Afin de déterminer la taille de l'échantillon pour cette étude, nous avons regroupé les 26 provinces en quatre zones géographiques (Nord, Ouest, Kasai, Grand Est) comme décrit dans la figure 1.

L'enquête n'a pas été menée dans toutes les provinces de chaque zone. Au lieu de cela, nous avons sélectionné une série de provinces pour représenter chaque zone, à savoir :

- **Nord** : Équateur, Tshopo, Bas-Uélé, Mongala et Sud-Ubangi
- **Ouest** : Kinshasa, Kongo Central et Kwilu
- **Kasai** : Lomami, Kasai Central et Sankuru
- **Grand Est** : Haut-Katanga, Sud-Kivu, Tanganyika et Maniema

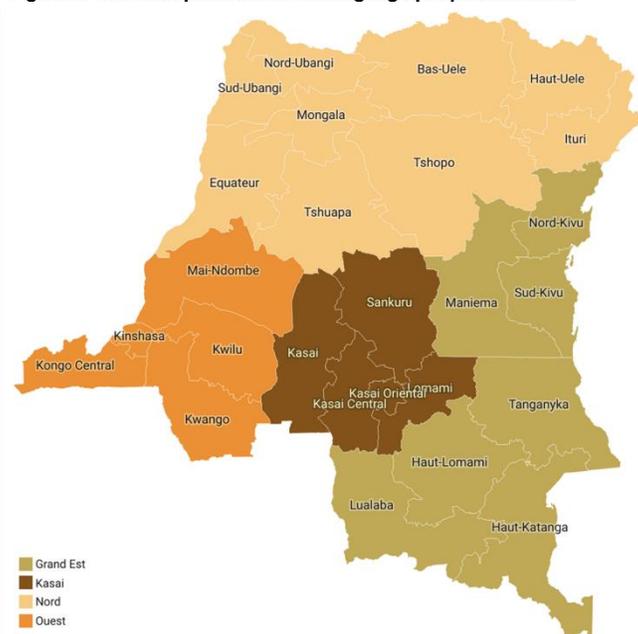
Chaque zone a été divisée en strates comprenant des agglomérations urbaines ou rurales (zones de dénombrement). Les zones de dénombrement ont été sélectionnées dans chaque strate d'enquête avec une probabilité proportionnelle à leur taille.

2.2 Échantillonnage

2.2.1 Taille d'échantillon requise et justification

Pour déterminer le nombre de ménages requis pour cette enquête, nous avons estimé la taille de l'échantillon nécessaire pour mesurer chacun des résultats pertinents liés au paludisme, notamment le pourcentage de femmes en âge de procréer dormant sous une moustiquaire, le pourcentage d'enfants ayant eu de la fièvre au cours des 2 dernières semaines et le pourcentage de femmes en âge de procréer ayant des attitudes positives à l'égard des moustiquaires (en supposant une variabilité maximale de 0,50). Les estimations basées sur cet indicateur qui a produit la taille d'échantillon la plus élevée avec un effet de plan de sondage de 2,5 au niveau de la zone et selon les données de l'enquête MICS de 2017/2018, sont résumées dans le tableau 1 ci-dessous. La formule suivante a été appliquée pour estimer la taille de l'échantillon nécessaire :

Figure 1 : Carte des provinces et zones géographiques de la RDC



$$n = D * \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 * p(1-p)}{\delta^2 * R_h * R_i}$$

Caractéristiques :

- n est l'échantillon de ménages requis.
- Z est la valeur Z correspondant au niveau de confiance souhaité. Dans les analyses, nous supposons que Z = 1,96, ce qui correspond à un niveau de confiance de 95 %.
- d est l'effet du plan de sondage résultant de l'écart par rapport à l'échantillonnage aléatoire simple (on suppose qu'il est de 2,5).
- p est l'indicateur de résultat estimé.
- δ est la marge d'erreur souhaitée. Nous avons calculé les différentes tailles d'échantillon avec $\delta = 5\%$;
- R_h est le taux de réponse des ménages. Il est supposé être de 90 % pour ce paramètre.
- R_i est le taux de réponse des femmes dans les ménages sélectionnés. Il est supposé être de 95 % pour ce paramètre.

Comme l'indiquent les informations du tableau 1, un échantillon comprenant 4 980 ménages, 5 470 femmes et 1 670 hommes est suffisant pour nous permettre de faire des inférences pertinentes. Cette taille d'échantillon tient compte des potentielles abstentions au niveau des ménages et des individus. Elle nous fournit un échantillon représentatif au niveau de la zone et permet d'obtenir une estimation valide des principaux indicateurs conceptuels et comportementaux liés au paludisme.

| Tableau 2.2.1 : Nombre de ménages requis, de femmes et d hommes participants par zone d étude, ECP RDC 2021 | | | | | |
|---|------|-------|-------|-----------|-------|
| Participants | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Total |
| Zones de dénombrement (grappes) | 54 | 51 | 97 | 47 | 249 |
| Ménages | 1080 | 1020 | 1940 | 940 | 4980 |
| Chefs de ménage | 1080 | 1020 | 1940 | 940 | 4980 |
| Femmes | 1112 | 1132 | 2106 | 1120 | 5470 |
| Hommes | 360 | 340 | 650 | 320 | 1670 |

2.2.2 Inclusion et exclusion des participants

L'enquête cible les hommes et les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans pour les femmes et 18 à 59 ans pour les hommes). Les critères d'inclusion pour la sélection de l'échantillon sont les suivants :

- Avoir entre 15 et 49 ans pour les femmes et entre 18 et 59 ans pour les hommes ;
- Être le mari ou le partenaire d'une des femmes recrutées ;
- Être un résidant habituel du ménage sélectionné ; et
- Être capable de communiquer en français, lingala, kikongo, swahili ou tshiluba.

Les hommes et les femmes éligibles présentant les caractéristiques suivantes ont été exclus de l'étude :

- Incapacité à consentir à participer à l'étude ; et,
- Incapacité à comprendre les questions et/ou à y répondre de manière intelligible.

2.2.3 Processus de sélection des participants

Les participants à l'étude ont été sélectionnés par un processus en plusieurs étapes qui implique une sélection successive et aléatoire de grappes, de ménages et d'individus. L'équipe de l'étude a obtenu de l'Institut national de la statistique (INS) une liste complète des grappes (groupes de zones de dénombrement, ZD) en RDC. Cette liste a servi de base d'échantillonnage pour la sélection des grappes. Chaque zone a été divisée en deux strates : urbaine et rurale. Dans chaque strate, un certain nombre de grappes ont été sélectionnées avec une probabilité proportionnelle à leur taille. Il est important de préciser que le dernier recensement en RDC date de 1984. Par conséquent, les informations sur la liste des grappes que nous avons reçue de l'INS était dépassée et aucun croquis cartographique n'était disponible. Par exemple, la plupart des grappes avaient une population estimée supérieure à 20 000 habitants et beaucoup avaient en réalité une population de 200 000 habitants ou plus. De toute évidence, ces grappes ne pouvaient pas être traitées comme une zone de dénombrement définie comme un maximum de 500 ménages ou une population d'environ 3 000 personnes. Par conséquent, nous avons dû introduire une étape supplémentaire dans le processus de sélection de l'échantillon. Pour cette étape, l'équipe de l'étude a divisé la population de la grappe par 2000, a fait le tour de la grappe pour la segmenter en nombre de ZD, puis a choisi au hasard une des ZD.

En suivant les procédures décrites ci-dessus, au total, 249 grappes ont été sélectionnées pour être incluse dans l'étude comme suit : 54 au Nord, 48 dans le Grand Est, 97 au Kasai et 51 dans l'Ouest. Une fois arrivée dans une ZD sélectionnée et après avoir obtenu les autorisations nécessaires de la part des dirigeants de la communauté, l'équipe d'étude a fait le tour de la ZD pour élaborer un croquis de carte, en précisant les routes et les structures d'habitation. L'équipe de l'étude a ensuite procédé à un recensement des ménages de la ZD à l'aide d'un formulaire de recensement des ménages. Le formulaire de recensement des ménages comprenait le numéro de la grappe, le numéro de ZD, le numéro du bâtiment ou de la parcelle, le surnom du chef de ménage, l'adresse du ménage ou la description de la localisation, le nombre de femmes entre 15 et 49 ans et le nombre d'hommes entre 18 et 59 ans dans le ménage. Pour obtenir les informations nécessaires pour remplir le formulaire de recensement des ménages, l'équipe de l'étude a contacté un adulte responsable dans chaque bâtiment ou parcelle, a présenté brièvement l'étude en utilisant le script de présentation prévu et a demandé s'ils sont d'accord pour fournir les informations nécessaires.

Une fois la liste des ménages établie, l'équipe de l'étude a sélectionné 20 ménages de la liste avec un générateur de numéros aléatoires : Random UX. Aux fins de cette enquête, un ménage a été défini comme un groupe de personnes qui vivent dans le même logement, partagent les repas et reconnaissent une personne comme étant le ou la chef de ménage. Lorsqu'une ZD sélectionnée n'avait pas le nombre de ménages requis pour l'enquête, l'équipe de l'étude a dressé la liste des ménages d'une ZD voisine pour

compléter le nombre. La liste des ménages a été détruite une fois la collecte des données terminée dans chaque grappe.

Les enquêteurs ont rendu visite à chacun des 20 ménages sélectionnés par grappe, ont recruté et demandé son consentement à un adulte du ménage et lui ont fait répondre au questionnaire pour les ménages. Le questionnaire pour les ménages comprenait une liste de tous les membres du ménage, des questions sur les caractéristiques et les biens du ménage, ainsi qu'une liste des moustiquaires. Lorsque l'enquêteur a posé les questions du questionnaire ménage, il a demandé à voir toutes les moustiquaires disponibles dans le ménage et a posé des questions spécifiques sur chacune d'entre elles. L'observation des moustiquaires était nécessaire pour évaluer la marque de la moustiquaire et pour vérifier si les recommandations de l'OMS sur l'entretien des moustiquaires étaient appliquées ou non. Une fois le questionnaire pour les ménages rempli, l'enquêteur a utilisé la liste des membres du ménage pour sélectionner toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans en vue d'un entretien à l'aide du questionnaire individuel pour les femmes. L'enquêteur a approché chaque femme éligible et utilisé un outil de sélection pour déterminer son éligibilité. L'outil de sélection comprenait des questions sur l'âge, sur le fait que la femme soit ou non un membre habituel du ménage sélectionné et sur les langues parlées. Si la femme répondait aux critères d'éligibilité, l'enquêteur lui demandait son consentement et la faisait répondre au questionnaire individuel pour les femmes. Les taux de refus à ce niveau étaient négligeables.

Sept des 20 ménages sélectionnés (un ménage sur trois) dans chaque ZD ont été choisis au hasard et désignés comme ménages éligibles pour des entretiens avec des hommes en plus des entretiens avec les femmes et les chefs de ménage. Les hommes éligibles dans chacun de ce sous-ensemble de ménages étaient l'époux / le partenaire d'une des femmes éligibles. Dans les cas où plusieurs femmes étaient éligibles dans un ménage, pour sélectionner un homme, l'enquêteur choisissait une femme mariée ou en concubinage au hasard en marquant les prénoms ou noms d'emprunt sur des petites papiers séparés, placés dans un bol ou un chapeau et en tirant un nom au hasard. Le mari / partenaire de la femme sélectionnée était ensuite sélectionné pour être inclus dans l'étude. L'enquêteur lui demandait son consentement et le faisait répondre au questionnaire individuel pour les hommes.

L'échantillon global comprenait 4 998 ménages, 6 034 femmes en âge de procréer et 1 780 hommes.

2.3 Analyse et collecte de données

2.3.1 Outils de collecte de données

Cette étude est basée sur des enquêtes similaires menées par le CCP, qui ont étudié la prévalence et les déterminants conceptuels des comportements liés au paludisme, notamment l'utilisation et l'entretien des MII, la sollicitation rapide de soins en cas de fièvre chez l'enfant, le recours aux soins prénataux et la réception du TPI pendant la grossesse, et l'acceptation de la PID. Trois outils ont été utilisés pour collecter les informations auprès des personnes interrogées : les questionnaires pour les ménages, pour les femmes et pour les hommes. Les outils ont été adaptés à partir d'outils similaires utilisés précédemment en Côte d'Ivoire, au Cameroun et en Sierra Leone. Les questionnaires destinés aux hommes et aux femmes comprenaient des questions permettant d'évaluer les constructions pertinentes du modèle d'idéation (**figure 2.3.1**).

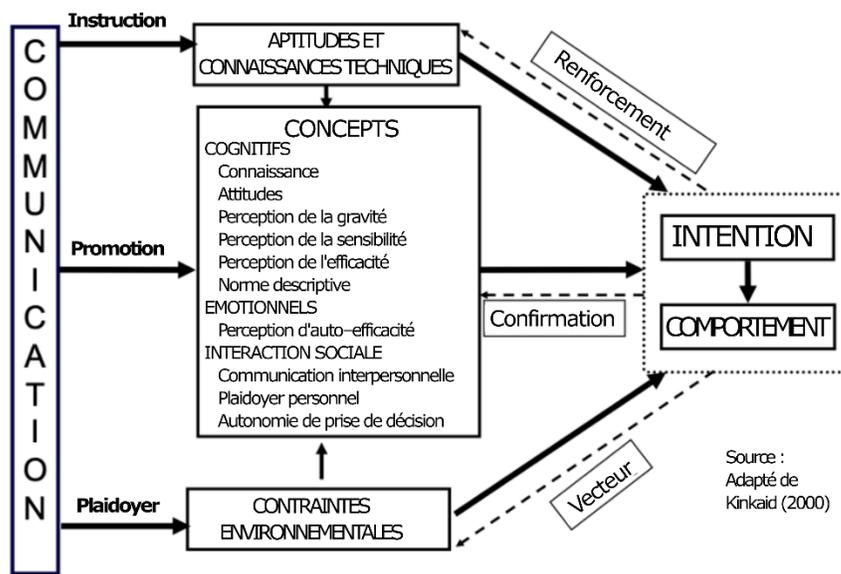


Figure 2 : Modèle conceptuel de communication stratégique et changement comportemental

Source :
Adapté de
Kinkaid (2000)

Le modèle idéationnel [13] part de l'hypothèse que les stratégies de CCSC peuvent changer l'intention d'agir et par la suite les comportements effectifs dans la mesure où elles changent l'idéation des gens (ou les opinions et les idées que les gens se font du comportement). Le modèle reconnaît trois dimensions d'idéation pertinentes pour le changement de comportement : le cognitif, l'émotionnel et l'interaction sociale. Les variables de chaque dimension ont été empruntées aux principales théories du changement de comportement et se sont avérées être associées à divers comportements en lien avec la santé [14].

Le questionnaire pour les ménages a été conçu pour recueillir des informations sociodémographiques de base sur chaque ménage, déterminer le statut de richesse relative du ménage, estimer la distance entre le ménage et les différentes sources de soins de santé, déterminer l'âge et le sexe de chaque personne au sein d'un ménage, ainsi que pour recueillir des informations sur chaque moustiquaire que le ménage possède. Les questionnaires des femmes et des hommes étaient similaires mais présentaient quelques différences significatives. Les deux questionnaires ont permis de recueillir des informations sociodémographiques de base sur la personne et comprenaient des questions sur l'utilisation, la réaffectation et l'élimination des MII. Les deux questionnaires comprenaient également des questions visant à mesurer les facteurs conceptuels liés aux comportements recommandés en matière de prévention et de traitement du paludisme ainsi que l'exposition aux messages relatifs au paludisme. Les constructions conceptuelles ont été évaluées à l'aide d'une série d'éléments formant des échelles précédemment validées à l'aide de données provenant d'études préalables à l'ECP menées au Nigeria et au Liberia. Seules les femmes ont été interrogées sur les épisodes récents de sollicitation de soins pour un enfant ayant de la fièvre et sur la réception du TPIg au cours de leur dernière grossesse. En incluant des questions sur les comportements liés au paludisme et leurs déterminants sociodémographiques et

conceptuels, l'équipe de recherche peut examiner les corrélations entre l'exposition et les facteurs conceptuels, ainsi qu'entre les facteurs conceptuels et les comportements clés.

2.3.2 Procédures de collecte et traitement des données

Breakthrough ACTION a engagé un cabinet de recherche local, BEGIS, pour mettre en œuvre la collecte de données sur les sites de l'étude. BEGIS a créé des versions numériques des questionnaires à l'aide de CSPro et les a chargés sur des tablettes Android. Le personnel de BEGIS et de Breakthrough ACTION a coanimé une formation de formateurs de quatre jours, suivie de six formations de cinq jours pour plus de 100 collecteurs de données et chefs d'équipe. Chaque formation a été suivie d'une journée de pré-test des instruments et procédures de collecte de données dans des ZD sélectionnées ne faisant pas partie de l'enquête. Dans le groupe de collecteurs de données formés, un certain nombre d'entre eux ont été sélectionnés sur la base d'une combinaison des critères suivants : expérience préalable dans des enquêtes similaires ; familiarité avec les langues pertinentes (le français et la langue prédominante dans la zone d'étude) ; maîtrise des questionnaires numériques évaluée lors des jeux de rôle ; performance lors de la pratique sur le terrain pour pré-tester l'instrument ; et résultats aux tests écrits d'évaluation quotidiens. Vingt-huit équipes de collecteurs de données ont travaillé à la collecte des données entre le 18 mars et le 26 avril 2021. En outre, des équipes d'agents de contrôle de la qualité des données ont visité environ 10 % des ménages enquêtés et ont posé des questions spécifiques à l'aide d'un questionnaire numérique conçu pour évaluer l'exactitude des réponses initiales de l'entretien. Pendant ce temps, le personnel de Breakthrough ACTION et du PNLP a rendu visite aux équipes sur le terrain pour suivre leur progression et leur apporter le soutien nécessaire. A la fin de la collecte des données, BEGIS a soumis trois ensembles de données propres, un pour les ménages, un pour les femmes et un pour les hommes au CCP qui les a ensuite analysés à l'aide de Stata 16.0.

2.3.3 Procédures d'analyse de données

Les mesures des variables conceptuelles (par exemple, les attitudes positives, la perception d'auto-efficacité à agir, la perception d'efficacité du traitement du paludisme) ont été dérivées à partir des questions pertinentes des questionnaires des femmes et des hommes. De manière similaire à la procédure analytique décrite dans le guide de référence des indicateurs de CCSC sur le paludisme (*Malaria SBCC Indicator Reference Guide*) [15], les réponses à chaque question ont été notées, les scores des questions mesurant le même concept ont été additionnés et la somme résultante a été réduite à des mesures dichotomiques. La plupart des variables conceptuelles ont été mesurées en demandant aux personnes interrogées d'indiquer s'ils sont d'accord ou non avec des énoncés de Likert tels que « Un test sanguin de dépistage du paludisme est le seul moyen de savoir si quelqu'un est réellement atteint de paludisme ou non ». Il a été demandé aux personnes interrogées si elles étaient d'accord ou non avec chaque énoncé. Pour ces variables, chaque personne a obtenu un score pour cette question en fonction de sa réponse et de la formulation de la question. Par exemple, si l'accord avec l'énoncé correspond à une réponse favorable, les personnes étaient notés -1 pour pas d'accord, 0 pour ne sait pas / pas sûr-e et 1 pour d'accord. Si le désaccord avec l'énoncé correspond à une réponse favorable, la notation de cet énoncé particulier était inversée. Un score index a été calculé pour refléter la façon dont chaque individu a

répondu à la série de questions pour la même construction conceptuelle. Le score index est la somme des scores des questions individuelles pour toutes les questions d'un facteur conceptuel donné. Une variable binaire a ensuite été créée en séparant le score index à 0 pour distinguer les personnes avec et sans la caractéristique conceptuelle favorable.

En plus de présenter la prévalence des comportements recommandés face au paludisme et leurs déterminants psychosociaux, ce rapport présente également les résultats d'une régression logistique multivariable visant à évaluer les associations entre les résultats et plusieurs variables contextuelles et conceptuelles. Les résultats présentés dans les tableaux montrent la relation entre le résultat comportemental et les variables de prévision, exprimée sous forme de rapports de côtes. Les modèles de régression multivariés sont utiles pour identifier les variables potentiellement modifiables sur lesquelles les programmes pourraient se concentrer pour tenter de modifier les résultats comportementaux. Afin de renseigner les modèles multivariés, l'équipe de recherche a d'abord effectué des tests de régression bivariés dans toutes les zones, et les variables statistiquement pertinentes (où $p \leq 0,2$) ont été retenues et incluses.

2.3 Considérations éthiques de la recherche

Avant la mise en œuvre de l'étude, l'équipe de recherche a obtenu l'approbation éthique du conseil d'examen institutionnel de l'École de santé publique de Johns Hopkins et du Comité d'éthique de l'École de santé publique de l'Université de Kinshasa. Plusieurs mesures prises lors de la formation, du recrutement et de l'entretien avec les participants ont permis de minimiser les risques potentiels pour les participants à l'étude. Les collecteurs de données ont suivi une formation sur les directives éthiques à suivre lors de la collecte de données sur des sujets de recherche humains. Pour obtenir le consentement éclairé des participants, des collecteurs de données formés ont expliqué l'objectif de l'enquête, les types de questions qui seraient posées, les risques potentiels associés à la participation à l'enquête et les mesures que l'équipe de l'étude prendrait pour protéger la confidentialité des participants. En outre, les personnes chargées de la collecte des données ont précisé que les participants n'étaient pas obligés de participer à l'étude, qu'ils pouvaient décider à tout moment d'interrompre l'entretien et qu'ils n'étaient pas obligés de répondre aux questions auxquelles ils ne souhaitent pas répondre. Les collecteurs de données ont obtenu l'assentiment des participants à la recherche âgés de moins de 18 ans, sauf s'ils étaient mariés et donc considérés comme légalement émancipés. Les mineurs avaient la possibilité, mais non l'obligation, de participer à la collecte des données si leur parent ou leur tuteur légal donnait d'abord son accord. Les formulaires de consentement, d'assentiment et d'autorisation parentale comprenaient les coordonnées de la chercheuse principale de l'étude et du Comité d'éthique de l'École de santé publique de l'Université de Kinshasa afin que les participants puissent poser des questions ou exprimer leurs préoccupations concernant leur participation à l'activité.

Pour protéger l'identité des participants, des noms d'emprunt ont été utilisés, dans la mesure du possible, à la place des noms officiels. La liste des ménages de chaque ZD a été détruite à la fin de la collecte des données. Les formulaires de consentement, d'assentiment et d'autorisation parentale signés étaient toujours conservés dans des endroits verrouillés et sécurisés.

3 Résultats

3.1 Description de l'échantillon

Cette section présente les caractéristiques des ménages dont les participants ont été interrogés. Elle comprend une description de base de la population du ménage, des caractéristiques physiques du logement du ménage et de la possession par le ménage de divers biens. Les caractéristiques sociodémographiques de base des hommes et des femmes en âge de procréer interrogés avec le questionnaire individuel, telles que le niveau d'instruction et la catégorie d'âge, sont également présentées dans cette section. En résumé, des informations ont été recueillies auprès de 4998 ménages, 6034 femmes et 1870 hommes

3.1.1 Caractéristiques des ménages

Les caractéristiques des habitations diffèrent sensiblement selon les zones ([tableau 3.1.1](#)). Par exemple, en moyenne, les ménages de la zone Nord (2,96) ont plus de pièces pour dormir que leurs pairs des zones Ouest (2,41), Kasai (2,34) et Grand Est (2,45). Il existe également des différences significatives dans la proportion de ménages disposant de l'électricité, variant de 2,68 % au Kasai à 60,25 % dans la zone Ouest. La majorité (78,66 %) des habitations n'avaient pas de plafond. Proportionnellement plus d'habitations dans la zone Nord (93,07 %) n'avaient pas de plafond par rapport à l'Ouest (73,05 %), le Kasai (75,41 %) et le Grand Est (80,04 %). La plupart des habitations dans toutes les zones sont construites avec des matériaux naturels ou rudimentaires. Seulement deux habitations sur cinq avaient des sols finis (ex. : ciment, carreaux en céramique, bois poli, vinyle, tapis). La proportion de sols finis varie considérablement d'une zone à l'autre : 9,10 % au Kasai, 12,81 % au Nord, 37,58 % au Grand Est, et 62,31 % à l'Ouest. Un peu plus de la moitié (54,12 %) des ménages avaient des murs finis en ciment, en pierre, en pisé (adobe) recouvert, en briques ou en blocs de ciment. Là encore, on observe des variations significatives par zone, de 24,40 % au Kasai à 70,48 % dans la zone Ouest.

Tableau 3.1.1 : Pourcentage de ménages ayant les caractéristiques choisies par zone, ECP RDC 2021

| Caractéristiques du ménage | Nord | Ouest | Kasai | Grand Est | Toutes les zones |
|--|-------|-------|-------|-----------|------------------|
| Taille moyenne des ménages *** | 6,54 | 5,19 | 4,68 | 5,59 | 5,46 |
| Nombre moyen de chambres à coucher *** | 2,96 | 2,41 | 2,34 | 2,46 | 2,52 |
| Nombre de personnes par chambre à coucher *** | 2,38 | 2,41 | 2,15 | 2,47 | 2,38 |
| Pourcentage de ménages ayant l'électricité *** | 10,06 | 60,25 | 2,68 | 53,62 | 41,15 |
| Pourcentage d'unités d'habitation sans plafond *** | 93,07 | 73,05 | 75,41 | 80,04 | 78,66 |
| Pourcentage de ménages proches ¹ d'un établissement de santé public *** | 93,20 | 85,96 | 84,48 | 75,15 | 84,76 |
| Pourcentage de ménages proches ¹ d'un établissement de santé privé *** | 51,01 | 66,86 | 48,08 | 58,53 | 59,39 |

| | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|
| Pourcentage de ménages proches ¹ d'une pharmacie *** | 84,11 | 95,53 | 79,16 | 82,84 | 88,29 |
| Pourcentage de ménages ayant un sol fini *** | 12,81 | 62,31 | 9,10 | 37,68 | 40,06 |
| Pourcentage de ménages ayant des murs finis *** | 24,66 | 70,48 | 24,40 | 65,13 | 54,12 |
| Pourcentage de ménages ayant une toiture finie *** | 29,87 | 73,63 | 36,21 | 64,08 | 57,99 |
| Nombre d'observations | 1080 | 1035 | 1943 | 940 | 4998 |
| Notes : ¹ Situés à 5 kilomètres ou moins, moins de 30 minutes à pied, ou moins de 10 minutes en voiture. Importance des différences entre les zones : *** p<0,001 | | | | | |

En moyenne, chaque ménage comprend 5,46 personnes, variant de 4,68 au Kasai à 6,54 dans la zone Nord. La plupart (85,76 %) des ménages étaient situés dans une zone d'accès relativement facile à un établissement de santé public, c'est-à-dire vivant à moins de cinq kilomètres, 30 minutes à pied ou 10 minutes en voiture d'un établissement de santé. L'accessibilité à un établissement de santé public est plus limitée dans le Grand Est (75,15 %) par rapport au Nord (93,20 %), à l'Ouest (85,96 %) et au Kasai (84,48 %). Par contre, moins des deux tiers (59,39 %) des ménages avaient un accès relativement facile à un établissements de santé privé, variant de 48,08 % au Kasai à 66,86 % dans la zone Ouest.

3.1.2 Possession de biens des ménages sélectionnés

Les données sur la possession de certains biens sont présentées dans le [tableau 3.1.2](#) de l'annexe A. Moins de la moitié (47,26 %) de tous les ménages interrogés possédaient une radio, tandis qu'environ deux ménages sur cinq (38,99 %) possédaient une télévision. La proportion de ménages déclarant posséder une télévision ou une radio était la plus faible au Kasai et la plus élevée dans la zone Ouest. La possession d'un réfrigérateur et l'accès à Internet sont limités et n'ont été signalés que par environ un dixième des ménages. Moins de la moitié (46,76 %) des ménages possèdent une montre, variant entre 25,12 % au Kasai et 59,00 % dans la zone Ouest. Alors que plus de deux tiers (70,50 %) des ménages possèdent un téléphone mobile simple, seul un quart environ (25,45 %) a un smartphone. Très peu de ménages ont déclaré posséder une voiture ou un ordinateur, notamment dans les zones du Kasai et du Nord. Par contre, proportionnellement plus de ménages du Nord (37,29 %) et du Kasai (38,19 %) ont déclaré posséder un vélo par rapport à l'Ouest (10,88 %) et au Grand Est (19,35 %). La répartition des ménages par quintile de richesse montre une plus grande proportion de ménages plus riches dans l'Ouest et l'Est par rapport au Nord et au Kasai. Par exemple, 57,64 % des ménages de la zone Ouest et 35,32 % de la zone Grand Est se situent dans le quintile de richesse le plus élevé, contre 8,31 % dans la zone Nord et 5,16 % dans la zone Kasai.

3.1.3 Caractéristiques sociodémographiques de la population des ménages et des répondants

Les 4 998 ménages interrogés comprenaient un total de 26 573 personnes. La répartition par sexe varie selon les zones, mais dans toutes les zones, il y avait plus de femmes que d'hommes ([tableau 3.1.3](#)). L'écart en faveur des femmes est plus prononcé dans les zones Nord (53,73 %) et Ouest (55,25 %) par rapport aux zones Kasai (51,03 %) et Grand Est (51,39 %). La répartition par type de lieu de résidence varie également selon les zones, la zone Ouest (71,73 %) comprenant proportionnellement plus de résidents urbains que les autres zones (41,05 % dans le Nord, 36,53 % dans le Kasai et 43,25 % dans le Grand Est).

La structure d'âge est conforme au modèle attendu d'une population jeune. L'âge moyen des membres du ménage était de 22,07 ans, variant entre 19,42 ans dans la zone Nord et 23,34 ans dans la zone Ouest.

La répartition des hommes et des femmes interrogés individuellement par niveau d'instruction et par groupe d'âge est décrite dans le [tableau 3.1.4](#). Il existe des différences entre les hommes et les femmes et entre les zones. En général, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de déclarer une instruction post-primaire. En revanche, alors qu'environ un dixième des femmes ont déclaré n'avoir reçu aucune instruction formelle, aucun homme ne l'a fait. Les hommes étaient, en moyenne, plus âgés que les femmes. Par exemple, alors qu'environ un tiers seulement des femmes étaient âgées de 35 ans ou plus, plus de deux tiers des hommes appartenaient à ce groupe d'âge. Ce schéma d'écart d'âge par sexe est pareil dans toutes les zones. Si l'on examine les différences entre les zones, les données révèlent qu'en moyenne, les hommes et les femmes de la zone Ouest ont un niveau d'instruction plus élevé que leurs homologues des autres régions. Par exemple, chez les femmes, alors que 19,64 % au Kasai, 18,65 % dans le Grand Est et 11,45 % dans la zone Nord ont déclaré ne pas avoir été scolarisées, seulement 3,97 % de leurs pairs de la zone Ouest l'ont fait. Par contre, le pourcentage de femmes ayant une instruction post-primaire était de 74,66 % dans la zone Ouest contre 43,46 % dans la zone Kasai, 54,91 % dans le Nord et 59,49 % dans le Grand Est.

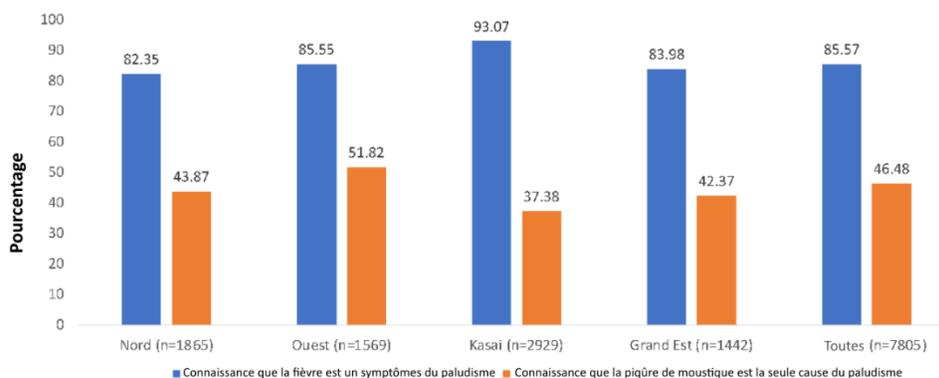
3.2 Variables conceptuelles transversales

Cette section décrit les données sur les variables conceptuelles transversales, notamment les connaissances des personnes sur le paludisme, leur niveau de perception de la menace (c'est-à-dire la gravité et la sensibilité) du paludisme, la communication interpersonnelle concernant le paludisme et les perceptions générales envers les agents de santé (communautaires et des établissements) concernant le paludisme. Ces variables sont incluses dans les modèles de régression de plusieurs modules comportementaux. Les sous-sections suivantes décrivent les résultats de manière plus détaillée. Les questions utilisées pour composer chaque indicateur sont disponibles dans le [tableau 3.2.1](#)

Connaissances sur le paludisme

Les connaissances sur le paludisme ont été évaluées dans cette enquête au moyen de questions sur les symptômes et les causes du paludisme. La majorité des personnes (Nord : 82,35 % ; Ouest : 85,55 % ; Kasai : 93,07 % ; Grand Est : ont identifié la fièvre comme symptôme du paludisme. De même, plus de 90 % des personnes de l'échantillon ont indiqué une connaissance correcte d'au moins une mesure majeure de prévention du paludisme. Le [tableau 3.2.2](#) résume le niveau de connaissance des personnes interrogées sur le paludisme. Alors que la connaissance des symptômes du paludisme et des principales mesures de prévention est élevée, moins de la moitié des personnes (46,48 %) ont correctement identifié les piqûres de moustiques comme la seule cause du paludisme.

Figure 3.2.2 Connaissance des symptômes et de la cause du paludisme, ECP RDC 2021



La connaissance correcte de la cause du paludisme (c'est-à-dire par les piqûres de moustiques uniquement) variait selon les zones (Nord : 43,87 % ; Ouest : 51,82 % ; Kasai : 37,38 % ; Grand Est : 42,37 %, voir la figure 3.2.2). Dans l'ensemble ainsi que dans les zones Ouest et Kasai, cet indicateur de connaissance est également plus élevé chez les femmes (49,20 %) que chez les hommes (42,86 %). La connaissance correcte de la cause du paludisme est moins répandue chez les personnes n'ayant pas reçu d'instruction formelle (36,75 %) que chez celles ayant reçu une instruction primaire (52,43 %) ou post-primaire (45,71 %). Cet indicateur ne diffère pas significativement en fonction du milieu urbain ou non ou de la richesse du ménage. Il est pertinent de noter que la connaissance correcte de la cause du paludisme est positivement corrélée avec plusieurs comportements liés au paludisme ; ces associations seront décrites dans les sections suivantes.

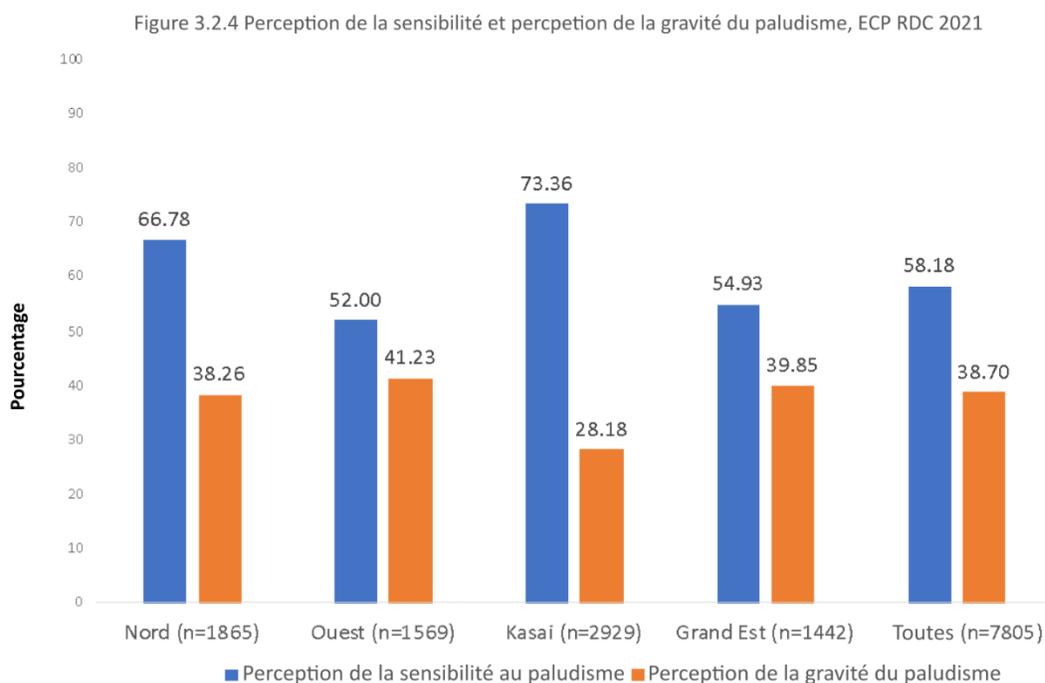
Perception de la sensibilité

Près de 6 personnes sur 10 ont une perception de la sensibilité au paludisme, c'est-à-dire la perception qu'a une personne de son risque de contracter le paludisme. La perception de la sensibilité a été évaluée en mesurant selon que la personne interrogée était d'accord ou non avec quatre énoncés connexes. Dans l'ensemble, la perception de la sensibilité était plus fréquente chez les hommes (60,89 %) que chez les femmes (56,15 %) ([tableau 3.2.3](#)). Les personnes du Kasai (73,36 %) ont déclaré une perception de la sensibilité plus fréquemment que dans les autres zones (Nord : 66,78 % ; Ouest : 52,00 % ; Kasai : 73,36 % ; Grand Est : 54,93 %). Les résidents ruraux sont significativement plus susceptibles que les résidents urbains de déclarer une perception de la gravité (Rural = 65,13 % ; Urbain = 53,90 %). Des variations intra-zonales ont été observées, mais uniquement dans les zones Ouest et Grand Est. Dans la zone Ouest, on observe des différences selon le sexe (plus élevé chez les hommes que chez les femmes), le niveau d'instruction (plus élevé chez les personnes sans instruction que chez les autres) et le quintile de richesse (plus élevé dans le deuxième quintile de richesse que chez les autres). Dans le Grand Est, la seule différence significative concerne le quintile de richesse (plus élevé dans le quintile de richesse le plus bas par rapport aux autres).

Perception de la gravité

La perception de la gravité fait référence à la perception qu'a une personne de la gravité d'une maladie. Ce déterminant conceptuel transversal a été évalué selon qu'une personne soit d'accord ou non avec quatre énoncés liés à la perception de la gravité du paludisme (cf. [tableau 3.2.1](#)).

Dans l'ensemble, moins de 4 personnes sur 10 ont une perception de la gravité du paludisme et cette perception varie selon les zones : Nord : 38,26 % ; Ouest : 41,23 % ; Kasai : 28,18 % ; Grand Est : 39,85 % (figure 3.2.4). Les résidents de la zone Kasai sont significativement moins susceptibles d'avoir une perception de la gravité du paludisme que les résidents des autres zones ($p < 0,05$; [tableau 3.2.4](#)). Des différences selon le lieu de résidence ont été observés dans la zone Ouest : les répondants vivant dans les milieux urbains étant plus susceptibles que leurs homologues des milieux ruraux d'avoir une perception de la gravité du paludisme. Les hommes des zones Nord et Kasai étaient plus susceptibles que les femmes de percevoir la gravité du paludisme. Dans la zone Kasai, les personnes sans instruction étaient significativement moins susceptibles de percevoir le paludisme comme une maladie potentiellement grave alors que c'était l'inverse dans la zone Ouest.



Communication interpersonnelle sur le paludisme

On a constaté que la communication interpersonnelle sur un comportement de santé est associée à la probabilité de pratiquer ce comportement [16-18]. Les discussions sur le paludisme n'étaient pas très fréquentes parmi les participants ([tableau 3.2.5](#)). Dans l'ensemble, environ trois personnes sur dix ont déclaré avoir discuté avec leur conjoint / partenaire au cours des six mois précédant l'enquête et seulement 24,99 % des personnes interrogées ont déclaré avoir parlé du paludisme avec un ami ou un membre de la famille (pas le conjoint) au cours des six mois précédents. Le pourcentage de communication interpersonnelle varie selon les zones, les résidents du Grand Est étant les moins susceptibles de déclarer une communication interpersonnelle, que ce soit avec leur conjoint (18,15 %) ou

avec un autre membre de la famille ou un ami (11,63 %). Dans les zones de l'Ouest et du Kasai, les femmes étaient moins susceptibles de rapporter une communication interpersonnelle sur le paludisme que les hommes. Les résidents urbains du Kasai (49,32 %) étaient également significativement plus susceptibles de déclarer une communication interpersonnelle que la population rurale (30,79 %). Aucune autre différence selon le milieu de résidence, le sexe ou le niveau d'instruction n'a été constatée.

Perceptions concernant les agents de santé

La perception positive du traitement général des patients par les agents de santé d'un établissement est dérivée du fait qu'une personne soit d'accord ou non avec l'énoncé selon lequel les agents de santé de leur communauté traitent les patients avec respect. La plupart des personnes (74,99 %) ont une perception générale positive des agents de santé et la prévalence de cette perception ne diffère pas significativement selon la zone (Nord = 75,46 % ; Ouest = 75,06 % ; Kasai = 72,72 % ; Grand Est = 75,79 % ; [tableau 3.2.6](#)). Dans l'ensemble, les personnes du quintile de richesse le plus élevé étaient plus susceptibles d'avoir ce type de perception positive par rapport à leurs pairs du quintile de richesse inférieur. Les femmes de la zone Nord étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir des perceptions positives, tout comme les personnes de 45 ans ou plus de la zone Grand Est par rapport à leurs pairs plus jeunes. Il n'y avait pas d'autres différences selon le sexe, l'instruction, le milieu de résidence ou le quintile de richesse.

Normes de genre

Quatre questions ont été utilisées pour évaluer les normes de genre équitables ([tableau 3.2.7](#)). En général, les données ont révélé des attitudes égalitaires entre les sexes concernant la prévention et le traitement du paludisme. Très peu de personnes étaient favorables à un traitement préférentiel des garçons ou des filles en termes de traitement du paludisme ou d'attribution des moustiquaires disponibles. Environ 1 personne sur 10 est d'accord avec l'énoncé selon lequel il est plus important pour les enfants de sexe féminin de dormir sous une moustiquaire lorsque les moustiquaires sont rares (Nord = 10,99 % ; Ouest = 10,14 % ; Kasai = 11,01 % ; Grand Est = 7,81 %). Le pourcentage d'accord avec cette affirmation était plus élevé en milieu urbain ($p < 0,01$). Très peu de personnes étaient d'accord avec l'énoncé selon lequel les enfants de sexe masculin devraient dormir sous des moustiquaires plutôt que les enfants de sexe féminin lorsqu'il n'y a pas assez de moustiquaires (Nord = 3,72 % ; Ouest = 5,48 % ; Kasai = 9,44 % ; Grand Est = 2,40 %). Peu de personnes sont d'accord avec les énoncés qui soutiennent une sollicitation de soins préférentielle en fonction du sexe de l'enfant. Après agrégation des réponses aux quatre questions, une grande majorité (94,2 %) a déclaré des attitudes égalitaires en matière de genre. Les personnes en milieu urbains étaient moins susceptibles de rapporter des attitudes de genre équitables ($p < 0,01$), particulièrement dans les zones Ouest et Kasai. Aucune différence fondée sur le sexe ou la richesse du ménage n'a été constatée.

Environ trois quarts des personnes interrogées étaient d'accord avec l'énoncé selon lequel les femmes enceintes devraient se sentir à l'aise de demander à leur mari / partenaire de se rendre à l'établissement de santé pour une consultation prénatale, avec quelques légères variations par zone (Nord = 74,25 % ; Ouest = 74,93 % ; Kasai = 80,04 % ; Grand Est = 71,74 %). En outre, les femmes (72,71 %) étaient moins susceptibles d'être d'accord avec cet énoncé que les hommes (77,57 %).

3.3 Prise en charge des cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans

Pour assurer une prise en charge efficace et appropriée des cas de paludisme, le diagnostic et le traitement sont recommandés le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre. Le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans est particulièrement préoccupant et constitue une cause majeure de morbidité et de mortalité infantiles en RDC. En RDC, les tests de diagnostic et le traitement du paludisme sont fournis dans les établissements de santé et par les agents de santé communautaires. Pour les enfants de moins de cinq ans, ces services sont censés être gratuits dans les établissements de santé publics et auprès des agents de santé communautaires. Cette section décrit les variables conceptuelles et comportementales concernant la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.

3.3.1 Variables conceptuelles liées à la sollicitation de soins

Les facteurs conceptuels mesurés dans le module de prise en charge comprennent : la connaissance du moment où il faut solliciter des soins en cas de fièvre, les attitudes envers la sollicitation rapide de soins pour la fièvre, la perception de l'efficacité des tests de diagnostic, la perception d'efficacité du traitement du paludisme, la perception d'auto-efficacité à solliciter rapidement des soins, la norme descriptive et injonctive envers la sollicitation rapide de soins, les perceptions des établissements de santé et des agents de santé concernant le traitement du paludisme chez les enfants, et la prise de décision liée à la gestion des cas de paludisme. Le [tableau 3.3.1](#) résume les questions utilisées pour composer chaque indicateur conceptuel.

Connaissances

A la question de savoir à quel moment il faut consulter ou traiter un enfant qui a de la fièvre, plus de 85 % des personnes ont répondu « le jour même ou le lendemain » de l'apparition de la fièvre. Les femmes (84,16 %), les personnes de moins de 24 ans (79,79 %) et les résidents de la zone Grand Est (80,44 %) étaient significativement moins susceptibles de déclarer cette connaissance que les hommes, les répondants de plus de 24 ans et les résidents des autres zones ([tableau 3.3.2](#)). En outre, environ la moitié (51,03 %) des participants ont répondu qu'il fallait le faire immédiatement ou le jour même de l'apparition de la fièvre. Les résidents du Kasai étaient plus susceptibles (64,03 %) que les résidents des autres zones de déclarer qu'un enfant ayant de la fièvre devait être pris en charge immédiatement ou le jour même de l'apparition de la fièvre. Plus de 85 % des personnes interrogées ont indiqué une connaissance correcte du fait qu'une prise de sang pour un test de diagnostic du paludisme est le meilleur moyen de savoir si une personne est atteinte du paludisme. Cette connaissance est moins répandue dans la zone Grand Est (73,87 %) et chez les femmes ayant reçu un niveau d'instruction inférieur au primaire (73,23 %). Les données indiquent une connaissance quasi universelle qu'un établissement de santé est le meilleur endroit où aller pour traiter le paludisme (97,19 %). Enfin, moins de la moitié (48,66 %) des personnes interrogées ont indiqué savoir correctement que la CTA est un traitement efficace contre le paludisme. Les hommes, les résidents de milieux urbains et les personnes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur étaient plus susceptibles d'avoir cette connaissance que les femmes, les résidents de milieux ruraux et les personnes ayant un niveau d'instruction inférieur, respectivement. De plus, les participants de la zone Ouest étaient les moins susceptibles (39,14 %) de déclarer correctement que la CTA était un traitement efficace contre le paludisme.

Attitudes à l'égard de la sollicitation de soin et du traitement du paludisme

Les attitudes en matière de sollicitation de soins et de traitement ont été évaluées au moyen de neuf éléments du questionnaire. Les données pour tous les éléments sont présentées dans le [tableau 3.3.3](#). Une fois combinées, les données ont montré qu'environ deux tiers (67,47 %) de la population étudiée avaient des attitudes positives envers la sollicitation de soins et le traitement. Les attitudes positives étaient significativement moins répandues au Kasai (53,95 %, $p < 0,001$) par rapport aux autres zones, ainsi que parmi ceux qui n'ont pas terminé l'école primaire (57,98 %, contre 68,91 % parmi ceux qui ont terminé l'école primaire, $p < 0,01$). L'accord avec les déclarations sur les attitudes individuelles varie selon les caractéristiques sociodémographiques. Par exemple, les personnes du Kasai étaient plus susceptibles que celles des autres zones de croire qu'un patient devrait demander un médicament contre le paludisme à un prestataire même s'il ou elle confirme que la fièvre n'est pas causée par le paludisme ($p < 0,001$). Les personnes du Kasai (64,03 %) étaient également plus susceptibles que les résidents de la zone Ouest (48,43 %) d'être d'accord sur le fait qu'il est préférable de commencer par donner à leur enfant fébrile tout médicament contre le paludisme qu'ils ont à la maison. Les femmes (46,93 %) étaient moins susceptibles que les hommes (51,34 %) d'être d'accord sur le fait qu'un parent devrait d'abord demander une injection au prestataire s'il pense que son enfant a le paludisme.

Perception de l'efficacité : dépistage et traitement du paludisme

La perception de l'efficacité du test de dépistage du paludisme a été évaluée au moyen de trois éléments : la conviction qu'un test sanguin est le seul moyen de diagnostiquer correctement le paludisme ; la conviction que les médicaments pour le traitement du paludisme ne sont pas nécessaires si les résultats du test sanguin sont négatifs ; et ne pas être d'accord avec le fait que les parents peuvent diagnostiquer le paludisme aussi bien qu'un test sanguin. Sur la base de ces questions, six personnes sur dix (60,84 %) ont déclaré avoir perçu une efficacité à l'égard du dépistage du paludisme ([tableau 3.3.4](#)). La perception de l'efficacité du test de dépistage du paludisme est significativement plus faible dans la zone du Kasai (46,88 %), ainsi que chez les personnes n'ayant pas terminé l'école primaire (49,90 %). Si l'on considère les variations au sein des zones, les personnes en milieux ruraux des zones de l'Ouest (73,83 %) et du Kasai (50,58 %) étaient plus susceptibles de percevoir le dépistage du paludisme comme efficace par rapport à leurs homologues en milieux urbains. Le niveau d'instruction et le quintile de richesse du ménage sont positivement associés à la perception de l'efficacité du test de dépistage du paludisme dans la zone Grand Est. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe ou l'âge.

En ce qui concerne le traitement du paludisme, la perception d'efficacité a été évaluée grâce à trois éléments : la perception qu'une injection pour traiter le paludisme est plus efficace qu'un médicament oral ; la conviction que les médicaments contre le paludisme obtenus dans les établissements de santé sont un traitement efficace ; et la perception que les médicaments contre le paludisme du marché ne sont pas de la même qualité que ceux distribués dans les établissements de santé. Dans toutes les zones, 55,43 % des personnes interrogées ont une perception de l'efficacité du traitement contre le paludisme. Les résidents du Kasai ont un taux significativement plus faible (45,69 %) que les autres zones, de même que les individus n'ayant pas atteint le niveau d'instruction primaire (48,42 %). Aucune différence significative n'a été constatée en fonction du sexe, de l'âge, du milieu de résidence ou de la richesse du ménage des personnes interrogées. Cela est vrai pour l'ensemble de l'échantillon, ainsi qu'au sein de chaque zone.

Perception de l'efficacité : dépistage et traitement du paludisme

La perception d'auto-efficacité fait référence à la confiance d'une personne dans sa capacité à prendre des mesures spécifiques pour se protéger ou protéger sa famille contre un effet désagréable. Dans le module de prise en charge des cas, ce concept a été mesuré à l'aide de six éléments formulés différemment pour les hommes et les femmes, qui concernaient la perception de l'auto-efficacité des personnes à faire ou à soutenir plusieurs actions, notamment : trouver l'argent nécessaire pour emmener leur enfant malade dans un centre de santé ; obtenir / donner la permission à leur conjointe ou à un membre de la famille d'emmener leur enfant fébrile dans un centre de santé ; emmener leur enfant dans un centre de santé le jour même ou le jour suivant l'apparition de la fièvre ; demander un test sanguin pour le paludisme lorsqu'ils sont dans un centre de santé avec leur enfant ; et trouver l'argent nécessaire pour payer les médicaments recommandés contre le paludisme. La perception d'auto-efficacité pour le dépistage et le traitement du paludisme a été calculée à partir des réponses à chacun des éléments ci-dessus.

Les résultats indiquent une perception quasi universelle (93,47 %) de l'auto-efficacité pour le dépistage et le traitement du paludisme dans l'ensemble de l'échantillon ([tableau 3.3.5](#)). Il existe des différences significatives selon le sexe, le niveau d'instruction, le quintile de richesse du ménage et la zone : Les hommes (95,23 %) et les résidents de la zone Ouest (96,77 %) ont été plus susceptibles que les femmes ou les répondants des autres zones d'indiquer une perception d'auto-efficacité. Les participants de moins de 24 ans (89,49 %) ainsi que ceux n'ayant pas atteint le niveau d'instruction primaire (86,82 %) ou dont le ménage se situe dans le quintile de richesse le plus bas (90,76 %) sont moins susceptibles que les autres de percevoir une auto-efficacité concernant le dépistage et le traitement du paludisme.

Normes descriptives et injonctives : sollicitation de soins et traitement

La documentation soutient la notion selon laquelle les individus sont plus susceptibles de pratiquer un comportement lié au paludisme s'ils perçoivent que d'autres membres de leur communauté pratiquent ou approuvent ce comportement. Les normes descriptives liées à la sollicitation rapide de soins et au dépistage du paludisme ont été définies comme la perception qu'au moins la moitié des personnes de la communauté pratiquent ce comportement. La norme injonctive favorable a été définie comme la perception que moins de la moitié des personnes de la communauté les critiqueraient si elles savaient qu'elles ont sollicité rapidement des soins pour leur enfant fébrile. Le [tableau 3.3.6](#) décrit la prévalence de 1) la norme descriptive de la sollicitation rapide de soins dans la communauté ; 2) la norme descriptive selon laquelle les enfants fébriles qui sont emmenés dans un établissement de santé passent un test de dépistage ; et 3) la norme injonctive de sollicitation rapide de soins pour les enfants ayant de la fièvre.

Les résultats montrent une grande variabilité entre les zones d'étude en ce qui concerne la norme descriptive relative à la sollicitation rapide de soins. Dans la zone Nord, 73,64 % des personnes interrogées perçoivent que la plupart des personnes de leur communauté emmènent rapidement leur enfant chez un-e prestataire le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre. Ce pourcentage contraste avec la zone Grand Est, où 44,03 % des personnes ont cette perception de leur communauté. Il n'y a pas de différences significatives selon le sexe, l'âge, le milieu de résidence ou le niveau d'instruction des personnes. En ce qui concerne le dépistage du paludisme, 58,55 % des personnes pensent qu'au moins la moitié des enfants fébriles de leur communauté qui sont emmenés dans un centre de santé passent un test de dépistage du paludisme. Encore une fois, il existe des différences entre les zones, les personnes du Grand Est étant proportionnellement moins nombreuses (42,62 %) à déclarer cette norme par rapport aux autres zones. Enfin, la perception d'une norme injonctive en faveur d'une sollicitation rapide de soins

pour les enfants ayant de la fièvre a été rapportée par près de six personnes sur dix. Les individus de la zone Nord étaient significativement plus susceptibles (75,64 %) que leurs pairs des autres zones de percevoir une norme injonctive qui favorise la sollicitation rapide de soins. Le milieu de résidence, l'instruction et la richesse du ménage ont également entraîné des différences significatives dans la déclaration de normes injonctives. Les résidents ruraux (66,11 %) ont déclaré un taux plus élevé de norme injonctive positive que les résidents urbains. Les personnes appartenant au quintile de richesse le plus élevé (51,01 %), ainsi que celles n'ayant pas fait d'études primaires (48,96 %) ont également affiché un taux inférieur de norme injonctive favorable comparé à celui des autres groupes.

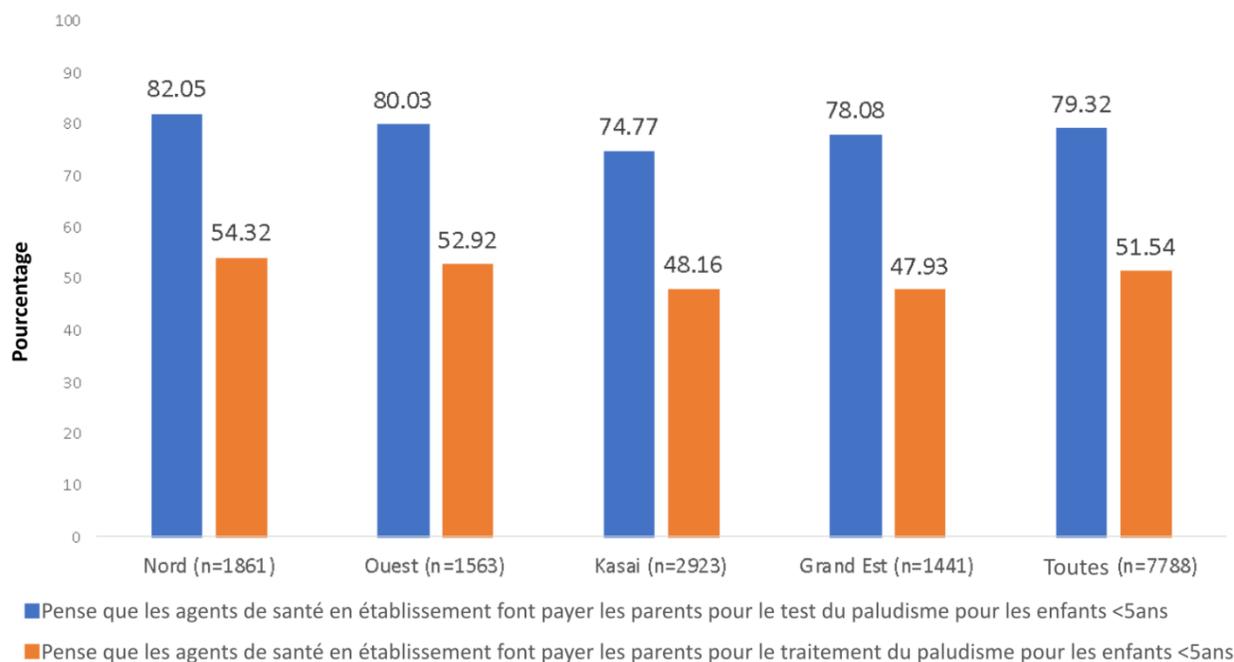
Perceptions à l'égard des établissements de santé et des agents de santé : prise en charge des cas

On a déterminé que les personnes avaient une perception favorable des établissements de santé en ce qui concerne le diagnostic et le traitement du paludisme si elles étaient d'accord pour dire que les établissements de santé de leur communauté disposent a) du kit de test sanguin pour diagnostiquer le paludisme ; et b) des médicaments pour traiter le paludisme. Dans l'ensemble, 70,37 % des personnes ont déclaré avoir une perception favorable des établissements de santé à cet égard ([tableau 3.3.7a](#)). Dans la zone Grand Est, les perceptions favorables à l'égard des établissements de santé sont moins fréquentes chez les hommes (61,99 %) que chez les femmes (63,37 %). Aucune autre variation significative n'est apparue entre les zones ou à l'intérieur de celles-ci.

Les perceptions à l'égard des agents de santé concernant le diagnostic et le traitement du paludisme ont été classées en deux catégories : perceptions à l'égard des agents de santé en établissement et perceptions à l'égard des agents de santé communautaires. Les perceptions positives étaient mesurées selon que les personnes interrogées indiquent que a) les prestataires de santé locaux (basés dans un établissement ou l'ASC) savent comment traiter le paludisme chez les enfants ; b) le prestataire fait payer aux parents les médicaments contre le paludisme pour les enfants de moins de cinq ans ; et c) le prestataire fait payer aux parents les tests de dépistage du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans. Conformément à la politique nationale, tous les tests de dépistage du paludisme et les médicaments dans les établissements de santé sont gratuits lorsque le cas concerne un enfant de moins de cinq ans.

Les résultats indiquent une perception largement négative des agents des établissements de santé - moins de deux personnes sur dix (18,58 %) ont déclaré avoir une perception favorable des agents de santé en établissement ([tableau 3.3.7b](#)). Ce faible taux s'explique en grande partie par la croyance commune selon laquelle les agents de santé des établissements font payer les parents d'enfants de moins de cinq ans pour le traitement et le dépistage du paludisme. Plus des trois quarts (79,32 %) des personnes ont déclaré qu'elles pensaient que les agents de santé en établissement feraient payer les parents pour un test de dépistage du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans (figure 3.3.7). En outre, plus de la moitié (51,54 %) des personnes ont indiqué qu'elles pensaient que les agents de santé en établissement faisaient payer les parents pour le traitement du paludisme des enfants de moins de cinq ans.

Figure 3.3.7 Perceptions concernant les agents de santé en établissement faisant payer les parents pour le test et le traitement du paludisme, ECP RDC 2021



La perception de la prise en charge des cas par les agents de santé communautaires est modérément favorable. Environ la moitié (47,06 %) des personnes ont déclaré avoir une perception favorable des ASC. Les perceptions favorables sont significativement moins fréquentes dans la zone Grand Est (31,85 %), ainsi que chez les résidents ruraux (41,45 %). La croyance selon laquelle les ASC font payer les parents pour le dépistage du paludisme était courante (54,84 %), bien que moins que ce que nous avons observé concernant les agents de santé en établissement.

Participation aux décisions concernant la sollicitation de soins et le traitement du paludisme

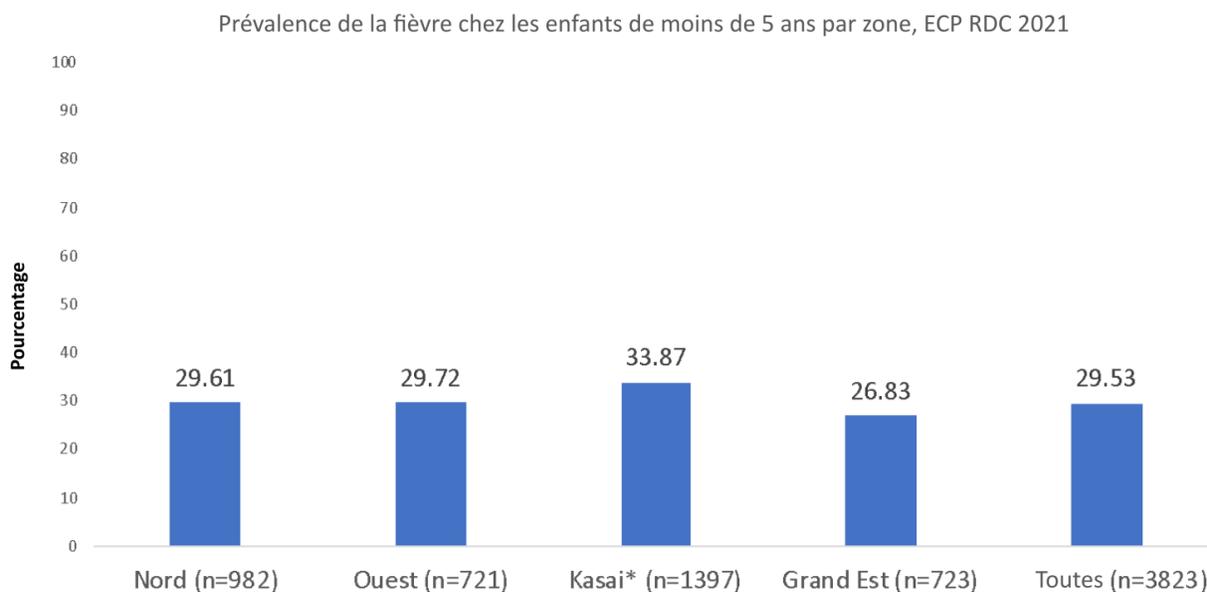
Dans le module de prise en charge des cas, il a été demandé aux personnes mariées qui, dans leur ménage / famille, prend la décision de a) se rendre dans un centre de santé lorsqu'ils pensent que leur enfant a le paludisme ; et b) d'acheter des médicaments lorsque l'enfant a de la fièvre. Les options de réponse comprenaient une décision unique ou conjointe entre le mari et la femme. Lorsqu'il s'agit de décider s'il faut se rendre dans un établissement de santé pour un enfant susceptible d'avoir le paludisme, les hommes (77,89 %) étaient plus susceptibles que les femmes (46,46 %) de participer à la décision ([tableau 3.3.8a](#)). Il en va de même pour la décision d'acheter des médicaments pour un enfant malade (hommes = 88,05 % ; femmes = 44,00 %). Dans chaque zone et pour chaque type de décision, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de participer aux décisions de prise en charge des cas ([tableau 3.3.8b](#)). De même, les personnes ayant suivi un enseignement post-primaire étaient plus susceptibles que celles ayant un niveau d'instruction inférieur de déclarer avoir participé à ces décisions.

3.3.2 Comportements autour de la prise en charge des cas

Les mères ou les personnes en charge des enfants ont été interrogées sur les comportements de sollicitation de soins pour les enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédentes. Les comportements comprenaient le fait de savoir si des soins ont été sollicités pour l'enfant, où les soins ont été sollicités pour l'enfant et combien de temps s'est écoulé entre l'apparition de la fièvre et le moment où les soins ont été sollicités. Pour les enfants qui ont été emmenés dans un établissement de santé, on a demandé aux personnes s'occupant d'eux si un test de dépistage du paludisme avait été effectué et, dans l'affirmative, quels en étaient les résultats ; si les personnes s'occupant d'eux avaient demandé une injection contre le paludisme pour leur enfant ; et si l'enfant avait reçu un médicament contre le paludisme après le test.

Prévalence de la fièvre

Bien que l'ECP ne soit pas conçue pour estimer la prévalence de la fièvre au niveau de la population, des données sur la fièvre ont été collectées pour nous fournir le contexte nécessaire à la sollicitation de soins et au traitement des enfants. On a demandé aux femmes ayant des enfants de moins de cinq ans à leur charge si l'un de ces enfants avait eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête. Dans l'ensemble des zones, 29,52 % des enfants de moins de 5 ans ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête, selon les déclarations de leur mère. La prévalence varie selon les zones, les enfants de moins de cinq ans de la zone du Kasai présentant un taux de fièvre significativement plus élevé (33,87 %) que les autres zones (figure 3.3.9).



Sollicitation de soins pour la fièvre

En ce qui concerne le moment de la sollicitation de soins, moins de la moitié (49,12 %) des personnes s'occupant d'enfants de moins de 5 ans ont déclaré avoir demandé un traitement ou des conseils pour leur enfant fébrile rapidement, c'est-à-dire le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre ([tableau 3.3.9](#)). Les résultats ne varient pas de manière significative selon la zone, mais il existe des

variations selon l'âge de l'enfant. Les enfants de moins d'un an sont plus susceptibles d'être pris en charge rapidement que ceux de 1 à 2 ans ($p < 0,05$) et ceux de 3 à 5 ans ($p < 0,01$).

Environ six enfants de moins de 5 ans sur dix (57,06 %) souffrant de fièvre ont été emmenés dans un établissement de santé pour y être soignés. Le taux de sollicitation de soins dans un établissement de santé est plus faible pour les enfants de la zone Grand Est (40,41 %) que pour ceux des autres zones d'étude. Les enfants de 36 mois ou plus étaient moins susceptibles que les enfants plus jeunes d'être emmenés dans un établissement de santé à tout moment ($p < 0,01$), et il n'y a pas de différences significatives en fonction du milieu de résidence, de la richesse du ménage ou du niveau d'instruction de la mère.

Dans l'ensemble des zones, 40,62 % des enfants de moins de cinq ans ayant de la fièvre ont été emmenés dans un établissement de santé pour y être soignés le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre. Ce comportement est appelé sollicitation de soins appropriés et constitue le principal résultat comportemental sur lequel nous nous concentrons dans la suite de cette section. Le taux de sollicitation de soins appropriés varie selon les zones, est le moins susceptible de se produire dans le Grand Est (30,79 %) par rapport aux autres zones. Les enfants de 36 mois ou plus ont reçu des soins appropriés à un taux plus faible que les enfants de moins de 12 mois - 32,42 % des enfants de 36 mois ou plus ont reçu des soins appropriés, contre 48,72 % des enfants de moins de 12 mois ($p < 0,001$).

Tableau 3.3.9 : Comportements de sollicitation de soins pour les enfants de moins de 5 ans ayant de la fièvre, ECP RDC 2021

| Caractéristique | L'enfant de moins de 5 ans atteint de fièvre a été soigné le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre | L'enfant de moins de 5 ans atteint de fièvre a été soigné dans un établissement de santé à n'importe quel moment | L'enfant de moins de 5 ans a été soigné dans un établissement de santé le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre (c.-à-d. des soins appropriés) ² |
|--|---|--|--|
| Zone | | | |
| Nord | 55,57 | 65,96 | 50,10 |
| Ouest | 47,81 | 60,61 | 40,80 |
| Kasaï | 47,52 | 55,66 | 39,76 |
| Grand Est | 46,36 | 40,41** | 30,79*** |
| Âge de l'enfant | | | |
| 0-11 mois | 57,83 | 61,75 | 48,72 |
| 12-35 mois | 48,57 | 62,99 | 42,78 |
| 36-59 mois | 43,46** | 47,23** | 32,42*** |
| Résidence | | | |
| Urbaine | 50,34 | 57,79 | 42,47 |
| Rurale | 48,22 | 56,09 | 39,23 |
| Niveau d'instruction de la mère | | | |
| Aucun | 46,59 | 52,83 | 42,00 |
| Primaire | 52,85 | 60,75 | 45,02 |
| Secondaire+ | 47,36 | 55,55 | 37,93 |

| | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|
| Quintile de richesse | | | |
| Le plus bas | 49,75 | 53,58 | 42,27 |
| Deuxième | 40,95 | 50,64 | 33,59 |
| Moyen | 51,09 | 59,76 | 43,22 |
| Quatrième | 41,50 | 55,00 | 32,74 |
| Le plus haut | 56,62 | 61,40 | 47,13 |
| Total | 49,12 | 57,06 | 40,62 |
| Nombre d'observations | 974 | 974 | 974 |
| 2 Défini comme le fait d'emmenner l'enfant dans un établissement de santé ou chez un agent de santé communautaire en premier recours le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre. | | | |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 | | | |

Dépistage, diagnostic et traitement de la fièvre chez l'enfant

Plus des deux tiers (67,80 %) des enfants de moins de 5 ans qui ont été emmenés dans un établissement de santé ont ensuite passé un test de dépistage du paludisme. Les taux de dépistage varient sensiblement selon les zones, les enfants du Grand Est (50,45 %) se faisant tester à un taux sensiblement inférieur à celui des autres zones (tableau 3.3.10). Alors que les enfants de moins de deux ans sont les plus susceptibles d'être emmenés dans un établissement de santé, les taux de dépistage une fois sur place ne varient pas en fonction de l'âge de l'enfant. Le milieu de résidence et la richesse des ménages n'ont pas non plus entraîné de variation significative concernant les tests de dépistage.

Dans l'ensemble, 88,79 % des enfants testés pour le paludisme ont donné un résultat positif, confirmant un diagnostic de paludisme. Les résultats ne varient pas significativement en fonction des caractéristiques sociodémographiques ou de la zone. Sur les 385 enfants de l'échantillon chez qui le paludisme a été diagnostiqué, moins de la moitié (40,64 %) aurait reçu une CTA. Il est à noter qu'au cours de l'enquête, des efforts particuliers ont été faits pour déterminer le nom des médicaments reçus par l'enfant, notamment en demandant à la personne qui s'occupe de l'enfant le nom des médicaments qu'il reçoit et en lui montrant des photos de CTA couramment disponibles en RDC pour permettre à la personne interrogée de choisir celui qui ressemble le plus au médicament pris par l'enfant. Le pourcentage d'enfants avec un diagnostic de paludisme qui auraient reçu une CTA est significativement plus élevé pour les enfants de la zone Nord (58,51 %) et plus faible dans la zone Grand Est (32,84 %). Les résultats ne varient pas de manière significative en fonction de l'âge de l'enfant, du milieu de résidence ou de la richesse du ménage. Enfin, parmi les enfants avec un cas de paludisme confirmé qui ont reçu une CTA, 71,94 % ont reçu le médicament le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre chez l'enfant. La réception rapide de la CTA après un test de paludisme positif varie considérablement d'une zone d'étude à l'autre - dans la zone Nord, plus de 90 % des enfants qui ont reçu une CTA l'ont reçue le jour même ou le lendemain, contre environ deux tiers des enfants dans les trois autres zones (Ouest = 58,97 % ; Kasaï = 69,87 % ; Grand Est = 61,39 %).

Le tableau 3.3.11 présente les résultats des modèles de régression logistique multivariable montrant les facteurs associés aux soins appropriés pour les enfants de moins de cinq ans ayant de la fièvre. L'analyse a révélé que plusieurs variables conceptuelles sont associées de manière positive et significative à la sollicitation de soins appropriés dans l'échantillon global. Il s'agit notamment de la connaissance du fait que le meilleur moment pour emmener un enfant atteint de fièvre en consultation est immédiatement ou le jour même de l'apparition de la fièvre ; de la communication interpersonnelle sur le paludisme au

cours des six mois précédents ; de l'identification d'un logo de campagne contre le paludisme ; de réussir à se souvenir du slogan de la campagne du PNLN ; et de la perception que les agents des établissements de santé traitent les patients avec respect. Plus précisément, les personnes s'occupant d'enfants qui ont répondu que le meilleur moment pour solliciter des soins pour un enfant ayant de la fièvre était immédiatement ou le jour même de son apparition étaient plus de trois fois plus susceptibles que les autres personnes s'occupant d'enfants d'indiquer des soins appropriés. La probabilité de bénéficier de soins appropriés sont 90 % plus élevées pour les personnes s'occupant d'enfants qui ont déclaré avoir eu une communication interpersonnelle sur le paludisme au cours des six derniers mois. De plus, les personnes en charge d'enfants qui ont correctement identifié le logo de la campagne contre le paludisme ou qui ont réussi à compléter le slogan de la campagne ont plus de probabilité d'indiquer des soins appropriés (52 % et 50 %, respectivement). Il a été constaté que les perceptions que les agents des établissements de santé traitent les patients avec respect augmente de 65 % les probabilités d'indiquer des soins appropriés. L'association avec la connaissance du diagnostic du paludisme était positive bien que faiblement significative ($p < 0,1$). Les personnes en charge d'enfants qui avaient la perception que les agents de l'établissement faisaient payer les parents pour le traitement du paludisme étaient 33 % moins susceptibles que les autres de pratiquer des soins appropriés, alors que les autres variables conceptuelles incluses dans le modèle (connaissance correcte de la cause du paludisme, perception de la sensibilité au paludisme, perception de la gravité du paludisme) n'ont pas produit d'associations statistiquement pertinentes.

En plus des variables conceptuelles, plusieurs caractéristiques sociodémographiques sont apparues comme prédictives de soins appropriés. Les personnes en charge d'enfants de la zone du Kasaï avaient une probabilité moindre de solliciter des soins appropriés que celles de la zone Nord. L'âge de l'enfant semble également être fortement corrélé à la sollicitation de soins appropriés - les enfants de 36 mois ou plus ont 43 % moins de chances que les enfants de moins de 12 mois de recevoir des soins appropriés.

Tableau 3.3.11 : Résultats de la régression logistique pour la sollicitation de soins appropriés chez les enfants ayant eu de la fièvre au cours des 2 dernières semaines¹

| CORRELATS | RAPPORT DE COTES AJUSTÉES | ERREUR TYPE |
|---|---------------------------|-------------|
| DÉTERMINANTS CONCEPTUELS | | |
| Connaissance que le meilleur moment pour solliciter des soins pour un enfant qui a de la fièvre est immédiatement ou le jour même après l'apparition de la fièvre | 3,25*** | 0,49 |
| A discuté du paludisme avec son/sa conjoint-e ou un parent/ami-e au cours des six derniers mois | 1,90*** | 0,29 |
| A la perception que les agents de santé en établissement traitent les patients avec respect | 1,65* | 0,40 |
| Perception selon laquelle les agents de santé en établissement font payer les parents pour le traitement du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans | 0,67* | 0,13 |
| Connaissance qu'un test sanguin est le meilleur moyen de diagnostiquer le paludisme | 1.52‡ | 0,35 |

| | | |
|---|---------|------|
| Connaissance que la piqûre de moustique est la seule cause du paludisme | 0,86 | 0,13 |
| A une perception de la gravité du paludisme | 1,07 | 0,17 |
| A une perception de la sensibilité au paludisme | 0,87 | 0,15 |
| DÉTERMINANTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES | | |
| A correctement identifié le logo de la campagne contre le paludisme | 1,52** | 0,25 |
| Âge de l'enfant en mois (RC=enfant de moins de 12 mois) | | |
| 12 à 35 mois | 0,84 | 0,16 |
| 36 à 59 mois | 0,57** | 0,11 |
| A réussi à compléter le slogan de la campagne contre le paludisme | 1,50* | 0,31 |
| Résidence urbaine | 0,69* | 0,12 |
| Zone (RC= Nord) | | |
| Ouest | 0,79 | 0,19 |
| Kasaï | 0,63* | 0,12 |
| Grand Est | 0,76 | 0,18 |
| Quintile de richesse des ménages (RC=Le plus bas) | | |
| Deuxième | 0,69 | 0,16 |
| Moyen | 1,12 | 0,25 |
| Quatrième | 0,77 | 0,19 |
| Le plus haut | 1,30 | 0,40 |
| La mère a terminé l'école primaire | 0,85 | 0,21 |
| Pseudo-R ² | 12,94%, | |
| Nombre d'observations | 973 | |
| Notes : ‡ p<0,1 * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001. N/A : non applicable | | |
| ¹ Défini comme le fait d'emmener l'enfant dans un établissement de santé ou chez un agent de santé communautaire en premier recours le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre. | | |

3.4 Paludisme pendant la grossesse

Dans cette section, nous présentons les résultats de l'enquête concernant la prévention du paludisme pendant la grossesse. Plus précisément, nous commençons par des résultats sur les déterminants conceptuels de l'utilisation des services de soins prénatals (CPN) et du traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg). Nous décrivons ensuite les comportements et les intentions liés à la CPN et au TPIg. Les variations selon les caractéristiques sociodémographiques et selon les zones sont mises en évidence dans les résultats.

3.4.1 Variables conceptuelles liées à la fréquentation des CPN et à l'utilisation du TPIg

Cette sous-section présente des informations sur les variables conceptuelles qui peuvent influencer le recours à la CPN et au TPIg. L'enquête a mesuré les variables conceptuelles suivantes relatives à la grossesse et aux soins durant la grossesse : connaissances, attitudes, perception de la gravité du

paludisme pendant la grossesse, perception de l'efficacité du TPIg, perception de l'auto-efficacité, normes descriptives relatives au TPIg, perceptions des prestataires de santé, ainsi que la communication et la prise de décision avec le ou la conjoint·e concernant la CPN.

Connaissance : Les connaissances sur la CPN et le TPIg ont été évaluées à partir de trois questions portant sur le moment idéal de la première CPN, le nombre de fois qu'une femme enceinte devrait assister à une CPN et le nombre de fois qu'une femme devrait recevoir la SP pendant la grossesse. Les données ont révélé un faible niveau de connaissance de ces recommandations. Dans l'ensemble, 54,46 % des personnes interrogées savaient qu'une femme devait assister à la CPN au cours du premier trimestre de la grossesse ou dès qu'elle soupçonne qu'elle pourrait être enceinte, 55,78 % savaient qu'une femme devait assister à la CPN au moins quatre fois pendant la grossesse et 46,26 % savaient qu'une femme enceinte devait recevoir au moins trois doses de SP. Nous avons évalué les connaissances globales sur la CPN / TPIg en combinant les trois questions sur les connaissances. Moins d'un quart (23,73 %) des personnes ont répondu correctement aux trois questions et sont considérées comme ayant des connaissances approfondies en matière de CPN / TPIg. Bien que le niveau de connaissance globale soit généralement faible, on observe des variations significatives en fonction des variables sociodémographiques et géographiques, comme le montre le [tableau 3.4.1](#). Cet indicateur de connaissance est le plus faible dans la zone Grand Est (14,17 %) et le plus élevé dans la zone Ouest (29,95 %). En outre, dans l'ensemble, l'indicateur est plus élevé chez les femmes (26,05 %) que chez les hommes (20,64 %) et dans les milieux urbains (26,01 %) que dans les milieux ruraux (19,05 %). Les personnes sans instruction étaient moins susceptibles d'être informées sur les CPN / TPIg que leurs homologues instruits. Il existe également des variations intra-zonales selon le sexe (Ouest), le groupe d'âge (Nord et Kasai), le quintile de richesse (Nord, Ouest et Kasai), l'instruction (Nord) et le milieu de résidence (Ouest).

Attitudes à l'égard des CPN / TPIg : Les attitudes envers la CPN / TPIg ont été évaluées grâce à cinq éléments du questionnaire. Les éléments comprennent la conviction en l'innocuité de la SP lorsqu'elle est prise à jeun, la conviction en la nécessité de commencer les CPN tôt, la perception de l'innocuité de la SP pour la femme et pour l'enfant à naître, et la perception de l'importance d'aller aux CPN plusieurs fois pendant la grossesse. Une fois ces éléments combinés, les données ont montré qu'environ deux tiers (67,47 %) de la population étudiée avaient des attitudes positives envers les CPN. Les attitudes positives sont moins répandues dans le Grand Est que dans les autres zones ([tableau 3.4.2](#)). En outre, l'indicateur est significativement plus faible chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans (60,72 %) que chez leurs homologues plus âgés (par exemple, 70,77 % chez les personnes de 45 ans et plus). Au sein des zones, la prévalence des attitudes positives varie selon le groupe d'âge (plus faible dans le groupe d'âge le plus jeune que dans les autres groupes d'âge ; Ouest, Kasai et Grand Est), et selon le quintile de richesse (modèles variables ; Nord, Ouest et Kasai).

Perception de la gravité du paludisme pendant la grossesse : Ce concept a été évalué au moyen de deux éléments : la perception que les effets du paludisme pendant la grossesse peuvent être graves pour la femme et son enfant à naître et la conviction que les femmes enceintes sont plus susceptibles de mourir du paludisme que les femmes qui ne sont pas enceintes. L'indicateur dérivé de ces deux éléments a révélé une compréhension générale du fait que le paludisme pendant la grossesse peut être grave. Globalement, 83,89 % des personnes ont une perception de la gravité du paludisme pendant la grossesse. Les données ont révélé que cette perception était moins répandue dans la zone Grand Est (74,95 %) par rapport aux autres zones ([tableau 3.4.3](#)). Globalement, la gravité du paludisme pendant la grossesse était plus souvent

perçue chez les hommes (85,32 %) que chez les femmes (82,81 %) et en milieu rural (86,89 %) qu'en milieu urbain (82,04 %). Les jeunes âgés de 15 à 24 ans (74,78 %) étaient moins susceptibles que leurs pairs plus âgés (généralement plus de 85 %) de percevoir la gravité du paludisme pendant la grossesse. Dans la zone Nord, cet indicateur ne varie significativement que par groupe d'âge, tandis que dans la zone Ouest, il y a des variations significatives par milieu de résidence (plus élevé dans les milieux ruraux que dans les milieux urbains), groupe d'âge, quintile de richesse et niveau d'instruction. Dans la zone du Kasai, l'indicateur varie significativement par groupe d'âge et par niveau d'instruction. Dans le Grand Est, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes et les personnes plus âgées plus que les jeunes de déclarer une perception de la gravité du paludisme pendant la grossesse.

Perception de l'efficacité de la CPN/ TPIg : L'efficacité du TPIg et des CPN en tant qu'interventions visant à garantir des résultats positifs en matière de grossesse est largement reconnue. Dans l'ensemble, 91,75 % croient en l'efficacité de la CPN et 86,48 % croient en l'efficacité du TPIg ([tableau 3.4.4](#)). La prévalence de la perception de l'efficacité de la CPN est légèrement plus faible dans le Grand Est (88,25 %) que dans les trois autres zones. De même, les femmes (90,46 %) étaient moins susceptibles que les hommes (93,47 %) et les résidents urbains moins susceptibles (90,32 %) que leurs pairs ruraux (94,06 %) de croire en l'efficacité de la CPN. Les variations de ce concept par groupe d'âge sont telles que les jeunes sont moins susceptibles de déclarer une perception de l'efficacité que leurs pairs plus âgés. En ce qui concerne la perception de l'efficacité du TPIg, la prévalence de ce concept est la plus élevée dans la zone Nord (91,60 %) et la plus faible dans la zone Grand Est (81,54 %). La différence par milieu de résidence est significative (plus élevée dans les milieux ruraux que dans les milieux urbains), de même que les différences par groupe d'âge (plus faible chez les jeunes par rapport aux autres groupes d'âge). Des différences ont également été observées en fonction du quintile de richesse, les personnes appartenant au quintile de richesse le plus élevé (82,31 %) étant moins susceptibles de déclarer une perception de l'efficacité du TPIg que celles des autres catégories de richesse.

Perception de l'auto-efficacité concernant les CPN et le TPIg : Ce concept a été mesuré sur la base de six éléments formulés différemment pour les hommes et les femmes. Ces éléments se concentraient sur le fait d'aller (ou aider sa conjointe à aller) précocement à la CPN et d'assister au nombre recommandé de CPN, d'aller à la CPN avec le ou la conjoint-e, de demander (ou aider sa conjointe à demander) la SP pendant la CPN, et de prendre (ou aider sa conjointe à prendre) la SP au moins trois fois pendant la grossesse. L'indicateur de perception d'auto-efficacité à faire des gestes liés à la CPN et au TPIg a révélé un niveau élevé de perception d'auto-efficacité pour les hommes et les femmes. En effet, 87,97 % des femmes et 92,52 % des hommes ont une perception d'auto-efficacité à prendre des mesures pertinentes liées à la CPN et au TPIg ($p < 0,001$). Les variations de cet indicateur pour les hommes et les femmes séparément sont décrites dans le [tableau 3.4.5](#). Pour les deux sexes, l'indicateur varie sensiblement selon la zone, le Grand Est étant en retard sur les autres zones. Quant aux variations par groupe d'âge, les données ont montré que les jeunes femmes étaient moins susceptibles que les femmes plus âgées de percevoir l'auto-efficacité à prendre des mesures liées à la CPN et au TPIg. L'indicateur ne varie pas selon le groupe d'âge pour les hommes ou selon toute autre caractéristique sociodémographique pour les deux sexes.

Normes sociales : Des questions visant à évaluer trois types de normes sociales ont été incluses dans les outils d'enquête pour les hommes et les femmes. Les trois mesures des normes sociales comprennent : (1) norme descriptive sur la CPN (c'est-à-dire la conviction qu'au moins la moitié des femmes enceintes de la communauté assistent à au moins quatre CPN) ; (2) norme descriptive sur le TPIg ; et (3) norme

injonctive sur le TPIg (c'est-à-dire la perception que plus de la moitié des personnes de la communauté les critiqueraient si elles savaient qu'elles prennent le TPIg pour prévenir le paludisme pendant la grossesse). Les données relatives à ces trois mesures sont présentées dans le [tableau 3.4.6](#). Environ deux tiers (64,04 %) des personnes ont estimé qu'assister à au moins quatre CPN était la norme dans leur communauté. Cette conviction varie largement selon les zones : 77,94 % dans la zone Nord, 65,81 % dans l'Ouest, 65,76 % dans le Kasaï et 46,14 % dans le Grand Est. Cette conviction est également plus fréquente chez les femmes (66,99 %) que chez les hommes (60,11 %) et en milieu rural (68,32 %) qu'en milieu urbain (61,39 %). En outre, les personnes appartenant au quintile de richesse le plus élevé étaient moins susceptibles que les autres d'avoir cette conviction. Quant à la norme descriptive concernant le TPIg, dans l'ensemble, 57,82 % pensent que l'utilisation de la SP pour prévenir le paludisme pendant la grossesse est une norme communautaire. Des différences notables ont également été constatées par zone, l'indicateur étant plus faible dans les zones du Kasaï et du Grand Est. Les hommes étaient moins susceptibles que les femmes de percevoir cette norme sociale. La relation entre la richesse et la norme descriptive concernant la SP est telle que l'indicateur est plus faible chez les personnes des quintiles de richesse les plus bas et les plus élevés par rapport aux autres groupes. En ce qui concerne la norme injonctive sur le TPIg, 57,40 % des personnes interrogées pensaient que plus de la moitié des personnes de leur communauté **ne** les critiqueraient **pas** pour avoir utilisé la SP pour prévenir le paludisme pendant la grossesse. Cet indicateur était significativement plus élevé dans la zone Nord (74,96 %) et plus faible dans la zone Grand Est (43,21 %) par rapport aux autres zones. Alors qu'il n'y a pas de différence entre les sexes, la différence entre les milieux ruraux (66,06 %) et urbains (52,05 %) est significative. Curieusement, cette conviction est plus répandue chez les personnes ayant suivi un enseignement primaire que chez celles n'ayant pas suivi d'enseignement ou ayant suivi un enseignement post-primaire. Enfin, les personnes du quintile de richesse le plus élevé étaient moins susceptibles d'avoir cette conviction que celles des autres quintiles de richesse.

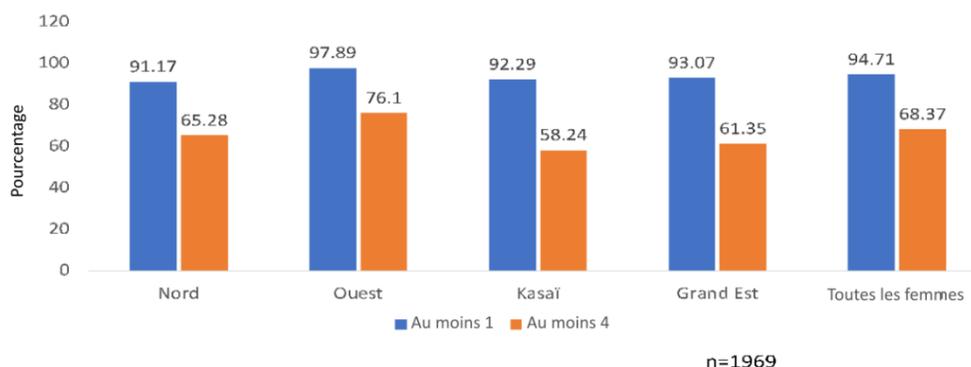
Perceptions concernant les agents de santé : Les perceptions concernant les agents de santé et leur prestation de services de TPIg ont été évaluées sur la base de quatre questions portant sur (1) la conviction que les agents de santé font payer le TPIg ; (2) la conviction que les agents de santé traitent leurs clientes enceintes avec respect ; (3) la conviction que les agents de santé offrent toujours la SP à leurs clientes enceintes ; et (4) la conviction que les agents de santé refusent de s'occuper des femmes enceintes qui viennent se faire soigner dans les deux premiers mois de la grossesse. Le pourcentage de personnes qui sont d'accord avec chacun de ces énoncés est présenté dans le [tableau 3.4.7](#). Les quatre éléments ont été combinés pour évaluer la prévalence des perceptions positives à l'égard des agents de santé qui fournissent des soins pour la grossesse ; les résultats sont également présentés dans le [tableau 3.4.7](#). Plus d'un tiers (36,22 %) des personnes interrogées sont d'accord pour dire que les agents de santé font payer la SP à leurs clientes, variant entre 30,64 % dans la zone Nord et 48,99 % dans la zone Kasaï. Cette conviction ne varie pas selon le sexe mais est plus fréquente dans les zones urbaines (39,49 %) que dans les zones rurales (30,93 %). Les résidents urbains étaient plus susceptibles que leurs homologues ruraux, les personnes du quintile de richesse le plus élevé plus susceptibles que celles des quintiles de richesse inférieurs, et les jeunes moins susceptibles que leurs homologues plus âgés d'avoir cette conviction. La plupart des répondants (82,01 %) pensent que les agents de santé des CPN traitent leurs clientes avec respect. On observe des variations par zone, de 78,11 % au Grand Est à 84,64 % dans la zone Ouest. Cette perception est également moins répandue chez les jeunes que chez leurs pairs plus âgés. En ce qui concerne la perception que les agents de santé offrent toujours la SP aux clientes des CPN, environ trois quarts (73,50 %) des personnes interrogées sont d'accord avec l'affirmation. Proportionnellement, les

habitants de la zone Ouest (79,68 %) sont plus nombreux que ceux des zones Kasai (70,51 %), Nord (69,93 %) et Grand Est (66,07 %) à avoir cette conviction. Il existe également des différences par groupe d'âge et par quintile de richesse. Cette perception est moins courante chez les jeunes que dans les autres groupes d'âge et dans le quintile de richesse le plus bas que dans les autres quintiles de richesse. Environ un cinquième des personnes interrogées pensent que les agents de santé ne s'occuperaient pas d'une femme enceinte pendant les deux premiers mois de la grossesse. Cette perception que les agents de santé ne favorisent pas la prise en charge au début de la grossesse est plus fréquente dans la zone Kasai (23,15 %) que dans le Grand Est (15,15 %) et chez les personnes âgées de 45 ans et plus (22,31 %) par rapport aux jeunes (16,70 %). Cette perception est également plus fréquente chez les personnes sans instruction (22,38 %) ou ayant suivi un enseignement post-primaire (20,56 %) que chez leurs pairs ayant suivi un enseignement primaire (15,54 %). Lorsque les quatre éléments ont été combinés, les données ont montré que 71,01 % des personnes interrogées avaient une perception positive des agents de santé qui fournissent des services de CPN. La zone du Kasai (58,94 %) se distingue des autres zones par une prévalence relativement faible de perceptions positives sur les agents de santé des CPN. La différence par groupe d'âge est également visible, surtout lorsque nous comparons les jeunes aux autres groupes d'âge. Enfin, les personnes sans instruction (66,52 %) étaient moins susceptibles d'afficher des perceptions positives sur les agents de santé des CPN que leurs pairs ayant une instruction primaire (73,12 %).

Communication entre conjoints sur la CPN : La communication entre conjoints a été évaluée à l'aide de deux éléments connexes : (1) le fait d'avoir déjà discuté de la CPN avec le conjoint, mesuré parmi toutes les personnes interrogées en union et (2) le fait d'avoir discuté de la CPN au cours des deux dernières années parmi les femmes ayant accouché au cours des deux dernières années. Plus de la moitié (56,07 %) des hommes et des femmes en union ont déclaré avoir déjà discuté d'assister aux CPN avec leur conjoint ([tableau 3.4.8](#)). Les différences par zone sont telles que l'indicateur est significativement inférieur dans les zones Grand Est (42,72 %) et Kasai (51,05 %) par rapport aux zones Nord (58,56 %) et Ouest (63,03 %). Il n'y a pas non plus de différence significative entre les milieux urbains (57,98 %) et ruraux (53,23 %) ou entre les hommes (55,22 %) et les femmes (57,09 %). En revanche, les jeunes (51,06 %) étaient moins susceptibles de déclarer avoir déjà discuté de la CPN que les personnes de 25 à 34 ans (58,33 %) et que les personnes du groupe des 35 à 44 ans (57,69 %). On observe également des différences selon le quintile de richesse, les personnes sans instruction étant moins susceptibles d'en discuter que leurs homologues ayant suivi un enseignement primaire ou post-primaire. Parmi les femmes qui ont eu un enfant au cours des deux dernières années, moins de la moitié (48,66 %) ont déclaré avoir discuté de la CPN avec leur conjoint au cours des deux dernières années. Les femmes de la zone Grand Est étaient moins susceptibles de déclarer cet indicateur que les femmes des autres zones. Il existe également des différences par groupe d'âge et par niveau d'instruction.

Participation à la décision sur les CPN : Les hommes (71,78 %) étaient plus susceptibles que les femmes (54,16 %) de déclarer qu'ils participaient généralement aux décisions concernant le moment de démarrer la consultation prénatale ([tableau 3.4.9](#)). Pour les femmes, la participation aux décisions sur la CPN est moins fréquente dans les zones Nord et Kasai par rapport aux zones Ouest et Grand Est. Il y a également des différences selon l'âge, le niveau d'instruction, le quintile de richesse et le milieu de résidence.

Figure 3.4.1 : Pourcentage des femmes qui ont fait au moins une et au moins quatre CPN pendant leur grossesse au cours des deux années précédentes



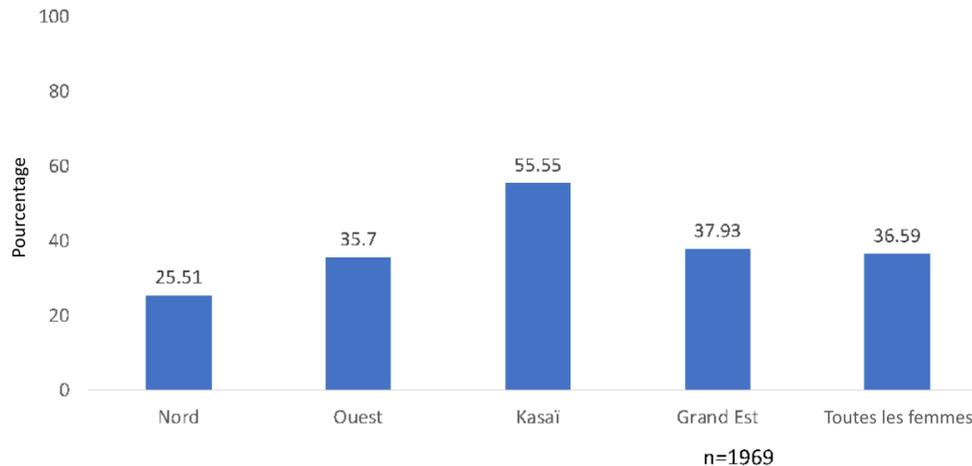
3.4.2 Fréquentation des CPN

La majorité (94,17 %) des femmes ayant donné naissance au cours des deux dernières années ont assisté à au moins une CPN. Seuls environ deux tiers des femmes ont assisté aux quatre consultations recommandées. La fréquentation des quatre CPN varie selon les zones, de 58,24 % dans la zone du Kasai à 76,10 % dans la zone Ouest (figure 3.4.1).

Le fait d'assister au nombre recommandé de CPN varie également selon le milieu de résidence ([tableau 3.4.10](#)), soit plus fréquent chez les femmes en milieu urbain (74,58 %) que chez les femmes en milieu rural (60,19 %). Ce résultat est également plus fréquent chez les femmes du quintile de richesse le plus élevé que chez les femmes des autres quintiles de richesse. Il y a une association graduelle avec le niveau d'instruction, la prévalence la plus faible étant observée chez les femmes sans instruction.

Seulement un tiers environ (36,59 %) des femmes ont assisté à leur première CPN tôt, c'est-à-dire au cours du premier trimestre de la grossesse. Il existe des variations par zone, cet indicateur étant plus faible dans la zone Nord que dans toute autre zone et plus élevé au Kasai qu'ailleurs (**figure 3.4.2**). La fréquentation précoce des CPN est également plus fréquente dans les milieux urbains (39,28 %) que dans les milieux ruraux (33,04 %).

Figure 3.4.2 : Pourcentage des femmes qui ont fait leur première CPN au cours du premier trimestre de la grossesse



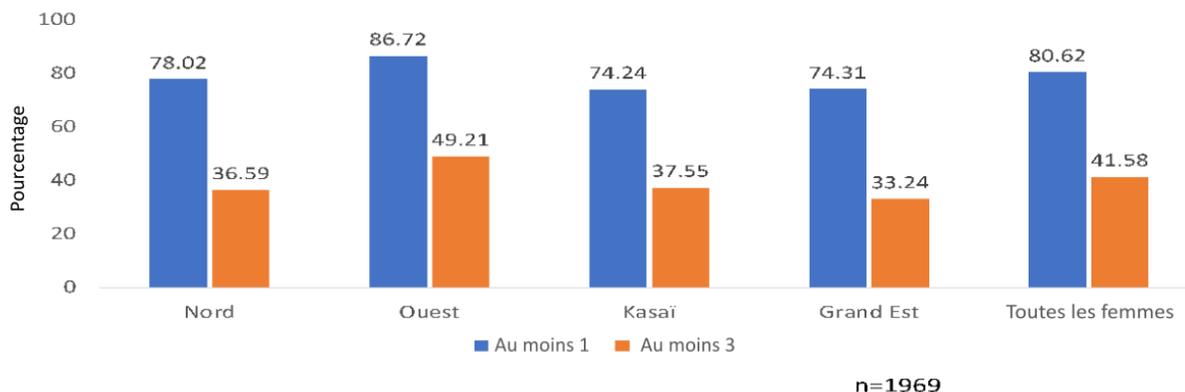
Environ un quart des femmes qui ont eu un enfant au cours des deux dernières années ont déclaré que leur conjoint les avait accompagnées à une visite de soins prénatals. Ce comportement est significativement moins fréquent dans le Grand Est (16,76 %) par rapport aux autres zones (Nord : 26,78 %, Ouest : 27,87 %, Kasai : 30,87%). Les résidentes en milieu urbain (28,28 %) étaient plus susceptibles de déclarer la présence du conjoint pendant la CPN que leurs homologues en milieu rural (21,93 %). De même, ce comportement est plus fréquent chez les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur (30,05 %) par rapport à celles ayant un niveau d'instruction primaire (17,86 %) ou sans instruction (20,78 %).

3.4.3 Prise de SP

La majorité (80,62 %) des femmes enceintes ont reçu au moins une dose de SP pendant la grossesse, mais moins de la moitié (41,58 %) ont reçu trois doses ou plus comme le recommande l'OMS. Le pourcentage de personnes ayant reçu trois doses ou plus varie considérablement selon les zones, surtout si l'on compare l'Ouest aux autres zones (figure 3.4.3). Ce résultat est également significativement et naturellement plus élevé chez les femmes ayant assisté au nombre recommandé de CPN et chez celles ayant commencé la CPN au cours du premier trimestre par rapport aux autres ([tableau 3.4.11](#)). Des différences significatives ont également été constatées en fonction du quintile de richesse.

Parmi celles qui ont pris au moins une dose de SP, la majorité (93,79 %) a reçu le médicament d'un établissement de santé lors d'une CPN tandis que 27,22 % l'ont reçu lors d'une autre visite à l'établissement de santé. Seules 15,73 % ont déclaré avoir obtenu le médicament dans une pharmacie.

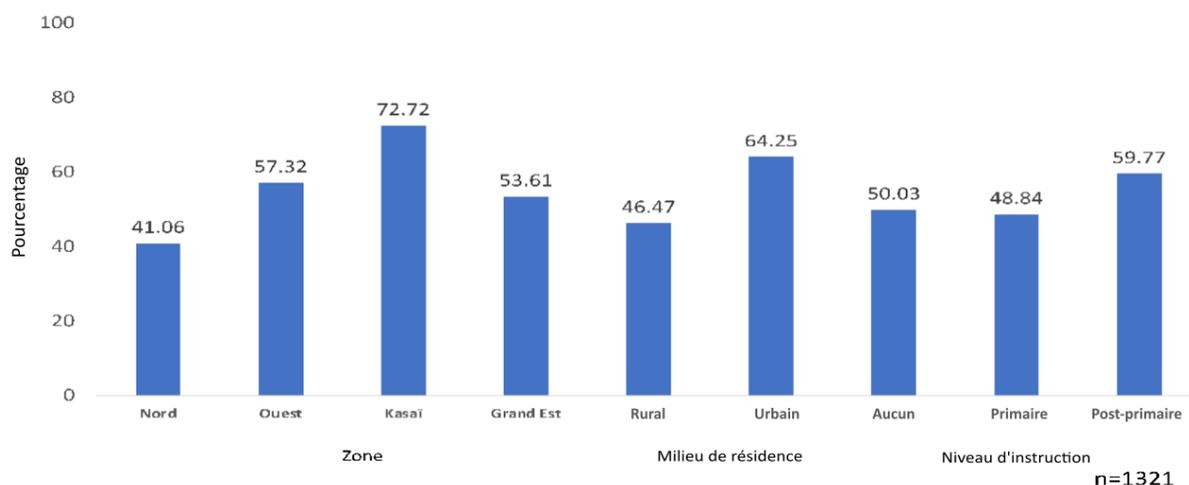
Figure 3.4.3 : Pourcentage des femmes qui ont pris au moins une et au moins trois doses de SP pendant leur grossesse au cours des deux années précédentes



3.4.4 Intentions de fréquentation des CPN et de recevoir la SP

Il s'agit des intentions d'assister aux CPN et de prendre de la SP lors d'une prochaine grossesse au cours des deux prochaines années. Parmi les femmes qui désirent une grossesse dans les deux prochaines années, 97,20 % ont déclaré qu'elles iraient à la CPN et 95,66 % ont déclaré qu'elles prendraient des mesures pour prévenir le paludisme pendant la grossesse. Le moment médian de la première CPN prévue est de quatre mois de gestation. Seulement 55,97 % des femmes ont déclaré avoir l'intention d'assister à leur première CPN au cours du premier trimestre. Cet indicateur varie entre 41,06 % dans la zone Nord et 72,72 % dans la zone Kasai (figure 3.4.4). Il y a également des variations significatives selon le type de lieu de résidence et le niveau d'instruction.

Figure 3.4.4 : Pourcentage des femmes qui désirent être enceintes dans les deux prochaines années et qui feraient leur première CPN lors du premier trimestre de grossesse, par variables choisies, RDC 2021



Le [tableau 3.4.12](#) présente les résultats des modèles de régression logistique à effets mixtes (multiniveau) montrant les facteurs associés aux intentions de fréquenter les CPN tôt. Les résultats ont montré que dans l'ensemble, les variables conceptuelles qui sont significativement et positivement corrélées avec l'intention de commencer la CPN au cours du premier trimestre sont des connaissances approfondies sur la CPN et le TPIg, la conviction qu'une femme doit se sentir à l'aise pour discuter de la CPN avec son conjoint, des attitudes positives envers la CPN et le TPIg et, dans une certaine mesure, la perception d'auto-efficacité à obtenir le TPIg. Plus précisément, le fait d'avoir des connaissances approfondies sur la CPN et le TPIg a plus que doublé la probabilité d'intentions de commencer la CPN tôt. La probabilité est 57 % plus élevée pour les femmes qui pensent qu'une femme doit se sentir à l'aise pour discuter de la CPN avec son conjoint, par rapport à leurs pairs qui n'ont pas cette conviction. Des attitudes positives à l'égard de la CPN et du TPIg ont été associées à une augmentation de 36 % de la probabilité d'intentions de commencer la CPN tôt tandis que la perception de l'auto-efficacité à obtenir le TPIg augmente la probabilité de 90 %. Curieusement, la probabilité d'une intention de CPN précoce est plus élevée de 49 % chez les femmes qui ne savent pas quelle est la norme dans leur communauté en matière de CPN, par rapport à leurs pairs qui pensent que la norme est que les femmes se rendent à au moins quatre consultations. Cette association n'est toutefois que marginalement significative. En outre, le fait d'avoir assisté à au moins quatre CPN au cours de la grossesse la plus récente augmente la probabilité de 47 %, tandis que le fait d'avoir une instruction post-primaire augmente la probabilité de 36 %. Des différences significatives ont été observées par zone, les probabilités d'intention de début précoce de la CPN étant plus de cinq fois plus élevées dans la région du Kasai et 85 % plus élevées dans le Grand Est par rapport à la région du Nord. Enfin, il y a un regroupement significatif de ce résultat dans les zones de dénombrement : 17 % de la variance de l'intention s'explique par des facteurs agissant au niveau de la grappe. En d'autres termes, les données indiquent la présence de variables non mesurées opérant au niveau de la communauté qui influencent le moment prévu pour la première CPN.

Il existe des points communs et des différences dans les facteurs associés à l'intention de commencer la CPN tôt dans les zones. Par exemple, dans la zone Nord, deux variables conceptuelles sont significativement et positivement associées au résultat : des connaissances approfondies sur la CPN et le TPIg et la norme injonctive sur la SP (c'est-à-dire la conviction que les gens de la communauté les soutiendraient s'ils savaient qu'ils prenaient de la SP pour prévenir le paludisme pendant la grossesse). Dans la zone Ouest, des connaissances approfondies sur la CPN et le TPIg et des perceptions positives sur les agents de santé sont positivement associées à l'intention d'effectuer la première CPN tôt, alors que la norme injonctive est étonnamment associée négativement à ce résultat. L'exposition à des messages sur le paludisme est également liée positivement à l'intention d'une CPN précoce. En outre, les personnes pauvres de cette zone sont presque trois fois plus susceptibles que leurs pairs plus riches et les résidents urbains sont plus de trois fois plus susceptibles que leurs pairs ruraux de souhaiter un début précoce de la CPN. Les données ont également montré un regroupement des intentions de CPN précoce au niveau communautaire dans cette zone, 19 % de la variance de l'intention étant expliquée par des facteurs agissant au niveau de la grappe. Au Kasai, une connaissance approfondie sur la CPN et le TPIg, ainsi que la conviction qu'une femme doit se sentir à l'aise pour discuter de la CPN avec son conjoint, sont les seules variables conceptuelles significativement et positivement associées à l'intention d'une fréquentation des CPN précoce. Comme dans la zone Ouest, il y a un regroupement significatif de ce résultat : une grande partie de la variance de l'intention de commencer la CPN à un stade précoce s'explique par des facteurs agissant au niveau de la communauté. Dans la zone Grand Est, les femmes qui ont une perception d'auto-efficacité à assister aux CPN et à obtenir le TPIg étaient plus de cinq fois plus susceptibles que les autres

femmes d'indiquer leur intention d'assister aux CPN tôt. De même, il y a une association positive avec des connaissances approfondies sur la CPN et le TPIg ; les femmes ayant ce type de connaissances sont plus de deux fois plus susceptibles de déclarer une intention de CPN précoce par rapport à leurs pairs sans ces connaissances. Contrairement à ce que nous avons observé pour les zones Ouest et Kasai, les données pour le Grand Est n'ont pas montré de regroupement significatif des intentions de CPN précoce au niveau communautaire.

Tableau 3.4.12 : Résultats de la régression logistique pour l'intention d'assister à une première CPN au cours du premier trimestre de la prochaine grossesse

| Tableau 3.4.12 : Résultats de la régression logistique à effets mixtes pour l'intention d'assister à une première CPN au cours du premier trimestre de la prochaine grossesse | | | | | | | | | | |
|---|------------------|------|--------|------|-------|------|--------|------|-----------|------|
| CORRÉLATS <i>RCA : Rapport de cotes ajustées</i> <i>ET : Erreur type</i> | TOUTES LES ZONES | | NORD | | OUEST | | KASAÏ | | GRAND EST | |
| | RCA | ET | RCA | ET | RCA | ET | RCA | ET | RCA | ET |
| | | | | | | | | | | |
| DÉTERMINANTS CONCEPTUELS | | | | | | | | | | |
| A une connaissance approfondie de la CPN/TPIg | 2,20** * | 0,35 | 2,41** | 0,79 | 2,54* | 0,95 | 2,05** | 0,55 | 2,65* | 1,09 |
| Pense qu'une femme doit se sentir à l'aise pour discuter de la CPN avec son conjoint | 1,59* | 0,30 | -- | -- | 0,87 | 0,44 | 2,29* | 0,90 | 1,24 | 0,44 |
| A une perception élevée d'auto-efficacité à obtenir le TPIg | 1,90‡ | 0,64 | -- | -- | 1,44 | 1,13 | 0,58 | 0,55 | 9,44** | 6,98 |
| A une perception de l'efficacité de la CPN | 1,89 | 0,88 | -- | -- | -- | -- | 0,72 | 0,75 | -- | -- |
| A une perception de la gravité du paludisme | 1,13 | 0,17 | 1,26 | 0,36 | 0,79 | 0,29 | 1,56 | 0,44 | -- | -- |
| Norme injonctive sur les femmes enceintes qui prennent de la SP | 0,90 | 0,14 | 3,34** | 1,52 | 0,33* | 0,15 | 0,93 | 0,25 | -- | -- |
| A des attitudes favorables envers la CPN/TPIg | 1,33‡ | 0,21 | 1,29 | 0,50 | -- | -- | -- | -- | 1,67 | 0,51 |
| Perception de la sensibilité au paludisme pendant la grossesse | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | 0,55 | 0,20 |
| Perception de la gravité du paludisme pendant la grossesse | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | 0,50 | 0,23 |
| Norme descriptive encourageant 4 CPN | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | 0,64 | 0,21 |
| A des attitudes favorables envers les agents de santé concernant les services de TPIg | 0,94 | 0,15 | 0,58‡ | 0,18 | 3,04* | 1,53 | 1,14 | 0,31 | 0,890 | 0,34 |
| A discuté du paludisme avec son/sa conjoint·e ou un parent/ami·e | 0,79 | 0,12 | 1,17 | 0,36 | -- | -- | -- | -- | 0,49‡ | 0,19 |

| | | | | | | | | | | |
|--|------------|------|-------|------|-------|------|---------|------|-------|------|
| Nombre de sources d'exposition aux messages relatifs au paludisme | 1,20* | 0,11 | N/A | N/A | 1,12 | 0,21 | 0,94 | 0,14 | 1,83* | 0,57 |
| Norme selon laquelle toutes ou la plupart des femmes de la communauté assistent à au moins 4 CPN | | | | | | | | | | |
| pas la norme | 1,37 | 0,34 | 1,16 | 0,54 | 1,27 | 1,02 | 0,98 | 0,37 | -- | -- |
| ne sait pas | 1,48* | 0,31 | 2,97‡ | 1,87 | 0,84 | 0,45 | 1,57 | 0,62 | | |
| DÉTERMINANTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES | | | | | | | | | | |
| A assisté à au moins 4 CPN | 1,46** | 0,21 | 1,72‡ | 0,53 | 0,90 | 0,37 | 1,37 | 0,33 | 1,61 | 0,49 |
| Âge de la personne interrogée | 0,96 | 0,01 | 1,01 | 0,29 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| La personne interrogée a 3 enfants ou plus | 0,80 | 0,13 | 0,87 | 0,28 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Ménage dans le quintile de richesse le plus bas ou l'avant-dernier quintile de richesse | 1,30 | 0,21 | 0,99 | 0,29 | 2,86* | 1,51 | 1,35 | 0,37 | 1,17 | 0,43 |
| A atteint un niveau d'instruction post-primaire | 1,36* | 0,21 | 1,42 | 0,41 | 1,59 | 0,73 | 1,64‡ | 0,44 | 1,43 | 0,46 |
| Vit en milieu urbain | 1,26 | 0,24 | 0,92 | 0,29 | 3,84* | 2,05 | 1,13 | 0,46 | 1,59 | 0,55 |
| Zone (référence=Nord) | | | | | | | | | | |
| OUEST | 1,50* | 0,42 | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| KASAÏ | 5,18** | 1,28 | | | | | | | | |
| GRAND EST | * 1,85* | 0,52 | | | | | | | | |
| CIC | 0,17*** | | 0,29 | | 0,20* | | 0,33*** | | 0,40 | |
| Nombre d'observations | 1 321 | | 269 | | 217 | | 577 | | 258 | |
| Notes : ‡ p<0,1 * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001. -- : pas de données, non inclus dans le modèle | | | | | | | | | | |

3.5 Moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII)

Les résultats des analyses des variables conceptuelles liées à l'utilisation des MII sont présentés dans le [tableau 3.5.1a](#). Le tableau présente également la manière dont ces variables varient selon les groupes sociodémographiques. Sept variables conceptuelles ont été examinées, notamment la connaissance que les moustiquaires aident à prévenir le paludisme, les attitudes envers les moustiquaires, la conviction qu'il y a des gestes à faire pour prolonger la durée de vie de ses moustiquaires, et la perception de l'efficacité des moustiquaires. Les autres variables conceptuelles examinées comprennent la perception d'auto-efficacité à utiliser les moustiquaires de façon systématique, la perception que l'utilisation des moustiquaires est une norme communautaire et la perception que les gens de la communauté soutiendraient leur utilisation des moustiquaires. Les questions utilisées pour évaluer chaque variable sont énumérées dans le [tableau 3.5.1b](#).

Connaissance que les moustiquaires aident à prévenir le paludisme : La majorité (90,7 %) des hommes et des femmes interrogés ont déclaré utiliser des moustiquaires comme moyen de prévention du paludisme ([tableau 3.5.1a](#)). Les données révèlent des différences significatives de cette variable selon la zone (plus faible dans le Grand Est par rapport aux zones Ouest ou Kasai), le sexe (légèrement plus répandu chez les hommes que chez les femmes), le type de lieu de résidence (plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural), le quintile de richesse (moins répandu chez les personnes du quintile de richesse le plus bas par rapport aux autres) et le niveau d'instruction (plus faible chez les personnes sans instruction formelle par rapport à leurs pairs instruits).

Attitudes à l'égard des moustiquaires : Cette variable conceptuelle a été évaluée au moyen de neuf questions ([tableau 3.5.1b](#)). Les attitudes étaient généralement positives à l'égard de l'utilisation des moustiquaires : 87,29 % des hommes et des femmes ont indiqué une attitude positive vis-à-vis de l'utilisation des moustiquaires ([tableau 3.5.1a](#)). Il existe des différences significatives par zone, les attitudes positives étant plus répandues dans les zones Nord et Ouest par rapport à la zone du Kasai et dans la zone Nord par rapport au Grand Est. Cette variable varie également en fonction du groupe d'âge (en particulier lorsque l'on compare les personnes âgées de moins de 35 ans à leurs homologues plus âgés) et du niveau d'instruction (moins répandu chez les personnes sans instruction que chez les autres).

Perception de l'efficacité des moustiquaires : Trois questions ont permis de concrétiser le concept de perception de l'efficacité des moustiquaires (voir [tableau 3.5.1b](#)). Environ trois quarts (74,62 %) de la population étudiée croient en l'efficacité des moustiquaires ([tableau 3.5.1a](#)). Cet indicateur ne varie pas significativement par zone, sexe, groupe d'âge, type de lieu de résidence ou par quintile de richesse. Il y a cependant des variations significatives selon le niveau d'instruction : les personnes n'ayant pas reçu d'instruction formelle (68,03 %) sont moins convaincues de l'efficacité des moustiquaires que leurs pairs ayant reçu une instruction formelle (75,84 % pour l'instruction primaire et 74,88 % pour l'instruction post-primaire).

Perception d'auto-efficacité à utiliser les moustiquaires de façon systématique : Ce concept, défini comme la confiance dans la capacité d'une personne à utiliser des moustiquaires, a été calculé à partir de quatre questions ([tableau 3.5.1b](#)). La majorité (90,42 %) des personnes interrogées étaient convaincues de pouvoir utiliser les moustiquaires de manière systématique ([tableau 3.5.1a](#)). Il existe seulement des variations de cette variable par zone (plus faible dans le Grand Est par rapport au Nord et au Kasai) et par groupe d'âge (plus faible chez les jeunes par rapport aux 35 ans ou plus).

Norme descriptive sur les moustiquaires : Ce concept fait référence à la perception que l'utilisation de moustiquaires est une norme communautaire. Environ deux tiers de la population étudiée pense que l'utilisation de moustiquaires est une norme dans la communauté, tandis que 5,74 % ont déclaré que cette pratique n'était pas la norme dans leur communauté et près d'un tiers ont dit qu'ils ne savaient pas ([tableau 3.5.1b](#)). Proportionnellement, moins de personnes dans les zones Kasai (53,29 %) et Grand Est (51,87 %) pensent que l'utilisation de moustiquaires est une norme communautaire par rapport aux zones Nord (74,66 %) ou Ouest (67,20 %). La perception que cette pratique n'est pas une norme communautaire est plus fréquente dans le Kasai (17,04 %) que dans toute autre zone. La proportion de ceux qui ne savent pas si l'utilisation de moustiquaires est une norme communautaire ou non est significativement plus élevée dans la zone Grand Est (44,41 %) et plus faible dans la zone Nord (17,44 %) par rapport aux autres zones. La perception que l'utilisation de moustiquaires n'est pas une norme communautaire est plus fréquente chez les hommes (9,44 %) que chez les femmes (3,45 %). En revanche, proportionnellement plus de femmes (34,52 %) que d'hommes (24,27 %) ont déclaré ne pas savoir si cette pratique était la norme dans leur communauté ou non.

Norme injonctive sur les moustiquaires : Cette variable est définie comme la perception que les personnes de leur communauté critiqueraient ou soutiendraient leur utilisation de moustiquaires. Dans l'ensemble, environ un cinquième (19,65 %) des personnes interrogées pensent que les membres de leur communauté les critiqueraient s'ils savaient qu'elles dorment sous une moustiquaire, tandis que 55,94 % ne s'attendent à aucune critique de la part des membres de la communauté et 24,40 % ne savent pas quelle serait la réaction de la communauté. Il y a des différences significatives dans cette variable par zone, la conviction que les membres de la communauté critiqueraient leur utilisation de moustiquaires étant plus fréquente dans les zones de l'Ouest et du Kasai que dans les deux autres zones. Proportionnellement plus de personnes dans la zone Nord (73,95 %) que dans les autres zones croient que les gens de leur communauté ne critiqueraient pas leur utilisation de moustiquaires. Les personnes de la zone Grand Est (44,58 %) sont plus susceptibles et celles du Nord (12,57 %) sont moins susceptibles que leurs pairs des autres zones de déclarer qu'ils ne savent pas comment la communauté réagirait à leur utilisation de moustiquaires. Cette variable varie également selon le type de lieu de résidence, le quintile de richesse et le niveau d'instruction.

Conviction qu'on peut faire certains gestes pour prolonger la durée de vie d'une moustiquaire : Moins de la moitié (44,4 %) de la population étudiée pense qu'on peut prolonger la durée de vie de ses moustiquaires en faisant certains gestes ([tableau 3.5.1a](#)). Il existe des variations significatives par zone, la zone Grand Est présentant une plus faible prévalence que les autres zones et la zone Ouest une plus grande prévalence qu'ailleurs. Bien qu'il n'y ait pas de différences entre les hommes et les femmes ou par quintile de richesse, cette perception est significativement moins courante chez les personnes n'ayant pas reçu d'instruction formelle que chez celles ayant un niveau d'instruction post-primaire.

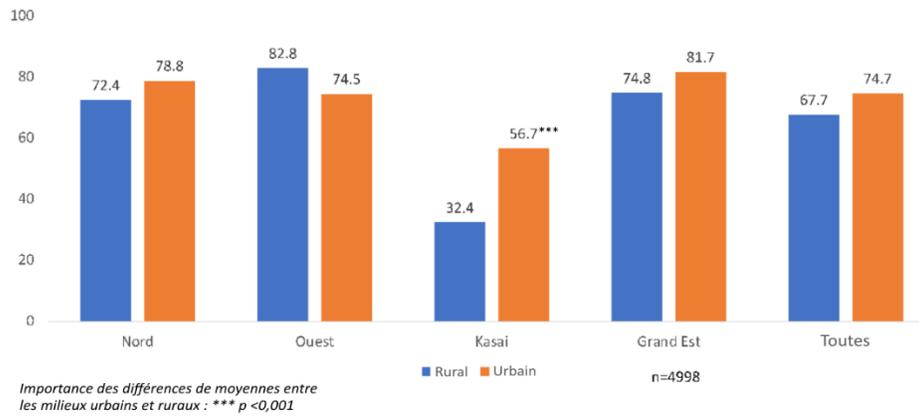
3.5.2 Accès et utilisation des MII

Possession de MII par les ménages

Plus des deux tiers (71,86 %) des ménages disposent d'au moins une MII. Proportionnellement, moins de ménages de la zone du Kasai possèdent une MII par rapport aux autres zones ([tableau 3.5.2](#)). Dans chaque zone, on observe des variations significatives en fonction du lieu de résidence ([figure 3.5.1](#)). Les écarts entre les milieux urbains et ruraux pour cet indicateur sont plus prononcés dans la zone du Kasai que dans les autres zones. Les données montrent en outre que les ménages des quintiles de richesse inférieurs sont

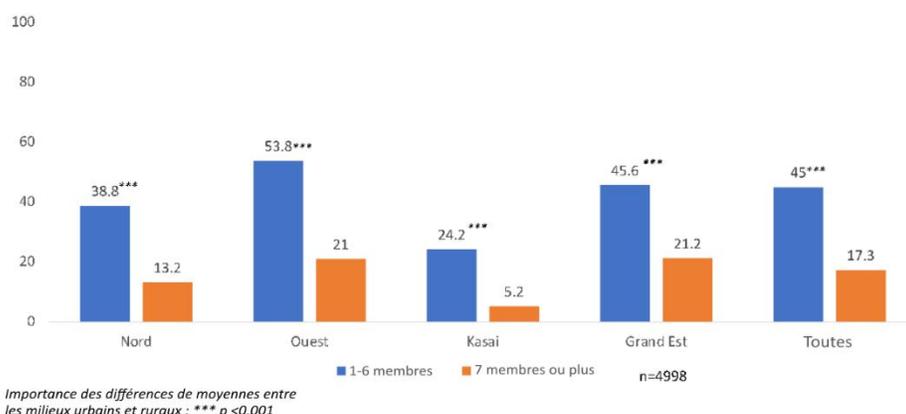
désavantagés en ce qui concerne la possession de moustiquaires par le ménage (tableau 3.5.2). Le nombre moyen de moustiquaires par ménage est de 1,71 : 1,90 dans la zone Nord, 1,88 dans la zone Ouest, 0,72 dans la zone Kasai et 1,86 dans la zone Grand Est.

Figure 3.5.1 : Pourcentage de ménages possédant au moins une MII, par milieu de résidence



Environ un tiers seulement (36,75 %) des ménages disposent d'un nombre suffisant de moustiquaires pour leurs membres, ce qui est défini comme la possession d'au moins une MII pour deux personnes dans le ménage (couverture en moustiquaires du ménage). La possession d'un nombre suffisant de MII est significativement plus répandue dans la zone Ouest (45,25 %) et dans la zone Grand Est (37,73 %) par rapport aux zones Nord (27,75 %) ou Kasai (20,16 %)(tableau 3.5.2). Les ménages ruraux sont considérablement désavantagés par rapport aux ménages urbains en matière de couverture en moustiquaires. Posséder suffisamment de moustiquaires est moins courant parmi les ménages des quintiles de richesse inférieurs que parmi ceux des quintiles de richesse supérieurs (tableau 3.5.2). Dans chaque zone, la possession d'un nombre suffisant de MII est considérablement moins fréquente dans les ménages plus grands (7 membres ou plus) que dans les ménages plus petits (figure 3.5.2).

Figure 3.5.2 : Pourcentage de ménages possédant au moins une MII pour deux personnes par taille du ménage



Caractéristiques des moustiquaires disponibles

Sur les 7 089 moustiquaires recensées dans les ménages, 96,83 % étaient des moustiquaires imprégnées d'insecticide ([tableau 3.5.3](#)). La majorité (93,57 %) des moustiquaires étaient blanches, obtenues lors d'une campagne de distribution de masse (81,53 %) et avaient moins de 36 mois (86,57 %). Les données ont montré que les moustiquaires étaient, en moyenne, plus anciennes dans la zone du Kasai (24,90 % avaient 36 mois ou plus) que dans les autres zones. Par rapport aux autres zones, les moustiquaires de la zone du Kasai sont également moins susceptibles d'être obtenues lors d'une campagne de distribution de masse, plus susceptibles d'être obtenues lors de visites prénatales et moins susceptibles d'être blanches.

La majorité (85,48 %) des moustiquaires disponibles ont été utilisées pour dormir la nuit précédant l'enquête, tandis que 80,91 % ont été utilisées chaque nuit des sept jours précédents ([tableau 3.5.3b](#)). La proportion de moustiquaires disponibles utilisées pour dormir la nuit précédant l'enquête était plus faible dans la zone Ouest (76,51 %) par rapport aux zones Nord (90,57 %), Kasai (89,19 %) et Grand Est (87,85 %). De même, les moustiquaires disponibles étaient moins susceptibles d'avoir été utilisées chaque nuit de la semaine précédente dans la zone Ouest par rapport aux autres zones.

Pratiques pour l'entretien des moustiquaires

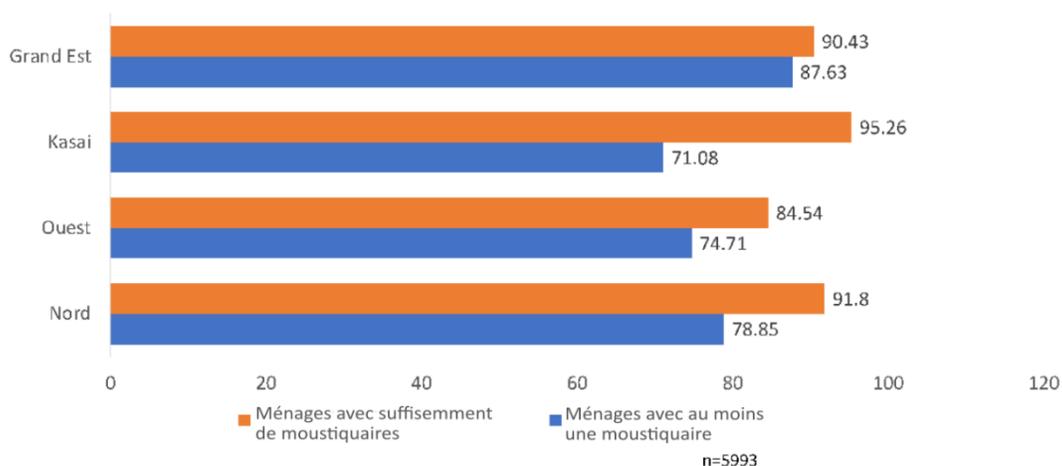
Près des trois quarts (71,59 %) des moustiquaires disponibles avaient déjà été lavées ([tableau 3.5.4](#)). Cette proportion varie entre 54,22 % dans la zone Ouest et 85,24 % dans la zone Nord. La majorité (85,14 %) des moustiquaires ont été lavées avec du savon en barre, comme recommandé, tandis que 10,31 % ont été lavées avec du détergent. Les moustiquaires du Nord (15,87 %) et de l'Ouest (12,83 %) étaient plus susceptibles d'avoir été lavées avec du détergent par rapport au Kasai (3,89 %) et au Grand Est (5,78 %). En ce qui concerne l'endroit où les moustiquaires lavées étaient laissées à sécher, 58,70 % étaient laissées à sécher à l'extérieur à l'ombre (comme recommandé), tandis que 40,73 % étaient laissées à l'extérieur au soleil. Les moustiquaires étaient plus souvent laissées à sécher à l'ombre dans les zones de l'Ouest (70,47 %) et du Kasai (72,57 %) par rapport aux zones du Nord (50,63 %) et du Grand Est (48,26 %).

Pour prolonger la durée de vie des moustiquaires, il est recommandé de les enrouler ou de les attacher au-dessus de l'espace de couchage lorsqu'elles ne sont pas utilisées. Parmi les moustiquaires qui ont été utilisées la nuit précédente, la majorité (79,98 %) ont été trouvées simplement suspendues au-dessus de l'espace de couchage, tandis que seulement 15,16 % ont été trouvées enroulées ou attachées au-dessus de l'espace de couchage. Quelques-uns (3,84 %) ont été trouvés non suspendus et non rangés. La pratique consistant à plier ou à attacher les moustiquaires au-dessus de l'espace de couchage lorsqu'elles ne sont pas utilisées est moins courante dans les zones Grand Est (8,59 %) et Kasai (12,29 %) par rapport aux zones Nord (19,86 %) et Ouest (18,37 %).

Utilisation de moustiquaires par les membres du ménage

Dans les ménages disposant d'au moins une moustiquaire, plus des trois quarts (78,07 %) ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête (tableau 3.5.5). Des différences significatives ont été observées entre les zones (figure 3.5.3), les membres des ménages étant moins susceptibles de dormir sous une moustiquaire dans la zone du Kasai (71,08 %) que dans le Nord (78,84 %) ou le Grand Est (87,63 %). Un examen des variations sociodémographiques au sein des zones révèle des tendances différentes. Par exemple, les jeunes enfants de moins de cinq ans semblent privilégiés en ce qui concerne l'utilisation des moustiquaires dans l'Ouest, alors que dans les zones du Nord et du Kasai, les adultes étaient plus susceptibles d'utiliser les moustiquaires disponibles que les enfants. Dans la zone Grand Est, les adolescents et les enfants plus âgés est le groupe le moins susceptible d'utiliser des moustiquaires. Alors que dans les zones Nord et Ouest, l'utilisation des moustiquaires est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, il n'y a pas de différence entre sexe dans les zones Kasai et Grand Est. Les résidents urbains sont plus susceptibles que leurs homologues ruraux d'utiliser des moustiquaires dans les zones Nord, Kasai et Grand Est alors qu'il n'y a pas de différence significative selon le lieu de résidence dans la zone Ouest. On observe également des variations entre zones dans les schémas d'utilisation par quintile de richesse.

Figure 3.5.3 : Pourcentage de membres du ménage qui a dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête, par possession de moustiquaire et par zone ; RDC 2021



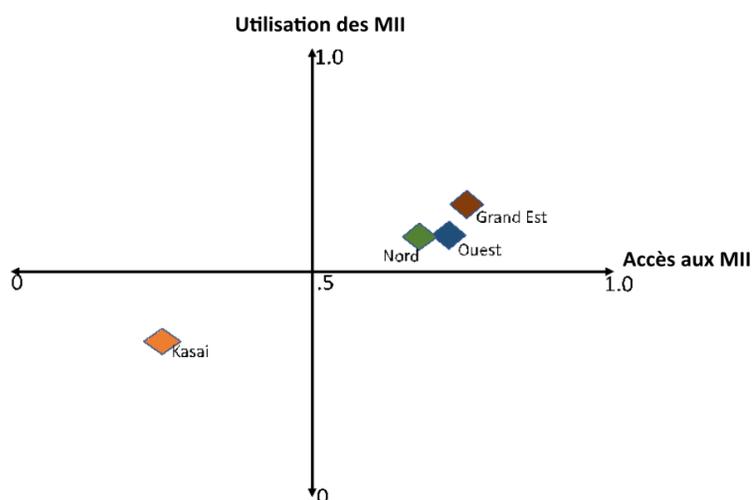
Lorsque l'analyse se limite aux ménages disposant de suffisamment de moustiquaires pour les membres du ménage, les données ont montré que la majorité (87,43 %) des personnes de ces ménages avaient dormi sous une moustiquaire la nuit précédente ([tableau 3.5.6](#)). L'utilisation de moustiquaires compte tenu de la présence d'un nombre suffisant de moustiquaires est plus faible dans la zone Ouest que dans les autres zones (figure 3.5.3). En outre, la plupart des différences sociodémographiques soulignées ci-dessus ne se sont pas maintenues. Par exemple, il n'y a pas de différences sociodémographiques significatives dans les zones du Nord ou du Kasaï. Dans les zones Ouest et Grand Est, les seules différences significatives concernaient le groupe d'âge et le quintile de richesse.

Ratio utilisation/accès

Le ratio utilisation/accès est le rapport entre l'utilisation des moustiquaires et l'accès aux moustiquaires dans la population. L'indicateur est calculé en divisant l'indicateur d'utilisation des moustiquaires par l'indicateur d'accès aux moustiquaires. L'indicateur varie généralement entre 0,00 et 1,00, ce qui indiquerait que toute personne ayant accès (en supposant que deux personnes dorment sous une moustiquaire) à une moustiquaire dans un ménage utilise la moustiquaire à laquelle elle a accès. Le ratio utilisation/accès des MII est supérieur à 1,00 lorsqu'il existe une tendance dans la population à ce que plus de deux personnes dorment sous une moustiquaire. L'indicateur étant un ratio, il peut être élevé soit parce que les indicateurs d'utilisation et d'accès sont tous deux élevés, soit parce que les deux indicateurs sont faibles. Il est pertinent de noter que les actions programmatiques pertinentes ne sont pas identiques dans les deux cas. Le ratio utilisation/accès fournit aux concepteurs de programmes de CSC une meilleure mesure de l'utilisation des moustiquaires due à un problème de comportement ou à un nombre insuffisant de moustiquaires. Les calculs présentés dans ce rapport utilisent la méthodologie proposée par Koenker et Killian, 2014.

Dans l'ensemble, le ratio utilisation/accès était de 0,88. Si ce résultat suggère que la plupart des personnes des zones d'enquête qui ont accès à une moustiquaire l'utilisent effectivement, il indique également que des améliorations sont possibles. Cet indicateur varie selon les zones : de 0,794 au Kasaï à 0,901 dans le Grand Est ([tableau 3.5.7](#)). Dans l'ensemble, les résultats indiquent que dans toutes les zones, chaque personne qui a accès à une moustiquaire ne l'utilise pas nécessairement pour dormir, et la situation est pire au Kasaï qu'ailleurs. Les données montrent également que les indicateurs d'utilisation et d'accès sont modérés dans les zones Nord, Ouest et Grand Est, alors que ces deux indicateurs sont faibles dans le Kasaï (figure 3.5.4).

Figure 3.5.4 : Rapport entre utilisation et accès aux MII, par zone ; RDC 2021



Il existe des différences entre les milieux urbains et ruraux dans toutes les zones. Dans les zones Nord et Kasai, le ratio utilisation/accès aux moustiquaires est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural alors que c'est l'inverse dans la zone Ouest. Il n'y a pas de différence entre les milieux urbains et ruraux en ce qui concerne le ratio utilisation/accès dans la zone Grand Est.

Utilisation systématique de la moustiquaire

Dans cette section, nous examinons l'utilisation systématique des moustiquaires (définie comme l'utilisation de moustiquaires chaque nuit au cours de la semaine précédente) parmi les femmes et les hommes qui ont été interrogés individuellement. Nous avons calculé cet indicateur pour les ménages ayant au moins une moustiquaire et pour les ménages ayant suffisamment de moustiquaires pour les membres du ménage. Dans les ménages disposant d'au moins une moustiquaire, la majorité (82,11 %) des personnes en charge d'enfants ont déclaré utiliser régulièrement les moustiquaires. Les différences par zone sont telles que l'utilisation systématique est significativement moins fréquente dans les zones Ouest (77,95 %) et Kasai (76,12 %) par rapport aux zones Nord (89,95 %) et Grand Est (90,25 %) ([tableau 3.5.8](#)). Il n'y a pas de différences selon le niveau d'instruction, le sexe, le quintile de richesse et la présence d'un enfant de moins de 5 ans dans le ménage. En revanche, l'utilisation systématique est moins fréquente chez les jeunes (15-24 ans) que dans les autres groupes d'âge. De même, les résidents ruraux (85,38 %) étaient plus susceptibles que les résidents urbains (80,33 %) d'indiquer une utilisation systématique.

Dans les ménages disposant d'un nombre suffisant de moustiquaires, 84,43 % des personnes en charge d'enfants ont déclaré utiliser systématiquement des moustiquaires, une proportion à peine plus élevée que pour les personnes en charge d'enfants des ménages disposant d'au moins une moustiquaire. Pour cet indicateur, les données ont révélé des différences significatives entre la zone Ouest et les autres zones, entre les hommes (82,16 %) et les femmes (86,29 %), et entre les individus issus de ménages avec des enfants de moins de 5 ans (89,49 %) par rapport aux autres (81,54 %).

Le [tableau 3.5.9](#) présente les résultats d'un modèle de régression logistique multiniveau qui évalue les associations entre l'utilisation systématique et les déterminants sociodémographiques, conceptuels et du ménage. De plus, parce que nous soupçonnions qu'il pouvait y avoir des variables non mesurées associées à l'utilisation des moustiquaires agissant au niveau de la communauté, nous avons également estimé les effets aléatoires au niveau de la ZD (grappe). Cinq modèles ont été évalués (un pour toutes les zones combinées et un pour chacune des quatre zones) et les analyses se sont limitées aux ménages possédant au moins une moustiquaire.

Pour les quatre zones combinées, les résultats montrent des différences significatives dans l'utilisation systématique des moustiquaires entre les zones. Plus précisément, comparé à la zone Nord, la probabilité d'une utilisation systématique était inférieure de 59 % et 58 % dans les zones Ouest et Kasai, respectivement. En revanche, les probabilités étaient 72 % plus élevées dans la zone Grand Est par rapport à la zone Nord. L'âge est la seule caractéristique sociodémographique associée de manière significative à l'utilisation systématique ; la corrélation est curviligne, l'utilisation systématique augmentant initialement avec l'âge puis diminuant à partir de 39,5 ans environ. La corrélation avec le statut de pauvreté du ménage était positive : la probabilité d'une utilisation systématique était 25 % plus élevée chez les personnes en charge d'enfants des ménages des deux quintiles de richesse inférieurs que chez celles des trois quintiles supérieurs. L'association avec la présence d'un enfant de moins de 5 ans est forte : les personnes en charge d'enfants de ménages avec un enfant de moins de 5 ans étaient 59 % plus susceptibles de déclarer utiliser systématiquement des moustiquaires que leurs homologues des ménages sans enfant. En outre, la couverture universelle des ménages en moustiquaires (c'est-à-dire le fait de disposer d'au moins une moustiquaire pour deux personnes) était positivement associée à l'utilisation systématique : les personnes des ménages disposant d'un nombre suffisant de moustiquaires étaient plus de deux fois plus susceptibles de déclarer une utilisation systématique que leurs homologues des ménages sans couverture universelle des ménages en moustiquaires. Les données ont également révélé une association positive significative avec l'exposition aux messages sur les moustiquaires au cours des 12 derniers mois : les personnes en charge d'enfants qui ont déclaré avoir été exposées à des messages sur les moustiquaires étaient 29 % plus susceptibles de déclarer une utilisation systématique par rapport à leurs homologues qui n'ont pas déclaré d'exposition aux messages.

De nombreuses variables conceptuelles sont associées au résultat, notamment la connaissance de l'utilisation des moustiquaires comme méthode de prévention du paludisme, l'attitude positive envers l'utilisation des moustiquaires, la norme descriptive concernant l'entretien des moustiquaires, la communication interpersonnelle sur le paludisme et la conviction qu'on peut faire certains gestes pour prolonger la durée de vie de ses moustiquaires. Plus précisément, les personnes en charge d'enfants qui savent que l'utilisation de moustiquaires aide à prévenir le paludisme sont 46 % plus susceptibles que leurs pairs ne le sachant pas de déclarer une utilisation systématique. Une attitude positive à l'égard des moustiquaires augmente la probabilité d'une utilisation systématique de 144 %, tandis que la norme descriptive concernant l'entretien des moustiquaires augmente la probabilité de 29 %, et le fait de croire qu'on peut faire certaines choses pour prolonger la durée de vie de ses moustiquaires augmente la probabilité de 51 %. L'association avec la communication interpersonnelle sur le paludisme est telle que les personnes en charge d'enfants qui avaient discuté du paludisme avec leur conjoint, leurs amis ou leurs relations au cours des six derniers mois étaient 29 % plus susceptibles de déclarer une utilisation systématique par rapport à leurs pairs qui n'avaient pas discuté du sujet avec d'autres personnes. Enfin,

les données ont montré un regroupement significatif de l'utilisation systématique au niveau de la ZD, ce qui indique la présence de facteurs agissant au niveau de la grappe qui affectent l'utilisation systématique.

Les déterminants significatifs varient selon les zones. Dans la zone Nord, la seule variable sociodémographique qui a été significativement associée à l'utilisation systématique est l'écoute de la radio et l'association est étonnamment négative. Deux variables du ménage sont significativement et positivement associées à une utilisation systématique : la présence d'un enfant de moins de 5 ans dans le ménage (RC : 1,50 ; $p \leq 0,05$) et la couverture universelle des ménages en moustiquaires (RC : 2,11 ; $p \leq 0,001$). Trois variables conceptuelles sont positivement associées au résultat : la conviction qu'il existe des gestes à faire pour prolonger la durée de vie de ses moustiquaires (RC : 2,06 ; $p \leq 0,001$), la norme descriptive sur l'utilisation de la moustiquaire (RC : 1,64 ; $p \leq 0,05$) et la communication interpersonnelle sur le paludisme (RC : 1,71 ; $p \leq 0,05$). En outre, on a constaté un regroupement significatif de ce comportement au niveau de la ZD. Dans la zone Ouest, on observe une corrélation curviligne avec l'âge, la probabilité d'une utilisation systématique augmentant d'abord puis diminuant à partir de l'âge de 43 ans. L'association avec le sexe de la personne est marginalement significative ; les femmes sont 45 % plus susceptibles que les hommes de déclarer une utilisation systématique. L'exposition aux messages relatifs aux moustiquaires est positivement associée à une utilisation systématique (RC : 1,96 ; $p \leq 0,001$). Deux variables conceptuelles sont fortement et positivement associées au résultat : des attitudes positives envers l'utilisation de moustiquaires (RC : 2,89 ; $p \leq 0,001$) et la norme descriptive sur l'entretien des moustiquaires (RC : 1,57 ; $p \leq 0,01$). L'association avec la perception de la gravité du paludisme est positive (RC : 1,34 ; $p \leq 0,1$) mais seulement de façon marginalement significative. En ce qui concerne les variables relatives aux ménages et à la communauté, il y a une association positive significative avec la couverture en moustiquaires des ménages (RC : 1,42 ; $p \leq 0,05$) et la présence d'un enfant de moins de 5 ans dans le ménage (RC : 1,63 ; $p \leq 0,01$). Il y a également une association négative avec la résidence en milieu urbain (RC : 0,43 ; $p \leq 0,05$). En outre, on a constaté un regroupement significatif de l'utilisation systématique au niveau de la ZD.

Dans la zone du Kasai, l'âge et les habitudes télévisuelles sont les seules variables sociodémographiques significativement liées à l'utilisation systématique. L'association avec l'âge est curviligne (initialement croissante et ensuite décroissante) avec un point d'inflexion autour de 37,6 ans. Le fait de regarder régulièrement la télévision augmente de 142 % la probabilité d'une utilisation systématique (RC : 2,42 ; $p \leq 0,01$). Les attitudes positives envers l'utilisation des moustiquaires sont des déterminants conceptuels significatifs (RC : 2,74 ; $p \leq 0,001$), la norme descriptive sur l'entretien des moustiquaires (RC : 1,75 ; $p \leq 0,01$) et la perception de la sensibilité au paludisme (RC : 0,54 ; $p \leq 0,01$). L'association avec la norme injonctive concernant l'utilisation systématique des moustiquaires est positive mais seulement marginalement significative (RC : 1,51 ; $p \leq 0,1$). Au niveau des ménages, la couverture universelle en moustiquaires (RC : 4,12 ; $p \leq 0,001$), la présence d'un enfant de moins de 5 ans dans le ménage (RC : 1,69 ; $p \leq 0,01$) et la pauvreté (RC : 1,94 ; $p \leq 0,001$) sont des déterminants significatifs. Les données ont également révélé un regroupement significatif de l'utilisation systématique au niveau de la ZD. Dans la zone Grand Est, aucune association significative n'a été observée avec une quelconque variable sociodémographique. Trois variables conceptuelles sont positivement liées au résultat : connaissance que les moustiquaires aident à prévenir le paludisme (RC : 2,44 ; $p \leq 0,01$), attitudes positives à l'égard des moustiquaires (RC : 2,64 ; $p \leq 0,001$), et la conviction qu'il existe des gestes à faire pour prolonger la durée de vie de ses moustiquaires (RC : 1,63 ; $p \leq 0,05$). Au niveau des ménages, les données ont montré une relation positive significative avec la couverture universelle des ménages en moustiquaires (RC : 1,85 ; $p \leq 0,01$) et un lien

marginale­ment signifi­catif avec la pré­sen­ce d'un en­fant de moins de 5 ans dans le mé­nage (RC : 1,57 ; $p \leq 0,1$). Comme dans les trois autres zones, on a constaté un regrou­pe­ment signifi­catif de ce com­por­te­ment au ni­veau de la ZD.

Tableau 3.5.9 : Résultats de régression logistique multiniveau pour l'utilisation systématique de MII¹, ECP RDC 2021

| CORRÉLATS <i>RCA : Rapport de cotes ajustées</i> <i>ET : Erreur type</i> | TOUTES LES ZONES | | NORD | | OUEST | | KASAÏ | | GRAND EST | |
|---|---------------------------------|------|-------------|------|---------|------|-------------|------|-------------|------|
| | RCA | ET | RCA | ET | RCA | ET | RCA | ET | RCA | ET |
| | DÉTERMINANTS CONCEPTUELS | | | | | | | | | |
| A une attitude favorable envers les moustiquaires | 2,44** * | 0,30 | 1,49 | 0,60 | 2,89*** | 0,67 | 2,74** * | 0,62 | 2,64** * | 0,72 |
| Pense qu'il y a des choses à faire pour que la moustiquaire dure plus longtemps | 1,51** * | 0,15 | 2,06** * | 0,42 | 1,02 | 0,19 | 1,45‡ | 0,30 | 1,63* | 0,37 |
| Connaissance que les moustiquaires aident à prévenir le paludisme | 1,46** | 0,21 | 1,26 | 0,34 | 1,62 | 0,49 | 1,07 | 0,37 | 2,43** | 0,70 |
| Pense que l'entretien des moustiquaires est la norme dans la communauté | 1,29** | 0,12 | 0,88 | 0,17 | 1,57** | 0,26 | 1,75** * | 0,33 | 0,94 | 0,72 |
| A discuté du paludisme avec une autre personne au cours des six derniers mois | 1,29** | 0,13 | 1,71* | 0,37 | 1,26 | 0,22 | 1,34 | 0,25 | 0,93 | 0,25 |
| Exposition à un message sur l'utilisation de la moustiquaire | 1,29* | 0,14 | 1,06 | 0,24 | 1,96*** | 0,36 | 1,01 | 0,23 | 0,74 | 0,22 |
| Pense que l'utilisation des moustiquaires est la norme dans la communauté | 1,16 | 0,11 | 1,64* | 0,36 | 1,23 | 0,23 | 0,99 | 0,19 | 0,85 | 0,20 |
| Perception de la gravité du paludisme | 1,16 | 0,11 | 0,82 | 0,16 | 1,34‡ | 0,22 | 1,15 | 0,22 | 1,23 | 0,29 |
| Connaissance que la piqûre de moustique est la seule cause du paludisme | 0,99 | 0,09 | 1,02 | 0,19 | 0,80 | 0,13 | 1,31 | 0,23 | 1,08 | 0,25 |
| Perception de la sensibilité au paludisme | 0,91 | 0,08 | 0,95 | 0,20 | 1,18 | 0,19 | 0,54** | 0,10 | 1,01 | 0,23 |
| Pense que les autres membres de la communauté approuveront l'utilisation de la moustiquaire | 0,88 | 0,11 | 0,55‡ | 0,18 | 0,84 | 0,18 | 1,51‡ | 0,36 | 0,65 | 0,24 |
| DÉTERMINANTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|-------------|------|-------------|------|---------|------|-------------|------|--------|------|
| Le ménage possédait au moins une moustiquaire pour deux membres | 2,11** * | 0,22 | 2,11** * | 0,47 | 1,42* | 0,24 | 4,12** * | 0,93 | 1,85** | 0,44 |
| Le ménage a un enfant de moins de cinq ans (RC=Non) | 1,56** * | 0,15 | 1,50* | 0,31 | 1,63** | 0,28 | 1,69** | 0,33 | 1,57‡ | 0,37 |
| Âge en années simples | 1,13** * | 0,03 | 1,03 | 0,05 | 1,13** | 0,05 | 1,25** * | 0,06 | 1,09 | 0,07 |
| Zone (RC= Nord) | | | | | | | | | | |
| Ouest | 0,39* | 0,10 | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Kasaï | 0,40** | 0,09 | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Grand Est | * 1,74* | 0,44 | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Ménage dans le quintile de richesse le plus bas ou l'avant-dernier quintile de richesse | 1,27* | 0,14 | 1,20 | 0,25 | 1,07 | 0,34 | 1,94** * | 0,37 | 0,72 | 0,21 |
| Résidence urbaine (RC=Non) | 1,14 | 0,20 | 1,96 | 0,82 | 0,43* | 0,15 | 1,60 | 0,53 | 1,03 | 0,32 |
| Enseignement formel (RC=Aucun) | | | | | | | | | | |
| Primaire | 0,85 | 0,14 | 0,93 | 0,34 | 0,78 | 0,40 | 0,95 | 0,26 | 0,85 | 0,29 |
| Secondaire ou Supérieur | 1,10 | 0,18 | 0,92 | 0,33 | 0,79 | 0,40 | 1,52 | 0,45 | 1,11 | 0,38 |
| Femme (RC=Non) | 1,02 | 0,12 | 0,79 | 0,20 | 1,46‡ | 0,32 | 0,76 | 0,18 | 1,44 | 0,42 |
| Regarde régulièrement la télévision (au moins une fois par semaine) | 1,07 | 0,13 | 0,75 | 0,18 | 1,11 | 0,23 | 2,42** * | 0,74 | 0,77 | 0,23 |
| Écoute régulièrement la radio (au moins une fois par semaine) | 1,05 | 0,10 | 0,67* | 0,13 | 1,18 | 0,20 | 1,35 | 0,27 | 1,10 | 0,28 |
| CIC | 0,23*** | | 0,33*** | | 0,13*** | | 0,28*** | | 0,09* | |
| Nombre d'observations | 5030 | | 1435 | | 1292 | | 1193 | | 1110 | |
| Notes : ‡ p<0,1 * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001. -- : pas de données, non inclus dans le modèle | | | | | | | | | | |
| ¹ L'analyse est limitée aux participants des ménages ayant au moins une moustiquaire - les participants des ménages sans moustiquaire sont exclus de l'analyse. | | | | | | | | | | |

3.6 Pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent

L'OMS recommande la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations (PID) comme principal outil de lutte antivectorielle. En général, la pulvérisation est effectuée une ou deux fois par an sur les murs des habitations dans les communautés ciblées. Par le passé, la PID s'est avérée une méthode efficace pour réduire la transmission du paludisme. Des recherches récentes ont également mis en évidence la nécessité de mesurer les comportements après l'application de l'insecticide, car les modifications apportées au logement, comme repeindre les murs, après l'application de l'insecticide peuvent en réduire l'efficacité. Si aucune modification post-pulvérisation n'est effectuée, l'insecticide reste généralement efficace pendant six mois. À l'heure actuelle, la RDC n'inclut pas la PID dans sa stratégie nationale de contrôle du paludisme. Cependant, d'autres organisations, ainsi que le PNLN, ont identifié dans le pays de futurs sites potentiels prometteurs en ce qui concerne la PID. Ainsi, le module de PID a été inclus dans l'ECP et pourrait très bien être inclus dans la prochaine stratégie nationale de lutte contre le paludisme en RDC.

3.6.1 Variables conceptuelles liées à l'acceptation de la PID

L'ECP a permis de recueillir des données sur les variables conceptuelles suivantes : connaissance de la PID, attitudes favorables à l'égard de la PID, perception de l'efficacité de la PID et perception de l'auto-efficacité à faire des gestes liés à la PID. Ces données peuvent aider à préparer la mise en œuvre potentielle future des campagnes de PID.

Sensibilisation à la PID

Moins de 10 % des personnes interrogées ont déclaré connaître l'existence d'un programme de PID dans leur communauté (tableau 3.6.1). La connaissance d'un programme est concentrée dans les milieux urbains, les résidents des milieux urbains représentant 83,34 % de toutes les personnes connaissant le programme. La sensibilisation semble également très concentrée dans la zone Ouest, puisque les personnes de cette zone représentent 75,19 % de tous ceux qui connaissent un programme de PID.

| Tableau 3.6.1 Pourcentage de personnes interrogées connaissant le programme de PID, ECP RDC 2021 | |
|--|---|
| Caractéristique | Connaissance du programme de PID dans leur communauté |
| Sexe | |
| Femme | 8,87 |
| Homme | 7,56 |
| Âge | |
| 15-24 ans | 6,01 |
| 25-34 ans | 8,48 |
| 35-44 ans | 9,48 |
| 45+ ans | 8,10 |

| | |
|---|-------------|
| Résidence | |
| Urbaine | 3,54 |
| Rurale | 10,95*** |
| Zone | |
| Nord | 5,06 |
| Ouest | 12,96** |
| Kasaï | 2,45 |
| Grand Est | 3,50 |
| Niveau d'instruction | |
| Aucun | 4,10 |
| Primaire | 3,99 |
| Secondaire/Supérieur | 9,77*** |
| Total (%) | 8,12 |
| Nombre d'observations | 7791 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 | |

Attitudes à l'égard de la PID :

Les attitudes individuelles envers la PID n'ont été recueillies qu'auprès des personnes ayant connaissance d'un programme de PID (n=358). Les attitudes favorables ont été évaluées au moyen de six éléments du questionnaire. Ces éléments comprenaient la conviction que les gens développent des problèmes de peau après avoir effectué la PID ; la conviction qu'on peut toucher sans danger le mur une fois que le spray a séché ; l'attitude selon laquelle les gens ont des problèmes d'insectes après la pulvérisation des murs ; l'accord sur le fait que les avantages de la PID valent la peine de déplacer les meubles hors de la maison pendant la pulvérisation, l'accord sur le fait que la personne n'est pas gênée de laisser ses biens à l'extérieur pendant que la maison est pulvérisée ; et l'accord sur le fait que la pulvérisation des murs ne cause aucun problème de santé pour les personnes vivant dans la maison. Lorsque ces éléments ont été combinés, les données ont montré que deux personnes sur trois avaient une attitude favorable envers la PID. Les répondants masculins sont significativement plus susceptibles d'avoir des attitudes favorables que les répondants féminins (88,89 %, contre 44,06 %, p < 0,001). Les personnes de moins de 24 ans (50,08 %) montrent des attitudes favorables à un taux significativement plus faible que les autres groupes d'âge (p < 0,05), et les personnes du Kasaï (41,66 %) sont moins susceptibles que les répondants des autres zones d'avoir des attitudes favorables envers la PID (p < 0,01). Le niveau d'instruction et le type de résidence n'ont pas donné lieu à des différences significatives entre les zones.

Perception de l'efficacité de la PID

La perception de l'efficacité de la PID a été évaluée au moyen de trois éléments parmi les personnes ayant connaissance d'un programme de PID. Les éléments abordés comprennent la conviction que la PID est un moyen efficace de prévenir le paludisme, la perception que les personnes vivant dans des maisons pulvérisées sont moins susceptibles que les autres d'être infectées par le paludisme et la conviction que la PID est un moyen efficace de tuer les moustiques. Une grande majorité des personnes interrogées

(81,38 %) ont indiqué une perception de l'efficacité de la PID (tableau 3.6.3). La perception de l'efficacité varie selon les zones - les personnes du Kasai ont rapporté une perception de l'efficacité significativement plus faible (58,51 %) par rapport aux zones Nord (85,00 %) et Ouest (82,58 %).

Perception de l'auto-efficacité concernant la PID

Les questions relatives à la perception de l'auto-efficacité du programme de PID ont été posées aux personnes connaissant le programme de PID. Environ trois personnes sur quatre (76,20 %) ont déclaré percevoir leur auto-efficacité à faire des gestes liés à la PID, notamment déplacer les meubles en vue de la pulvérisation et dormir dans la maison la nuit suivant la pulvérisation (tableau 3.6.4). Les personnes de la zone Nord (94,40 %) ont rapporté un niveau plus élevé de perception d'auto-efficacité par rapport aux autres zones. La perception de l'auto-efficacité est la moins répandue dans la zone du Kasai.

3.6.2 Volonté d'accepter la PID

La volonté d'accepter la PID est considérée comme une mesure de l'intention d'utiliser la PID si elle est disponible dans la communauté. À cet égard, il a été demandé à tous les participants s'ils étaient prêts à accepter la PID dans leur ménage. Les personnes qui n'avaient pas connaissance de l'existence d'un programme de PID ont d'abord reçu une brève description de ce programme, à savoir qu'il s'agit d'un programme pour pulvériser un insecticide sur les murs intérieurs d'une maison pour aider à protéger les ménages du paludisme. Parmi les personnes qui connaissent la PID, il existe une volonté générale (86,92 %) de l'accepter dans leur communauté et elle est presque universelle au sein des populations rurales (tableau 3.6.5). Environ 7 personnes sur 10 (69,90 %) qui n'avaient pas connaissance de la PID ont déclaré être prêtes à l'accepter si elle était disponible dans leur communauté. Des différences significatives ont été constatées en fonction du sexe et de l'instruction - au sein des deux groupes (sensibilisés ou non). Plus précisément, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de se déclarer prêts à accepter la PID. Parmi celles qui connaissent le programme, les personnes avec le niveau d'instruction le plus élevé sont les moins susceptibles d'avoir l'intention d'accepter la PID. En ce qui concerne les personnes qui n'avaient aucune connaissance préalable de la PID, celles qui n'ont pas d'instruction formelle sont moins susceptibles que les autres de se déclarer prêtes à accepter la PID si elle est introduite dans leur communauté.

Dans l'ensemble, l'acceptation de la PID est largement répandue parmi ceux qui connaissent le programme, ce qui suggère qu'une campagne de PID efficace est réalisable [19].

Tableau 3.6.5 Pourcentage de personnes interrogées prêtes à accepter la PID, ECP RDC 2021

| | Parmi ceux qui connaissent le programme | Volonté d'accepter la PID parmi les personnes qui ne connaissent pas le programme |
|-------------|---|---|
| Sexe | | |
| Femme | 81,49 | 68,26 |
| Homme | 93,11* | 72,11* |
| Âge | | |
| 15-24 ans | 77,47 | 66,04 |
| 25-34 ans | 93,12 | 68,90 |
| 35-44 ans | 82,83 | 71,18 |
| 45+ ans | 92,98 | 74,35 |

| | | |
|---|--------------|--------------|
| Résidence | | |
| Urbaine | 84,88 | 67,74 |
| Rurale | 97,14*** | 73,12 |
| Zone | | |
| Nord | 96,12 | 70,89 |
| Ouest | 85,97 | 72,55 |
| Kasaï | 89,46 | 65,90 |
| Grand Est | 81,53 | 66,08 |
| Niveau d'instruction | | |
| Aucun | 97,51 | 61,83** |
| Primaire | 94,95 | 71,76 |
| Secondaire/Supérieur | 85,49** | 70,34 |
| Total (%) | 86,92 | 69,90 |
| Nombre d'observations | 358 | 7432 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 | | |

3.6.3 Couverture de la PID

La PID ne fait actuellement pas partie de la stratégie nationale de lutte contre le paludisme, il n'est donc pas surprenant d'apprendre que la couverture de la PID est faible dans tout le pays. Moins de 100 ménages ont déclaré avoir été approchés pour la PID au cours des 12 mois précédant l'enquête. Cela représente moins de 1 % (0,80 %) des ménages interrogés (tableau 3.6.6). Les ménages approchés étaient principalement situés dans les milieux urbains de la zone Ouest. Moins de la moitié (40,60 %) des ménages interrogés ont déclaré que leurs foyers avaient été pulvérisés. Les principales raisons pour lesquelles les ménages n'ont pas été pulvérisés sont les suivantes : l'équipe de pulvérisation n'est pas venue à la maison comme prévu (25,42 %), et aucun membre du ménage n'était présent à la maison et la pulvérisation n'a donc pas pu avoir lieu (27,35 %). Il a également été signalé à plusieurs reprises qu'on avait demandé au ménage de payer la PID et qu'il n'avait pas l'argent pour le faire.

Après la pulvérisation, 42 des 93 ménages pulvérisés ont déclaré que leurs murs avaient été repeints, replâtrés ou lavés. Ces modifications peuvent atténuer l'efficacité de l'insecticide sur les murs.

3.7 Consommation des médias et exposition aux messages

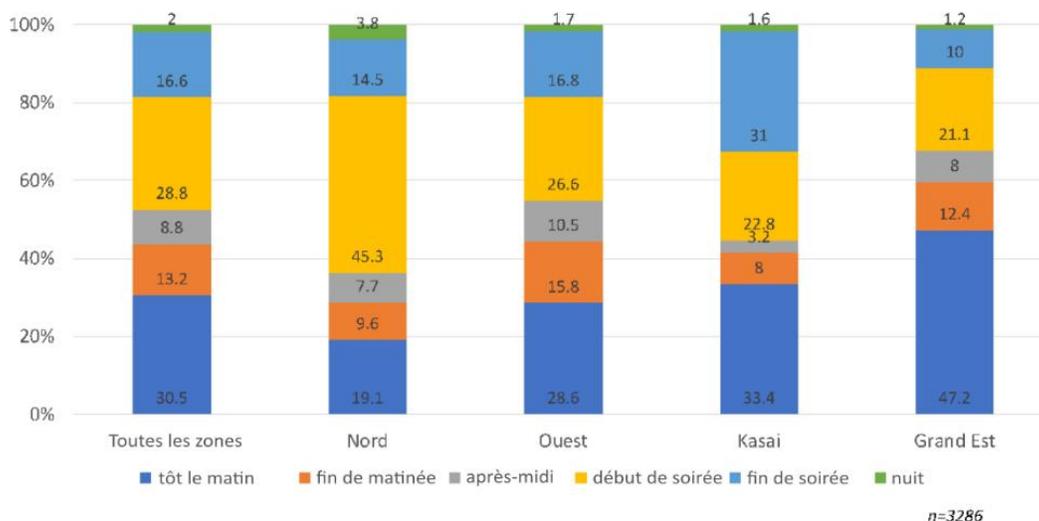
3.7.1 Habitudes d'écoute radio

Si l'on considère que moins de la moitié des ménages possèdent une radio, il n'est pas surprenant que seulement 47,96 % des hommes et des femmes interrogés écoutent la radio régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par semaine (tableau 3.7.1). C'est la proportion d'hommes et de femmes qui peuvent potentiellement être touchés par un programme diffusé à la radio. Le pourcentage qui peut potentiellement être touché par la radio est plus faible dans les zones Kasaï (37,34 %) et Grand Est (40,12 %) par rapport aux zones Nord (46,81 %) et Ouest (54,79 %). Il y a un écart prononcé dans l'exposition régulière à la radio entre les hommes (62,31 %) et les femmes (37,20 %). Le pourcentage de personnes déclarant écouter régulièrement la radio augmente régulièrement avec le niveau d'instruction, est plus élevé dans les milieux urbains que dans les milieux ruraux et est plus faible chez les jeunes que chez leurs aînés. Les variations sociodémographiques de la portée potentielle de la radio sont

relativement similaires d'une zone à l'autre et reflètent généralement ce que les tendances nationales indiquent. La seule exception est la zone Ouest où l'écoute régulière de la radio est plus fréquente dans les milieux ruraux (62,21 %) que dans les milieux urbains (52,73 %).

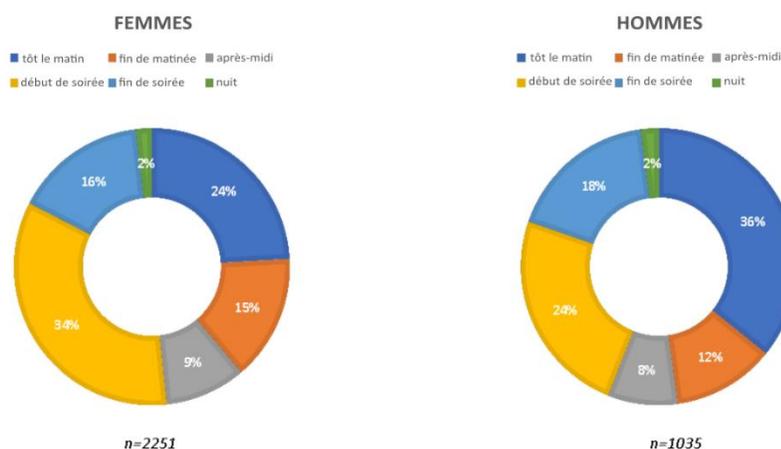
Les données ont montré que l'absence de radio dans le ménage n'est pas le seul facteur limitant la portée potentielle de la radio : même parmi les hommes et les femmes des ménages disposant d'une radio, seuls environ deux tiers (68,16 %) ont déclaré écouter régulièrement la radio (tableau 3.7.1). Les groupes les moins susceptibles de déclarer une écoute régulière de la radio, même si leur ménage en possède une, sont les résidents de la zone Grand Est (59,32 %), les femmes (55,92 %), les personnes sans instruction formelle (47,74 %) et les jeunes (57,59 %).

Figure 3.7.1 : Heures d'écoute radio préférées, par zone ; RDC 2021



Dans l'ensemble, le moment préféré pour écouter la radio est généralement tôt le matin (avant 8h) ou en début de soirée (entre 16h et 20h). En revanche, relativement peu de personnes écoutent la radio la nuit (après minuit) ou l'après-midi (entre 12h et 16 heures). Les données ont révélé des différences significatives par zone en ce qui concerne le moment préféré pour écouter la radio. Par rapport aux autres zones, les habitants de la région Nord sont proportionnellement plus nombreux à préférer le début de soirée pour écouter la radio (figure 3.7.1). La fin de soirée est plus souvent privilégiée dans la zone du Kasaï qu'ailleurs. Par ailleurs, près de la moitié des personnes de la zone Grand Est préfèrent écouter la radio tôt le matin, contre un tiers ou moins dans les autres zones. Dans l'ensemble, il existe des différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne le moment préféré pour écouter la radio (figure 3.7.2). Le moment préféré des femmes est le début de soirée, tandis que celui des hommes est le début de matinée.

Figure 3.7.2 : Heures d'écoute radio préférées, par sexe ; RDC 2021



En outre, il y a des différences dans les moments préférés selon le groupe d'âge, le type de lieu de résidence et le niveau d'instruction ([tableau 3.7.2](#)). Par exemple, il est plus probable que l'on préfère le matin dans les milieux urbains (34,14 %) que dans les milieux ruraux (23,06 %). En revanche, proportionnellement plus de personnes du milieu rural (45,32 %) que du milieu urbain (20,86 %) ont déclaré une préférence pour le début de soirée. Les deux types de lieu de résidence diffèrent également en termes de préférence pour l'après-midi. En ce qui concerne les différences par groupe d'âge, les données ont montré une préférence moins courante pour l'écoute de la radio tôt le matin chez les jeunes par rapport aux autres groupes d'âge. La tendance des différences sociodémographiques dans les heures d'écoute radio préférées est similaire dans chacune des zones à ce que nous avons observé dans l'échantillon combiné ([tableaux 3.7.2A - 3.7.2D](#)).

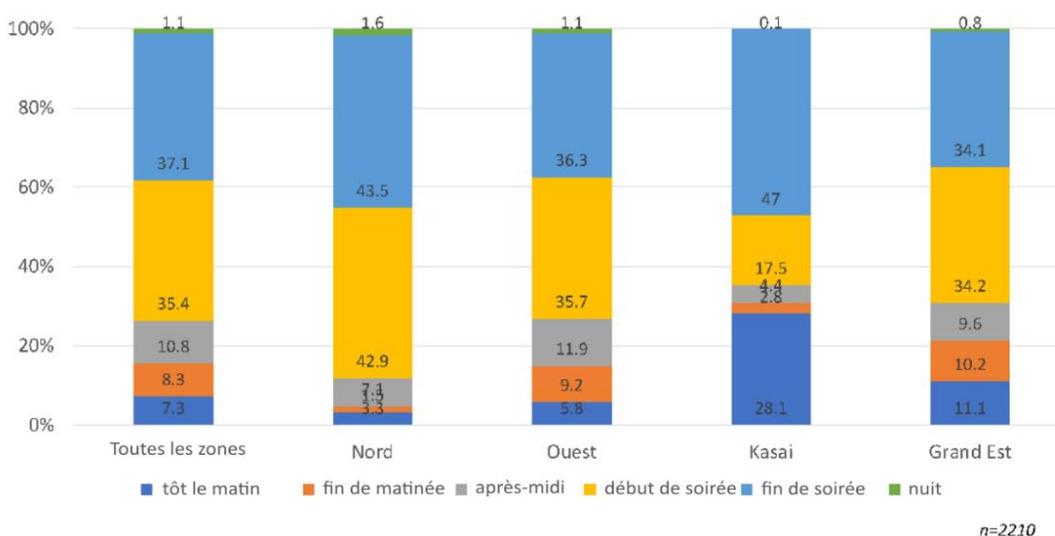
Habitudes de visionnage de la télévision

Dans l'ensemble, seuls 44,66 % des hommes et des femmes des zones d'étude ont déclaré regarder la télévision régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par semaine ([tableau 3.7.3](#)). En d'autres termes, si nous utilisons la télévision pour diffuser des messages, nous pourrions nous attendre à atteindre moins de la moitié de la population adulte. Cet indicateur de portée potentielle varie significativement par zone, de 13,59 % dans le Kasaï à 67,25 % dans la zone Ouest. L'indicateur ne varie pas de manière significative selon le sexe ou le groupe d'âge, mais il y a de nettes différences selon le niveau d'instruction : 12,37 % chez ceux qui n'ont pas d'instruction formelle, contre 24,15 % chez ceux qui ont une instruction primaire et 54,11 % chez ceux qui ont une instruction post-primaire. Il existe également un écart important entre les milieux urbains (64,24 %) et ruraux (13,05 %). Les différences sociodémographiques dans le visionnage de la télévision reflètent ce que nous avons observé au niveau national ([tableau 3.7.3](#)).

Lorsque les analyses se limitent aux ménages disposant d'une TV, les données ont révélé que le fait de ne pas posséder de TV est la principale raison pour laquelle la plupart des personnes ne regardent pas la télévision régulièrement. Parmi les hommes et les femmes vivant dans des ménages équipés d'une

télévision, la majorité (87,95 %) a déclaré regarder régulièrement la télévision. Il existe néanmoins des différences significatives selon les zones : même lorsque le ménage possède une TV, les hommes et les femmes des zones Nord (70,78 %) et Kasai (71,89 %) sont moins nombreux que leurs pairs des zones Ouest (90,95 %) et Grand Est (85,01 %) à déclarer regarder régulièrement la télévision. Il y a un léger écart entre les hommes (85,60 %) et les femmes (89,66 %). Des différences significatives ont également été constatées en fonction du niveau d'instruction (augmentation progressive avec le niveau d'instruction), du groupe d'âge (plus faible dans le groupe des 45 ans ou plus par rapport aux jeunes) et du lieu de résidence (considérablement plus faible dans les milieux ruraux).

Figure 3.7.3 : Heures de visionnage TV préférées, par zone ; RDC 2021

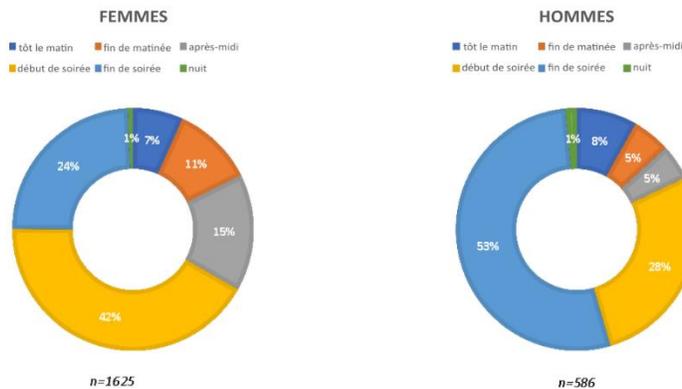


Comme le montre la figure 3.7.3, la plupart des personnes interrogées préfèrent regarder la télévision en début de soirée (de 16h à 20h) ou en fin de soirée (de 20h à minuit). En revanche, peu de personnes regardent la télévision tôt le matin ou pendant la nuit. Il y a des différences significatives dans les moments préférés entre les zones. Par exemple, il est plus probable que l'on préfère le début de soirée dans la zone Nord que dans les autres zones. De même, la fin de soirée et la nuit ont été plus souvent mentionnées dans la zone du Kasai que dans les autres zones. On observe également des différences significatives selon le sexe (figure 3.7.4), le type de lieu de résidence et le groupe d'âge (tableau 3.7.4). Les femmes, par rapport aux hommes, sont plus susceptibles de déclarer une préférence pour les tranches horaires de fin de matinée et d'après-midi. Par rapport à leurs homologues en milieux urbains, les résidents des milieux ruraux sont plus susceptibles de déclarer une préférence pour le début de soirée et moins susceptibles de préférer le matin.

Dans chaque zone, les heures préférées pour regarder la télévision varient selon le sexe, la tranche d'âge, le lieu de résidence (tableaux 3.7.4A - 3.7.4D). Par exemple, dans la zone Nord, les femmes (34,03 %) sont moins susceptibles que les hommes (54,55 %) de préférer la fin de soirée pour regarder la télévision, tandis que les hommes sont moins susceptibles de préférer le début de soirée. Dans cette même zone, les jeunes sont plus susceptibles de préférer l'après-midi et le début de soirée et moins susceptibles

d'exprimer une préférence pour la fin de soirée par rapport aux autres groupes d'âge ([tableau 3.7.4A](#)). De même, dans la zone Ouest, la préférence pour la fin de soirée est plus fréquente chez les hommes (53,91 %) que chez les femmes (23,02 %), tandis que les résidents des milieux ruraux sont plus susceptibles que leurs homologues des milieux urbains de préférer le début de soirée ([tableau 3.7.4B](#)).

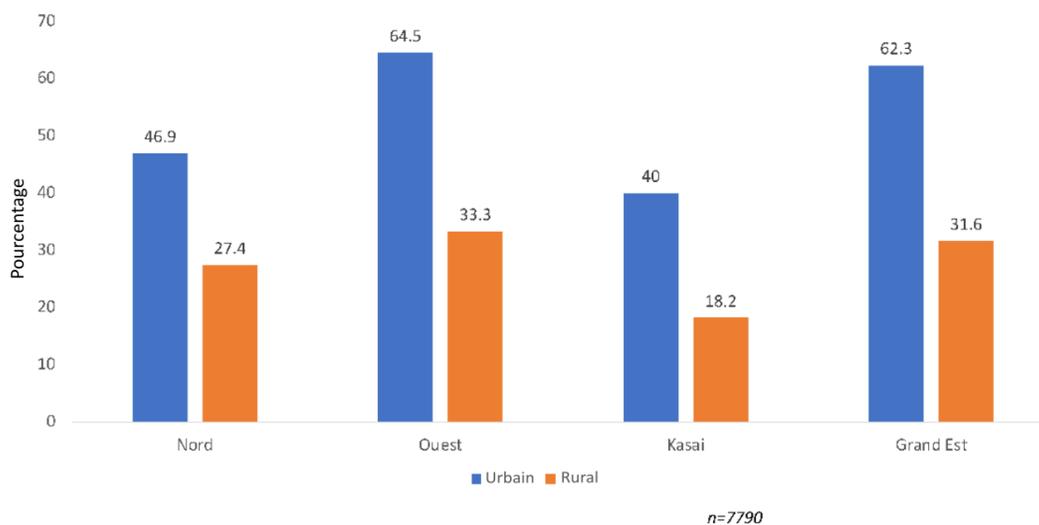
Figure 3.7.4 : Heures de visionnage TV préférées, par sexe ; RDC 2021



Possession d'un téléphone portable et accès à des médias spécifiques

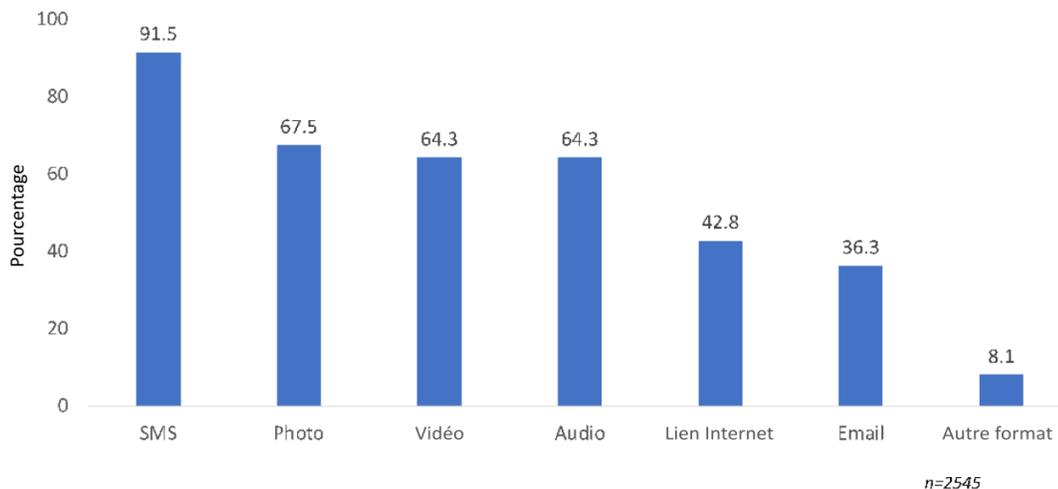
La possession d'un téléphone portable n'est pas universelle dans la population étudiée. Moins de la moitié (47,61 %) des hommes et des femmes interrogés ont déclaré posséder un téléphone portable personnel ou une tablette. La possession d'un téléphone portable varie considérablement selon la zone : 35,88 % dans le Nord, 57,60 % dans l'Ouest, 27,25 % dans le Kasai et 48,81 % dans le Grand Est ([tableau 3.7.5](#)). En outre, dans chaque zone, les femmes sont moins susceptibles que les hommes et les personnes sans instruction moins susceptibles que leurs homologues instruits de posséder un téléphone portable. En outre, la possession d'un téléphone portable varie selon le groupe d'âge dans toutes les régions, les jeunes étant moins susceptibles d'en posséder que les groupes d'âge plus âgés. Il y a également des différences significatives dans la possession de téléphone entre les milieux urbains et ruraux dans chaque région.

Figure 3.7.5 : Possession de téléphone portable personnel, par milieu de résidence ; RDC 2021



La majorité (91,47 %) des téléphones portables existants peuvent recevoir des SMS ou des messages texte (figure 3.7.6). Environ deux tiers des téléphones portables peuvent recevoir des photos, des vidéos ou des fichiers audios. Moins de la moitié d'entre eux peuvent recevoir des liens internet, tandis qu'un tiers seulement peuvent recevoir des emails. Les capacités des téléphones portables varient selon les zones, notamment en ce qui concerne la possibilité de recevoir des emails et des liens Internet cliquables. Ces deux fonctions sont moins susceptibles d'être présentes dans les téléphones portables possédés dans les zones Kasai et Nord par rapport à Ouest et Grand Est ([tableau 3.7.5B](#)).

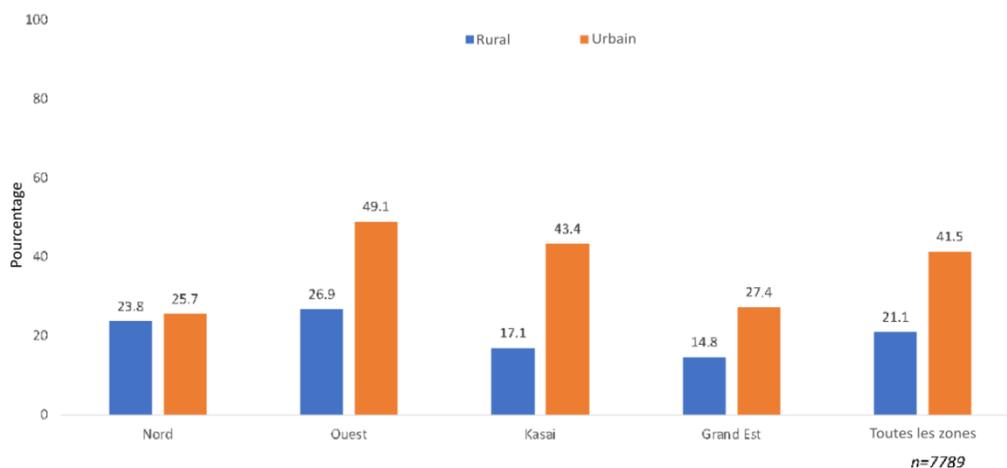
Figure 3.7.6 : Pourcentage d'hommes et de femmes dont le téléphone peut recevoir des formats spécifiques ; RDC 2021



Exposition à des messages sur le paludisme

Environ un tiers seulement (33,69 %) des personnes interrogées ont déclaré avoir été exposées à un message relatif au paludisme, quelle que soit la source, au cours des douze derniers mois. Il existe des différences par zone et par lieu de résidence (figure 3.7.7). Plus précisément, l'exposition aux messages relatifs au paludisme est significativement plus fréquente dans les zones Ouest et Kasai que dans les zones Nord et Grand Est. En outre, dans toutes les zones, à l'exception du Nord, l'exposition est plus élevée dans les milieux urbains que dans les milieux ruraux. Dans les zones Ouest et Kasai, l'exposition augmente avec le niveau d'instruction ([tableau 3.7.6](#)). Dans la zone Nord, l'exposition est plus élevée pour les personnes ayant suivi un enseignement post-primaire que pour celles ayant un niveau d'instruction inférieur. Dans le Grand Est, l'exposition est plus faible chez les personnes sans instruction que chez leurs pairs ayant une quelconque instruction. Il n'y avait pas de différence entre les hommes et les femmes dans les zones Nord et Grand Est alors que proportionnellement plus d'hommes que de femmes ont été exposés à ces messages dans les zones Ouest et Kasai. Les données n'ont montré des différences significatives entre les groupes d'âge que dans l'Ouest, où les jeunes ont déclaré un niveau d'exposition plus faible que leurs pairs plus âgés.

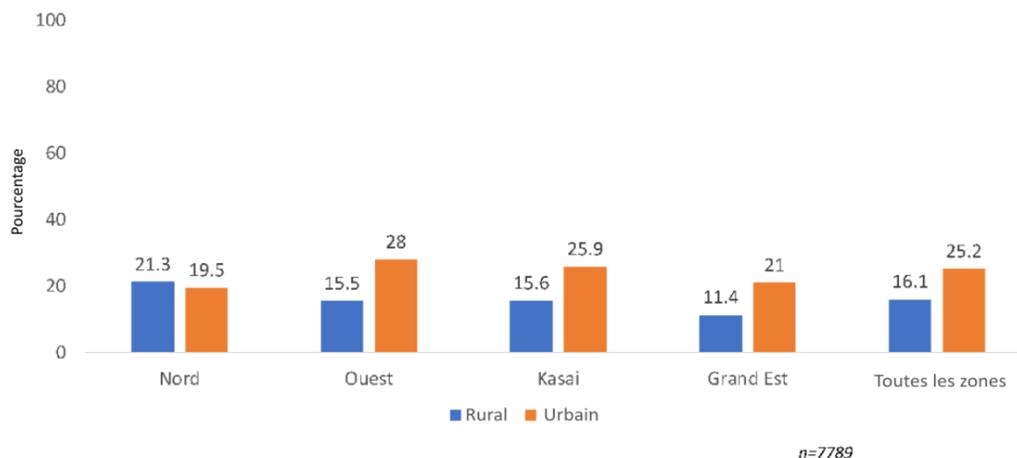
Figure 3.7.7 : Pourcentage d'hommes et de femmes qui ont indiqué une exposition à des messages sur le paludisme au cours des six derniers mois, par zone et milieu de résidence ; RDC 2021



Environ un cinquième (21,85 %) des hommes et des femmes se sont souvenu correctement du slogan de la récente campagne du PNL (Je m'engage, zéro cas de palu dans mon ménage). Le souvenir du slogan varie par zone et par lieu de résidence (figure 3.7.8). Le souvenir est apparu plus faible dans la zone Grand Est que dans la zone Ouest. En outre, à l'exception de la zone Nord, les résidents urbains ont été plus susceptibles que leurs homologues ruraux de se souvenir du slogan.

Dans l'ensemble, parmi les personnes qui ont été exposées à des messages sur le paludisme au cours des six derniers mois, les messages les plus susceptibles d'être retenus sont de loin ceux relatifs aux moustiquaires (88,29 %), notamment sur l'importance d'utiliser des moustiquaires, comment installer des moustiquaires, où obtenir des moustiquaires gratuites et comment utiliser des moustiquaires. Environ un cinquième (20,21 %) des personnes exposées aux messages sur le paludisme se sont souvenu des messages sur l'importance du traitement de la fièvre en établissement, tandis qu'environ un sixième s'est souvenu des messages sur la CPN (16,66 %) ou sur le TPIg (16,96 %). Relativement peu de personnes s'est souvenu d'avoir été exposées à des messages sur le TDR, les traitements CTA gratuits ou la CPS.

Figure 3.7.8 : Pourcentage d'hommes et de femmes qui se sont souvenu du slogan de la campagne de prévention du paludisme, par zone et milieu de résidence ; RDC 2021

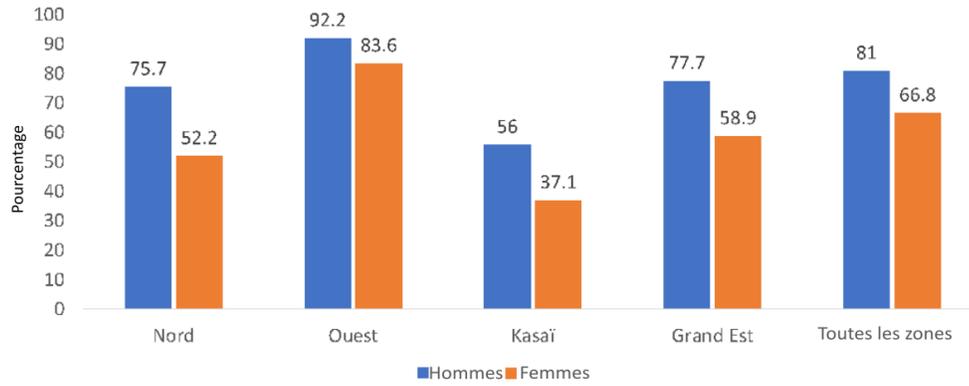


Il y a quelques différences dans le souvenir des messages entre les zones. Si les messages relatifs aux moustiquaires ont été retenus par la majorité des personnes interrogées dans chacune des quatre zones, il existe des différences entre les zones en ce qui concerne le souvenir d'autres catégories de messages. Par exemple, par rapport au Nord et au Kasai, les messages relatifs à la CPN, au TPIg et au traitement en établissement étaient moins susceptibles d'être retenus dans les zones Ouest et Grand Est. De plus, les messages concernant les TDR étaient plus susceptibles d'être retenus dans la zone Nord que dans les autres zones.

Portée potentielle grâce à une combinaison de médias

Compte tenu des proportions de la population étudiée qui sont exposées à la radio, à la télévision ou qui possèdent un téléphone personnel ou une tablette, les données indiquent qu'environ sept dixièmes de la population (72,94 %) peuvent être touchés par une stratégie combinant la radio, la télévision et la technologie mobile de base. La portée potentielle d'une telle stratégie globale varie selon la zone, le sexe et la résidence en milieu urbain. Comme le montrent les données présentées dans la figure 3.7.9, la portée potentielle est plus élevée dans la zone Ouest que dans les autres zones. Dans chaque zone, la stratégie combinée est susceptible de toucher plus d'hommes que de femmes. En outre, dans chaque zone, la portée potentielle est plus faible dans les milieux ruraux que dans les milieux urbains. La proportion de résidents ruraux qui peuvent potentiellement être touchés est de 56,68 % dans la zone Nord, 71,55 % dans la zone Ouest, 32,26 % dans la zone Kasai et 46,89 % dans le Grand Est. En revanche, 73,39 % des résidents urbains de la zone Nord, 91,69 % de la zone Ouest, 65,08 % de la zone Kasai et 84,69 % du Grand Est peuvent potentiellement être touchés par une stratégie combinée.

Figure 3.7.9 : Pourcentage d'hommes et de femmes pouvant potentiellement être atteints en combinant radio, télévision et technologie téléphonique de base, par sexe



n=7807

4 Conclusions et recommandations

4.1. Variables conceptuelles transversales

4.1.1 Résumé des conclusions

- **La connaissance** de différents aspects du paludisme a donné des résultats variables : Plus de huit personnes sur dix ont cité la fièvre comme le principal symptôme du paludisme, les personnes du Kasai étant plus susceptibles de l'identifier correctement que celles des autres zones. Cependant, moins de la moitié des personnes interrogées ont correctement identifié une piqûre de moustique comme étant la seule cause du paludisme. Les personnes de la zone du Kasai sont moins susceptibles de déclarer correctement cette connaissance que celles de la zone Ouest.
- Près de 6 personnes sur 10 **perçoivent la sensibilité** au paludisme, c'est-à-dire qu'ils ont une perception du risque de contracter le paludisme. Les hommes ont été plus susceptibles de déclarer une perception de sensibilité. Plus de 70 % des personnes interrogées au Kasai ont déclaré qu'elles percevaient une sensibilité et l'ont déclaré significativement plus souvent que dans les autres zones. Ces résultats correspondent aux données de prévalence des cas des études précédentes - la zone du Kasai, par exemple, englobe les provinces qui ont récemment connu les taux de prévalence les plus élevés du pays. En revanche, la zone Ouest, qui comprend Kinshasa, a connu des taux de prévalence de cas faibles par rapport au reste du pays. Les résidents ruraux sont significativement plus susceptibles que les résidents urbains de déclarer une perception de la sensibilité.
- Moins de 4 personnes sur 10 ont une **perception de la gravité** du paludisme. Les résidents du Kasai sont significativement moins susceptibles d'avoir une perception de la gravité du paludisme que les résidents des autres zones. Il y a des différences selon le lieu de résidence dans la zone Ouest, les répondants vivant dans les milieux urbains étant plus susceptibles que leurs homologues des milieux ruraux d'avoir une perception de la gravité du paludisme. Les hommes des zones Nord et Kasai sont plus susceptibles que les femmes de percevoir la gravité.
- La **communication entre conjoints** sur le paludisme au cours des six derniers mois est modérée, à environ 31 %. Les hommes mariés ont été plus susceptibles que les femmes mariées de déclarer avoir discuté du paludisme avec leur conjoint au cours des six mois précédents, et les participants de Grand Est ont été moins susceptibles de déclarer une communication entre conjoints par rapport aux autres zones.
- Trois personnes sur quatre ont une **perception** générale favorable **à l'égard des professionnels de la santé**, ce qui indique qu'il existe une croyance générale selon laquelle les professionnels de la santé traitent leurs patients avec respect. Dans la zone Nord, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir ces perceptions, mais aucune différence significative entre zone n'a été constatée.
- L'analyse a révélé un soutien quasi universel pour les **normes de genre égalitaires** concernant les comportements liés au paludisme.

4.2. Prise en charge des cas

4.2.1 Résumé des conclusions

- La **connaissance** du moment recommandé pour consulter n'est que modérément élevée : seule la moitié environ des personnes interrogées ont déclaré qu'il fallait consulter immédiatement ou le jour même de l'apparition de la fièvre. Plus de 85 % des personnes interrogées pensent qu'une prise de sang pour un test de dépistage du paludisme est le meilleur moyen de savoir si quelqu'un

a le paludisme, et moins de la moitié (48,66 %) ont indiqué savoir que la CTA est un traitement efficace du paludisme. Ces deux indicateurs de connaissance varient selon les zones. La connaissance de la CTA comme traitement efficace du paludisme est plus répandue chez les hommes, les résidents urbains et les personnes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur par rapport aux femmes, aux résidents ruraux et aux personnes ayant un niveau d'instruction primaire ou inférieur, respectivement.

- Deux tiers des personnes interrogées ont déclaré avoir des **attitudes** positives à l'égard de la sollicitation de soins et du traitement ; ces attitudes sont moins courantes dans la zone du Kasai que dans les autres zones.
- Six personnes sur dix pensent que le **test de dépistage du paludisme est une méthode de diagnostic efficace**. Il existe des différences significatives entre les milieux urbains et ruraux. Environ la moitié des personnes interrogées ont une **perception de l'efficacité du traitement contre le paludisme**. Pour ces deux indicateurs de croyance en l'efficacité, le Kasai est en retard par rapport aux autres zones.
- Environ la moitié des personnes interrogées pensent que la sollicitation rapide de soins pour les enfants ayant de la fièvre est la **norme** dans leur communauté. Cette perception varie considérablement selon les zones (Nord : 73,64 % ; Grand Est : 44,03%). Des taux similaires soutiennent une norme communautaire selon laquelle les enfants de la communauté qui sont emmenés dans un établissement de santé passent un test de dépistage du paludisme. La norme injonctive concernant la sollicitation rapide de soins (la conviction que les gens de leur communauté soutiendraient leur décision d'emmener rapidement leur enfant fébrile dans un établissement) a été rapportée par environ la moitié des personnes interrogées. Ces trois indicateurs de normes sociales sont plus faibles dans les zones Kasai et Grand Est par rapport aux zones Nord et Ouest, et la norme injonctive est significativement plus faible dans les milieux urbains par rapport aux milieux ruraux.
- Alors que la majorité des personnes interrogées sont d'accord pour dire que les établissements de santé **disposent de kits de diagnostic du paludisme** et de médicaments pour gérer les cas de paludisme chez les enfants, plus des trois quarts des personnes pensent également que les **agents de l'établissement les feraient payer pour faire tester ou traiter** leurs enfants fébriles.
- Les hommes sont significativement plus susceptibles d'indiquer **une participation aux décisions concernant la prise en charge du cas d'un enfant**. Moins de la moitié des femmes ont déclaré avoir participé à la décision d'emmener un enfant fébrile dans un établissement, d'acheter des médicaments pour cet enfant ou de décider de ce qu'elles doivent faire si elles sont elles-mêmes malades. Les données ont montré que les femmes de la zone Kasai sont plus susceptibles d'être marginalisées dans les décisions concernant la gestion du cas d'un enfant par rapport à leurs pairs des autres zones.
- **Les soins ont été sollicités rapidement** (c'est-à-dire le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre) pour 49 % des enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête, sans différence significative selon la zone. Si l'on considère que les soins ont été sollicités dans un établissement de santé et rapidement (c'est-à-dire des soins appropriés), c'est le cas pour environ quatre enfants sur dix. Les soins appropriés sont significativement plus probables pour les enfants de la zone Nord par rapport aux autres zones et sont moins probables pour les enfants âgés de 36 à 59 mois par rapport aux autres enfants de moins de cinq ans.
- Les **tests de dépistage du paludisme** chez les enfants fébriles amenés dans un établissement varient considérablement selon la zone. Alors que plus de 70 % des enfants de moins de cinq ans ayant de la fièvre et amenés dans un centre de santé de l'Ouest et du Kasai ont été testés pour le paludisme, seulement 50 % des enfants du Grand Est ont été testés. Environ 9 enfants sur 10 qui

ont été testés ont reçu un résultat positif, sans différence significative en fonction des caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées. Moins de la moitié des enfants dont le paludisme a été confirmé ont reçu une CTA. Recevoir la CTA et recevoir la CTA rapidement est plus probable dans la zone Nord que dans les autres zones. Les enfants dont la mère n'a pas terminé l'école primaire ont moins de chances de recevoir la CTA.

- Les résultats du modèle de régression logistique ont révélé plusieurs variables conceptuelles associées positivement à la sollicitation rapide de soins pour un enfant fébrile et dans un établissement de santé, notamment la connaissance du fait que les soins doivent être sollicités immédiatement ou le jour même de l'apparition de la fièvre chez un enfant, la communication avec le conjoint et la perception que les agents des établissements de santé traitent les patients avec respect. La perception que les travailleurs de l'établissement font payer le traitement aux parents réduit de 33 % les chances que l'enfant reçoive des soins appropriés. Les soins appropriés sont moins susceptibles d'être dispensés dans la zone du Kasai que dans celle du Nord. Enfin, les enfants fébriles âgés de 36 mois et plus ont 43 % de chances en moins d'être emmenés rapidement dans un établissement de santé ou chez un ASC pour être soignés, par rapport aux enfants de moins de 12 mois.

4.2.2 Recommandations pour les programmes et politiques de CSC

- **La sollicitation rapide de soins dans un établissement de santé ou auprès d'un agent de santé communautaire pour les enfants ayant de la fièvre reste inacceptablement faible** et des efforts appropriés sont nécessaires pour promouvoir ce comportement dans toutes les zones du pays. Pour augmenter ce comportement de sollicitation de soins appropriés, les interventions conçues globalement pour renforcer les connaissances sur le moment idéal de la sollicitation de soins et la communication entre conjoints sur le paludisme sont pertinentes. Les interventions doivent également renforcer les compétences en communication interpersonnelle des agents de santé et informer la population qu'elle peut s'attendre à un traitement respectueux de la part des agents de santé. Les efforts pour promouvoir ce comportement sont particulièrement pertinents dans la zone du Kasai.
- **La perception que les parents doivent payer le traitement contre le paludisme dans un établissement de santé ou auprès d'un agent de santé communautaire pour les enfants de moins de cinq ans est un obstacle à la sollicitation rapide de soins.** Il est important que le PNLP et ses partenaires examinent précisément cette préoccupation concernant les frais liés aux soins, clarifient ce qui est censé être payant et ce qui devrait être gratuit, et communiquent clairement ces informations aux clients. Un panneau visible dans la structure sanitaire indiquant le coût des services peut contribuer à informer les clients et à responsabiliser les prestataires de soins.
- **La sollicitation rapide de soins dans un établissement de santé ou auprès d'un ASC est moins fréquente chez les enfants de deux ans et plus** que chez les enfants plus jeunes. Il est possible que la perception par les parents de la gravité du paludisme chez leur enfant dépende de l'âge de ce dernier. Il est possible qu'au moment où l'enfant atteint son deuxième anniversaire, les parents aient réussi à gérer plusieurs épisodes de fièvre chez l'enfant et qu'ils ne considèrent pas la fièvre comme un signal d'alerte. Étant donné que le paludisme est potentiellement grave pour les enfants de moins de cinq ans, quel que soit leur âge ou leur expérience antérieure avec le paludisme, les messages qui soulignent l'importance d'une sollicitation rapide de soins dans un établissement de santé ou auprès d'un ASC pour tous les enfants ayant de la fièvre, quel que soit leur âge, sont pertinents.
- **De nombreux enfants emmenés dans un centre de santé n'auraient pas passé de test de dépistage du paludisme.** Bien que les réponses des personnes en charge d'enfants aient pu être

affectées par des trous de mémoire, le faible niveau de diagnostique indique des problèmes possibles du côté de la fourniture des soins, notamment des ruptures de stock des kits de dépistage, l'attitude des prestataires et leur formation. Il est nécessaire d'identifier et de traiter rapidement les facteurs liés à la fourniture qui empêchent de tester systématiquement les enfants ayant de la fièvre.

4.3. Paludisme pendant la grossesse

4.3.1 Résumé des conclusions

Voici les principales conclusions de l'enquête :

- La **connaissance** des pratiques recommandées en matière de soins prénatals et de TPIg est généralement faible : seule la moitié des personnes interrogées savent qu'une femme doit commencer les soins prénatals au cours du premier trimestre de la grossesse ou dès qu'elle soupçonne qu'elle est enceinte ; un peu plus de la moitié des personnes interrogées ont indiqué la connaissance du nombre recommandé de CPN tandis que moins de la moitié sait qu'une femme enceinte doit recevoir au moins trois doses de SP pendant la grossesse. Les connaissances en matière de CPN et de TPIg varient significativement d'une zone à l'autre et est plus faible dans le Grand Est et plus élevée dans l'Ouest par rapport aux autres zones. Il y a également des différences selon le sexe, l'instruction et le lieu de résidence.
- Les **attitudes** positives envers la CPN et le TPIg ne sont que modérément courantes et moins répandues dans le Grand Est que dans les autres zones.
- La **gravité du paludisme pendant la grossesse** est en général largement perçue dans la population étudiée, mais moins dans le Grand Est qu'ailleurs.
- La plupart des personnes interrogées pensent que les **CPN et le TPIg sont des interventions efficaces** pour garantir une grossesse sans risque. De même, la majorité des personnes interrogées ont **confiance dans leur capacité à obtenir ou à aider leurs partenaires féminines à obtenir des services adéquats de CPN et de TPIg**. Pour ces deux indicateurs de croyance en l'efficacité, le Grand Est est en retard par rapport aux autres zones.
- Environ deux tiers des personnes interrogées pensent que la participation à au moins quatre CPN est la **norme** dans leur communauté, tandis qu'un peu plus de la moitié pense que l'obtention d'au moins trois doses de SP pendant la grossesse est la norme dans leur communauté. La norme injonctive sur la SP (la conviction que les gens de leur communauté soutiendraient leur décision d'obtenir la SP pendant la grossesse) a été rapportée par environ la moitié des personnes interrogées. Ces trois indicateurs de normes sociales sont plus faibles dans les zones Kasai et Grand Est par rapport aux zones Nord et Ouest.
- Alors que la majorité des personnes interrogées sont d'accord pour dire que les **prestataires de services de santé traitent généralement les femmes enceintes avec respect**, un peu plus d'un tiers pense que les prestataires **font payer les femmes enceintes pour la SP**. La croyance selon laquelle les femmes enceintes doivent payer pour la SP est plus courante au Kasai qu'ailleurs.
- Seule la moitié environ des personnes interrogées ont déclaré qu'elles avaient **discuté d'assister aux CPN** avec leur conjoint. Cet indicateur est significativement plus faible dans les zones Kasai et Grand Est par rapport aux zones Nord et Ouest.
- Les hommes sont significativement plus susceptibles d'indiquer une **participation aux décisions concernant la fréquentation des CPN** que les femmes. Les données ont montré que les femmes des zones Nord et Kasai sont plus susceptibles d'être marginalisées dans les décisions concernant la fréquentation de la CPN par rapport à leurs pairs des zones Ouest et Grand Est.

- Environ neuf dixièmes des femmes qui ont été enceintes au cours des deux dernières années **ont assisté à une CPN** au moins une fois, mais seulement deux tiers des femmes ont assisté à quatre CPN, comme le recommandent les autorités sanitaires de la RDC. Les femmes des zones Kasai et Grand Est sont moins susceptibles que celles de la zone Ouest d'avoir fait le nombre recommandé de CPN. Le fait d'assister au nombre recommandé de CPN est également plus fréquent dans les milieux urbains que dans les milieux ruraux et chez les femmes ayant reçu une instruction post-primaire par rapport à leurs homologues analphabètes ou ayant reçu une instruction primaire. En outre, la première CPN a eu lieu au cours du premier trimestre pour seulement un tiers des femmes. Effectuer la première CPN au cours du premier trimestre de la grossesse est moins fréquent dans la zone Nord et plus élevé dans la zone Kasai par rapport aux autres zones.
- Quatre femmes sur cinq ont reçu **au moins une dose de SP** pendant la grossesse, mais seulement deux sur cinq ont reçu les trois doses recommandées.
- Alors que pratiquement toutes les femmes qui désirent un autre enfant dans les deux prochaines années **ont l'intention d'assister aux CPN**, seule la moitié d'entre elles environ ont indiqué qu'elles se rendraient à leur première CPN au cours du premier trimestre de leur grossesse. L'intention d'une CPN précoce est plus fréquente dans l'Ouest et moins fréquente dans le Nord par rapport aux autres zones. Les femmes des milieux urbains sont également plus susceptibles que leurs homologues des milieux ruraux d'exprimer l'intention d'une fréquentation des CPN précoce.
- Les résultats du modèle de régression logistique multiniveau révèlent que, globalement, les **variables conceptuelles associées à l'intention d'une fréquentation précoce des CPN** sont des connaissances approfondies sur la CPN et le TPIg, la conviction que les femmes doivent se sentir à l'aise pour parler de la CPN avec leur conjoint, des attitudes positives envers la CPN et le TPIg, et la perception d'auto-efficacité à obtenir le TPIg. Les résultats ont également révélé que les variables conceptuelles significatives varient selon la zone.
 - Dans la **zone Nord**, une connaissance approfondie sur la CPN et le TPIg et la norme injonctive sur le TPIg sont les variables conceptuelles positivement associées à l'intention d'une fréquentation précoce des CPN.
 - Dans la **zone Ouest**, une connaissance approfondie sur la CPN et le TPIg et la norme injonctive sur le TPIg sont les variables conceptuelles positivement associées à l'intention d'une fréquentation précoce des CPN. Dans cette zone, il y a une relation positive avec l'exposition aux messages sur le paludisme, la pauvreté et la résidence en milieu urbain. En outre, les données indiquent un regroupement significatif des intentions au niveau de la communauté.
 - Au **Kasai**, une connaissance approfondie sur la CPN et le TPIg, ainsi que la conviction qu'une femme doit se sentir à l'aise pour discuter de la CPN avec son conjoint, sont significativement et positivement associées à l'intention d'une fréquentation des CPN précoce. Les données pour cette zone ont également montré un regroupement important et significatif d'intentions au niveau de la communauté.
 - Dans le **Grand Est**, la perception d'auto-efficacité à obtenir le TPIg et la connaissance approfondie sur la CPN et le TPIg sont positivement associées à l'intention d'assister à une CPN en début de grossesse.

4.3.2 Recommandations pour les programmes et politiques de CSC

Au vu de ces résultats, l'équipe de l'ECP formule les recommandations suivantes :

- Dans toutes les zones, il est important de continuer à **promouvoir le nombre recommandé de CPN et de doses de SP**. À cet égard, les obstacles psychologiques, logistiques et structurels à l'obtention de soins de grossesse adéquats devront être identifiés et abordés. Notez qu'une

stratégie globale qui vise à la fois l'offre et la demande est nécessaire. Les recommandations présentées ci-dessous devraient contribuer à l'élaboration d'une telle stratégie globale.

- **Les efforts pour améliorer les connaissances de base sur la CPN et le TPIg**, notamment le moment de la première CPN, le nombre recommandé de CPN et les doses de SP, sont pertinents dans toutes les zones. Ces efforts sont particulièrement pertinents dans la zone Grand Est et auprès des femmes en milieux ruraux et analphabètes.
 - Dans la **zone Nord**, en plus de renforcer les connaissances globales sur la CPN et le TPIg, des efforts visant à **améliorer la perception de l'approbation sociale au sujet de la fréquentation précoce des CPN** sont pertinents. À cet égard, il est important de présenter la fréquentation précoce des CPN comme normative dans la communauté. Pour ce faire, on peut montrer une utilisatrice satisfaite qui adopte le comportement souhaité, parle des avantages qu'elle et sa famille en retirent et encourage les autres femmes à adopter ce comportement.
 - Dans la **zone Ouest** comme mentionné ci-dessus, les connaissances sur la CPN et le TPIg doivent être renforcées. En outre, il est important de **promouvoir des perceptions positives des prestataires de services de santé**. Sur le fond, il est pertinent d'insister sur le fait que les prestataires traitent leurs clients avec respect, de corriger la perception selon laquelle les femmes sont obligées de payer pour les services, et de s'attaquer à la croyance erronée selon laquelle les agents de santé ne s'occuperont pas des femmes qui viennent pour la CPN au début de leur grossesse. La correction de ces perceptions négatives nécessitera des efforts pour améliorer le comportement des prestataires ainsi que des interventions pour sensibiliser la population visée à l'amélioration de la prestation de services. Dans cette zone, les ménages les plus riches et les résidents ruraux peuvent être considérés comme des groupes prioritaires.
 - Au **Kasaï**, en plus du renforcement des connaissances sur la CPN et le TPIg, les efforts doivent viser à **la promotion de la communication entre conjoints sur la fréquentation de la CPN**. Plus précisément, les interventions conçues pour faire de la communication entre conjoints au sujet de la CPN une norme communautaire et pour apprendre aux couples à communiquer sur ce comportement sont pertinentes.
 - Les interventions visant à renforcer la perception d'auto-efficacité à obtenir le TPIg sont particulièrement pertinentes dans la zone Grand Est. Ces interventions doivent être fondées sur la théorie et s'appuyer sur plusieurs médias pour aborder les quatre mécanismes identifiés dans la documentation [20] pour apprendre et renforcer l'auto-efficacité. Ces mécanismes comprennent (1) l'apprentissage par les expériences actives de maîtrise (*enactive learning*), c'est-à-dire renforcer la réussite du comportement en identifiant et en éliminant les obstacles psychologiques, logistiques et structurels à la consultation prénatale précoce ; (2) l'apprentissage par l'expérience vicariante (*vicarious learning*), c'est-à-dire le modelage de la CPN précoce comme un comportement adopté par une femme ordinaire de la communauté ; (3) l'apprentissage par la persuasion verbale (*exhortative learning*), c'est-à-dire l'utilisation d'arguments persuasifs pour convaincre le public des avantages de la CPN précoce et l'encourager à agir en ce sens ; et (4) l'apprentissage par l'état émotionnel (*emotive learning*), c'est-à-dire la correction des idées fausses et des perceptions de conséquences négatives concernant la CPN précoce.
- Le regroupement de l'intention de fréquentation précoce de la CPN au niveau de la ZD indique la présence de variables non mesurées opérant au niveau de la communauté qui affectent l'intention de fréquentation précoce de la CPN. Bien que les données ne nous permettent pas d'identifier ces variables non mesurées, il est raisonnable de supposer qu'elles sont liées à des facteurs de composition de la communauté, contextuels et normatifs. L'une des façons d'aborder ces attributs communs est de mener des interventions au niveau communautaire, notamment

des activités de mobilisation communautaire qui ciblent les dirigeants et les groupes communautaires afin de promouvoir la levée des obstacles à la fréquentation précoce des CPN. Un autre type d'interventions pertinentes sont celles qui ciblent le système de prestation de services afin d'identifier et de corriger les faiblesses.

4.4. MII

4.4.1 Résumé des conclusions

- **La connaissance des moustiquaires comme moyen de prévention du paludisme est largement répandue** dans toutes les zones de l'étude, bien qu'il y ait de légères variations selon la zone, le sexe, l'instruction, le lieu de résidence et le quintile de richesse.
- En général, **les attitudes sont positives à l'égard de l'utilisation des moustiquaires** avec, dans l'ensemble, environ neuf personnes sur dix indiquant une attitude positive envers l'utilisation des moustiquaires. Toutefois, les attitudes positives sont moins répandues dans la zone du Kasai par rapport aux zones Nord et Ouest, et parmi les personnes ayant reçu une instruction primaire par rapport à celles n'ayant pas reçu d'instruction formelle.
- **La perception de l'efficacité des MII est relativement élevée**, les trois quarts environ de la population étudiée sont convaincus de l'efficacité des moustiquaires. Cet indicateur est plus faible chez les personnes sans instruction que chez leurs homologues instruits.
- **La perception de l'auto-efficacité pour l'utilisation systématique des moustiquaires est exceptionnellement élevée**, alors que moins de deux tiers de la population étudiée pensent que l'utilisation systématique des moustiquaires est la norme dans leur communauté. La conviction que l'utilisation systématique des moustiquaires est une norme communautaire est moins répandue dans les zones Kasai et Grand Est que dans les zones Nord et Ouest. Les personnes de la zone Grand Est (44,41 %) sont plus susceptibles que celles des autres zones de déclarer qu'elles ne savent pas si l'utilisation systématique des moustiquaires est une norme communautaire.
- Dans l'ensemble, **quatre personnes sur cinq ont la perception d'un soutien social pour l'utilisation systématique** des moustiquaires. Cet indicateur est moins fréquent dans la zone Ouest par rapport aux zones Nord et Kasai et dans les milieux urbains par rapports aux milieux ruraux.
- **Il y a des faiblesses dans la possession de moustiquaires dans toutes les zones d'étude.** Alors que moins de trois quarts des ménages possèdent au moins une moustiquaire, seul un tiers environ possède suffisamment de moustiquaires pour les membres du ménage, en supposant que deux personnes partagent une moustiquaire. Cet indicateur de couverture universelle des ménages est significativement plus faible dans le Kasai que dans les autres zones, pour les ménages ruraux que pour les ménages urbains, au sein des ménages pauvres qu'au sein des ménages plus riches, et dans les ménages plus grands (7 membres ou plus) que dans les ménages plus petits.
- Caractéristiques des moustiquaires : **La quasi-totalité des 7 089 moustiquaires recensées dans les zones d'étude sont des MII et sont blanches.** La majorité des moustiquaires avaient été obtenues lors d'une campagne de distribution de masse et avaient moins de trois ans. Les données ont montré que les moustiquaires étaient, en moyenne, plus

anciennes dans la zone du Kasai que dans les autres zones. En outre, par rapport à ce qu'on a pu observer dans les autres zones, les moustiquaires de la zone du Kasai étaient également moins susceptibles d'avoir été obtenues lors d'une campagne de distribution de masse, plus susceptibles d'avoir été obtenues lors d'une CPN et moins susceptibles d'être blanches.

- **Plus de quatre moustiquaires sur cinq disponibles ont été utilisées pour dormir la nuit précédant l'enquête.** Cependant, la proportion de moustiquaires disponibles utilisées pour dormir la nuit précédant l'enquête ou de façon systématique au cours de la dernière semaine est plus faible dans la zone Ouest que dans les autres zones.
- **La manière dont la population entretient ses moustiquaires peut être considérablement améliorée.** Alors que la plupart des moustiquaires déjà lavées l'ont été avec un savon doux comme recommandé, une proportion importante de ces moustiquaires a été laissée à sécher au soleil au lieu d'être à l'ombre comme recommandé. Laisser sécher les moustiquaires au soleil est une pratique plus courante dans les zones Nord et Grand Est (environ la moitié des moustiquaires sont séchées de cette manière) par rapport aux zones Ouest et Kasai. Environ quatre moustiquaires sur cinq qui avaient été utilisées pour dormir la nuit précédente ont été trouvées simplement suspendues au-dessus du lit pendant l'enquête, sans être enroulées ou attachées comme il est recommandé. La pratique consistant à enrouler ou à attacher les moustiquaires suspendues lorsqu'elles ne sont pas utilisées est rare dans les zones Grand Est et Kasai.
- **Dans les ménages possédant au moins une moustiquaire, environ quatre cinquièmes des membres du ménage ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête.** Dans les ménages avec une couverture universelle en moustiquaires, près de neuf dixièmes des membres du ménage ont utilisé une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Les données ont montré que lorsqu'un ménage ne dispose pas de suffisamment de moustiquaires, les adultes et les enfants de moins de cinq ans ont tendance à être prioritaires par rapport aux enfants de 5 à 17 ans. En outre, dans la zone Nord et Ouest, les femmes ont tendance à être prioritaires par rapport aux hommes dans l'attribution des moustiquaires.
- Dans l'ensemble, **le ratio utilisation/accès est de 0,88, ce qui indique que si la plupart des personnes ayant accès à une moustiquaire l'utilisent effectivement, des améliorations sont possibles.** L'indicateur est plus faible au Kasai que dans les autres zones. Un examen plus approfondi des deux composantes de l'indicateur - les mesures d'utilisation et d'accès - révèle des tendances différentes au Kasai par rapport aux autres zones. Plus précisément, ces deux mesures sont très faibles au Kasai alors qu'elles sont modérées dans les autres zones. Le niveau des mesures d'utilisation et d'accès a des implications sur les stratégies requises par zone.
- Les données indiquent que **l'utilisation systématique de moustiquaires est courante** chez les hommes et les femmes interrogés dans le cadre de l'enquête. Dans les ménages disposant d'au moins une moustiquaire, environ quatre cinquièmes des hommes et des femmes ont déclaré utiliser systématiquement des moustiquaires. Cet indicateur varie significativement selon les zones, avec des taux plus faibles dans les zones Kasai et Ouest par rapport aux zones Nord et Grand Est.

- Les variables associées à l'utilisation systématique des moustiquaires variaient selon les zones :
 - Dans la **zone Nord**, la conviction qu'il existe des gestes à faire pour prolonger la durée de vie de ses moustiquaires, la communication interpersonnelle sur le paludisme au cours des six derniers mois et la conviction que l'utilisation systématique des moustiquaires est une norme communautaire sont les variables conceptuelles significativement associées à l'utilisation systématique. En outre, il existe une association positive entre la couverture universelle des ménages en moustiquaires et la présence d'un enfant de moins de cinq ans dans le ménage. L'association avec l'écoute régulière de la radio est négative.
 - Dans la **zone Ouest**, les attitudes favorables à l'égard des moustiquaires et la conviction que l'utilisation systématique des moustiquaires est une norme communautaire sont les variables conceptuelles significativement associées à l'utilisation systématique. En outre, l'exposition aux messages relatifs au paludisme, la couverture universelle des ménages en moustiquaires, la présence d'un enfant de moins de cinq ans dans le ménage et l'âge sont positivement corrélés avec ce comportement. En revanche, il existe une association négative avec la résidence en milieu urbain. Les données ont également révélé un regroupement significatif de l'utilisation systématique des moustiquaires au niveau de la communauté.
 - Comme dans la zone Ouest, **au Kasai**, les attitudes favorables à l'égard des moustiquaires et la conviction que l'utilisation systématique des moustiquaires est une norme communautaire sont les variables conceptuelles significativement associées à l'utilisation systématique. Une corrélation positive marginalement significative a été observée entre la perception d'approbation sociale quant à l'utilisation des moustiquaires et la conviction qu'il existe des gestes à faire pour prolonger la durée de vie de ses moustiquaires. Curieusement, la relation avec la perception de la sensibilité au paludisme est négative. En outre, la couverture universelle du ménage, la présence d'un enfant de moins de cinq ans dans le ménage, l'âge, le fait de regarder régulièrement la télévision et le niveau de pauvreté sont positivement corrélés avec ce comportement. En outre, les données ont montré un regroupement significatif de l'utilisation systématique des moustiquaires au niveau de la communauté.
 - Dans le **Grand Est**, les variables fortement et positivement associées à l'utilisation systématique sont les attitudes favorables à l'égard des moustiquaires, la connaissance approfondie sur les moustiquaires comme moyen de prévention du paludisme et la conviction qu'il existe des gestes à faire pour prolonger la durée de vie de ses moustiquaires. En outre, la couverture universelle des ménages et, dans une certaine mesure, la présence d'un enfant de moins de cinq ans dans le ménage sont des corrélats significatifs. Comme nous l'avons observé dans les trois autres zones, il y a un regroupement de ce comportement au niveau de la communauté.

4.4.2 Recommandations pour les programmes et politiques de CSC

Les implications des résultats qui précèdent pour les politiques et les programmes sont les suivantes :

- **Les faiblesses observées dans la possession de moustiquaires et la couverture universelle des ménages dans toutes les zones d'étude nécessitent des efforts pour augmenter la possession de moustiquaires dans toutes les zones**, en particulier dans la zone du Kasaï. Cela peut être réalisé non seulement à travers des campagnes de distribution massive de moustiquaires dans les ménages, mais aussi par d'autres canaux, notamment les services de soins prénatals et de vaccination des enfants et les écoles. Il est également important pour le programme national de considérer la faisabilité de la commercialisation sociale des moustiquaires. À cet égard, une étude sur la volonté de payer de la population visée peut être utile. Les résultats de cette étude permettront de prendre des décisions sur le prix de vente des moustiquaires dans le cadre du programme de commercialisation sociale. La constatation que les familles nombreuses sont moins susceptibles de posséder suffisamment de moustiquaires souligne la nécessité de revoir les critères de distribution des moustiquaires. Au lieu d'attribuer un nombre fixe de moustiquaires à chaque ménage, il est important de prendre en compte la taille du ménage lors de la distribution des moustiquaires. Les efforts visant à accroître la possession de moustiquaires sont particulièrement pertinents pour la zone du Kasaï, les milieux ruraux et les ménages les plus pauvres.
- Les résultats selon lesquels **les moustiquaires de la zone du Kasaï étaient moins susceptibles de provenir d'une campagne de distribution de masse**, plus susceptibles d'être obtenues lors d'une CPN et en moyenne plus anciennes que dans les autres zones indiquent que cette zone aurait dû faire l'objet d'une campagne de distribution de masse organisée de manière appropriée.
- **Il est nécessaire de déployer des efforts visant à promouvoir des pratiques appropriées pour l'entretien des moustiquaires**, notamment en ce qui concerne la manière de manipuler les moustiquaires suspendues lorsqu'elles ne sont pas utilisées, le produit à utiliser pour laver les moustiquaires et l'endroit où les faire sécher après les avoir lavées. Ce besoin est particulièrement criant dans les zones Grand Est et Kasaï.
- Bien que le **ratio utilisation/accès est modéré à élevé dans toutes les zones d'étude, un examen plus approfondi des indicateurs des composantes (utilisation par la population et accès de la population) révèle des faiblesses importantes** dans toutes les zones. Au Kasaï, étant donné que ces deux indicateurs sont faibles, les efforts doivent viser à augmenter l'accès aux moustiquaires (par le biais des stratégies abordées ci-dessus) ainsi qu'à promouvoir l'utilisation systématique et tout au long de l'année des moustiquaires disponibles par tous les membres du ménage. Dans les autres zones, les efforts visant à améliorer la possession restent pertinents. En outre, il est important de continuer à promouvoir l'utilisation systématique et tout au long de l'année des moustiquaires disponibles et d'insister sur les bonnes pratiques d'entretien des moustiquaires.
- **Les efforts visant à promouvoir l'utilisation systématique des moustiquaires doivent tenir compte des variables conceptuelles et autres qui se sont avérées être significativement associées à ce résultat** dans cette étude. Dans la zone **Nord**, il est important de mieux comprendre les gestes qu'une personne peut entreprendre pour prolonger la durée de vie de ses moustiquaires, de promouvoir la communication interpersonnelle sur le paludisme et de faire de l'utilisation systématique des moustiquaires une norme communautaire. Pour faire de l'utilisation systématique des moustiquaires une norme communautaire, les programmes peuvent prendre pour modèle un ménage ordinaire dont tous les membres dorment sous des moustiquaires chaque nuit et toute l'année. À cet égard, il est important de souligner la facilité et les avantages d'une utilisation systématique des moustiquaires et de lier cette pratique à la prévention du paludisme. L'association positive avec la présence d'un enfant de moins de cinq ans est

intéressante, mais il est important de promouvoir l'utilisation de moustiquaires pour tous les membres du ménage, quel que soit leur âge.

- Dans la zone **Ouest**, les efforts visant à promouvoir des attitudes favorables à l'égard des moustiquaires et à faire de l'utilisation systématique des moustiquaires une norme communautaire sont pertinents. En ce qui concerne les attitudes, les messages qui soulignent la facilité d'utilisation des moustiquaires, l'utilité des moustiquaires et la nécessité des moustiquaires quelle que soit la saison sont pertinents. Il est également important de continuer à insister sur la nécessité d'utiliser des moustiquaires pour tout le monde, quel que soit l'âge. Étant donné l'association négative entre la résidence urbaine et l'utilisation systématique, les programmes peuvent considérer les zones urbaines comme une cible spéciale pour la promotion de l'utilisation systématique des moustiquaires. À cet égard, il est important d'identifier et d'aborder les obstacles spécifiques à une utilisation systématique dans les zones urbaines. L'observation d'un regroupement significatif de l'utilisation systématique des moustiquaires au niveau communautaire souligne la nécessité d'activités de mobilisation communautaire ciblant les dirigeants et les groupes communautaires et conçues pour s'attaquer aux obstacles communs à l'utilisation systématique des moustiquaires.
- Dans la zone **Kasaï**, une approche globale de promotion de l'utilisation systématique des moustiquaires peut cibler les attitudes à l'égard des moustiquaires, faire de l'utilisation systématique des moustiquaires une norme communautaire, mettre l'accent sur l'approbation sociale de l'utilisation des moustiquaires et améliorer la compréhension des gestes à faire pour prolonger la durée de vie de ses moustiquaires. Dans cette zone, les ménages les plus riches semblent être une cible particulière pour les messages et les activités visant à promouvoir l'utilisation systématique des moustiquaires. En outre, le fait que l'utilisation systématique des moustiquaires se concentre de manière significative au niveau communautaire indique que les activités de mobilisation communautaire qui ciblent les dirigeants et les groupes communautaires et qui sont conçues pour s'attaquer aux obstacles communs à l'utilisation systématique des moustiquaires sont pertinentes.
- Dans le **Grand Est**, les stratégies pour améliorer l'utilisation systématique des moustiquaires peuvent cibler les attitudes à l'égard des moustiquaires, la connaissance sur les moustiquaires comme moyen de prévention du paludisme et la conviction qu'il existe des gestes à faire pour prolonger la durée de vie de ses moustiquaires. Il est également important que les messages insistent sur la nécessité d'utiliser des moustiquaires toute l'année, quels que soient l'âge et la saison. Enfin, comme dans les autres zones, les activités de mobilisation communautaire qui ciblent les dirigeants et les groupes communautaires et qui sont conçues pour s'attaquer aux obstacles communs à l'utilisation systématique des moustiquaires sont pertinentes.

4.5 PID

4.5.1 Résumé des conclusions

- Moins d'une personne interrogée sur dix a déclaré qu'elle **connaissait l'existence d'un programme de PID** dans leur communauté. La connaissance qui a été signalée est concentrée dans les milieux urbains, en particulier dans la zone Ouest.
- Plus de 80 % des personnes connaissant un programme de PID **ont une perception de l'efficacité du programme de PID** avec des différences significatives selon les zones. La zone du Kasaï a été moins susceptible de déclarer une perception de l'efficacité de la PID par rapport aux autres zones.

- **La perception de l'auto-efficacité à faire des gestes liés à la PID** a été rapportée par environ trois quarts de la population. Ces gestes comprennent le déplacement des meubles en vue de la pulvérisation et le fait de dormir dans la maison la nuit suivant la pulvérisation.
- Parmi les personnes qui connaissent la PID, il existe une **volonté générale de l'accepter** dans leur communauté et elle est presque universelle au sein des populations rurales. Environ 7 personnes sur 10 qui n'avaient pas connaissance de la PID ont déclaré être prêtes à l'accepter si elle était disponible dans leur communauté. Les hommes sont plus enclins à accepter la PID dans leur communauté que les femmes.

4.5.2 Recommandations pour les programmes et politiques de CSC

- Il semble y avoir un **niveau élevé de volonté d'accepter la PID, en particulier parmi ceux qui sont conscients de ce que le programme implique**. Pour obtenir de meilleurs résultats, un tel déploiement doit s'accompagner d'efforts visant à mieux faire connaître le programme, à promouvoir son efficacité, à souligner sa sécurité et sa facilité de mise en œuvre, et à renforcer l'auto-efficacité des membres de la communauté à préparer leurs maisons à la visite des agents de PID. À cet égard, les témoignages des premiers utilisateurs, qui soulignent les avantages et la facilité d'utilisation de la PID, peuvent contribuer à la réussite du déploiement.

4.6 Consommation et exposition aux médias

4.6.1 Résumé des conclusions

- **La possession d'une radio et d'une télévision** est limitée dans les zones d'étude. Dans de nombreux ménages disposant d'une radio, beaucoup de personnes, notamment les femmes, ne l'écoutent pas régulièrement. La proportion de la population qui peut potentiellement être atteinte par la radio est inférieure à la moitié. La portée potentielle de la radio est plus faible dans la zone du Kasai qu'ailleurs. Dans toutes les zones, les femmes sont beaucoup moins nombreuses que les hommes à pouvoir être touchées par ce média. De même, à l'exception de la zone Ouest, la portée potentielle est plus faible chez les résidents ruraux que chez les résidents urbains.
- Pour ceux qui écoutent la radio, les **tranches horaires d'écoute les plus populaires** varient selon les zones. Dans les zones Nord, Ouest et Grand Est, les programmes radio peuvent potentiellement toucher plus de personnes s'ils sont diffusés en début de matinée avant 8h ou en début de soirée, entre 16h et 20h. Dans la zone du Kasai, l'heure de diffusion radio pour maximiser la portée est soit tôt le matin, soit tard le soir (entre 20h et minuit). Les émissions tôt le matin toucheraient potentiellement environ la moitié de la population de la zone Grand Est tandis que les émissions radio en début de soirée toucheraient plus des deux cinquièmes des auditeurs de la zone Nord. Ce n'est qu'en diffusant à la fois tôt le matin et en début de soirée dans l'Ouest et le Kasai que les programmes radio peuvent espérer atteindre au moins la moitié de la population.
- La plupart des personnes vivant dans des ménages possédant une TV **regardent régulièrement la télévision**, bien qu'un certain nombre de personnes dont le ménage ne possédait pas de TV aient déclaré regarder régulièrement la télévision, probablement parce qu'elles la regardent chez un voisin. Néanmoins, en raison du très faible taux de possession de TV dans les zones étudiées, la portée potentielle de la télévision est relativement faible ; à peine plus de quatre personnes sur dix peuvent être atteintes par les programmes télévisés. La portée potentielle de la télévision est plus élevée dans la zone Ouest (environ deux tiers de la population peuvent être atteints) qu'ailleurs. Très peu de personnes peuvent être atteintes par la télévision dans les zones du Kasai et du Nord.

- Dans les zones Nord, Ouest et Grand Est, les **tranches horaires les plus populaires pour regarder des programmes télévisés** sont en début et fin de soirée. Dans la zone Kasai, les créneaux les plus populaires sont ceux du début de matinée et de la fin de soirée.
- Moins de la moitié des hommes et des femmes interrogés ont déclaré **posséder un téléphone personnel ou une tablette**. La possession d'un téléphone personnel est plus fréquente dans l'Ouest et le Grand Est par rapport au Nord et au Kasai. Les hommes sont plus susceptibles de posséder un téléphone ou une tablette que les femmes. Les femmes de la zone du Kasai sont particulièrement désavantagées en termes de possession de téléphone. Dans l'ensemble, les groupes les moins susceptibles de posséder un téléphone personnel sont les femmes, les jeunes adultes, les hommes et les femmes analphabètes des zones Kasai et Nord.
- La plupart des téléphones ou tablettes disponibles sont capables de recevoir des SMS, tandis qu'environ deux tiers peuvent recevoir des photos, des vidéos ou des fichiers audios. Environ deux cinquièmes d'entre eux ont pu cliquer sur un lien vers un site Web, tandis qu'environ un tiers était capable de recevoir des emails.
- Les téléphones ou tablettes les plus avancés technologiquement se trouvent dans l'Ouest. Par rapport aux autres zones, les appareils du Nord et du Kasai étaient moins susceptibles de pouvoir accéder à un lien Internet et de recevoir des emails.
- Une stratégie combinant la radio, la télévision et la technologie mobile permet d'atteindre environ sept dixièmes de la population, avec des variations selon la zone, le sexe et le lieu de résidence. La portée potentielle d'une telle stratégie combinée est plus faible dans la zone du Kasai que dans les autres zones. La stratégie combinée est également susceptible d'atteindre proportionnellement moins de femmes que d'hommes, et une plus faible proportion de résidents ruraux que de résidents urbains dans chaque zone.
- **Seul un tiers environ des hommes et des femmes auraient été exposés à un message sur le paludisme au cours de l'année écoulée.** L'exposition était plus faible dans les zones Grand Est et Nord par rapport à la zone Ouest. En général, les résidents ruraux sont moins susceptibles d'y être exposés que leurs homologues urbains.

4.6.2 Recommandations pour les programmes et politiques de CSC

- Étant donné le taux limité de possession de radio et de TV dans la population étudiée, aucun de ces médias n'a à lui seul le potentiel d'atteindre la majorité de la population visée. **Une stratégie combinant la radio, la télévision et la technologie mobile est indiquée pour toutes les zones d'étude.** Les données ont montré que la combinaison des trois médias a le potentiel d'atteindre environ sept dixièmes de la population, avec une proportion plus élevée dans la zone Ouest mais beaucoup plus faible dans la zone Kasai. Pour augmenter la portée d'interventions efficaces, **il est important d'inclure des activités de mobilisation communautaire** qui ciblent les groupes communautaires. Il est également pertinent de faire appel aux agents de santé des établissements et des communautés pour diffuser des informations scientifiquement fondées sur la prévention et le traitement du paludisme, ainsi que pour partager des messages persuasifs afin d'encourager les comportements appropriés en matière de paludisme. Une telle stratégie est particulièrement pertinente dans la zone du Kasai, dans les milieux ruraux et pour les femmes.

5 Références

1. Organisation mondiale de la santé (2019). Rapport mondial sur le paludisme 2019. Genève : Organisation mondiale de la santé.
2. Organisation mondiale de la santé (2018) Rapport mondial sur le paludisme 2018. Genève : Organisation mondiale de la santé
3. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2017, (GBD 2017) Results. Seattle, États-Unis : Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018.
4. Initiative du Président contre le paludisme (s.d.) Plan opérationnel de lutte contre le paludisme de la République démocratique du Congo pour l'année 2018. USAID. Disponible sur : <https://www.pmi.gov/docs/default-source/default-document-library/malaria-operational-plans/fy-2018/fy-2018-democratic-republic-of-the-congo-malaria-operational-plan.pdf?sfvrsn=5>
5. Institut National de Statistiques, Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, Résumés statistiques : résultats clés de l'enquête. Kinshasa, République démocratique du Congo.
6. Jhpiego. Prevention and Control of Malaria in Pregnancy: Reference Manual. 2018. 3^e éd., Baltimore. Disponible sur : http://resources.jhpiego.org/system/files/resources/01_MIPReferenceMa
7. Zwicker (J. G.), Harris (S. R.), 2008 : « Quality of Life of Formerly Preterm and Very Low Birthweight Infants from Preschool Age to Adulthood: A systematic review », dans *Pediatrics*. 121: e366–e376.
8. Stein (R. E.), Siegel (M. J.), Bauman (L.I.), 2006 : « Are Children of Moderately Low Birthweight at Increased Risk for Poor Health? A new look at an old question », dans *Pediatrics*. 118 : 217-223.
9. Eswarappa (S. M.), Estrela (S.), et Brown (S. P.), 2012 : « Within-host Dynamics of Multi-species Infections: Facilitation, Competition and Virulence », dans *PLoS One*, 7(6) e38730.
10. Ministère du Plan et Macro International. 2008. Enquête démographique et de santé, République démocratique du Congo 2007. Calverton, Maryland, États-Unis : Ministère du Plan et Macro International.
11. Ministère du Plan et Macro International. 2014. Enquête démographique et de santé, République démocratique du Congo 2013. Calverton, Maryland, États-Unis : Ministère du Plan et Macro International.
12. INS, Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, rapport de résultats de l'enquête. Kinshasa, République démocratique du Congo.
13. Kincaid (D. L.), 2000 : « Mass media, ideation, and behavior: a longitudinal analysis of contraceptive change in the Philippines », dans *Communication Research*, 27(6), 723-763.
14. Fishbein (M.), Triandis (H. C.), Kanfer (F. H.), Becker (M.), Middlestadt (S. E.) et Eichler (A.), 2001 : « Factors influencing behavior and behavior change. Handbook of health psychology », 3, 17.
15. RBM Partnership to End Malaria, 2017, *Malaria Social and Behavior Change Communication Indicator Reference Guide: 2^e édition*, Venier, Suisse : RBM
16. Kilian (A.), Lawford (H.), Ujuju (C. N.) et al. « The impact of behaviour change communication on the use of insecticide treated nets: a secondary analysis of ten post-campaign surveys from Nigeria », *Malar J.* 15, 422 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12936-016-1463-7>

17. Babalola (S.), Adedokun (S. T.), McCartney-Melstad (A.) *et al.* « Factors associated with caregivers' consistency of use of bed nets in Nigeria: a multilevel multinomial analysis of survey data », *Malar J.* **17**, 280 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12936-018-2427-x>
18. Breakthrough ACTION. 2020. Survey on the Determinants of Behaviors Related to Malaria in Cameroon. Rapport soumis à l'Initiative présidentielle contre le paludisme, USAID.
19. Organisation mondiale de la santé. « Indoor Residual Spraying, An Operational Manual For Indoor Residual Spraying (IRS) For Malaria Transmission Control And Elimination », 2013. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177242/9789241508940_eng.pdf;sequence=1
20. Bandura (A.), 1977 : « Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change », dans *Psychological Review*, **84** (2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

Annexe A : Tableaux de données

Cette annexe fournit tous les tableaux de données pour l'ECP 2021 de la RDC qui n'ont pas été inclus dans le corps principal du rapport. Une brève description de l'objectif de chaque tableau est fournie. Les données présentées dans ces tableaux sont souvent ventilées par zone d'étude et / ou par caractéristiques sociodémographiques des personnes ou des ménages.

Les tableaux de données se rapportant aux sous-sections spécifiques peuvent être trouvés à l'aide de la table des matières au début de ce rapport ou via les liens ci-dessous :

[A.3.1 Caractéristiques de l'échantillon](#)

[A.3.2 Déterminants conceptuels transversaux](#)

[A.3.3 Prise en charge des cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans](#)

[A.3.4 Paludisme pendant la grossesse](#)

[A.3.5 Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide](#)

[A.3.6 Pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent](#)

[A.3.7 Consommation des médias et exposition aux messages](#)

A.3.1 Caractéristiques de l'échantillon

Cette sous-section de l'annexe fournit tous les tableaux de données relatifs aux caractéristiques de l'échantillon qui n'ont pas été inclus dans le corps principal du rapport. Les tableaux suivants ont été référencés dans le corps du rapport et les lecteurs trouveront une description des résultats pertinents pour le tableau dans la section correspondante du rapport.

Tableau 3.1.2 : Possession de biens et quintile de richesse

Le **tableau 3.1.2** décrit la répartition de la possession de biens par les ménages. Ce tableau présente également la proportion des quintiles de richesse, ventilée par zone.

| Tableau 3.1.2 : Possession de biens et quintile de richesse, ECP RDC 2021 | | | | | |
|--|-------------|--------------|--------------|------------------|--------------|
| Pourcentage de ménages ayant... | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Total |
| Radio | 41,17 | 54,02 | 31,41 | 48,88 | 47,26 |
| Télévision | 13,75 | 60,59 | 8,48 | 35,91 | 38,99 |
| Réfrigérateur | 0,80 | 23,43 | 1,17 | 11,21 | 13,34 |
| Accès à Internet | 6,59 | 11,76 | 2,05 | 13,67 | 9,82 |
| Montre | 37,31 | 59,00 | 25,12 | 43,69 | 46,76 |
| Téléphone portable simple | 65,02 | 76,00 | 55,81 | 73,45 | 70,50 |
| Smartphone | 6,96 | 39,47 | 5,18 | 25,62 | 25,45 |
| Vélo | 37,29 | 10,88 | 38,19 | 19,35 | 21,59 |
| Moto | 21,02 | 9,12 | 12,96 | 10,33 | 12,17 |
| Voiture | 0,35 | 4,07 | 0,80 | 2,47 | 2,56 |
| Ordinateur | 2,51 | 11,29 | 3,45 | 5,29 | 7,22 |
| Quintile de richesse | | | | | |
| Le plus bas | 24,50 | 5,90 | 26,46 | 8,87 | 20,05 |
| Deuxième | 22,83 | 7,11 | 26,35 | 11,19 | 19,99 |
| Troisième | 22,97 | 9,47 | 25,10 | 18,74 | 19,99 |
| Quatrième | 21,39 | 19,88 | 16,92 | 25,87 | 20,01 |
| Le plus haut | 8,31 | 57,64 | 5,16 | 35,32 | 19,97 |
| Nombre d'observations | 1080 | 1035 | 1943 | 940 | 4998 |

Tableau 3.1.3 : Caractéristiques des membres du ménage

Le **tableau 3.1.3** décrit les caractéristiques sociodémographiques des membres des ménages dans chaque zone. Il s'agit notamment du sexe des membres, de la résidence, de la répartition par âge et de la répartition de la possession de biens du ménage. Ce tableau présente la distribution de ces caractéristiques pour tous les membres du ménage inscrits dans le questionnaire ménage et ne reflète pas nécessairement les seules caractéristiques des individus interrogés. Les données présentées dans ce tableau sont ventilées par zone.

| Tableau 3.1.3 : Caractéristiques des membres du ménage, ECP RDC 2021 | | | | | |
|---|-------------|--------------|--------------|------------------|-------------------------|
| Caractéristique | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes les zones |
| Sexe | | | | | |
| Femme | 53,73 | 55,25 | 51,03 | 51,39 | 53,80 |
| Homme | 46,27 | 44,75 | 48,97 | 48,61 | 46,20 |
| Résidence | | | | | |
| Rurale | 58,95 | 28,27 | 63,47 | 56,75 | 53,98 |
| Urbaine | 41,06 | 71,73 | 36,53 | 43,25 | 46,02 |
| Répartition par âge | | | | | |
| 0-4 ans | 14,25 | 11,78 | 14,87 | 16,43 | 13,44 |
| 5-17 ans | 41,06 | 30,40 | 27,59 | 37,58 | 33,45 |
| 18+ ans | 44,69 | 59,82 | 57,54 | 45,99 | 53,11 |
| Âge moyen en années | 19,42 | 23,34 | 22,27 | 20,69 | 22,07 |
| Nombre d'observations | 6821 | 5288 | 9220 | 5244 | 26573 |

Tableau 3.1.4 : Caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées

Le **tableau 3.1.4** décrit la répartition des personnes par caractéristiques sociodémographiques, notamment le sexe, le groupe d'âge et le niveau d'instruction.

| Tableau 3.1.4 : Répartition en pourcentage des personnes interrogées par caractéristiques sociodémographiques sélectionnées, sexe et zone, RDC 2021 | | | | | |
|--|-------------|--------------|--------------|------------------|-------------------------|
| Caractéristique | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes les zones |
| Femmes | | | | | |
| Âge | | | | | |
| 15-24 ans | 40,68 | 33,82 | 36,97 | 35,69 | 35,94 |
| 25-34 ans | 31,62 | 31,06 | 28,54 | 31,54 | 30,97 |
| 35-44 ans | 20,15 | 26,99 | 24,46 | 22,57 | 24,42 |
| 45+ ans | 7,53 | 8,13 | 10,03 | 10,20 | 8,66 |
| Niveau d'instruction | | | | | |
| Aucun | 11,45 | 3,97 | 19,64 | 18,65 | 10,33 |
| Primaire | 33,63 | 21,37 | 36,90 | 21,85 | 25,76 |
| Secondaire | 51,28 | 62,93 | 40,57 | 50,69 | 55,44 |
| Plus que secondaire | 3,63 | 11,73 | 2,89 | 8,80 | 8,47 |
| Nombre d'observations | 1486 | 1191 | 2217 | 1106 | 6030 |
| Hommes | | | | | |
| Âge | | | | | |
| 15-24 ans | 9,01 | 2,34 | 9,50 | 11,48 | 6,51 |
| 25-34 ans | 28,93 | 22,48 | 26,90 | 30,74 | 26,04 |
| 35-44 ans | 34,55 | 35,81 | 31,23 | 35,94 | 34,96 |
| 45+ ans | 27,51 | 39,37 | 32,37 | 21,84 | 32,49 |
| Niveau d'instruction | | | | | |
| Aucun | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Primaire | 18,67 | 11,48 | 19,83 | 19,53 | 15,57 |
| Secondaire | 66,55 | 54,41 | 65,69 | 58,29 | 58,95 |
| Plus que secondaire | 14,78 | 34,11 | 14,48 | 22,18 | 25,48 |
| Nombre d'observations | 379 | 378 | 685 | 338 | 1780 |

A.3.2 Déterminants conceptuels transversaux

Cette sous-section de l'annexe comprend tous les tableaux de données relatifs aux déterminants conceptuels transversaux. Il s'agit notamment de la connaissance du paludisme, de la perception de la sensibilité et de la gravité du paludisme, des normes de genre liées au paludisme, des perceptions concernant les agents de santé et le paludisme, et de la communication interpersonnelle concernant le paludisme. Les tableaux présentés ici résument la prévalence des déterminants conceptuels et peuvent être des doublons des tableaux du corps du rapport.

Tableau 3.2.1 : Questions utilisées pour évaluer les variables conceptuelles transversales

Tableau 3.2.1 Questions utilisées pour évaluer les variables conceptuelles transversales, ECP RDC 2021

| Indicateur | Question(s) utilisée(s) pour mesurer l'indicateur | Notes |
|--|---|---|
| Connaissance que le principal symptôme du paludisme est la fièvre | Quels sont les signes ou symptômes qui vous font penser qu'une personne a le paludisme ? | Des réponses multiples étaient possibles dans cette question. La « connaissance » a été établie si la réponse indiquait la fièvre comme symptôme du paludisme. |
| Connaissance que la piquûre de moustique est la seule cause du paludisme | Quelles sont les causes du paludisme ? | Des réponses multiples étaient possibles dans cette question. La « connaissance » a été établie si la réponse indiquait uniquement les piquûres de moustiques comme cause du paludisme. |
| Connaissance d'au moins une méthode de prévention du paludisme | Quels gestes peut-on faire pour éviter de contracter le paludisme ? | Des réponses multiples étaient possibles dans cette question. La « connaissance » a été établie si la réponse indiquait dormir sous une MII, prendre des médicaments préventifs ou faire pulvériser sa maison. |
| Perception de la sensibilité au paludisme | Je vais vous lire une série d'énoncés ou de questions et je voudrais que vous me disiez si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec l'énoncé : A. Les habitants de cette communauté ne contractent le paludisme que pendant la saison des pluies. B. Presque chaque année, une personne de cette communauté attrape un paludisme grave. C. Lorsque votre enfant a de la fièvre, vous craignez presque toujours que ce soit le paludisme. D. Pendant la saison des pluies, vous craignez presque tous les jours qu'un membre de votre famille ne contracte le paludisme. | Il s'agit d'un score composite basé sur les réponses. La réponse « correcte » en termes de perception de sensibilité pour chaque question est indiquée ci-dessous : A. Pas d'accord B. D'accord C. D'accord D. D'accord |
| A une perception de la gravité du paludisme | Je vais vous lire une série d'énoncés ou de questions et je voudrais que vous me disiez si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec l'énoncé : A. Vous n'avez pas peur du paludisme, car vous pensez qu'on peut le soigner facilement. B. Seuls les enfants faibles peuvent mourir du paludisme. | Il s'agit d'un score composite basé sur les réponses. La réponse « correcte » en termes de perception de gravité pour chaque question est indiquée ci-dessous : A. Pas d'accord |

| | | |
|---|---|--|
| | <p>C. Chaque cas de paludisme peut potentiellement entraîner la mort.</p> <p>D. Lorsqu'une personne que vous connaissez contracte le paludisme, vous vous attendez généralement à ce qu'elle se rétablisse complètement en quelques jours.</p> | <p>B. Pas d'accord</p> <p>C. D'accord</p> <p>D. Pas d'accord</p> |
| Communication interpersonnelle sur le paludisme | <p>A. Au cours des six derniers mois, avez-vous parlé du paludisme avec votre conjoint ou votre partenaire ?</p> <p>B. Au cours des six derniers mois, avez-vous parlé du paludisme avec vos amis ou vos relations ?</p> | Un « oui » à chaque question indique une communication interpersonnelle |
| Normes de genre liées au paludisme | <p>Je vais vous lire une série d'énoncés ou de questions et je voudrais que vous me disiez si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec l'énoncé :</p> <p>A. Lorsqu'il n'y a pas assez de moustiquaires, il est plus important que les enfants de sexe féminin dorment sous les moustiquaires disponibles plutôt que les enfants de sexe masculin.</p> <p>B. Lorsqu'il n'y a pas assez de moustiquaires, il est plus important que les enfants de sexe masculin dorment sous les moustiquaires disponibles plutôt que les enfants de sexe féminin.</p> <p>C. Lorsqu'on n'a pas assez d'argent, il est plus important que les enfants de sexe masculin qui font de la fièvre reçoivent des médicaments plutôt que les enfants de sexe féminin.</p> <p>D. Lorsqu'on n'a pas assez d'argent, il est plus important que les enfants de sexe féminin qui font de la fièvre reçoivent des médicaments plutôt que les enfants de sexe masculin.</p> | <p>Il s'agit d'un score composite basé sur les réponses. La réponse « correcte » en termes de normes de genre égalitaires pour chaque question est indiquée ci-dessous :</p> <p>A. Pas d'accord</p> <p>B. Pas d'accord</p> <p>C. Pas d'accord</p> <p>D. Pas d'accord</p> |

Tableau 3.2.2 : Exactitude des connaissances sur le paludisme

Le **tableau 3.2.2** (page suivante) résume le niveau de connaissance des personnes interrogées sur le paludisme. Il s'agit de la proportion de personnes qui ont identifié la fièvre comme le principal symptôme du paludisme, qui ont déclaré que le paludisme est causé par une piqûre de moustique et qui ont déclaré au moins une mesure majeure de prévention du paludisme, comme dormir sous une moustiquaire traitée chaque nuit. Ces données sont présentées en fonction des caractéristiques de base des personnes et sont ventilées par zone.

Tableau 3.2.2 Connaissance de la cause, de la prévention et des symptômes du paludisme, ECP RDC 2021

| Caractéristique | Nord | | | Ouest | | | Kasaï | | | Grand Est | | | Toutes les zones | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sait que la fièvre est un symptôme du paludisme | Sait que le paludisme est causé uniquement par la piqûre de moustique | Connait au moins une mesure principale de prévention du paludisme | Sait que la fièvre est un symptôme du paludisme | Sait que le paludisme est causé uniquement par la piqûre de moustique | Connait au moins une mesure principale de prévention du paludisme | Sait que la fièvre est un symptôme du paludisme | Sait que le paludisme est causé uniquement par la piqûre de moustique | Connait au moins une mesure principale de prévention du paludisme | Sait que la fièvre est un symptôme du paludisme | Sait que le paludisme est causé uniquement par la piqûre de moustique | Connait au moins une mesure principale de prévention du paludisme | Sait que la fièvre est un symptôme du paludisme | Sait que le paludisme est causé uniquement par la piqûre de moustique | Connait au moins une mesure principale de prévention du paludisme |
| Sexe | | | | | | | | | | | | | | | |
| Femme | 80,44 | 46,07 | 88,29 | 82,38 | 54,57* | 93,50 | 93,69 | 42,26*** | 94,23 | 80,88 | 43,76 | 87,59 | 83,04 | 49,20*** | 91,34 |
| Homme | 85,10 | 40,71 | 94,57** | 89,87** * | 48,07 | 94,19 | 92,37 | 31,83 | 96,15 | 87,93** | 40,61 | 90,53 | 88,93** * | 42,86 | 93,75** |
| Âge | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15-24 ans | 80,50 | 48,03 | 88,88 | 78,06* | 52,61 | 92,58 | 90,46 | 42,24 | 95,57 | 79,13* | 43,22 | 87,24 | 80,50** | 48,09 | 90,94 |
| 25-34 ans | 81,37 | 42,90 | 91,00 | 85,50 | 49,20 | 95,29 | 91,94 | 39,66 | 95,98 | 84,54 | 43,90 | 89,74 | 85,24 | 45,55 | 93,26 |
| 25-44 ans | 84,28 | 40,94 | 91,86 | 88,03 | 54,46 | 93,45 | 95,35 | 37,21 | 94,21 | 86,42 | 40,88 | 90,59 | 87,95 | 47,24 | 92,69 |
| 45+ ans | 84,31 | 43,29 | 92,45 | 89,25 | 50,64 | 93,49 | 94,63 | 28,78** | 94,70 | 86,24 | 40,63 | 86,64 | 88,70 | 44,74 | 92,34 |
| Résidence | | | | | | | | | | | | | | | |
| Urbaine | 80,72 | 40,28 | 91,41 | 87,81 | 51,16 | 94,01 | 92,61 | 37,07 | 97,10* | 84,83 | 43,72 | 90,87 | 85,00 | 47,12 | 93,36* |
| Rurale | 83,61 | 46,65 | 90,44 | 84,93 | 54,24 | 92,98 | 93,41 | 37,60 | 93,72 | 82,99 | 40,80 | 86,57 | 86,50 | 45,43 | 90,79 |
| Instruction | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aucun | 84,64 | 32,70* | 80,30* | 88,56 | 49,69 | 95,71 | 95,18 | 27,40* | 93,01 | 76,12 | 38,47 | 83,30 | 84,62 | 36,75** | 87,12 |
| Primaire | 79,71 | 50,78 | 89,86 | 76,62 | 62,40 | 86,30 | 91,80 | 42,72 | 92,89 | 79,74 | 43,66 | 85,68 | 80,60 | 52,43 | 88,18 |
| Secondaire+ | 83,15 | 42,42 | 92,59 | 87,31 | 49,56 | 95,31 | 93,31 | 37,28 | 96,57* | 86,47 | 42,62 | 90,97 | 87,04 | 45,71 | 94,13*** |
| Richesse | | | | | | | | | | | | | | | |
| Le plus bas | 78,33 | 50,36 | 87,76 | 84,61 | 59,10 | 94,77 | 93,54 | 32,50 | 92,69 | 88,26 | 35,78 | 80,00 | 85,50 | 44,53 | 87,46 |
| Deuxième | 82,01 | 42,74 | 89,53 | 88,57 | 54,23 | 93,90 | 93,03 | 43,10 | 93,94 | 82,39 | 41,02 | 88,37 | 86,48 | 45,14 | 91,49 |
| Moyen | 82,05 | 42,56 | 91,95 | 90,35 | 47,77 | 93,23 | 94,57 | 38,45 | 96,70 | 80,00 | 39,84 | 84,96 | 86,30 | 42,44 | 91,56 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Quatrième | 85,25 | 39,41 | 91,57 | 80,14 | 54,82 | 92,78 | 90,95 | 34,57 | 98,15 | 83,67 | 44,51 | 92,59 | 83,23 | 46,89 | 93,05 |
| Le plus haut | 86,38 | 45,47 | 96,87** | 86,31 | 50,69 | 94,85 | 90,49 | 36,86 | 95,92 | 85,66 | 44,06 | 90,49 | 86,25 | 48,92 | 94,09 |
| Tous (%) | 82,35 | 43,87 | 90,87 | 85,55 | 51,82* | 93,79 | 93,07** * | 37,38 | 95,13 | 83,98 | 42,37 | 88,88 | 85,57 | 46,48 | 92,38 |
| Nombre d'observations | 1865 | | | 1569 | | | 2929 | | | 1442 | | | 7805 | | |

Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

Tableau 3.2.3 : Perception de la sensibilité au paludisme

Le **tableau 3.2.3** résume la répartition de la perception de la sensibilité au paludisme, sur la base des scores composites obtenus à partir des réponses à des énoncés spécifiques. Les résultats sont présentés par caractéristiques sociodémographiques des personnes et sont ventilés par zone d'étude.

| Tableau 3.2.3 : Pourcentage des personnes interrogées ayant une perception de la sensibilité au paludisme, ECP RDC 2021 | | | | | |
|--|--------------|--------------|---------------|--------------|------------------|
| Caractéristique sociodémographique | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes les zones |
| Sexe | | | | | |
| Femme | 66,06 | 49,27 | 72,85 | 52,79 | 56,15 |
| Homme | 67,81 | 55,72* | 73,93 | 57,66 | 60,89** |
| Âge | | | | | |
| 15-24 ans | 64,96 | 46,43 | 70,13 | 52,24 | 55,10 |
| 25-34 ans | 66,24 | 53,11 | 72,15 | 53,98 | 58,32 |
| 25-44 ans | 70,13 | 53,28 | 74,26 | 57,21 | 59,56 |
| 45+ ans | 65,46 | 54,08 | 77,57 | 57,06 | 59,66 |
| Résidence | | | | | |
| Urbaine | 62,61 | 50,70 | 72,15 | 49,25 | 53,90 |
| Rurale | 70,01 | 56,70 | 74,22 | 61,55 | 65,13*** |
| Niveau d'instruction | | | | | |
| Aucun | 69,29 | 68,57* | 69,60 | 51,27 | 62,58 |
| Primaire | 56,45 | 48,92 | 75,06 | 63,55 | 58,16 |
| Secondaire+ | 71,09 | 51,96 | 73,82 | 53,39 | 57,83 |
| Quintile de richesse | | | | | |
| Le plus bas | 73,38 | 50,40 | 75,16 | 72,09* | 69,38 |
| Deuxième | 64,70 | 66,10* | 68,89 | 59,40 | 65,22 |
| Moyen | 65,20 | 62,66 | 75,17 | 58,17 | 64,86 |
| Quatrième | 64,82 | 44,57 | 75,06 | 53,34 | 54,20 |
| Le plus haut | 65,12 | 51,47 | 72,44 | 49,25 | 51,99*** |
| Total (%) | 66,78 | 52,00 | 73,36* | 54,93 | 58,18 |
| Nombre d'observations | 1865 | 1569 | 2929 | 1442 | 7805 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 | | | | | |

Tableau 3.2.4 : A une perception de la gravité du paludisme

Le **tableau 3.2.4** présente la répartition de la perception de la gravité du paludisme. Le niveau de perception de gravité d'une personne est basé sur un score composite généré à partir de quatre questions sur les attitudes (voir tableau 3.2.1).

| Tableau 3.2.4 : A une perception de la gravité du paludisme | | | | | |
|---|--------------|--------------|----------------|--------------|------------------|
| Caractéristiques sociodémographiques | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes les zones |
| Sexe | | | | | |
| Femme | 35,87 | 42,31 | 25,75 | 40,25 | 38,63 |
| Homme | 41,69* | 39,77 | 30,95** | 39,34 | 38,80 |
| Âge | | | | | |
| 15-24 ans | 31,87 | 40,32 | 27,16 | 35,82 | 35,64 |
| 25-34 ans | 38,10 | 44,64 | 27,00 | 44,21 | 41,03 |
| 25-44 ans | 39,83 | 39,69 | 27,44 | 38,72 | 38,02 |
| 45+ ans | 47,23 | 39,95 | 32,00 | 39,65 | 39,96 |
| Résidence | | | | | |
| Urbaine | 39,90 | 37,79 | 33,13 | 40,03 | 38,08 |
| Rurale | 36,99 | 53,71* | 24,65 | 39,63 | 39,72 |
| Niveau d'instruction | | | | | |
| Aucun | 41,50 | 57,73 | 17,19** | 32,32 | 35,57 |
| Primaire | 37,86 | 48,83 | * | 39,05 | 40,47 |
| Secondaire+ | 38,35 | 39,01* | 27,18 31,27 | 42,35 | 38,74 |
| Quintile de richesse | | | | | |
| Le plus bas | 46,21 | 50,85 | 31,38 | 39,59 | 41,72 |
| Deuxième | 36,86 | 53,24 | 24,29 | 32,35 | 36,46 |
| Moyen | 36,18 | 55,08 | 25,14 | 37,33 | 39,20 |
| Quatrième | 33,14 | 44,23 | 30,43 | 46,92 | 41,16 |
| Le plus haut | 40,66 | 36,37 | 40,05 | 38,48 | 37,04 |
| Total (%) | 38,26 | 41,23 | 28,18* | 39,85 | 38,70 |
| Nombre d'observations | 1865 | 1569 | 2929 | 1442 | 7805 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 | | | | | |

Tableau 3.2.5 : Communication interpersonnelle sur le paludisme

Le **tableau 3.2.5** (page suivante) présente les données concernant les déclarations des personnes interrogées sur la communication interpersonnelle concernant le paludisme au cours des six mois précédant la collecte des données. Il s'agit notamment des déclarations indiquant que l'on a parlé du paludisme avec son conjoint ou un ami/membre de la famille. Les résultats sont présentés par caractéristiques sociodémographiques des personnes et sont ventilés par zone d'étude.

Tableau 3.2.5 : Pourcentage de personnes interrogées ayant signalé une communication interpersonnelle concernant le paludisme, ECP RDC 2021

| Caractéristique | Nord | | Ouest | | Kasaï | | Grand Est | | Toutes les zones | |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | A parlé du paludisme avec son/sa conjoint-e au cours des six derniers mois | A parlé du paludisme avec un-e ami-e/membre de la famille au cours des six derniers mois | A parlé du paludisme avec son/sa conjoint-e au cours des six derniers mois | A parlé du paludisme avec un-e ami-e/membre de la famille au cours des six derniers mois | A parlé du paludisme avec son/sa conjoint-e au cours des six derniers mois | A parlé du paludisme avec un-e ami-e/membre de la famille au cours des six derniers mois | A parlé du paludisme avec son/sa conjoint-e au cours des six derniers mois | A parlé du paludisme avec un-e ami-e/membre de la famille au cours des six derniers mois | A parlé du paludisme avec son/sa conjoint-e au cours des six derniers mois | A parlé du paludisme avec un-e ami-e/membre de la famille au cours des six derniers mois |
| Sexe | | | | | | | | | | |
| Femme | 25,09 | 25,55 | 34,04 | 27,41 | 37,28 | 30,55 | 18,29 | 11,72 | 29,14 | 24,21 |
| Homme | 31,82* | 24,04 | 38,35 | 30,76 | 38,40 | 34,99* | 18,01 | 11,52 | 32,85** | 26,04 |
| Âge | | | | | | | | | | |
| 15-24 ans | 21,66 | 22,01 | 30,32 | 21,59 | 35,43 | 28,44 | 16,67 | 9,36 | 25,08 | 19,88** |
| 25-34 ans | 28,30 | 27,87 | 28,83 | 24,79 | 38,37 | 35,47 | 18,80 | 14,75 | 27,59 | 24,47 |
| 25-44 ans | 32,63 | 26,41 | 37,52 | 32,07 | 38,01 | 29,71 | 15,91 | 8,67 | 32,22 | 26,02 |
| 45+ ans | 29,17 | 21,95 | 45,25 | 36,31 | 38,95 | 37,66 | 22,68 | 14,45 | 38,15* | 30,52 |
| Résidence | | | | | | | | | | |
| Urbaine | 26,87 | 25,01 | 38,19 | 30,72* | 47,84*** | 42,29** | 18,51 | 12,40 | 33,78* | 27,64** |
| Rurale | 29,86 | 24,88 | 30,91 | 21,98 | 30,79 | 25,73 | 17,73 | 10,74 | 27,24 | 20,71 |
| Instruction | | | | | | | | | | |
| Aucun | 20,43 | 23,10 | 20,03 | 16,58 | 18,87*** | 18,29 | 13,56 | 9,60 | 17,39 | 15,83 |
| Primaire | 19,14 | 19,79 | 25,95 | 22,57 | 37,04 | 28,99 | 16,62 | 9,43 | 24,23 | 20,36 |
| Secondaire+ | 33,47** | 27,48 | 39,32** | 30,64* | 42,97 | 38,31** | 19,11 | 12,59 | 34,66*** | 27,41*** |
| Richesse | | | | | | | | | | |
| Le plus bas | 23,85 | 20,28 | 15,15 | 18,49 | 28,52 | 25,17* | 16,03 | 15,89 | 22,36 | 20,70 |
| Deuxième | 26,37 | 21,57 | 26,47 | 19,52 | 33,97 | 28,27 | 19,01 | 10,35 | 27,24 | 20,96 |
| Moyen | 25,37 | 24,87 | 28,60 | 20,33 | 42,37 | 34,63 | 19,48 | 10,56 | 28,30 | 22,18 |
| Quatrième | 35,12 | 28,69 | 34,15 | 34,97* | 44,72 | 40,21 | 16,80 | 10,78 | 30,86 | 28,14 |
| Le plus haut | 38,25 | 35,00 | 41,47* | 29,85 | 65,97*** | 59,37 | 18,67 | 12,14 | 36,92* | 27,05* |
| Total (%) | 28,60 | 24,93 | 36,44 | 28,82 | 37,89 | 32,63 | 18,15*** | 11,63*** | 31,15 | 24,99 |

| | | | | | | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Nombre d'observations | 1331 | 1862 | 1089 | 1565 | 2301 | 2925 | 1120 | 1439 | 5841 | 7791 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 | | | | | | | | | | |

Tableau 3.2.6 : Perceptions concernant les agents de santé

Le **tableau 3.2.6** présente la répartition des perceptions des personnes interrogées sur les agents de santé en établissement et en communauté.

| Tableau 3.2.6 : Pourcentage des personnes interrogées ayant des perceptions favorables envers les agents de santé, ECP RDC 2021 | | | | | |
|--|--------|-------|-------|-----------|------------------|
| Caractéristique | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes les zones |
| Sexe | | | | | |
| Femme | 77,95* | 76,47 | 74,27 | 74,90 | 76,18 |
| Homme | 71,88 | 73,13 | 71,08 | 76,92 | 73,42 |
| Âge | | | | | |
| 15-24 ans | 76,63 | 76,53 | 76,30 | 75,59 | 76,31 |
| 25-34 ans | 75,99 | 76,00 | 70,23 | 74,59 | 74,97 |
| 25-44 ans | 76,82 | 75,46 | 73,62 | 73,23 | 75,01 |
| 45+ ans | 70,11 | 71,84 | 70,94 | 83,31* | 73,37 |
| Résidence | | | | | |
| Urbaine | 76,10 | 76,47 | 74,77 | 76,54 | 73,22 |
| Rurale | 74,64 | 69,94 | 71,35 | 74,91 | 76,09 |
| Niveau d'instruction | | | | | |
| Aucun | 73,17 | 87,11 | 72,97 | 70,75 | 74,79 |
| Primaire | 75,27 | 78,90 | 70,86 | 77,87 | 76,43 |
| Secondaire+ | 75,95 | 73,77 | 74,22 | 75,36 | 74,51 |
| Quintile de richesse | | | | | |
| Le plus bas | 73,86 | 75,85 | 66,63 | 62,47 | 70,37 |
| Deuxième | 72,53 | 65,78 | 76,58 | 68,15 | 71,33 |
| Moyen | 75,18 | 66,93 | 74,41 | 77,90 | 73,50 |
| Quatrième | 78,80 | 74,19 | 74,48 | 75,93 | 75,61 |
| Le plus haut | 79,01 | 77,37 | 70,89 | 79,81 | 77,83* |
| Perceptions favorables envers les agents de santé (%) | 75,46 | 75,06 | 72,78 | 75,79 | 74,99 |
| Nombre d'observations | 1865 | 1569 | 2929 | 1442 | 7805 |

Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

Tableau 3.2.7 : Normes de genre liées au paludisme

Le **tableau 3.2.7** présente la répartition des normes de genre perçues par les personnes interrogées en matière de paludisme. Les normes de genre déclarées par une personne sont basées sur le fait qu'elle soit d'accord avec plusieurs énoncés. Les résultats sont présentés par caractéristiques des personnes et sont ventilés par zone d'étude.

| Tableau 3.2.7 : Normes de genre liées au paludisme | | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|---|
| Pourcentage des personnes interrogées ayant une perception des normes de genre liées au paludisme, par zone, ECP RDC 2021 | | | | | | |
| | A une attitude équitable envers les femmes et les hommes en ce qui concerne le paludisme | Est d'accord pour dire que lorsqu'il n'y a pas assez de moustiquaires, il est plus important que les enfants de sexe féminin dorment sous les moustiquaires disponibles plutôt que les enfants de sexe masculin. | Est d'accord pour dire que lorsqu'il n'y a pas assez de moustiquaires, il est plus important que les enfants de sexe masculin dorment sous les moustiquaires disponibles plutôt que les enfants de sexe féminin. | Est d'accord pour dire que lorsqu'on n'a pas assez d'argent, il est plus important que les enfants de sexe masculin qui font de la fièvre reçoivent des médicaments plutôt que les enfants de sexe féminin. | Est d'accord pour dire que lorsqu'on n'a pas assez d'argent, il est plus important que les enfants de sexe féminin qui font de la fièvre reçoivent des médicaments plutôt que les enfants de sexe masculin. | Est d'accord pour dire qu'une femme enceinte doit se sentir à l'aise de demander à son mari / conjoint de se rendre à l'établissement de santé pour une consultation prénatale. |
| Zone | | | | | | |
| Nord | 96,88 | 10,99 | 3,72 | 3,34 | 4,92 | 74,25 |
| Ouest | 94,01 | 10,14 | 5,48 | 5,17 | 5,60 | 74,93 |

| | | | | | | |
|------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Kasaï | 89,67 | 11,06 | 9,49** | 10,00*** | 11,02*** | 80,12* |
| Grand Est | 94,91 | 7,81 | 2,40 | 2,49* | 3,34* | 71,79 |
| Sexe | | | | | | |
| Femme | 93,75 | 10,71 | 4,88 | 4,76 | 5,67 | 72,71 |
| Homme | 94,78 | 8,90 | 5,20 | 5,05 | 5,74 | 77,59* |
| Âge | | | | | | |
| 15-24 ans | 92,12 | 10,59 | 4,40 | 4,01* | 6,17 | 67,70* |
| 25-34 ans | 95,41 | 9,57 | 4,60 | 5,23 | 4,83 | 75,48 |
| 35-44 ans | 94,47 | 10,11 | 6,03* | 5,04 | 5,84 | 77,02 |
| 45+ ans | 95,01 | 9,39 | 4,87 | 5,18 | 6,23 | 79,14 |
| Résidence | | | | | | |
| Urbaine | 92,75 | 11,03* | 6,27* | 6,09* | 6,67* | 72,34 |
| Rurale | 96,54** | 8,15 | 2,99 | 2,93 | 4,12 | 78,78** |
| Instruction | | | | | | |
| Aucun | 94,70 | 8,55 | 4,51 | 4,94 | 5,53 | 75,33 |
| Primaire | 94,24 | 10,79 | 5,05 | 4,85 | 5,65 | 75,37 |
| Secondaire+ | 93,49 | 9,39 | 5,69 | 4,76 | 6,03 | 72,50 |
| Tous les répondants | 94,19 | 9,93 | 5,02 | 4,88 | 5,70 | 74,80 |
| Nombre d'observations | 7796 | 7796 | 7796 | 7796 | 7796 | 7796 |

A.3.3 Prise en charge des cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans

Cette sous-section de l'annexe fournit tous les tableaux de données relatifs à la sollicitation de soins et au traitement du paludisme, en particulier pour les enfants de moins de 5 ans. Les tableaux suivants comprennent des données relatives au comportement de sollicitation de soins et de traitement ainsi que plusieurs facteurs conceptuels, notamment les connaissances, les attitudes, la perception d'efficacité, la perception d'auto-efficacité, les normes de genre et les normes communautaires perçues. Les tableaux peuvent avoir été dupliqués dans le corps du rapport.

Tableau 3.3.1 Questions utilisées pour évaluer les variables conceptuelles de gestion des cas, ECP RDC 2021

| Indicateur | Question(s) utilisée(s) pour mesurer l'indicateur | Notes |
|--|---|--|
| Connaissance que le CTA est un traitement efficace contre le paludisme | Quels médicaments peuvent être utilisés pour traiter efficacement le paludisme ? | Les questions ont plusieurs réponses possibles. La connaissance est établie si la réponse inclut la CTA. |
| Connaissance que la sollicitation de soins pour les enfants ayant de la fièvre doit commencer le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre. | Combien de temps après l'apparition de la fièvre faut-il emmener un enfant de moins de cinq ans obtenir des conseils ou un traitement contre la fièvre ? Faut-il le faire dès que la fièvre de l'enfant est détectée, le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre ou deux jours ou plus après l'apparition de la fièvre ? | La connaissance est établie si la réponse est immédiatement ou le jour même ou le lendemain. |
| Connaissance qu'une prise de sang est le meilleur moyen de savoir si une personne est atteinte du paludisme | Quel est le meilleur moyen de savoir si quelqu'un est atteint de paludisme ? | La connaissance est établie si la réponse inclut un test sanguin pour dépister le paludisme. |
| Connaissance que la meilleure source pour le traitement du paludisme est un établissement de santé. | Dans votre communauté, quel est le meilleur endroit où aller si vous pensez être atteint-e de paludisme ? | La connaissance est établie si la réponse est un établissement de santé |
| Connaissance approfondie de la sollicitation de soin et du traitement du paludisme | | Il s'agit d'un score composite basé sur les réponses aux quatre questions de connaissances préalables. Si les personnes interrogées ont une connaissance correcte des quatre questions (c'est-à-dire que la CTA est efficace, que la sollicitation de soins doit commencer le jour même ou le lendemain, que le test sanguin est le meilleur moyen de diagnostiquer le paludisme et que les établissements de santé sont le meilleur premier recours), alors la connaissance est considérée comme approfondie. |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Attitude favorable envers la sollicitation de soins pour les enfants en cas de fièvre et le traitement du paludisme</p> | <p>Je vais vous lire une série d'énoncés ou de questions et je voudrais que vous me disiez si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec l'énoncé :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Le/la prestataire de soins de santé est toujours la meilleure personne à qui parler lorsque vous pensez que votre enfant peut être atteint de paludisme B. Il n'est pas nécessaire de continuer à prendre toutes les doses de médicaments contre le paludisme si l'on ne se sent plus malade C. S'ils pensent que leur enfant est atteint de paludisme, les parents doivent d'abord demander une injection au/à la prestataire de soins ou à l'agent de santé communautaire D. Je préfère que mon enfant reçoive le médicament pour traiter le paludisme par injection plutôt que par voie orale E. On ne doit prendre des médicaments contre le paludisme que si un·e prestataire de santé dit que la fièvre est réellement causée par le paludisme F. Si un·e prestataire de santé affirme qu'un·e patient·e n'est pas atteint·e de paludisme, il/elle doit demander un médicament contre le paludisme au cas où il/elle en aurait besoin G. Lorsque mon enfant a de la fièvre, il vaut mieux commencer par lui donner tous les médicaments contre le paludisme que j'ai à la maison. H. Il est important de prendre tous les comprimés antipaludéens prescrits pour assurer une guérison complète I. Lorsque mon enfant a de la fièvre, je ne vais pas directement à l'établissement de santé, je vais d'abord ailleurs pour lui acheter des médicaments | <p>Il s'agit d'un score composite basé sur les réponses. La réponse « correcte » en termes d'attitudes favorables pour chaque question est indiquée ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. D'accord B. Pas d'accord C. Pas d'accord D. D'accord E. D'accord F. Pas d'accord G. Pas d'accord H. D'accord I. Pas d'accord |
| <p>Perception de l'efficacité des tests de dépistage du paludisme</p> | <p>Je vais vous lire une série d'énoncés ou de questions et je voudrais que vous me disiez si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec l'énoncé :</p> <ul style="list-style-type: none"> E. Un test sanguin de dépistage du paludisme est le seul moyen de savoir si quelqu'un est réellement atteint de paludisme ou non F. On doit continuer à prendre des médicaments antipaludéens même si le résultat du test de dépistage du paludisme indique que la fièvre n'est pas due au paludisme G. Les parents peuvent diagnostiquer le paludisme à partir des symptômes de quelqu'un aussi bien qu'un test sanguin de dépistage du paludisme | <p>Il s'agit d'un score composite basé sur les réponses. La réponse « correcte » en termes de perception de l'efficacité (test) pour chaque question est indiquée ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> E. D'accord F. Pas d'accord G. Pas d'accord |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Perception de l'efficacité du traitement du paludisme</p> | <p>Je vais vous lire une série d'énoncés ou de questions et je voudrais que vous me disiez si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec l'énoncé :</p> <ul style="list-style-type: none"> E. Une injection pour traiter le paludisme est plus efficace qu'un médicament pris par voie orale F. Les médicaments antipaludéens obtenus auprès de l'établissement de santé sont efficaces pour traiter le paludisme G. Les médicaments contre le paludisme que vous achetez au marché sont aussi bons que ceux distribués dans les centres de santé | <p>Il s'agit d'un score composite basé sur les réponses. La réponse « correcte » en termes de perception de l'efficacité (traitement) pour chaque question est indiquée ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> E. D'accord F. D'accord G. Pas d'accord |
| <p>Perception de l'auto-efficacité à solliciter des soins et un traitement pour l'enfant atteint de fièvre / paludisme dans un établissement de santé.</p> | <p>Je vais vous lire une série d'énoncés et je voudrais que vous me disiez si vous pourriez ou ne pourriez pas faire l'action décrite :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Trouver l'argent nécessaire pour emmener votre enfant à l'établissement de santé dès les premiers signes de paludisme. B. Obtenir l'autorisation de votre mari ou d'un autre membre de la famille pour emmener votre enfant dans un établissement de santé / chez un-e prestataire de soins lorsque votre enfant a de la fièvre. C. Emmener votre enfant à l'établissement de santé le jour même ou le lendemain s'il/elle fait de la fièvre D. Demander un test sanguin à l'établissement de santé lorsque vous pensez que votre enfant pourrait être atteint du paludisme E. S'assurer que votre enfant prend la dose complète des médicaments qui lui sont prescrits pour le paludisme F. Trouver l'argent nécessaire pour payer les médicaments que le/la prestataire de santé recommande pour traiter le paludisme | <p>Il s'agit d'un score composite basé sur les réponses. La réponse « correcte » en termes de perception de l'auto-efficacité pour chaque question est indiquée ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Pourrait B. Pourrait C. Pourrait D. Pourrait E. Pourrait F. Pourrait |
| <p>Norme descriptive selon laquelle les personnes s'occupant d'enfants dans la communauté emmènent rapidement leurs enfants chez un-e prestataire de soins</p> | <p>En général, combien de personnes de votre communauté emmènent leurs enfants chez un-e prestataire de santé le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre ? Diriez-vous...</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Toutes les personnes en charge d'enfants B. La plupart des personnes en charge d'enfants C. La moitié des personnes en charge d'enfants D. Moins de la moitié des personnes en charge d'enfants E. Personne | <p>Une norme descriptive soutenant la sollicitation de soins a été établie si la réponse était soit A, soit B, soit C.</p> |
| <p>Norme descriptive selon laquelle les enfants</p> | <p>En général, combien d'enfants de votre communauté (entourage) emmenés dans un établissement de santé avec de</p> | <p>Une norme descriptive soutenant les tests de dépistage pour les</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>ayant de la fièvre dans la communauté passent un test de dépistage du paludisme</p> | <p>la fièvre subissent un test de dépistage du paludisme ? Diriez-vous...</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Tous les enfants B. La plupart des enfants C. La moitié des enfants D. Moins de la moitié des enfants E. Personne | <p>enfants a été établie si la réponse était soit A, soit B, soit C.</p> |
| <p>Norme injonctive selon laquelle les personnes s'occupant d'enfants dans la communauté emmènent rapidement leurs enfants chez un-e prestataire de soins</p> | <p>En général, parmi toutes les personnes de votre communauté, combien vous critiqueraient si elles savaient que vous emmeniez vos enfants chez un-e prestataire de santé le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre ? Diriez-vous...</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Tout le monde B. La plupart des gens C. La moitié des gens D. Moins de la moitié des gens E. Personne | <p>Une norme injonctive approuvant la sollicitation de soins a été établie si la réponse était D ou E. Toutes les autres réponses ont indiqué une norme injonctive non favorable à la sollicitation de soins.</p> |
| <p>Prise de décision concernant la consultation au centre de santé lorsque l'enfant a de la fièvre</p> | <p>Dans votre ménage, qui prend généralement la décision d'aller dans un établissement de santé lorsque votre enfant est atteint de paludisme ? Diriez-vous...</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Vous B. Votre conjoint-e C. Vous et votre conjoint-e D. Votre mère E. Votre grand-mère F. Quelqu'un d'autre | |
| <p>Prise de décision concernant l'achat de médicament lorsque l'enfant a de la fièvre.</p> | <p>Dans votre ménage, qui prend généralement la décision d'acheter des médicaments lorsque votre enfant a de la fièvre ? Diriez-vous...</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Vous B. Votre conjoint-e C. Vous et votre conjoint-e D. Votre mère E. Votre grand-mère F. Quelqu'un d'autre | |
| <p>Perceptions positives envers les établissements de santé en ce qui concerne la prise en charge des cas de paludisme</p> | <p>Je vais vous lire une série d'énoncés ou de questions et je voudrais que vous me disiez si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec l'énoncé :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Les établissements de santé ont toujours les médicaments nécessaires pour traiter le paludisme. | <p>Il s'agit d'un score composite basé sur les réponses. La réponse « correcte » en termes de perceptions positives pour chaque question est indiquée ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. D'accord B. D'accord |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>B. Les établissements de santé de cette communauté ont toujours le kit de test sanguin permettant de savoir si quelqu'un est atteint de paludisme.</p> | |
| <p>Perceptions positives de la prise en charge des cas de paludisme par les agents de santé communautaires</p> | <p>Je vais vous lire une série d'énoncés ou de questions et je voudrais que vous me disiez si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec l'énoncé :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Les agents de santé communautaires ont toujours les médicaments nécessaires pour traiter le paludisme. B. Les agents de santé communautaires de cette communauté ont toujours le kit de test sanguin permettant de savoir si quelqu'un est atteint de paludisme. C. Les agents de santé communautaires de cette communauté savent comment traiter le paludisme chez les enfants. D. Les agents de santé communautaires de votre communauté font payer aux parents les médicaments pour traiter le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans. E. Les agents de santé communautaires de votre communauté font payer aux parents d'enfants de moins de cinq ans l'examen sanguin pour savoir si leur enfant est atteint de paludisme. | <p>Il s'agit d'un score composite basé sur les réponses. La réponse « correcte » en termes de perceptions positives pour chaque question est indiquée ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. D'accord B. D'accord C. D'accord D. Pas d'accord E. Pas d'accord |
| <p>Perceptions positives de la prise en charge des cas de paludisme par les agents de santé en établissement</p> | <p>Je vais vous lire une série d'énoncés ou de questions et je voudrais que vous me disiez si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec l'énoncé :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Les prestataires de soins des établissements de santé de cette communauté savent comment traiter le paludisme chez les enfants. B. Les prestataires de l'établissement de santé de votre communauté font payer aux parents les médicaments pour traiter le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans. C. Les prestataires de l'établissement de santé de votre communauté font payer aux parents d'enfants de moins de cinq ans l'examen sanguin pour savoir si leur enfant est atteint de paludisme. | <p>Il s'agit d'un score composite basé sur les réponses. La réponse « correcte » en termes de perceptions positives pour chaque question est indiquée ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. D'accord B. Pas d'accord C. Pas d'accord |

Tableau 3.3.2 : Connaissance de la sollicitation de soin et du traitement du paludisme

Le **tableau 3.3.2** présente les connaissances des personnes interrogées sur la sollicitation de soins et le traitement du paludisme.

| Tableau 3.3.2 Connaissance de la sollicitation de soin et du traitement du paludisme, ECP RDC 2021 | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Caractéristique sociodémographique | Connaissance que le TCA est un traitement efficace contre le paludisme | Connaissance que les soins doivent être sollicités le jour suivant ou plus tôt après l'apparition de la fièvre | Connaissance qu'une prise de sang pour un dépistage du paludisme est le meilleur moyen de savoir si une personne est atteinte du paludisme | Connaissance qu'un établissement est le meilleur endroit pour traiter le paludisme |
| Sexe | | | | |
| Femme | 45,40*** | 84,16** | 84,53* | 97,81 |
| Homme | 52,98 | 87,63 | 86,88 | 97,74 |
| Âge | | | | |
| 15-24 ans | 44,37* | 79,79*** | 80,94** | 97,73 |
| 25-34 ans | 49,73 | 87,34 | 87,05 | 98,04 |
| 35-44 ans | 49,58 | 87,12 | 85,19 | 97,77 |
| 45+ ans | 50,91 | 87,95 | 89,43 | 98,06 |
| Résidence | | | | |
| Urbaine | 44,52** | 85,66 | 86,36 | 97,76 |
| Rurale | 55,38 | 85,63 | 84,20 | 97,82 |
| Zone | | | | |
| Nord | 63,28 | 88,94 | 86,25 | 98,23 |
| Ouest | 39,14** | 85,86 | 90,13 | 97,76 |
| Kasaï | 57,60 | 88,42 | 86,51 | 97,93 |
| Grand Est | 51,26 | 80,44* | 73,87*** | 97,32 |
| Niveau d'instruction | | | | |
| Aucun | 39,98 | 82,22 | 73,23*** | 94,19* |
| Primaire | 43,10 | 84,08 | 81,70 | 97,88 |
| Secondaire/Supérieur | 51,06** | 86,41 | 87,90 | 98,12 |
| Quintile de richesse | | | | |
| Le plus bas | 50,22 | 88,26 | 81,63 | 97,06 |
| Deuxième | 51,87 | 83,30 | 84,77 | 97,85 |
| Moyen | 56,59 | 84,26 | 84,01 | 97,96 |
| Quatrième | 52,29 | 84,06 | 84,14 | 98,22 |
| Le plus haut | 41,99* | 87,06 | 88,31 | 97,67 |
| Total (%) | 48,66 | 85,65 | 85,54 | 97,78 |
| Nombre d'observations | 7805 | 7715 | 7789 | 7805 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 | | | | |

Tableau 3.3.3 : Attitudes à l'égard de la sollicitation de soin et du traitement du paludisme

Le **tableau 3.3.3** présente la répartition des attitudes favorables à l'égard de la sollicitation de soins et du traitement du paludisme. Les attitudes favorables ont été calculées suivant qu'une personne est d'accord ou non avec plusieurs énoncés relatifs à la sollicitation de soins et au traitement.

Tableau 3.3.3 : Attitudes à l'égard de la sollicitation de soins et le traitement du paludisme, ECP RDC 2021

| Caractéristiques sociodémographiques | A des attitudes favorables à l'égard de la sollicitation de soins et du traitement du paludisme ² | Pourcentage des personnes qui sont d'accord avec chaque énoncé | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|---|---|
| | | Le/la prestataire de soins de santé est toujours la meilleure personne à qui parler lorsque vous pensez que votre enfant peut être atteint de paludisme | Il n'est pas nécessaire de continuer à prendre toutes les doses de médicaments contre le paludisme si l'on ne se sent plus malade | S'ils pensent que leur enfant est atteint de paludisme, les parents doivent d'abord demander une injection au/à la prestataire de soins ou à l'agent de santé communautaire | Je préfère que mon enfant reçoive le médicament pour traiter le paludisme par injection plutôt que par voie orale |
| Sexe | | | | | |
| Femme | 67,50 | 88,81 | 41,80 | 46,93** | 50,56 |
| Homme | 67,43 | 91,63*** | 43,04 | 51,34 | 51,53 |
| Âge | | | | | |
| 15-24 ans | 66,26 | 85,24*** | 42,39 | 45,49* | 47,75* |
| 25-34 ans | 67,97 | 90,31 | 41,15 | 49,45 | 52,94 |
| 35-44 ans | 66,12 | 92,16 | 42,46 | 51,46 | 54,26 |
| 45+ ans | 70,25 | 92,18 | 43,86 | 47,93 | 46,94 |
| Zone | | | | | |
| Nord | 61,46 | 92,91 | 45,81 | 58,19 | 69,09*** |
| Ouest | 70,72 | 88,63 | 37,58*** | 48,26 | 47,93 |
| Kasaï | 53,95*** | 92,48 | 55,19 | 60,04 | 56,46 |
| Grand Est | 73,98* | 88,98 | 41,98 | 34,53*** | 37,83 |
| Résidence | | | | | |
| Urbaine | 67,46 | 87,90 | 41,05 | 47,85 | 48,31 |
| Rurale | 67,49 | 93,44*** | 44,41 | 50,38 | 55,30* |
| Niveau d'instruction | | | | | |
| Aucun | 57,98** | 89,06 | 48,44 | 50,19 | 56,28 |
| Primaire | 68,91 | 92,18 | 44,08 | 51,72 | 55,57 |
| Secondaire/Supérieur | 68,31 | 89,55 | 41,07* | 47,68 | 49,00** |

| Quintile de richesse | | | | | |
|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Le plus bas | 67,14 | 92,48 | 42,78 | 50,42 | 55,80 |
| Deuxième | 62,12 | 92,47 | 46,85 | 55,67 | 60,15 |
| Moyen | 65,29 | 92,74 | 44,37 | 53,12 | 57,15 |
| Quatrième | 68,17 | 91,12 | 44,40 | 48,64 | 50,07 |
| Le plus haut | 69,83 | 86,79** | 38,78* | 44,44** | 44,51 |
| Total (%) | 67,47 | 90,02 | 42,33 | 48,82 | 50,98 |

² Représente la variable composite qui a été créée en fonction du score des réponses à chaque énoncé dans les autres colonnes.

Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

Tableau 3.3.3 (suite) : Attitudes à l'égard de la sollicitation de soins et le traitement du paludisme (suite), ECP RDC 2021

| Caractéristique sociodémographique | Pourcentage des personnes qui sont d'accord avec chaque énoncé | | | | |
|------------------------------------|--|---|--|---|---|
| | On ne doit prendre des médicaments contre le paludisme que si un-e prestataire de santé dit que la fièvre est réellement causée par le paludisme | Si un-e prestataire de santé affirme qu'un-e patient-e n'est pas atteint-e de paludisme, il/elle doit demander un médicament contre le paludisme au cas où il/elle en aurait besoin | Lorsque mon enfant a de la fièvre, il vaut mieux commencer par lui donner tous les médicaments contre le paludisme que j'ai à la maison. | Il est important de prendre tous les comprimés antipaludéens prescrits pour assurer une guérison complète | Lorsque mon enfant a de la fièvre, je ne vais pas directement à l'établissement de santé, je vais d'abord ailleurs pour lui acheter des médicaments |
| Sexe | | | | | |
| Femme | 79,56 | 41,81 | 53,52 | 85,72 | 59,86 |
| Homme | 82,57* | 46,63** | 51,20 | 87,86 | 58,56 |
| Âge | | | | | |
| 15-24 ans | 77,97 | 43,32 | 49,81 | 83,32* | 53,50** |
| 25-34 ans | 80,32 | 43,24 | 51,49 | 86,62 | 60,26 |
| 35-44 ans | 82,85 | 44,26 | 54,83 | 87,47 | 61,73 |
| 45+ ans | 82,15 | 44,95 | 53,92 | 89,49 | 61,26 |
| Zone | | | | | |
| Nord | 82,00 | 41,25 | 60,96 | 88,61 | 62,12 |
| Ouest | 79,80 | 43,12 | 48,43 | 85,89 | 59,42 |
| Kasaï | 87,34** | 59,45*** | 64,03* | 90,36 | 62,04 |
| Grand Est | 78,18 | 38,42* | 46,95 | 84,23 | 54,74* |
| Résidence | | | | | |
| Urbaine | 79,00 | 43,62 | 50,22 | 84,87 | 61,52 |
| Rurale | 83,84* | 44,29 | 56,25 | 89,51** | 57,93 |
| Niveau d'instruction | | | | | |
| Aucun | 78,95 | 48,87* | 61,76 | 84,16 | 69,97 |
| Primaire | 82,71 | 42,23 | 59,36 | 87,91 | 61,49 |
| Secondaire/Supérieur | 80,60 | 43,67 | 49,39*** | 86,49 | 57,59** |
| Quintile de richesse | | | | | |
| Le plus bas | 82,16 | 42,82 | 58,54 | 88,59 | 59,62 |

| | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Deuxième | 82,32 | 48,35 | 60,68 | 88,83 | 62,24 |
| Moyen | 82,83 | 42,05 | 56,69 | 90,24 | 64,09 |
| Quatrième | 81,75 | 42,55 | 55,60 | 86,46 | 63,07 |
| Le plus haut | 78,69 | 44,18 | 44,74*** | 83,97 | 54,28** |
| Total (%) | 80,85 | 43,88 | 52,52 | 86,64 | 59,30 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 | | | | | |

Tableau 3.3.4 : Perception de l'efficacité du dépistage et au traitement du paludisme

| Tableau 3.3.4 : Pourcentage de personnes ayant indiqué une perception de l'efficacité du dépistage et du traitement du paludisme, ECP RDC 2021 | | | | | | | | | | |
|--|--|--------------|-----------------|--------------|--------------|--|--------------|----------------|--------------|--------------|
| Caractéristique sociodémographique | Perception élevée de l'efficacité des tests de dépistage | | | | | Perception élevée de l'efficacité du traitement du paludisme | | | | |
| | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes |
| Sexe | | | | | | | | | | |
| Femme | 58,20 | 63,80 | 45,98 | 67,00 | 61,21 | 56,94 | 59,62 | 45,73 | 50,26 | 55,51 |
| Homme | 59,17 | 59,53 | 47,91 | 71,26 | 60,34 | 52,99 | 60,35 | 45,65 | 52,68 | 55,31 |
| Âge | | | | | | | | | | |
| 15-24 ans | 58,55 | 66,04 | 44,24 | 65,57 | 61,33 | 55,53 | 59,92 | 43,78 | 50,81 | 54,74 |
| 25-34 ans | 56,84 | 62,48 | 43,24 | 69,12 | 60,45 | 55,16 | 60,70 | 44,92 | 46,79 | 54,50 |
| 35-44 ans | 58,61 | 62,50 | 51,25 | 68,07 | 61,59 | 53,05 | 56,97 | 44,24 | 53,96 | 54,12 |
| 45+ ans | 62,08 | 56,75 | 49,02 | 75,30 | 59,65 | 59,04 | 63,18 | 50,94 | 56,50 | 56,70 |
| Résidence | | | | | | | | | | |
| Urbaine | 59,75 | 58,73 | 41,70 | 72,49 | 59,88 | 57,53 | 58,42 | 47,18 | 55,45 | 56,79 |
| Rurale | 57,71 | 73,83* | 50,58* | 64,68 | 62,39 | 53,61 | 65,36 | 44,63 | 46,53 | 53,21 |
| Niveau d'instruction | | | | | | | | | | |
| Aucun | 47,29 | 66,50 | 42,85 | 47,52 | 49,90*** | 58,92 | 65,93 | 38,79 | 39,37 | 48,42* |
| Primaire | 56,00 | 63,86 | 49,80 | 62,79 | 59,30 | 57,91 | 66,68 | 47,07 | 45,82 | 57,01 |
| Secondaire/Sup. | 61,13 | 61,75 | 46,30 | 75,32** | 62,67 | 53,94 | 58,58 | 46,76 | 56,16 | 56,08 |
| Quintile de richesse | | | | | | | | | | |
| Le plus bas | 54,65 | 76,11 | 50,65 | 69,49 | 59,79 | 51,71 | 71,13 | 48,65 | 39,22 | 52,56 |
| Deuxième | 57,86 | 65,27 | 45,65 | 57,79 | 56,29 | 56,20 | 60,78 | 42,19 | 44,84 | 51,58 |
| Moyen | 62,83 | 67,00 | 44,60 | 63,88 | 60,46 | 57,83 | 70,23 | 42,35 | 45,09 | 54,86 |
| Quatrième | 58,31 | 60,86 | 50,23 | 66,54 | 60,65 | 56,79 | 61,84 | 49,42 | 53,63 | 57,41 |
| Le plus haut | 59,43 | 60,24 | 33,33 | 75,94** | 62,88 | 51,68 | 56,90 | 53,02 | 57,44 | 56,71 |
| Total (%) | 58,60 | 61,99 | 46,88*** | 68,88 | 60,84 | 55,32 | 59,92 | 45,69** | 51,32 | 55,43 |
| Nombre d'observations | 1865 | 1569 | 2929 | 1442 | 7805 | 1865 | 1569 | 2929 | 1442 | 7805 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 ¹ Calculé sur la base des scores composites de plusieurs énoncés. | | | | | | | | | | |

Tableau 3.3.5 : Perception de l'efficacité : dépistage et traitement du paludisme

Le **tableau 3.3.5** présente la répartition de la perception d'auto-efficacité concernant le dépistage du paludisme. La perception d'auto-efficacité est calculée suivant que la personne est d'accord ou non avec plusieurs énoncés relatifs au dépistage et au traitement (voir **tableau 3.3.1**).

| Tableau 3.3.5 : Pourcentage de personnes interrogées ayant indiqué une perception de l'auto efficacité du dépistage et du traitement du paludisme par zone, ECP RDC 2021 | | | | | |
|---|--------------|--------------------|--------------|------------------|-------------------------|
| Caractéristique sociodémographique | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes les zones |
| Sexe | | | | | |
| Femme | 87,98 | 96,78 | 93,39 | 84,63 | 92,15 |
| Homme | 94,22** * | 96,74 | 94,94 | 93,01*** | 95,23*** |
| Âge | | | | | |
| 15-24 ans | 86,22 | 95,97 | 90,27* | 80,33** | 89,49*** |
| 25-34 ans | 89,65 | 97,62 | 95,88 | 89,13 | 93,88 |
| 35-44 ans | 95,14 | 96,82 | 95,51 | 92,81 | 95,55 |
| 45+ ans | 92,27 | 96,36 | 94,37 | 91,36 | 94,58 |
| Résidence | | | | | |
| Urbaine | 89,12 | 96,81 | 95,34 | 87,95 | 94,04 |
| Rurale | 91,64 | 96,59 | 93,24 | 88,74 | 92,54 |
| Niveau d'instruction | | | | | |
| Aucun | 85,75 | 95,48 | 91,49 | 80,25* | 86,82*** |
| Primaire | 86,00 | 97,03 | 95,08 | 89,50 | 92,47 |
| Secondaire/Supérieur | 92,86 | 96,73 | 94,56 | 89,22 | 94,38 |
| Quintile de richesse | | | | | |
| Le plus bas | 86,30 | 96,96 | 94,22 | 87,13 | 90,76* |
| Deuxième | 88,17 | 96,82 | 94,26 | 84,92 | 91,20 |
| Moyen | 95,75 | 98,46 | 93,46 | 88,49 | 94,24 |
| Quatrième | 90,63 | 95,08 | 93,52 | 87,21 | 92,01 |
| Le plus haut | 92,57 | 97,02 | 98,25* | 90,21 | 95,48 |
| Total (%) | 90,54 | 96,77* * | 94,11 | 88,32 | 93,47 |
| Nombre d'observations | 1865 | 1569 | 2929 | 1442 | 7805 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 | | | | | |

Tableau 3.3.6 : Perception de normes communautaires concernant le dépistage et le traitement du paludisme

Le **tableau 3.3.6** présente les normes communautaires perçues concernant le dépistage et le traitement du paludisme. Les perceptions de normes communautaires ont été évaluées sur la base des réponses aux questions portant sur la proportion de membres de la communauté qui emmènent rapidement leurs propres enfants chez un-e prestataire de santé et / ou qui approuvent le fait que la personne interrogée fasse cela.

| Tableau 3.3.6 : Pourcentage de personnes interrogées ayant indiqué une perception de normes communautaires par rapport au dépistage et au traitement du paludisme par zone, ECP RDC 2021 | | | |
|---|---|--|---|
| Caractéristique sociodémographique | La plupart des personnes de la communauté emmènent leurs enfants chez un-e prestataire de santé le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre | La plupart des enfants de la communauté amenés dans un centre de santé à cause d'une fièvre font un test de dépistage du paludisme | La plupart des personnes de la communauté ne critiqueraient pas la personne interrogée si elle emmenait son enfant chez un-e prestataire de santé le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre |
| Zone | | | |
| Nord | 73,64 | 67,16 | 75,64*** |
| Ouest | 60,58 | 60,50 | 58,05 |
| Kasaï | 61,29 | 64,32 | 56,70 |
| Grand Est | 44,03*** | 42,62*** | 45,79 |
| Sexe | | | |
| Femme | 60,65 | 59,20 | 58,30 |
| Homme | 58,50 | 57,68 | 59,23 |
| Âge | | | |
| 15-24 ans | 57,84 | 56,73 | 58,08 |
| 25-34 ans | 61,14 | 60,22 | 60,68 |
| 35-44 ans | 60,24 | 58,66 | 57,33 |
| 45+ ans | 59,12 | 58,06 | 58,53 |
| Résidence | | | |
| Urbaine | 58,05 | 56,01 | 54,11 |
| Rurale | 62,53 | 62,65 | 66,11** |
| Niveau d'instruction | | | |
| Aucun | 58,21 | 56,49 | 48,96* |
| Primaire | 62,75 | 60,49 | 67,33 |
| Secondaire+ | 59,24 | 58,39 | 57,41 |
| Quintile de richesse | | | |
| Le plus bas | 60,91 | 61,63 | 65,61 |
| Deuxième | 64,01 | 64,46 | 63,58 |
| Moyen | 63,20 | 62,08 | 62,35 |

| | | | |
|---------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Quatrième | 62,31 | 59,50 | 63,49 |
| Le plus haut | 55,18 | 53,75 | 51,01** |
| Total (%) | 59,73 | 58,55 | 58,70 |
| Nb. d'observations | 7788 | 7788 | 7788 |

Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

Tableau 3.3.7a : Perceptions envers les établissements de santé concernant la sollicitation de soins et le traitement du paludisme

Le **tableau 3.3.7a** décrit la perception qu'ont les personnes interrogées des établissements de santé, notamment en ce qui concerne la sollicitation de soins et le traitement du paludisme. Les perceptions favorables ont été évaluées sur la base des réponses des personnes interrogées à une série de questions (voir tableau 3.3.1).

| Tableau 3.3.7a : Pourcentage de répondants ayant une perception favorable des établissements de santé concernant la prise en charge des cas, ECP RDC 2021 | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|------------------|---------------|
| Caractéristique sociodémographique | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes |
| Sexe | | | | | |
| Femme | 73,75 | 71,33 | 68,81 | 67,37 | 70,70 |
| Homme | 74,31 | 72,44 | 67,92 | 61,99 | 69,92 |
| Âge | | | | | |
| 15-24 ans | 76,27 | 75,93 | 68,80 | 65,19 | 72,66 |
| 25-34 ans | 72,66 | 71,02 | 65,01 | 63,96 | 69,03 |
| 35-44 ans | 77,18 | 69,09 | 70,19 | 64,19 | 69,62 |
| 45+ ans | 67,19 | 72,72 | 70,09 | 68,30 | 70,73 |
| Résidence | | | | | |
| Urbaine | 71,10 | 68,80 | 67,83 | 64,36 | 68,23 |
| Rurale | 76,21 | 82,64* | 68,80 | 65,74 | 73,84 |
| Niveau d'instruction | | | | | |
| Aucun | 65,93 | 83,01 | 66,87 | 63,52 | 68,39 |
| Primaire | 75,94 | 67,82 | 72,40 | 69,20 | 70,89 |
| Secondaire+ | 74,02 | 72,35 | 67,67 | 63,84 | 70,52 |
| Quintile de richesse | | | | | |
| Le plus bas | 72,69 | 84,06 | 68,91 | 65,97 | 72,69 |
| Deuxième | 74,97 | 80,94 | 65,59 | 69,11 | 72,84 |
| Moyen | 75,81 | 86,22 | 66,48 | 64,93 | 74,01 |
| Quatrième | 73,19 | 75,65 | 71,82 | 63,73 | 71,72 |
| Le plus haut | 71,80 | 66,67 | 78,78* | 64,51 | 66,67 |
| Total (%) | 73,98 | 71,80 | 68,40 | 65,00 | 70,37 |
| Nombre d'observations | 1865 | 1569 | 2929 | 1442 | 7805 |

Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

Tableau 3.3.7b : Perceptions envers les agents de santé concernant la sollicitation de soins et le traitement du paludisme

| Tableau 3.3.7b Perceptions envers les agents de santé concernant la sollicitation de soin et le traitement du paludisme, ECP RDC 2021 | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|------------------|-------------------------------|--------------|--------------|----------------|------------------|
| Caractéristique sociodémographique | Agents de santé en établissement | | | | | Agents de santé communautaire | | | | |
| | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes les zones | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes les zones |
| Sexe | | | | | | | | | | |
| Femme | 13,64 | 20,93 | 22,42 | 17,25 | 18,91 | 46,81 | 54,49 | 47,85 | 33,28 | 46,03 |
| Homme | 15,50 | 20,09 | 20,35 | 14,77 | 18,16 | 44,86 | 53,35 | 47,62 | 30,03 | 47,84 |
| Âge | | | | | | | | | | |
| 15-24 ans | 16,34 | 20,21 | 24,87 | 15,81 | 18,96 | 48,98 | 53,55 | 46,94 | 34,08 | 47,28 |
| 25-34 ans | 14,96 | 16,94 | 20,13 | 19,65 | 17,54 | 45,00 | 52,21 | 47,32 | 30,03 | 45,16 |
| 35-44 ans | 12,22 | 22,72 | 20,82 | 13,08 | 18,70 | 45,93 | 57,10 | 48,43 | 29,78 | 48,53 |
| 45+ ans | 13,54 | 22,51 | 20,08 | 15,37 | 19,53 | 42,85 | 52,32 | 48,32 | 35,78 | 47,46 |
| Résidence | | | | | | | | | | |
| Urbaine | 15,92 | 19,11 | 24,71 | 17,40 | 18,85 | 45,52 | 56,26 | 54,77* | 33,25 | 50,52 |
| Rurale | 13,23 | 25,86 | 19,13 | 14,73 | 18,15 | 46,38 | 45,88 | 42,72 | 30,23 | 41,45* |
| Niveau d'instruction | | | | | | | | | | |
| Aucun | 12,14 | 17,15 | 19,94 | 15,77 | 16,17 | 42,79 | 62,63 | 51,78 | 33,93 | 45,22 |
| Primaire | 11,09 | 24,86 | 20,03 | 15,36 | 18,73 | 41,75 | 48,26 | 40,49** | 35,02 | 42,68 |
| Secondaire+ | 15,87 | 19,85 | 22,71 | 16,88 | 18,88 | 48,10 | 55,24 | 50,77 | 30,01 | 48,67 |
| Quintile de richesse | | | | | | | | | | |
| Le plus bas | 13,00 | 27,12 | 18,99 | 13,32 | 17,46 | 31,95* | 45,15 | 38,32* | 18,94** | 34,31 |
| Deuxième | 12,26 | 17,47 | 26,75 | 19,47 | 18,50 | 51,07 | 37,72 | 51,06 | 35,40 | 45,37 |
| Moyen | 14,47 | 14,84 | 22,22 | 14,89 | 16,25 | 52,53 | 45,02 | 51,39 | 34,35 | 45,90 |
| Quatrième | 14,46 | 31,99 | 15,91* | 14,24 | 22,18 | 46,70 | 51,99 | 49,76 | 35,10 | 46,39 |
| Le plus haut | 22,56* | 17,66 | 21,71 | 17,82 | 17,98 | 48,22 | 58,25 | 54,54 | 30,34 | 52,19 |
| Total (%) | 14,40 | 20,57 | 21,45 | 16,16 | 18,58 | 46,01 | 54,01 | 47,74 | 31,85** | 47,06 |
| Nombre d'observations | 1865 | 1569 | 2929 | 1442 | 7805 | 1865 | 1569 | 2929 | 1442 | 7805 |

Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

Tableau 3.3.8a : Prise de décision pour les soins et le traitement du paludisme

Le **tableau 3.3. 8a** présente la répartition des prises de décision concernant les soins et le traitement du paludisme. Le **tableau 3.3.8b (page suivante)** présente les résultats des prises de décision dans chaque zone d'étude.

| Tableau 3.3.8a : Prise de décision concernant les soins et le traitement du paludisme, ECP RDC 2021 | | |
|---|--|---|
| Pourcentage de personnes impliquées dans la décision | Décision d'aller au centre de santé lorsque l'enfant est malade et a de la fièvre | Décision d'acheter des médicaments lorsque l'enfant est malade et a de la fièvre |
| Zone | | |
| Nord | 62,49 | 62,92 |
| Ouest | 64,92 | 64,43 |
| Kasaï | 57,51 | 58,80 |
| Grand Est | 64,59 | 66,50 |
| Sexe | | |
| Femme | 46,14 | 44,00 |
| Homme | 77,89*** | 88,05*** |
| Âge | | |
| 15-24 ans | 47,55*** | 46,82*** |
| 25-34 ans | 57,84 | 59,05 |
| 35-44 ans | 69,08 | 68,59 |
| 45+ ans | 72,01 | 73,55 |
| Résidence | | |
| Urbaine | 64,60 | 64,80 |
| Rurale | 61,52 | 62,36 |
| Niv. d'instruction | | |
| Aucun | 44,81 | 45,10 |
| Primaire | 56,05 | 54,54 |
| Secondaire+ | 66,74*** | 67,71*** |
| Quintile de richesse | | |
| Le plus bas | 59,70 | 59,06 |
| Deuxième | 60,89 | 62,64 |
| Moyen | 63,28 | 63,70 |
| Quatrième | 62,93 | 64,09 |
| Le plus haut | 65,74 | 65,72 |
| Total (%) | 63,36 | 63,82 |
| N | 5838 | 5838 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 | | |

Tableau 3.3.8b : Prise de décision concernant les soins et le traitement du paludisme par zone, ECP RDC 2021

| Pourcentage de personnes impliquées dans la prise de décision concernant la sollicitation de soins et le traitement du paludisme | Nord | | Ouest | | Kasaï | | Grand Est | |
|--|---|--|---|--|---|--|---|--|
| | Décision d'aller au centre de santé lorsque l'enfant est malade et a de la fièvre | Décision d'acheter des médicaments lorsque l'enfant est malade et a de la fièvre | Décision d'aller au centre de santé lorsque l'enfant est malade et a de la fièvre | Décision d'acheter des médicaments lorsque l'enfant est malade et a de la fièvre | Décision d'aller au centre de santé lorsque l'enfant est malade et a de la fièvre | Décision d'acheter des médicaments lorsque l'enfant est malade et a de la fièvre | Décision d'aller au centre de santé lorsque l'enfant est malade et a de la fièvre | Décision d'acheter des médicaments lorsque l'enfant est malade et a de la fièvre |
| Sexe | | | | | | | | |
| Femme | 41,06 | 38,09 | 47,89 | 45,08 | 38,64 | 39,65 | 51,68 | 49,70 |
| Homme | 82,06*** | 85,60*** | 78,55*** | 79,91*** | 72,93*** | 74,46*** | 76,15*** | 81,53*** |
| Âge | | | | | | | | |
| 15-24 ans | 47,68*** | 47,03*** | 49,82 | 47,83 | 42,91 | 44,29 | 48,01** | 47,20*** |
| 25-34 ans | 58,93 | 58,96 | 54,94 | 56,21 | 54,05 | 55,55 | 64,16 | 66,10 |
| 35-44 ans | 66,68 | 68,02 | 72,66 | 69,30 | 58,98 | 60,46 | 68,82 | 72,27 |
| 45+ ans | 75,99 | 76,66 | 70,15 | 72,08 | 71,06** | 71,78** | 75,06 | 76,84 |
| Résidence | | | | | | | | |
| Urbaine | 63,99 | 64,81 | 66,20 | 64,72 | 57,23 | 59,93 | 63,93 | 67,44 |
| Rurale | 61,39 | 61,54 | 60,87 | 63,51 | 57,70 | 58,00 | 65,34 | 65,44 |
| Niveau d'instruction | | | | | | | | |
| Aucun | 41,81 | 40,45 | 38,33* | 35,26* | 38,68 | 40,43 | 53,44 | 55,39 |
| Primaire | 50,20 | 50,56 | 58,38 | 56,22 | 51,56 | 51,56 | 62,55 | 58,74 |
| Secondaire+ | 68,86*** | 69,50*** | 67,06 | 66,98 | 62,63** | 63,96*** | 66,39 | 70,12* |
| Quintile de richesse | | | | | | | | |
| Le plus bas | 59,39 | 60,79 | 57,80 | 55,77 | 60,37 | 61,00 | 61,24 | 55,61 |
| Deuxième | 65,09 | 65,63 | 60,20 | 60,46 | 55,86 | 59,52 | 61,96 | 64,98 |
| Moyen | 60,39 | 60,36 | 64,66 | 64,48 | 55,95 | 56,33 | 70,97 | 72,51 |

| | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Quatrième | 63,41 | 62,50 | 66,34 | 68,96 | 58,14 | 58,07 | 59,31 | 60,32 |
| Le plus haut | 66,85 | 69,12 | 65,67 | 64,17 | 56,44 | 58,18 | 66,50 | 70,88 |
| Total (%) | 62,49 | 62,92 | 64,92 | 64,43 | 57,51 | 58,80 | 64,59 | 66,50 |
| Nombre d'observations | 1330 | | 1087 | | 2299 | | 1122 | |

Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

Tableau 3.3.10 : Dépistage, diagnostic et traitement des enfants de moins de cinq ans atteints de fièvre

Le **tableau 3.3.10** présente le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant présenté un cas confirmé de paludisme au cours des 2 semaines précédant l'enquête. Ce tableau décrit également le pourcentage de ces enfants ayant reçu la CTA et l'ayant reçue rapidement (le même jour ou le jour suivant).

Tableau 3.3.10 : Diagnostic et traitement des enfants de moins de 5 ans avec de la fièvre, ECP RDC 2021

| | Pourcentage de personnes dépistées pour le paludisme | Pourcentage de personnes dont le paludisme a été confirmé par dépistage | Pourcentage de personnes avec paludisme confirmé et ayant reçu un TCA | Pourcentage de personnes avec paludisme confirmé et ayant reçu un TCA rapidement |
|---|--|---|---|--|
| Zone | | | | |
| Nord | 68,67 | 83,23 | 58,10** | 51,43*** |
| Ouest | 72,74 | 93,01 | 35,00 | 17,50 |
| Kasaï | 71,34 | 94,51 | 44,74 | 29,60 |
| Grand Est | 50,45** | 77,08 | 31,58 | 23,68 |
| Âge de l'enfant | | | | |
| 0-2 ans | 67,46 | 87,36 | 46,34 | 35,37* |
| 2-4 ans | 68,30 | 90,33 | 41,57 | 28,09 |
| 4-5 ans | 67,86 | 90,26 | 45,90 | 31,97 |
| Résidence | | | | |
| Urbaine | 68,87 | 88,97 | 42,73 | 30,40 |
| Rurale | 67,04 | 88,66 | 48,64 | 35,81 |
| Niveau d'instruction de la mère | | | | |
| Aucun | 73,95 | 79,14 | 29,27** | 24,39 |
| Primaire | 66,65 | 91,65 | 43,15 | 32,19 |
| Secondaire+ | 67,75 | 88,35 | 50,00 | 34,57 |
| Quintile de richesse | | | | |
| Le plus bas | 58,62 | 90,22 | 39,24 | 30,38 |
| Deuxième | 67,40 | 90,13 | 50,00 | 36,11 |
| Moyen | 66,39 | 84,01 | 50,00 | 37,80 |
| Quatrième | 66,30 | 92,94 | 38,46 | 25,64 |
| Le plus haut | 72,59 | 87,57 | 48,44 | 32,81 |
| Total | 67,80 | 88,79 | 45,07 | 32,53 |
| Nombre d'observations | 626 | 433 | 375 | 375 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 | | | | |

A.3.4 Paludisme pendant la grossesse

Cette sous-section de l'annexe comprend tous les tableaux de données relatifs à la consommation de médias et à l'exposition aux messages sur le paludisme. Les tableaux suivants peuvent avoir été dupliqués ou référencés dans le corps du rapport.

Tableau 3.4.1 : Connaissance du traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg)

Le **tableau 3.4.1** présente le pourcentage de personnes interrogées ayant des connaissances approfondies sur la CPN / le TPIg. La connaissance approfondie est établie lorsque les personnes connaissent et ont des connaissances spécifiques sur le TPIg. Les personnes ont fait état de connaissances relatives au moment approprié pour consulter pour la première fois pour les soins prénatals , au nombre de contrôles recommandés pendant une grossesse et au nombre de fois qu'une femme doit recevoir des médicaments pendant sa grossesse pour éviter de contracter le paludisme.

| Tableau 3.4.1 : Connaissance approfondie de la CPN / TPIg | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|------------------|-------------------------|
| Pourcentage de personnes interrogées ayant une connaissance approfondie des CPN / TPIg par zone et par caractéristiques sociodémographiques | | | | | |
| Caractéristiques sociodémographiques | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes les zones |
| Sexe | | | | | |
| Femme | 17,27 | 33,17** | 23,08 | 15,09 | 26,05*** |
| Homme | 22,00 | 25,56 | 20,36 | 12,99 | 20,64 |
| Âge | | | | | |
| 15– 24 ans | 16,74** | 28,39 | 14,85*** | 9,45** | 19,70*** |
| 25– 35 ans | 20,06 | 30,71 | 24,81 | 15,05 | 24,30 |
| 35– 44 ans | 25,06 | 30,44 | 23,22 | 14,61 | 25,39 |
| 45 ans et plus | 17,65 | 29,79 | 24,02 | 19,24 | 25,27 |
| Résidence | | | | | |
| Rurale | 19,04 | 20,40*** | 22,76 | 14,75 | 19,05*** |
| Urbaine | 21,38 | 32,59 | 20,47 | 13,67 | 26,01 |
| Niveau d'instruction | | | | | |
| Aucun | 12,43** | 22,92 | 21,04 | 14,97 | 17,25** |
| Primaire | 17,31 | 28,36 | 24,33 | 18,89 | 23,05 |
| Secondaire ou supérieur | 21,90 | 30,63 | 21,04 | 13,04 | 24,72 |
| Quintile de richesse | | | | | |
| Le plus bas | 17,60 | 26,03 | 23,77 | 12,74 | 20,26 |
| Deuxième | 14,85** | 15,55*** | 19,04* | 12,31 | 15,69*** |
| Moyen | 22,38 | 18,94 | 21,24 | 16,95 | 19,92 |
| Quatrième | 21,78 | 25,26 | 20,06 | 16,24 | 21,71 |
| Le plus haut | 28,35 | 34,75 | 35,34 | 12,22 | 30,00 |
| Tous les répondants | 20,06 | 29,95 | 21,81 | 14,17 | 23,73 |
| Nombre d'observations | 1865 | 1569 | 2929 | 1442 | 7805 |
| <i>Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001</i> | | | | | |

Tableau 3.4.2 : Attitudes à l'égard du TPIg

Le **tableau 3.4.2** présente la répartition des attitudes favorables à l'égard du TPIg. Les attitudes favorables ont été calculées suivant qu'une personne est d'accord ou non avec plusieurs énoncés relatifs au TPIg. Les données sont présentées en fonction des caractéristiques sociodémographiques des personnes et des ménages dans chaque zone.

| Tableau 3.4.2 : Attitudes¹ à l'égard du TPIg | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|------------------|-------------------------|
| Pourcentage de personnes ayant des attitudes favorables envers le TPIg par zone et par variables sociodémographiques, RDC 2021 | | | | | |
| Caractéristiques sociodémographiques | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes les zones |
| Sexe | | | | | |
| Femme | 66,68 | 72,17 | 71,84 | 51,59 | 66,84 |
| Homme | 70,38 | 68,36 | 74,86 | 49,30 | 65,58 |
| Âge | | | | | |
| 15– 24 ans | 67,37 | 63,98* | 64,09*** | 45,85** | 60,72*** |
| 25– 35 ans | 67,45 | 72,67 | 75,17 | 49,60 | 66,73 |
| 35– 44 ans | 69,10 | 71,91 | 75,06 | 50,50 | 67,44 |
| 45 ans et plus | 69,59 | 72,23 | 79,00 | 60,48 | 70,77 |
| Résidence | | | | | |
| Rurale | 69,43 | 75,79 | 72,63 | 51,93 | 67,35 |
| Urbaine | 66,60 | 69,11 | 74,12 | 49,43 | 65,65 |
| Niveau d'instruction | | | | | |
| Aucun | 63,64 | 71,68 | 72,45 | 59,43 | 65,57 |
| Primaire | 66,32 | 70,17 | 74,12 | 49,84 | 65,84 |
| Secondaire ou supérieur | 69,23 | 70,62 | 72,63 | 49,64 | 66,54 |
| Quintile de richesse | | | | | |
| Le plus bas | 60,73** | 74,86* | 69,92* | 48,40 | 64,20* |
| Deuxième | 68,21 | 78,14 | 73,64 | 50,76 | 68,91 |
| Moyen | 69,48 | 78,50 | 72,61 | 55,98 | 69,22 |
| Quatrième | 72,65 | 71,93 | 75,92 | 50,60 | 67,11 |
| Le plus haut | 71,62 | 67,90 | 83,20 | 48,33 | 64,44 |
| Tous les répondants | 68,20 | 70,56 | 73,25 | 50,59 | 66,30 |
| Nombre d'observations | 1865 | 1569 | 2929 | 1442 | 7805 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ | | | | | |
| ¹ Dérivé de cinq éléments du questionnaire : la conviction en l'innocuité de la SP lorsqu'elle est prise à jeun, la conviction en la nécessité de commencer les CPN tôt, la perception de l'innocuité de la SP pour la femme, la perception de l'innocuité de la SP pour l'enfant à naître, et la perception de l'importance d'aller aux CPN plusieurs fois pendant la grossesse | | | | | |

Tableau 3.4.3 : Perception de la gravité du paludisme pendant la grossesse

Le **tableau 3.4.3** décrit le pourcentage de personnes interrogées qui ont la perception de la gravité du paludisme pendant la grossesse. La perception de la gravité perçue est calculée suivant que la personne est d'accord ou non avec certains énoncés. Les données sont présentées par zone d'étude et ventilées par âge, sexe et niveau d'instruction des personnes, ainsi que par type de résidence et richesse du ménage.

| Tableau 3.4.3 : Pourcentage de personnes interrogées ayant indiqué une perception de la gravité du paludisme pendant la grossesse, ECP RDC 2021 | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|------------------|-------------------------|
| Caractéristique sociodémographique | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes les zones |
| Sexe | | | | | |
| Femme | 87,06 | 84,39 | 87,15 | 72,49 | 82,82 |
| Homme | 88,57 | 86,10 | 89,50 | 78,09* | 85,32* |
| Âge | | | | | |
| 15-24 ans | 81,61** | 76,34*** | 78,91*** | 62,39** | 74,78*** |
| 25-34 ans | 88,79 | 87,85 | 89,04 | 77,01 | 85,74 |
| 35-44 ans | 91,03 | 87,67 | 90,85 | 81,52 | 87,38 |
| 45+ ans | 90,66 | 86,34 | 94,68 | 78,95 | 86,94 |
| Résidence | | | | | |
| Urbaine | 84,42 | 83,15*** | 87,42 | 74,02 | 82,04 |
| Rurale | 90,19 | 92,19 | 88,84 | 76,03 | 86,89** |
| Niveau d'instruction | | | | | |
| Aucun | 88,84 | 92,79 | 91,66 | 64,39 | 81,19 |
| Primaire | 87,30 | 86,66 | 89,71 | 79,04 | 85,82 |
| Secondaire/Supérieur | 87,65 | 84,63 | 86,41 | 75,48** | 83,58 |
| Quintile de richesse | | | | | |
| Le plus bas | 87,02 | 87,94 | 89,09 | 73,64 | 85,75 |
| Deuxième | 86,19 | 94,59 | 84,83 | 73,23 | 85,52 |
| Moyen | 88,96 | 97,59 | 89,84 | 73,87 | 87,76 |
| Quatrième | 89,06 | 87,35 | 88,76 | 78,12 | 85,52 |
| Le plus haut | 86,12 | 81,43*** | 92,11 | 74,11 | 80,37 |
| Tous les répondants (%) | 87,68 | 85,11 | 88,25 | 74,95*** | 83,89 |
| Nombre d'observations | 1862 | 1565 | 2923 | 1441 | 7791 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | | | | |
| ¹ Évalué au moyen de deux éléments : la perception que les effets du paludisme pendant la grossesse peuvent être graves pour la femme et son enfant à naître et la conviction que les femmes enceintes sont plus susceptibles de mourir du paludisme que les femmes qui ne sont pas enceintes. | | | | | |

Tableau 3.4.4 : Perception de l'efficacité de la CPN/ TPIg

Le **tableau 3.4.4** présente la répartition de la perception de l'efficacité concernant la CPN et le TPIg. La perception de l'efficacité a été calculée suivant qu'une personne est d'accord ou non avec plusieurs énoncés relatifs aux CPN et au TPIg.

| Tableau 3.4.4 : Perception de l'efficacité des CPN et du TPIg, ECP RDC 2021 | | |
|---|--|--|
| | A une perception de l'efficacité de la CPN | A une perception de l'efficacité du TPIg |
| Zone | | |
| Nord | 94,05 | 91,60* |
| Ouest | 92,41 | 86,65 |
| Kasaï | 91,56 | 86,21 |
| Grand Est | 88,25 | 81,54 |
| Sexe | | |
| Femme | 90,46 | 85,75 |
| Homme | 93,47*** | 87,46 |
| Âge | | |
| 15-24 ans | 85,19*** | 79,26*** |
| 25-34 ans | 92,08 | 88,28 |
| 35-44 ans | 94,18 | 89,37 |
| 45+ ans | 95,59 | 88,21 |
| Résidence | | |
| Urbaine | 90,32 | 84,27 |
| Rurale | 94,06* | 90,07** |
| Niveau d'instruction | | |
| Aucun | 89,40 | 81,14 |
| Primaire | 94,07 | 89,59* |
| Secondaire/Supérieur | 91,30 | 86,06 |
| Quintile de richesse | | |
| Le plus bas | 92,78 | 88,31 |
| Deuxième | 93,34 | 88,77 |
| Moyen | 94,27 | 89,35 |
| Quatrième | 92,25 | 89,70 |
| Le plus haut | 89,63 | 82,31* |
| Tous les répondants (%) | 91,75 | 86,48 |
| Nombre d'observations | 7790 | 7790 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | |

Tableau 3.4.5 : Perception de l'auto-efficacité concernant le TPIg

Le **tableau 3.4.5** présente la distribution de la perception d'auto-efficacité à faire des gestes liés à la CPN et au TPIg. La perception d'auto-efficacité a été calculée suivant le fait qu'une personne soit d'accord ou non avec plusieurs énoncés relatifs à la sollicitation et au traitement TPIg, qui étaient formulés différemment pour les hommes et les femmes.

| Tableau 3.4.5 : Pourcentage de personnes déclarant une perception d'auto efficacité de la CPN/TPIg, par sexe, ECP RDC 2021 | | |
|---|---------------|-----------------|
| Les hommes et les femmes qui ont déclaré une perception de l'auto-efficacité ¹ font des gestes / soutiennent des actions liées à la CPN et au TPIg. | | |
| | Femmes | Hommes |
| Zone | | |
| Nord | 88,66*** | 92,68* |
| Ouest | 90,67 | 93,17 |
| Kasaï | 93,10 | 95,49 |
| Grand Est | 77,98 | 89,00 |
| Âge | | |
| 15-24 ans | 83,01** | 87,42 |
| 25-34 ans | 91,51 | 92,18 |
| 35-44 ans | 89,43 | 92,46 |
| 45+ ans | 91,77 | 93,86 |
| Résidence | | |
| Urbaine | 87,51 | 91,87 |
| Rurale | 88,75 | 93,51 |
| Niveau d'instruction | | |
| Aucun | 85,50 | N/A |
| Primaire | 88,20 | 89,71 |
| Secondaire/Supérieur | 88,28 | 93,39 |
| Quintile de richesse | | |
| Le plus bas | 88,50 | 93,85 |
| Deuxième | 89,28 | 91,76 |
| Moyen | 88,46 | 94,58 |
| Quatrième | 86,87 | 92,84 |
| Le plus haut | 87,80 | 91,28 |
| Tous les répondants (%) | 87,97 | 92,52*** |
| Nombre d'observations | 6027 | 1778 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | |
| ¹ Ce concept a été mesuré sur la base de six éléments formulés différemment pour les hommes et les femmes : le niveau de confiance dans sa capacité à aller (ou à aider sa conjointe à aller) précocement à la CPN, à assister au nombre recommandé de CPN, à aller à la CPN avec le ou la conjointe, à demander (ou à aider sa conjointe à demander) la SP pendant la CPN, et à prendre (ou à aider sa conjointe à prendre) la SP au moins trois fois pendant la grossesse. | | |

Tableau 3.4.6 : Perception de normes communautaires concernant la CPN/TPIg

Le **tableau 3.4.6** présente les normes communautaires perçues en matière de CPN / TPIg, qui ont été évaluées sur la base des réponses des personnes concernant la proportion de femmes enceintes dans leur communauté qui 1) vont aux CPN au moins quatre fois ; et 2) prennent des médicaments pour prévenir le paludisme. Les personnes interrogées ont également indiqué si elles pensaient que les autres membres de la communauté approuvaient les femmes fassent ces actions.

| Tableau 3.4.6 : Pourcentage de personnes interrogées ayant indiqué une perception de normes communautaires concernant les CPN/TPIg, ECP RDC 2021 | | | |
|---|--|---|--|
| Caractéristique sociodémographique | Pensent que la plupart des femmes de la communauté se rendent aux consultations prénatales au moins quatre fois lorsqu'elles sont enceintes (norme descriptive) | Pensent que la plupart des femmes de la communauté prennent des médicaments pour prévenir le paludisme lorsqu'elles sont enceintes (norme descriptive) | Pensent que la plupart des gens de la communauté approuvent le fait que les femmes enceintes prennent des médicaments pour prévenir le paludisme (norme injonctive) |
| Zone | | | |
| Nord | 77,94* | 67,20 | 74,96*** |
| Ouest | 65,81 | 63,00 | 56,78 |
| Kasaï | 65,76 | 57,88 | 56,44 |
| Grand Est | 46,14*** | 37,38*** | 43,21 |
| Sexe | | | |
| Femme | 66,99*** | 61,47*** | 58,05 |
| Homme | 60,11 | 52,96 | 56,53 |
| Âge | | | |
| 15-24 ans | 60,98 | 55,11 | 56,93 |
| 25-34 ans | 64,41 | 58,35 | 59,87 |
| 35-44 ans | 66,04 | 59,53 | 55,52 |
| 45+ ans | 64,18 | 57,72 | 57,09 |
| Résidence | | | |
| Urbaine | 61,39 | 55,65 | 52,05 |
| Rurale | 68,32* | 61,33 | 66,06*** |
| Niveau d'instruction | | | |
| Aucun | 66,05 | 59,64 | 51,06 |
| Primaire | 67,35 | 58,40 | 66,72 |
| Secondaire/Supérieur | 63,24 | 57,71 | 55,57 |
| Quintile de richesse | | | |
| Le plus bas | 66,37 | 55,90 | 65,13 |
| Deuxième | 70,67 | 63,84 | 64,82 |
| Moyen | 68,35 | 62,79 | 60,05 |
| Quatrième | 65,37 | 60,83 | 62,99 |
| Le plus haut | 58,71*** | 52,78** | 48,64*** |
| Total (%) | 64,04 | 57,82 | 57,40 |
| Nombre d'observations | 7790 | | |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | | |

Tableau 3.4.7 : Perceptions des agents de santé en ce qui concerne les services de CPN/TPIg

Le **tableau 3.4.7** résume la perception des personnes interrogées qui ont une perception favorable des agents de santé communautaire concernant le paludisme pendant la grossesse, en fonction que la personne soit d'accord avec plusieurs énoncés.

| Tableau 3.4.7 : Perception des agents de santé en ce qui concerne les services de TPIg, ECP RDC 2021 | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| Caractéristiques sociodémographiques | Perceptions positives des agents de santé en ce qui concerne la prestation des services de CPN/TPIg | Perception que les agents de santé font payer leurs clients pour la SP | Perception que les prestataires de soins prénatals de la communauté traitent généralement les femmes enceintes avec respect | Perception que les prestataires de l'établissement de santé de cette communauté offrent toujours aux femmes enceintes les médicaments nécessaires pour prévenir le paludisme | Perception que si une femme se rend à l'établissement de santé pendant les deux premiers mois de sa grossesse, les prestataires ne la recevront pas |
| Zone | | | | | |
| Nord | 71,18 | 30,64 | 81,21 | 68,93 | 19,23 |
| Ouest | 74,59 | 35,84 | 84,64 | 79,68 | 20,91 |
| Kasai | 58,94** | 48,99*** | 79,87 | 70,51 | 23,15 |
| Grand Est | 70,17 | 34,33* | 78,11 | 66,07 | 15,15 |
| Sexe | | | | | |
| Femme | 71,28 | 35,52 | 82,72 | 73,77 | 19,10 |
| Homme | 70,66 | 37,14 | 81,05 | 73,38 | 20,43 |
| Âge | | | | | |
| 15-24 ans | 66,63* | 32,43* | 76,33*** | 66,89*** | 16,70 |
| 25-34 ans | 73,03 | 36,45 | 83,85 | 76,05 | 19,46 |
| 35-44 ans | 72,90 | 37,44 | 84,59 | 77,06 | 20,55 |
| 45+ ans | 70,44 | 38,66 | 82,23 | 72,84 | 22,31 |
| Résidence | | | | | |
| Urbaine | 69,50 | 39,49** | 80,63 | 73,48 | 20,57 |
| Rurale | 73,46 | 30,93 | 84,23 | 73,80 | 18,22 |

| | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Niveau d'instruction | | | | | |
| Aucun | 66,52 | 39,28 | 82,04 | 72,67 | 22,38 |
| Primaire | 73,12 | 33,69 | 83,20 | 74,08 | 15,54** |
| Secondaire/Supérieur | 71,01 | 36,66 | 81,82 | 73,66 | 20,56 |
| Quintile de richesse | | | | | |
| Le plus bas | 68,62 | 33,23 | 80,86 | 66,92 | 18,38 |
| Deuxième | 71,57 | 32,12 | 82,54 | 72,81 | 19,02 |
| Moyen | 71,91 | 36,30 | 85,38 | 76,52 | 19,18 |
| Quatrième | 73,09 | 32,68 | 81,64 | 76,12 | 18,93 |
| Le plus haut | 70,05 | 40,29* | 80,98 | 73,29 | 20,86 |
| Total (%) | 71,01 | 36,22 | 82,01 | 73,60 | 19,67 |
| Nombre d'observations | 7807 | 7790 | 7790 | 7790 | 7790 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | | | | |

Tableau 3.4.8 : Communication entre conjoints concernant les soins prénatals

Le **tableau 3.4.8** décrit la communication entre conjoints concernant les soins prénatals. Plus précisément, ce tableau résume la répartition des personnes interrogées qui ont déclaré avoir déjà discuté de la CPN avec leur conjoint/partenaire, ainsi que la communication parmi les femmes qui ont eu un enfant au cours des deux dernières années.

| Tableau 3.4.8 : Communication entre conjoints concernant les soins prénatals, ECP RDC 2021 | | |
|---|---|--|
| | A déjà discuté de la CPN avec son/sa conjoint-e | A déjà discuté de la CPN avec son conjoint au cours des 2 années précédentes parmi les femmes qui ont eu un enfant au cours des 2 dernières années |
| Zone | | |
| Nord | 58,56 | 52,54 |
| Ouest | 63,03 | 53,56 |
| Kasaï | 51,05 | 45,23 |
| Grand Est | 42,72* | 38,72 |
| Sexe | | |
| Femme | 55,22 | 48,66 |
| Homme | 57,09 | N/A |
| Âge | | |
| 15-24 ans | 51,06 | 52,83 |
| 25-34 ans | 58,33 | 49,16 |
| 35-44 ans | 57,69 | 41,64 |
| 45+ ans | 53,51 | 51,56 |
| Résidence | | |
| Urbaine | 57,98 | 49,44 |
| Rurale | 53,23 | 47,63 |
| Niveau d'instruction | | |
| Aucun | 39,23*** | 31,96* |
| Primaire | 56,70 | 49,67 |
| Secondaire/Supérieur | 57,99 | 50,96 |
| Quintile de richesse | | |
| Le plus bas | 54,16 | 48,73 |
| Deuxième | 49,94 | 45,40 |
| Moyen | 55,02 | 48,38 |
| Quatrième | 60,19** | 45,62 |
| Le plus haut | 57,07 | 51,89 |
| Total (%) | 56,07 | 48,66 |
| Nombre d'observations | 5842 | 1720 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | |

Tableau 3.4.9 : Prise de décision concernant les soins prénatals

Le **tableau 3.4.9** résume la répartition des personnes interrogées impliquées dans la prise de décision concernant les soins prénatals. Les résultats sont présentés par zone et ventilés par sexe, âge, niveau d'instruction, type de résidence du ménage et quintile de richesse du ménage.

| Tableau 3.4.9 : Pourcentage de personnes interrogées ayant indiqué avoir participé à la décision d'assister aux CPN, ECP RDC 2021 | | |
|--|---------------|-----------------|
| Hommes et femmes ayant déclaré avoir participé à la décision d'assister aux CPN | | |
| | Femmes | Hommes |
| Zone | | |
| Nord | 43,32 | 80,13 |
| Ouest | 59,63 | 74,95 |
| Kasaï | 43,15 | 69,60 |
| Grand Est | 59,64 | 59,18* |
| Âge | | |
| 15-24 ans | 46,76** | 59,68 |
| 25-34 ans | 55,01 | 69,11 |
| 35-44 ans | 57,97 | 74,88 |
| 45+ ans | 54,95 | 72,99 |
| Résidence | | |
| Urbaine | 60,62*** | 70,45 |
| Rurale | 44,86 | 73,80 |
| Niveau d'instruction | | |
| Aucun | 50,40 | N/A |
| Primaire | 48,53 | 72,25 |
| Secondaire/Supérieur | 57,73 | 71,70 |
| Quintile de richesse | | |
| Le plus bas | 42,19 | 69,09 |
| Deuxième | 44,24 | 74,93 |
| Moyen | 46,74 | 76,72 |
| Quatrième | 55,36 | 71,70 |
| Le plus haut | 64,88*** | 69,37 |
| Tous les répondants (%) | 54,16 | 71,78*** |
| Nombre d'observations | 4070 | 1772 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | |

Tableau 3.4.10 : Consultations prénatales

Le **tableau 3.4.10** décrit la fréquentation des CPN par les femmes. Toutes les personnes interrogées pour ce tableau étaient des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des deux dernières années. Les données présentées comprennent le pourcentage de femmes qui ont déclaré avoir assisté à au moins une CPN et avoir assisté à au moins quatre CPN.

| Tableau 3.4.10 : Pourcentage de femmes ayant indiqué avoir assisté aux CPN, ECP RDC 2021 | | |
|---|-------------------------------------|--|
| | A assisté à au moins une CPN | A assisté à au moins quatre CPN |
| Zone | | |
| Nord | 91,17 | 65,28 |
| Ouest | 97,89** | 76,10* |
| Kasaï | 92,29 | 58,24 |
| Grand Est | 93,07 | 61,35 |
| Âge | | |
| 15-24 ans | 94,20 | 66,24 |
| 25-34 ans | 95,80 | 71,29 |
| 35-49 ans | 93,19 | 65,57 |
| Résidence | | |
| Urbaine | 96,02* | 74,58*** |
| Rurale | 92,97 | 60,19 |
| Niveau d'instruction | | |
| Aucun | 87,25* | 51,92 |
| Primaire | 93,30 | 62,72 |
| Secondaire/Supérieur | 96,65 | 73,95*** |
| Quintile de richesse | | |
| Le plus bas | 90,65 | 57,58 |
| Deuxième | 93,55 | 63,30 |
| Moyen | 94,67 | 60,02 |
| Quatrième | 95,03 | 63,25 |
| Le plus haut | 96,80 | 82,28*** |
| Tous les répondants (%) | 94,71 | 68,38 |
| Nombre d'observations | 1969 | 1969 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | |

Tableau 3.4.11 : Réception d'un traitement préventif intermittent (SP) par les femmes pendant la grossesse

Le **tableau 3.4.11** résume la réception de la SP pendant la grossesse parmi les femmes qui ont accouché au cours des 2 années précédant l'enquête.

| Tableau 3.4.11 Réception de la SP pendant la grossesse, ECP RDC 2021 | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| | A reçu au moins une dose de SP | A reçu au moins 3 doses de SP |
| Zone | | |
| Nord | 78,01 | 36,59 |
| Ouest | 86,72* | 49,21* |
| Kasaï | 74,24 | 37,55 |
| Grand Est | 74,31 | 33,24 |
| Résidence | | |
| Urbaine | 81,42 | 43,84 |
| Rurale | 79,55 | 38,59 |
| A assisté à au moins 4 CPN | | |
| Oui | 83,01** | 45,34*** |
| Non | 75,44 | 33,44 |
| A assisté à la première CPN au cours du premier trimestre de la grossesse | | |
| Oui | 83,90* | 49,44*** |
| Non | 78,72 | 37,04 |
| Âge | | |
| 15-24 ans | 78,89 | 43,85 |
| 25-34 ans | 81,03 | 39,73 |
| 35-49 ans | 82,49 | 41,91 |
| Niveau d'instruction | | |
| Aucun | 72,39* | 37,82 |
| Primaire | 80,05 | 38,27 |
| Secondaire/Supérieur | 82,27 | 43,86 |
| Quintile de richesse | | |
| Le plus bas | 75,09 | 40,83 |
| Deuxième | 78,60 | 31,75 |
| Moyen | 77,99 | 37,24 |
| Quatrième | 83,78 | 38,24 |
| Le plus haut | 83,09 | 49,91*** |
| Tous les répondants (%) | 80,62 | 41,58 |
| Nombre d'observations | 1969 | 1969 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | |

A.3.5 Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide

Cette sous-section de l'annexe comprend tous les tableaux de données relatifs à l'utilisation des MII. Il s'agit de données relatives aux connaissances des personnes en matière de prévention du paludisme à l'aide de MII, aux attitudes à l'égard des MII en général, aux attitudes à l'égard de l'entretien et de la réparation des MII, à la perception de l'efficacité et à la perception d'auto-efficacité relatives aux MII, aux normes communautaires et aux normes de genre perçues par les personnes concernant les MII, à la possession, à l'accès et à l'utilisation des MII par les ménages, aux caractéristiques des MII, au comportement en matière d'entretien et de réparation des MII et aux habitudes de sommeil, notamment les habitudes de sommeil en plein air en fonction des saisons. Les tableaux et / ou figures suivantes peuvent avoir été dupliqués ou référencés dans le corps du rapport.

Tableau 3.5.1a : Résumé des variables conceptuelles liées à l'utilisation des MII

Le **tableau 3.5.1a** présente les résultats des analyses des variables conceptuelles liées à l'utilisation des MII. Le tableau présente également la manière dont ces variables varient selon les groupes sociodémographiques. Sept variables conceptuelles ont été examinées, notamment la connaissance que les moustiquaires aident à prévenir le paludisme, les attitudes envers les moustiquaires, la conviction qu'il y a des gestes à faire pour prolonger la durée de vie de ses moustiquaires, et la perception de l'efficacité des moustiquaires. Les autres variables examinées comprennent la perception d'auto-efficacité à utiliser les moustiquaires de manière systématique, la norme descriptive et la norme injonctive de l'utilisation des moustiquaires.

Tableau 3.5.1a : Pourcentage de personnes interrogées avec une variable conceptuelle spécifique, par caractéristiques sociodémographiques des répondants, ECP RDC 2021

| Caractéristique | Connaissances que les moustiquaires aident à prévenir le paludisme | Attitudes favorables à l'égard de l'utilisation des moustiquaires | Pense qu'on peut faire certaines choses pour prolonger la durée de vie des moustiquaires | A une perception de l'efficacité des MII | A indiqué une perception de l'auto-efficacité dans l'utilisation systématique des MII | Perception de la norme selon laquelle les autres utilisent systématiquement des moustiquaires - norme descriptive | Perception de la norme selon laquelle les autres approuvent l'utilisation des moustiquaires - norme injonctive |
|---------------------------|--|---|--|--|---|---|--|
| Zone | | | | | | | |
| Nord | 89,63 | 90,65 | 42,95 | 73,95 | 91,88 | 74,66 | 86,52 |
| Ouest | 92,41 | 88,14 | 51,58 | 75,45 | 90,61 | 67,20 | 74,78** |
| Kasaï | 91,94 | 82,39 | 42,66 | 69,16 | 93,87 | 53,29 | 77,26 |
| Grand Est | 87,05 | 85,28 | 30,34* | 76,73 | 86,51 | 51,88 | 89,19 |
| Sexe | | | | | | | |
| Femme | 89,88 | 86,61 | 46,22 | 73,84 | 90,07 | 63,42 | 79,67 |
| Homme | 91,79* | 88,18 | 41,88 | 75,66 | 90,87 | 63,96 | 81,25 |
| Âge | | | | | | | |
| 15-24 ans | 89,75 | 85,25 | 43,46 | 71,77 | 87,77 | 62,93 | 81,41 |
| 25-34 ans | 91,30 | 85,65 | 43,28 | 74,79 | 90,24 | 63,88 | 80,32 |
| 35-44 ans | 91,71 | 88,82 | 45,11 | 75,96 | 92,13 | 63,17 | 80,51 |
| 45+ ans | 89,41 | 89,96 | 45,95 | 75,84 | 91,32 | 64,95 | 78,84 |
| Résidence | | | | | | | |
| Urbaine | 92,03** | 85,97 | 47,39 | 74,05 | 90,02 | 62,03 | 76,33 |
| Rurale | 88,55 | 89,43 | 39,45 | 75,56 | 91,06 | 66,28 | 86,86*** |
| Niv. d'instruction | | | | | | | |
| Aucun | 85,02 | 81,62 | 34,13 | 68,03* | 88,60 | 59,59 | 76,80 |
| Primaire | 86,11 | 92,59*** | 41,69 | 75,84 | 91,68 | 65,24 | 82,54 |
| Secondaire/Sup. | 92,59*** | 86,41 | 46,28 | 74,88 | 90,37 | 63,81 | 80,03 |
| Quint. de richesse | | | | | | | |
| Le plus bas | 83,84 | 91,02 | 43,66 | 73,87 | 90,59 | 61,98 | 87,75 |
| Deuxième | 90,00 | 87,81 | 41,67 | 75,00 | 91,91 | 65,07 | 83,54 |

| | | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Moyen | 89,88 | 86,55 | 35,10 | 73,42 | 91,22 | 66,34 | 81,26 |
| Quatrième | 92,23 | 88,98 | 46,97 | 75,51 | 91,27 | 68,35 | 81,83 |
| Le plus haut | 92,46 | 85,42 | 47,82 | 74,73 | 89,10 | 60,08 | 75,97 |
| Total (%) | 90,70 | 87,29 | 44,36 | 74,62 | 90,42 | 63,65 | 80,35 |
| N | 7802 | 7807 | 7795 | 7807 | | 7794 | 7793 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | | | | | | |

Tableau 3.5.1b : Questions utilisées pour évaluer les variables conceptuelles dans le module MII

Le **tableau 3.5.1b (page suivante)** énumère les questions de l'enquête utilisées pour évaluer les multiples variables conceptuelles incluses dans le tableau 3.5.1a. Il s'agit de la connaissance du fait que les moustiquaires aident à prévenir le paludisme, des attitudes envers les moustiquaires, de la perception qu'il existe des gestes à faire pour prolonger la durée de vie de ses moustiquaires, de la perception de l'efficacité des moustiquaires, de la perception de l'auto-efficacité à utiliser systématiquement les moustiquaires, de la norme communautaire descriptive de l'utilisation des moustiquaires et de la norme communautaire injonctive de l'utilisation des moustiquaires.

Tableau 3.5.1b Questions utilisées pour évaluer les variables conceptuelles dans le module MII, ECP RDC 2021

| Indicateur | Question(s) utilisée(s) pour mesurer l'indicateur | Notes |
|--|---|--|
| Connaissance que les moustiquaires aident à prévenir le paludisme | Quels gestes peut-on faire pour éviter de contracter le paludisme ? | Des réponses multiples étaient possibles dans cette question. La « connaissance » a été établie si la réponse indiquait dormir sous une MII. |
| Attitudes favorables à l'égard des moustiquaires | <p>Je vais vous lire une série d'énoncés ou de questions et je voudrais que vous me disiez si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec l'énoncé :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Il est plus facile de passer une bonne nuit de sommeil lorsque je dors sous une moustiquaire. B. Il n'est pas facile de dormir sous une moustiquaire car chaque soir, il faut la déplier et couvrir l'espace de couchage. C. Je n'aime pas dormir sous une moustiquaire quand il fait trop chaud. D. Dormir sous une moustiquaire est une gêne pour un couple qui veut faire des enfants. E. L'odeur de l'insecticide me met mal à l'aise lorsque je dors sous une moustiquaire. F. Les moustiquaires sont généralement faciles à utiliser pour dormir. G. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide ne présentent aucun risque pour la santé. H. Les moustiquaires sont très utiles. I. Les moustiquaires plus chères sont plus efficaces que les moustiquaires moins chères ou gratuites. | <p>Il s'agit d'un score composite basé sur les réponses. La réponse « correcte » en termes d'attitudes positives pour chaque question est indiquée ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. D'accord B. Pas d'accord C. Pas d'accord D. Pas d'accord E. Pas d'accord F. D'accord G. D'accord H. D'accord I. Pas d'accord J. D'accord |
| Perception qu'on peut faire certaines choses pour prolonger la durée de vie d'une moustiquaire | <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante ?</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Il y a des choses que je peux faire pour que ma moustiquaire dure longtemps | Si la réponse est « d'accord », la personne interrogée a la perception. |
| Perception de l'efficacité des moustiquaires | <p>Je vais vous lire une série d'énoncés ou de questions et je voudrais que vous me disiez si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec l'énoncé :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Les moustiquaires n'empêchent les piqûres de moustiques que lorsqu'elles sont utilisées sur un lit et non sur un tapis ou sur le sol. B. Le risque d'attraper le paludisme est le même, que l'on dorme ou non sous une moustiquaire. | <p>Il s'agit d'un score composite basé sur les réponses. La réponse « correcte » en termes de perception de l'efficacité pour chaque question est indiquée ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Pas d'accord B. Pas d'accord C. D'accord |

| | | |
|---|---|--|
| | C. Dormir sous une moustiquaire chaque nuit est un bon moyen d'éviter d'attraper le paludisme. | |
| Perception de l'auto-efficacité de dormir systématiquement sous des moustiquaires | <p>Je vais vous interroger sur une série de gestes que vous pourriez faire et j'aimerais que vous me disiez si vous pensez que vous pourriez ou non réaliser chacun de ces gestes.</p> <p>A. Dormir sous une moustiquaire toute la nuit lorsqu'il y a beaucoup de moustiques. B. Dormir sous une moustiquaire toute la nuit lorsqu'il y a peu de moustiques. C. Dormir sous une moustiquaire chaque nuit de l'année. D. Faire dormir tous vos enfants sous une moustiquaire chaque nuit de l'année.</p> | <p>Il s'agit d'un score composite basé sur les réponses. La réponse « correcte » en termes de perception de l'auto-efficacité pour chaque question est indiquée ci-dessous :</p> <p>A. Pourrait B. Pourrait C. Pourrait D. Pourrait</p> |
| Norme descriptive communautaire de l'utilisation des moustiquaires | <p>En général, parmi les personnes de votre communauté qui ont des moustiquaires, combien dorment sous celles-ci chaque nuit ? Diriez-vous...</p> <p>F. Tout le monde G. La plupart des gens H. La moitié des gens I. Moins de la moitié des gens J. Personne K. Ne sait pas</p> | <p>Une norme descriptive soutenant l'utilisation de la moustiquaire a été établie si la réponse était soit A, soit B, soit C.</p> |
| Norme injonctive communautaire d'utilisation des moustiquaires | <p>En général, parmi toutes les personnes de votre communauté, combien vous critiqueraient si elles savaient que vous dormez sous une moustiquaire chaque nuit ? Diriez-vous...</p> <p>A. Tout le monde B. La plupart des gens C. La moitié des gens D. Moins de la moitié des gens E. Personne F. Ne sait pas</p> | <p>Une norme injonctive approuvant l'utilisation des moustiquaires a été établie si la réponse était D ou E. Toutes les autres réponses ont indiqué une norme injonctive non favorable à l'utilisation des moustiquaires.</p> |

Tableau 3.5.2 : Possession de MII par les ménages

Le **tableau 3.5.2** présente la répartition de la possession de MII par les ménages. Cela comprend la proportion de ménages disposant d'au moins une MII ainsi que les ménages ayant un accès adéquat aux MII, c'est-à-dire 1 MII pour 2 membres du ménage.

| Tableau 3.5.2 Possession de MII par les ménages, ECP RDC 2021 | | |
|---|---|--|
| Caractéristique | Le ménage possède au moins 1 MII | Le ménage possède au moins 1 MII pour chaque personne ayant passé la nuit précédente dans le ménage |
| Zone | | |
| Nord | 75,18 | 27,75 |
| Ouest | 76,54 | 45,25 |
| Kasaï | 42,66*** | 20,16*** |
| Grand Est | 78,48* | 37,74* |
| Résidence | | |
| Urbaine | 74,68 | 41,35** |
| Rurale | 67,71 | 29,97 |
| Quintile de richesse | | |
| Le plus bas | 58,32 | 20,57 |
| Deuxième | 63,96* | 27,56 |
| Moyen | 70,93 | 31,49 |
| Quatrième | 76,48 | 42,89 |
| Le plus haut | 77,46 | 44,85*** |
| Le ménage a + de 7 membres | | |
| Non | 71,54 | 45,00 |
| Oui | 72,60 | 17,31*** |
| Total (%) | 71,86 | 36,75 |
| Nombre d'observations | 4998 | 4997 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | |

Tableau 3.5.3a : Caractéristiques des moustiquaires dans les ménages

Le **tableau 3.5.3a** résume les caractéristiques des moustiquaires, y compris la proportion de moustiquaires qui sont des MII, ainsi que la provenance, l'âge et la couleur des moustiquaires. Les résultats sont présentés pour chaque zone d'étude.

| Tableau 3.5.3a Caractéristiques des moustiquaires des ménages, ECP RDC 2021 (n=7089) | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-----------|------------------|
| Caractéristique moustiquaire | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes les zones |
| La moustiquaire est une MII | | | | | |
| Oui | 98,97 | 92,81 | 99,45 | 97,33 | 96,83 |
| Non | 1,03 | 7,29 | 0,55 | 2,77 | 3,17 |
| Provenance de la moustiquaire | | | | | |
| Distribution de masse | 86,88 | 80,32 | 77,68 | 79,85 | 81,53 |
| Visite CPN | 4,46 | 4,34 | 10,34 | 7,66 | 6,28 |
| Visite de vaccination | 0,46 | 0,76 | 3,99 | 0,91 | 1,30 |
| Magasin | 5,89 | 9,62 | 0,86 | 7,04 | 6,38 |
| D'un-e ami-e/de la famille | 0,36 | 2,53 | 3,21 | 1,48 | 1,79 |
| Autre | 1,95 | 2,43 | 3,92 | 3,06 | 2,72 |
| La moustiquaire a 36 mois ou + | | | | | |
| Oui | 12,25 | 9,58 | 24,90 | 11,01 | 13,43 |
| Non | 87,75 | 90,42 | 75,10 | 88,99 | 86,57 |
| Couleur de la moustiquaire | | | | | |
| Blanc | 89,49 | 98,90 | 84,96 | 97,96 | 93,57 |
| Bleu | 2,26 | 0,95 | 15,04 | 1,08 | 3,88 |
| Autre couleur | 8,25 | 0,15 | 0,00 | 0,96 | 2,55 |

Tableau 3.5.3b : Habitudes d'utilisation des moustiquaires

Le **tableau 3.5.3b** décrit les habitudes d'utilisation des MII disponibles dans les ménages. Cela inclut la proportion de MII sous lesquelles on a dormi la nuit précédant l'enquête, ainsi que la proportion de moustiquaires disponibles sous lesquelles on a dormi systématiquement (c'est-à-dire toutes les nuits de la semaine précédente). Les résultats sont ventilés par milieux urbain ou rural et par quintile de richesse des ménages dans chaque zone.

| Tableau 3.5.3b Tendances de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, ECP RDC 2021 (n=7089) | | | | | | | | |
|---|--|--------------|--------------|------------------|---|--------------|--------------|------------------|
| Caractéristique | Pourcentage de MII sous lesquelles on a dormi la nuit précédant l'enquête | | | | Pourcentage de MII sous lesquelles on a dormi chaque nuit au cours de la semaine écoulée | | | |
| | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est |
| Résidence | | | | | | | | |
| Rurale | 89,92 | 72,37 | 88,24 | 89,58 | 83,22 | 69,23 | 81,18 | 86,52 |
| Urbaine | 91,35 | 78,32 | 90,03 | 86,12 | 89,66 | 71,14 | 85,48 | 84,64 |
| Quintile de richesse | | | | | | | | |
| Le plus bas | 91,03 | 79,59 | 91,61 | 87,30 | 85,60 | 71,43 | 82,89 | 80,16 |
| Deuxième | 90,60 | 70,49 | 90,04 | 89,95 | 83,13 | 63,94 | 83,52 | 87,67 |
| Moyen | 91,80 | 76,29 | 86,15 | 87,97 | 86,89 | 71,13 | 82,77 | 87,39 |
| Quatrième | 88,49 | 72,76 | 92,78 | 89,98 | 87,36 | 66,20 | 84,17 | 87,90 |
| Le plus haut | 91,14 | 78,51 | 84,05 | 84,97 | 88,61 | 72,93 | 84,66 | 82,56 |
| Total (%) | 90,57 | 76,51 | 89,19 | 87,85 | 86,16 | 70,56 | 83,48 | 85,58 |
| Total - Toutes les zones | 85,48 | | | | 80,91 | | | |

Tableau 3.5.4 : Pratiques pour l'entretien des moustiquaires

Le **tableau 3.5.4** décrit les pratiques d'entretien des moustiquaires de l'ECP de la RDC. Cela comprend le pourcentage de moustiquaires utilisées qui ont déjà été lavées, le produit utilisé pour laver la moustiquaire, l'endroit où la moustiquaire a été séchée et l'endroit où la moustiquaire a été observée pendant l'observation du ménage. Les résultats sont présentés pour chaque zone.

| Tableau 3.5.4 Pratiques pour l'entretien des moustiquaires, ECP RDC 2021 | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-----------|------------------|------|
| Caractéristique | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes les zones | N |
| La moustiquaire a été lavée | | | | | | |
| Oui | 85,24 | 54,22 | 76,51 | 73,61 | 71,59 | 7089 |
| Non | 14,76 | 44,88 | 23,49 | 26,39 | 28,41 | |
| Produit utilisé pour laver la moustiquaire | | | | | | |
| Savon en barre | 78,95 | 84,62 | 93,55 | 87,20 | 85,14 | 5075 |
| Détergent | 15,87 | 12,83 | 3,89 | 5,78 | 10,31 | |
| Eau de Javel | 0,24 | 0,09 | 1,84 | 0,23 | 0,51 | |
| Mélange de produits | 4,57 | 1,32 | 0,20 | 5,56 | 3,25 | |
| Rien (eau seulement) | 0,36 | 1,14 | 0,51 | 0,12 | 0,79 | |
| Endroit où la moustiquaire a été séchée | | | | | | |
| Extérieur à l'ombre | 50,63 | 70,47 | 72,57 | 48,27 | 58,70 | 5075 |
| Extérieur au soleil | 48,95 | 28,73 | 27,23 | 50,89 | 40,73 | |
| Autre endroit | 0,42 | 0,79 | 0,20 | 0,84 | 0,57 | |
| Endroit où la moustiquaire a été observé | | | | | | |
| Suspendue au-dessus de l'espace de couchage | 78,10 | 71,67 | 85,69 | 86,56 | 79,98 | 6060 |
| Suspendue, pliée et attachée | 19,86 | 18,37 | 12,29 | 8,59 | 15,17 | |
| Non suspendue mais non rangée | 1,64 | 7,35 | 1,67 | 4,33 | 3,84 | |
| Rangée sans emballage | 2,83 | 2,55 | 0,35 | 0,45 | 0,94 | |
| Rangée, toujours dans l'emballage | 0,11 | 0,06 | 0,00 | 0,06 | 0,06 | |

Tableau 3.5.5 : Pratiques d'utilisation des moustiquaires dans les ménages ayant au moins 1 MII

Le **tableau 3.5.5** présente les données sur l'utilisation des MII par les membres des ménages dans chaque zone d'étude. Le tableau comprend le pourcentage des membres du ménage qui ont utilisé une MII lorsqu'au moins une MII était disponible dans le ménage, ventilé par caractéristiques sociodémographiques dans chaque zone.

| Tableau 3.5.5 Pourcentage de membres du ménage ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédente, parmi les ménages ayant au moins une MII, ECP RDC 2021 | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|---------------|
| | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est |
| Âge | | | | |
| 0-4 ans | 76,86 | 82,59 | 64,19 | 92,09 |
| 5-17 ans | 72,27 | 70,30* | 40,24 | 84,72 |
| 18+ ans | 85,58** | 75,42 | 84,52** | 88,40 |
| Sexe | | | | |
| Femme | 80,86** | 79,45* | 70,75 | 88,56 |
| Homme | 76,50 | 68,92 | 71,42 | 86,66 |
| Résidence | | | | |
| Rurale | 75,96 | 79,83 | 61,98 | 73,04 |
| Urbaine | 82,38 | 74,47 | 73,77* | 88,57* |
| Quintile de richesse | | | | |
| Le plus bas | 72,93* | 75,50 | 66,13 | 59,05** |
| Deuxième | 74,64 | 93,78*** | 72,35 | 79,12 |
| Moyen | 82,03 | 76,01 | 61,87 | 89,75 |
| Quatrième | 82,49 | 76,05 | 76,47 | 91,03 |
| Le plus haut | 83,29 | 72,20 | 80,78 | 87,07 |
| Total (%) | 78,85 | 74,71 | 71,08 | 87,63* |
| Nombre d'observations | 5191 | 4017 | 3727 | 4108 |
| Total (%) Toutes les zones (n=17043) | 78,07 | | | |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | | | |

Tableau 3.5.6 : Pratiques d'utilisation des moustiquaires dans les ménages ayant le nombre adéquat de moustiquaires

Le **tableau 3.5.6** résume les données sur l'utilisation des MII par les membres des ménages dans chaque zone d'étude. Le tableau comprend le pourcentage des membres du ménage qui ont dormi sous une MII la nuit précédente lorsqu'au moins une MII était disponible dans le ménage pour deux membres du ménage. Les données sont ventilées par caractéristiques sociodémographiques dans chaque zone.

| Tableau 3.5.6 Pourcentage de membres du ménage ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédente, parmi les ménages ayant accès à une MII pour 2 membres du ménage, ECP RDC 2021 | | | | |
|--|--------------|--------------|----------------|--------------|
| | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est |
| Âge | | | | |
| 0-4 ans | 91,52 | 84,86 | 98,15 | 98,06** |
| 5-17 ans | 93,38 | 89,19 | 89,89 | 87,19 |
| 18+ ans | 90,84 | 82,99 | 95,47 | 90,43 |
| Sexe | | | | |
| Femme | 93,06 | 91,74* | 96,78 | 89,75 |
| Homme | 90,25 | 75,89 | 93,86 | 91,18 |
| Résidence | | | | |
| Rurale | 92,56 | 80,49 | 90,48 | 89,50 |
| Urbaine | 91,18 | 84,81 | 95,79 | 90,45 |
| Quintile de richesse | | | | |
| Le plus bas | 90,36 | 74,19 | 95,84 | 86,63 |
| Deuxième | 93,04 | 94,67 | 96,21 | 81,45* |
| Moyen | 92,00 | 86,79 | 95,84 | 91,41 |
| Quatrième | 90,99 | 84,81 | 94,78 | 92,03 |
| Le plus haut | 93,08 | 82,90 | 94,43 | 90,63 |
| Total (%) | 91,80 | 84,54 | 95,26** | 90,43 |
| Nombre d'observations | 1387 | 2059 | 972 | 1575 |
| Total (%) Toutes les zones (n=5993) | 87,43 | | | |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | | | |

Tableau 3.5.7 : Ratio utilisation/accès des MII

Le **tableau 3.5.7** présente le ratio utilisation/accès des MII dans chaque zone, en fonction des caractéristiques des ménages. Le ratio utilisation/accès est calculé en divisant la proportion totale des membres du ménage qui ont dormi sous une MII par le pourcentage des membres du ménage qui avaient un accès adéquat aux moustiquaires (1 MII pour 2 personnes).

| Tableau 3.5.7 Ratio utilisation/accès des MII, ECP RDC 2021 | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est |
| Taux d'utilisation des MII¹ | | | | |
| Résidence | | | | |
| Rurale | 55,94 | 69,61 | 20,30 | 60,47 |
| Urbaine | 64,27 | 55,83 | 37,04 | 67,64 |
| Quintile de richesse | | | | |
| Le plus bas | 51,21 | 70,43 | 28,33 | 47,61 |
| Deuxième | 60,98 | 53,81 | 27,93 | 82,89 |
| Moyen | 73,00 | 77,97 | 31,42 | 90,53 |
| Quatrième | 71,84 | 64,99 | 39,47 | 87,30 |
| Le plus haut | 79,92 | 57,45 | 57,76 | 82,76 |
| <i>Total (%)</i> | <i>59,34</i> | <i>59,67</i> | <i>26,46</i> | <i>63,58</i> |
| <i>Total - Toutes les zones (%)</i> | <i>63,99</i> | | | |
| Taux d'accès aux MII² | | | | |
| Résidence | | | | |
| Rurale | 63,74 | 78,16 | 26,74 | 66,93 |
| Urbaine | 71,00 | 66,74 | 44,63 | 75,35 |
| Quintile de richesse | | | | |
| Le plus bas | 43,57 | 78,71 | 26,28 | 40,63 |
| Deuxième | 53,67 | 54,61 | 26,10 | 80,51 |
| Moyen | 61,90 | 70,80 | 31,84 | 78,99 |
| Quatrième | 65,00 | 71,63 | 36,36 | 82,63 |
| Le plus haut | 75,14 | 59,35 | 55,70 | 82,62 |
| <i>Total (%)</i> | <i>66,70</i> | <i>69,93</i> | <i>33,32</i> | <i>70,59</i> |
| <i>Total - Toutes les zones (%)</i> | <i>72,65</i> | | | |
| Ratio utilisation/accès des MII³ | | | | |
| Résidence | | | | |
| Rurale | 0,88 | 0,89 | 0,76 | 0,90 |
| Urbaine | 0,91 | 0,84 | 0,83 | 0,90 |
| Quintile de richesse | | | | |
| Le plus bas | 0,85 | 1,12 | 0,93 | 1,17 |
| Deuxième | 0,88 | 1,01 | 0,93 | 1,03 |
| Moyen | 0,85 | 0,91 | 1,01 | 1,15 |

| | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Quatrième | 0,90 | 1,10 | 0,92 | 1,06 |
| Le plus haut | 0,94 | 1,03 | 0,96 | 1,00 |
| Total (%) | 0,89 | 0,85 | 0,79 | 0,90 |
| Total - Toutes les zones (%) | 0,88 | | | |
| ¹ Calculé en évaluant si les membres du ménage ont utilisé une moustiquaire parmi tous les ménages, indépendamment de la possession de la moustiquaire. ² Défini comme un ménage ayant au moins une MII pour deux membres du ménage de fait. ³ Pourcentage de la population du ménage de fait qui pourrait dormir sous une MII si chaque MII du ménage était utilisée pour deux personnes au maximum. | | | | |

Tableau 3.5.8 : Utilisation de moustiquaires par les personnes du ménage

Le **tableau 3.5.8** décrit le pourcentage de la population de fait de chaque zone qui a dormi sous une MII dans le ménage chaque nuit de la semaine passée.

| Tableau 3.5.8 Utilisation systématique des MII parmi les personnes interrogées, ECP RDC 2021 | | |
|---|---|---|
| Caractéristique | Pourcentage de la population étudiée qui a déclaré utiliser une moustiquaire systématiquement dans les ménages ayant au moins une moustiquaire | Pourcentage de la population étudiée qui a déclaré utiliser une moustiquaire systématiquement dans les ménages ayant au moins une moustiquaire pour deux membres du ménage |
| Zone | | |
| Nord | 85,95 | 88,59 |
| Ouest | 77,95 | 80,28* |
| Kasaï | 76,12 | 88,18 |
| Grand Est | 90,25 | 91,88 |
| Âge | | |
| 15-24 ans | 76,17* | 80,40 |
| 25-34 ans | 85,48 | 85,34 |
| 35-44 ans | 83,40 | 86,86 |
| 45+ ans | 82,20 | 84,14 |
| Sexe | | |
| Femme | 81,61 | 86,29* |
| Homme | 82,76 | 82,16 |
| Instruction | | |
| Aucun | 84,60 | 90,36 |
| Primaire | 81,38 | 82,21 |
| Secondaire/Supérieur | 81,88 | 84,34 |
| Résidence | | |
| Rurale | 85,38* | 87,41 |
| Urbaine | 80,33 | 83,19 |

| | | |
|---|--------------|--------------|
| Le ménage a un enfant de moins de cinq ans | | |
| Oui | 83,45 | 89,49** |
| Non | 80,56 | 81,54 |
| Quintile de richesse | | |
| Le plus bas | 85,23 | 89,54 |
| Deuxième | 82,92 | 90,78 |
| Moyen | 84,38 | 86,73 |
| Quatrième | 92,77 | 82,22 |
| Le plus haut | 80,06 | 83,16 |
| Total (%) | 82,11 | 84,43 |
| Nombre d'observations | 5083 | 2203 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | |

A.3.6 Pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent

Cette sous-section de l'annexe comprend tous les tableaux de données relatifs à la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent. Cette section comprend des données relatives à la connaissance et à la sensibilisation des personnes à la PID, aux attitudes envers la PID, à la perception de l'efficacité et à la perception d'auto-efficacité concernant la PID, à la volonté des personnes d'accepter la PID dans leur communauté et à la couverture de la PID. Les tableaux et / ou figures suivantes peuvent avoir été dupliqués ou référencés dans le corps du rapport.

Tableau 3.6.1 : Sensibilisation à la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent

Le **tableau 3.6.1** présente la répartition de la connaissance des programmes de PID par zone d'étude. Les données sont ventilées par sexe, groupe d'âge, niveau d'instruction, zone et type de résidence du ménage.

| Tableau 3.6.1 Pourcentage de personnes interrogées connaissant le programme de PID, ECP RDC 2021 | |
|---|---|
| Caractéristique sociodémographique | Connaissance du programme de PID dans leur communauté |
| Sexe | |
| Femme | 8,87 |
| Homme | 7,56 |
| Âge | |
| 15-24 ans | 6,01 |
| 25-34 ans | 8,48 |
| 35-44 ans | 9,48 |
| 45+ ans | 8,10 |
| Résidence | |
| Urbaine | 3,54 |
| Rurale | 10,95*** |
| Zone | |
| Nord | 5,06 |
| Ouest | 12,96** |
| Kasaï | 2,45 |
| Grand Est | 3,50 |
| Niveau d'instruction | |
| Aucun | 4,10 |
| Primaire | 3,99 |
| Secondaire/Supérieur | 9,77*** |
| Total (%) | 8,12 |
| Nombre d'observations | 7791 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 | |

Tableau 3.6.2 : Attitudes à l'égard de la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent

Le **tableau 3.6.2** présente la répartition des attitudes favorables à l'égard de la PID. Les attitudes favorables ont été calculées suivant qu'une personne est d'accord ou non avec plusieurs énoncés relatifs à la PID. Les données sont présentées en fonction des caractéristiques des personnes dans chaque zone.

| Tableau 3.6.2 : Attitudes envers la PID | | | | | |
|---|--------------|--------------|----------------|------------------|-------------------------|
| Pourcentage de personnes ayant des attitudes favorables envers la PID par zone et par variables sociodémographiques, RDC 2021 | | | | | |
| Caractéristiques sociodémographiques | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes les zones |
| Sexe | | | | | |
| Femme | 61,81 | 42,40 | 52,52 | 35,44 | 44,06 |
| Homme | 94,36*** | 89,67*** | 34,85 | 88,80*** | 88,89*** |
| Âge | | | | | |
| 15– 24 ans | 75,43 | 49,99 | 10,31* | 42,62 | 50,08* |
| 25– 35 ans | 69,32 | 61,12 | 58,59 | 87,19* | 63,50 |
| 35– 44 ans | 81,54 | 66,68 | 45,91 | 67,96 | 67,77 |
| 45 ans et plus | 77,85 | 78,43 | 46,19 | 70,80 | 76,31 |
| Résidence | | | | | |
| Rurale | 73,88 | 77,41 | 52,19 | 57,35 | 70,39 |
| Urbaine | 76,44 | 63,50 | 36,99 | 67,74 | 63,97 |
| Niveau d'instruction | | | | | |
| Aucun | 58,42 | 80,89 | 27,88 | 72,35 | 69,38 |
| Primaire | 71,96 | 61,39 | 43,26 | 54,19 | 61,23 |
| Secondaire ou supérieur | 94,12** | 66,54 | 76,35 | 90,67 | 70,82 |
| Tous les répondants | 75,31 | 64,76 | 41,66** | 63,80 | 65,04 |
| Nombre d'observations | 72 | 194 | 48 | 44 | 358 |

*Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$*

Tableau 3.6.3 : Perception de l'efficacité de la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent

Le **tableau 3.6.3** présente la répartition de la perception de l'efficacité de la PID. La perception de l'efficacité a été calculée suivant qu'une personne est d'accord ou non avec plusieurs énoncés relatifs à la PID. Les données sont présentées en fonction des caractéristiques sociodémographiques des personnes dans chaque zone.

| Tableau 3.6.3 : Pourcentage de personnes interrogées ayant perçu l'efficacité de l'intervention de PID, ECP RDC 2021 | | | | |
|---|---|--|---|----------------------------------|
| Caractéristique | Pense que la PID est un moyen efficace de prévenir le paludisme | Pense que les personnes ayant vécu dans des maisons pulvérisées sont moins susceptibles de contracter le paludisme | Pense que la PID est un moyen efficace de tuer les moustiques | A une perception de l'efficacité |
| Sexe | | | | |
| Femme | 83,70 | 70,18 | 83,61 | 84,81 |
| Homme | 87,86 | 73,56 | N/A | 77,47 |
| Âge | | | | |
| 15-24 ans | 81,00 | 72,54 | 85,48 | 83,62 |
| 25-34 ans | 86,81 | 68,70 | 84,29 | 80,60 |
| 35-44 ans | 83,00 | 71,36 | 80,98 | 81,34 |
| 45+ ans | 92,77 | 76,68 | 85,41 | 80,64 |
| Résidence | | | | |
| Urbaine | 85,22 | 72,49 | 81,85 | 81,05 |
| Rurale | 87,78 | 68,13 | 94,53* | 83,03 |
| Zone | | | | |
| Nord | 91,34 | 66,07 | 98,69 | 85,00 |
| Ouest | 87,66 | 73,91 | 83,34 | 82,58 |
| Kasaï | 63,11 | 52,21 | 46,05** | 58,51 |
| Grand Est | 70,95 | 69,79 | 82,39 | 76,38 |
| Niveau d'instruction | | | | |
| Aucun | 74,20 | 52,79 | 81,62 | 81,62 |
| Primaire | 89,39 | 69,48 | 76,47 | 90,05 |
| Secondaire/Supérieur | 85,58 | 72,58 | 84,70 | 80,28 |
| Total (%) | 85,65 | 71,76 | 83,61 | 81,38 |
| Nombre d'observations | 358 | 358 | 262 | 358 |

Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

Tableau 3.6.4 : Perception de l'auto-efficacité concernant la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent

Le **tableau 3.6.4** présente la répartition de la perception de l'auto-efficacité concernant la PID. La perception de l'auto-efficacité a été calculée suivant qu'une personne indique qu'elle pourrait ou ne pourrait pas faire certaines actions en lien avec la PID. Les données sont présentées en fonction des caractéristiques sociodémographiques des personnes dans chaque zone.

| Tableau 3.6.4 : Pourcentage de personnes interrogées ayant une perception d'auto efficacité : PID, ECP RDC 2021 | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| Caractéristique | Auto-efficacité de déplacer les meubles en préparation de la pulvérisation | Auto-efficacité de dormir dans la maison la nuit où elle est pulvérisée | A une perception de l'auto-efficacité |
| Sexe | | | |
| Femme | 77,53 | 78,05 | 72,09 |
| Homme | 84,63 | 90,24** | 80,88 |
| Âge | | | |
| 15-24 ans | 75,48 | 85,15 | 78,37 |
| 25-34 ans | 85,72 | 81,63 | 78,54 |
| 35-44 ans | 82,26 | 79,15 | 73,40 |
| 45+ ans | 75,49 | 94,11* | 75,49 |
| Résidence | | | |
| Urbaine | 78,65 | 84,64 | 75,27 |
| Rurale | 91,88** | 79,28 | 80,87 |
| Zone | | | |
| Nord | 94,40** | 95,10 | 94,40* |
| Ouest | 80,78 | 81,93 | 74,16 |
| Kasaï | 60,34 | 61,63* | 60,34 |
| Grand Est | 72,23 | 93,46 | 75,93 |
| Niveau d'instruction | | | |
| Aucun | 78,05 | 82,96 | 78,05 |
| Primaire | 85,44 | 83,58 | 83,09 |
| Secondaire/Supérieur | 80,35 | 83,78 | 75,23 |
| Total (%) | 80,85 | 83,75 | 76,20 |
| Nombre d'observations | 358 | 358 | 358 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 | | | |

Tableau 3.6.6 : Couverture de la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent

Le **tableau 3.6.6** résume la couverture de la PID des ménages dans chaque zone d'étude. Les données sont ventilées par type de résidence du ménage.

| Tableau 3.6.6 Couverture, acceptation et modification des murs relatives à la PID, ECP RDC 2021 | | | |
|---|--|--|--|
| | Le ménage a été sollicité pour une PID au cours des 12 derniers mois | Parmi les personnes sollicitées, les murs des maisons ont été pulvérisés au cours des 12 derniers mois | Depuis la pulvérisation, les murs ont été repeints, replâtrés ou lavés |
| Résidence | | | |
| Urbaine | 1,28* | 54,65** | 25,79 |
| Rurale | 0,48 | 15,84 | 11,70 |
| Zone | | | |
| Nord | 1,23 | 12,99 | 22,56 |
| Ouest | 5,46*** | 61,92 | 25,46 |
| Kasaï | 0,27 | 41,31 | 33,64 |
| Grand Est | 1,38 | 31,36 | 0 |
| Total (%) | 0,80 | 40,60 | 23,80 |
| Nombre d'observations | 4998 | 93 | 42 |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 | | | |

A.3.7 Consommation des médias et exposition aux messages

Cette sous-section de l'annexe comprend tous les tableaux de données relatifs à la consommation de médias et à l'exposition aux messages sur le paludisme. Les tableaux suivants peuvent avoir été dupliqués ou référencés dans le corps du rapport.

Tableau 3.7.1 : Écoute radio au moins une fois par semaine

Le **tableau 3.7.1** (page suivante) décrit la répartition des personnes qui écoutent la radio. Il comprend les données de toutes les personnes interrogées ainsi que des personnes des ménages qui possèdent une radio. Les données présentées dans ce tableau sont ventilées par zone.

Tableau 3.7.1 Pourcentage des membres du ménage qui écoutent régulièrement la radio, ECP RDC 2021

| Caractéristique | Tous les répondants | | | | | Personnes interrogées dans un ménage ayant une radio | | | | |
|------------------------------|---------------------|---------------|--------------|--------------|------------------|--|--------------|--------------|---------------|------------------|
| | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes les zones | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes les zones |
| Sexe | | | | | | | | | | |
| Femme | 37,28 | 43,10 | 30,07 | 27,51 | 37,20 | 57,91 | 58,06 | 61,56 | 46,52 | 55,92 |
| Homme | 60,60*** | 70,88*** | 45,61*** | 56,15*** | 62,31*** | 79,39*** | 87,78*** | 83,11*** | 74,79*** | 83,27*** |
| Âge | | | | | | | | | | |
| 15-24 ans | 38,39 | 44,75 | 32,92 | 35,38 | 39,64 | 57,45* | 56,86* | 64,57 | 56,12 | 57,59 |
| 25-34 ans | 45,13 | 49,30 | 36,54 | 39,15 | 44,60 | 68,49 | 70,24 | 73,69 | 59,00 | 67,43 |
| 35-44 ans | 52,54 | 55,46 | 35,45 | 40,68 | 49,46 | 73,87 | 71,88 | 67,17 | 57,35 | 68,95 |
| 45+ ans | 55,45 | 70,62*** | 46,19* | 48,75 | 61,10*** | 70,74 | 82,63 | 82,77* | 67,79 | 78,68*** |
| Résidence | | | | | | | | | | |
| Urbaine | 53,49* | 52,73 | 56,93*** | 50,83*** | 52,85*** | 68,92 | 67,21 | 81,06*** | 62,39 | 67,49 |
| Rurale | 41,67 | 62,21 | 23,33 | 27,74 | 40,06 | 65,81 | 86,90*** | 56,32 | 53,38 | 69,79 |
| Niveau d'instruction | | | | | | | | | | |
| Aucun | 24,57 | 39,42 | 15,55 | 14,13 | 21,41 | 36,37** | 74,07 | 42,54 | 39,61 | 47,75*** |
| Primaire | 39,46 | 47,80 | 27,24 | 29,87 | 38,64 | 68,31 | 67,71 | 61,20 | 55,88 | 64,49 |
| Secondaire/Supérieur | 52,31** | 56,98* | 47,46*** | 48,27*** | 53,50*** | 69,25 | 71,77 | 77,28** | 62,31 | 69,92 |
| Total (%) | 46,81 | 54,79* | 37,34 | 40,12 | 47,96 | 67,42 | 71,24 | 71,70 | 59,32* | 68,16 |
| Nombre d'observations | 1861 | 1563 | 2923 | 1443 | 7790 | 802 | 880 | 901 | 648 | 3231 |

Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001

Tableau 3.7.2 : Heure d'écoute radio préférée

Le **tableau 3.7.2** résume le moment préféré des personnes interrogées pour écouter la radio. Il comprend des données pour toutes les zones d'étude, sexe, âge, niveau d'instruction de la personne et quintile de richesse du ménage. Les données présentées dans ce tableau sont ventilées en fonction des heures auxquelles on peut écouter la radio.

| Tableau 3.7.2 Heures d'écoute radio préférées, ECP RDC 2021 | | | | | | |
|---|--------------|----------------|-------------|-----------------|---------------|-------------|
| | Tôt le matin | Fin de matinée | Après-midi | Début de soirée | Fin de soirée | Nuit |
| Zone | | | | | | |
| Nord | 19,13 | 9,61 | 7,67 | 45,26 | 14,51 | 3,82 |
| Ouest | 28,58 | 15,79 | 10,49 | 26,65 | 16,81 | 1,69 |
| Kasaï | 33,41 | 7,97 | 3,20 | 22,77 | 31,05 | 1,61 |
| Grand Est | 47,22 | 12,43 | 7,99 | 21,15 | 9,97 | 1,24 |
| Sexe | | | | | | |
| Femme | 24,09 | 14,70 | 9,51 | 34,31 | 15,47 | 1,93 |
| Homme | 35,83 | 12,02 | 8,18 | 24,33 | 17,56 | 2,07 |
| Âge | | | | | | |
| 15-24 ans | 22,99 | 14,39 | 12,41 | 32,10 | 16,38 | 1,73 |
| 25-34 ans | 31,36 | 13,46 | 8,01 | 27,98 | 15,48 | 1,72 |
| 35-44 ans | 30,02 | 13,67 | 8,01 | 28,56 | 16,51 | 3,24 |
| 45+ ans | 36,29 | 11,48 | 7,68 | 25,28 | 18,23 | 1,02 |
| Résidence | | | | | | |
| Urbaine | 34,14 | 14,71 | 10,63 | 20,86 | 17,64 | 2,03 |
| Rurale | 23,06 | 10,17 | 4,97 | 45,32 | 14,51 | 1,97 |
| Niveau d'instruction | | | | | | |
| Aucun | 22,48 | 9,69 | 11,84 | 38,58 | 14,32 | 3,09 |
| Primaire | 22,12 | 10,40 | 8,29 | 35,37 | 21,98 | 1,84 |
| Secondaire/Supérieur | 32,65 | 13,97 | 8,83 | 27,16 | 15,43 | 1,97 |
| Total (%) | 30,53 | 13,23 | 8,78 | 28,84 | 16,61 | 2,01 |
| Nombre d'observations | 3286 | | | | | |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | | | | | |

Tableau 3.7.2A – 3.7.2D : Heure d'écoute radio préférée dans chaque zone

Le **tableau 3.7.2A** résume le moment préféré des personnes interrogées pour écouter la radio dans la zone Nord.

Le **tableau 3.7.2B** résume le moment préféré des personnes interrogées pour écouter la radio dans la zone Ouest.

Le **tableau 3.7.2C** résume le moment préféré des personnes interrogées pour écouter la radio dans la zone Kasai.

Le **tableau 3.7. 2D** résume le moment préféré des personnes interrogées pour écouter la radio dans la zone Grand Est.

Tableau 3.7.2A Heures d'écoute radio préférées dans la zone Nord, ECP RDC 2021

| Caractéristique | Tôt le matin | Fin de matinée | Après-midi | Début de soirée | Fin de soirée | Nuit |
|---|--------------|----------------|-------------|-----------------|---------------|-------------|
| Sexe | | | | | | |
| Femme | 12,87 | 9,15 | 9,52 | 52,92 | 12,74 | 2,80 |
| Homme | 25,10 | 10,06 | 5,91 | 37,93 | 16,20 | 4,80 |
| Âge | | | | | | |
| 15-24 ans | 15,59 | 8,03 | 12,75 | 47,52 | 13,93 | 2,17 |
| 25-34 ans | 17,09 | 9,32 | 5,97 | 49,46 | 15,85 | 2,32 |
| 35-44 ans | 23,06 | 11,21 | 4,53 | 41,33 | 11,91 | 7,96 |
| 45+ ans | 20,72 | 9,61 | 8,70 | 41,87 | 17,39 | 1,70 |
| Résidence | | | | | | |
| Urbaine | 21,94 | 11,04 | 9,34 | 37,78 | 17,73 | 2,17 |
| Rurale | 16,45 | 8,26 | 6,08 | 52,35 | 11,45 | 5,39 |
| Niveau d'instruction | | | | | | |
| Aucun | 13,52 | 7,32 | 8,27 | 43,78 | 18,43 | 8,69 |
| Primaire | 14,58 | 7,13 | 8,58 | 58,20 | 7,97 | 3,55 |
| Secondaire/Supérieur | 21,05 | 10,50 | 7,43 | 41,25 | 16,45 | 3,31 |
| Total (%) | 19,13 | 9,61 | 7,67 | 45,26 | 14,51 | 3,82 |
| Nombre d'observations | 868 | | | | | |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | | | | | |

Tableau 3.7.2B Heures d'écoute radio préférées dans la zone Ouest, ECP RDC 2021

| Caractéristique | Tôt le matin | Fin de matinée | Après-midi | Début de soirée | Fin de soirée | Nuit |
|---|--------------|----------------|--------------|-----------------|---------------|-------------|
| Sexe | | | | | | |
| Femme | 23,99 | 17,78 | 9,89 | 30,74 | 15,53 | 2,07 |
| Homme | 32,41 | 14,12 | 11,00 | 23,24 | 17,88 | 1,36 |
| Âge | | | | | | |
| 15-24 ans | 20,36 | 20,98 | 13,27 | 27,31 | 16,40 | 1,68 |
| 25-34 ans | 29,81 | 14,93 | 10,30 | 26,83 | 16,64 | 1,48 |
| 35-44 ans | 26,33 | 16,41 | 10,15 | 27,74 | 16,61 | 2,77 |
| 45+ ans | 34,93 | 12,75 | 9,40 | 24,85 | 17,42 | 0,65 |
| Résidence | | | | | | |
| Urbaine | 31,72 | 16,66 | 12,76 | 19,05 | 17,57 | 2,23 |
| Rurale | 18,87 | 13,08 | 3,50 | 50,10 | 14,46 | 0,00 |
| Niveau d'instruction | | | | | | |
| Aucun | 17,96 | 17,70 | 15,77 | 44,13 | 4,44 | 0,00 |
| Primaire | 18,62 | 12,63 | 10,36 | 28,28 | 29,10 | 1,01 |
| Secondaire/Supérieur | 30,61 | 16,33 | 10,42 | 26,03 | 14,77 | 1,84 |
| Total (%) | 28,58 | 15,79 | 10,49 | 26,65 | 16,81 | 1,69 |
| Nombre d'observations | 857 | | | | | |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | | | | | |

Tableau 3.7.2C Heures d'écoute radio préférées dans la zone Kasai, ECP RDC 2021

| Caractéristique | Tôt le matin | Fin de matinée | Après-midi | Début de soirée | Fin de soirée | Nuit |
|---|---------------------|-----------------------|-------------------|------------------------|----------------------|-------------|
| Sexe | | | | | | |
| Femme | 29,66 | 9,23 | 4,04 | 26,61 | 28,67 | 1,78 |
| Homme | 36,44 | 6,94 | 2,52 | 19,66 | 32,97 | 1,47 |
| Âge | | | | | | |
| 15-24 ans | 30,68 | 7,86 | 3,63 | 25,06 | 30,59 | 2,19 |
| 25-34 ans | 41,75 | 8,01 | 1,60 | 19,62 | 27,04 | 1,98 |
| 35-44 ans | 30,44 | 6,78 | 5,54 | 23,70 | 33,25 | 0,29 |
| 45+ ans | 29,86 | 9,27 | 2,11 | 23,17 | 33,54 | 2,06 |
| Résidence | | | | | | |
| Urbaine | 38,10 | 9,64 | 2,97 | 16,90 | 30,71 | 1,67 |
| Rurale | 26,51 | 5,51 | 3,54 | 31,38 | 31,54 | 1,53 |
| Niveau d'instruction | | | | | | |
| Aucun | 37,22 | 7,48 | 7,21 | 14,77 | 33,32 | 0,00 |
| Primaire | 32,49 | 8,16 | 3,04 | 24,89 | 29,43 | 1,99 |
| Secondaire/Supérieur | 33,75 | 8,14 | 3,06 | 23,02 | 30,38 | 1,66 |
| Total (%) | 33,41 | 7,97 | 3,20 | 22,77 | 31,05 | 1,61 |
| Nombre d'observations | 1049 | | | | | |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | | | | | |

Tableau 3.7.2D Heures d'écoute radio préférées dans la zone Grand Est, ECP RDC 2021

| Caractéristique | Tôt le matin | Fin de matinée | Après-midi | Début de soirée | Fin de soirée | Nuit |
|---|---------------------|-----------------------|-------------------|------------------------|----------------------|-------------|
| Sexe | | | | | | |
| Femme | 35,62 | 14,93 | 11,67 | 26,99 | 10,42 | 0,38 |
| Homme | 55,14 | 10,72 | 5,48 | 17,16 | 9,67 | 1,83 |
| Âge | | | | | | |
| 15-24 ans | 33,88 | 10,64 | 15,43 | 28,55 | 10,49 | 1,01 |
| 25-34 ans | 44,09 | 16,76 | 7,71 | 23,32 | 6,57 | 1,55 |
| 35-44 ans | 49,80 | 10,93 | 6,05 | 19,62 | 12,50 | 1,10 |
| 45+ ans | 62,93 | 9,48 | 3,31 | 11,84 | 11,23 | 1,20 |
| Résidence | | | | | | |
| Urbaine | 49,96 | 13,53 | 8,26 | 15,74 | 11,12 | 1,39 |
| Rurale | 41,53 | 10,15 | 7,43 | 32,37 | 7,59 | 0,94 |
| Niveau d'instruction | | | | | | |
| Aucun | 29,19 | 4,17 | 14,55 | 41,44 | 8,56 | 2,10 |
| Primaire | 36,38 | 10,68 | 5,78 | 28,83 | 16,86 | 1,48 |
| Secondaire/Supérieur | 50,19 | 12,92 | 8,16 | 18,91 | 8,64 | 1,18 |
| Total (%) | 47,22 | 12,43 | 7,99 | 21,15 | 9,97 | 1,24 |
| Nombre d'observations | 512 | | | | | |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | | | | | |

Tableau 3.7.3 : Visionnage TV au moins une fois par semaine

Le **tableau 3.7.3** (page suivante) décrit la répartition des personnes qui regardent la télévision. Il comprend les données de toutes les personnes interrogées ainsi que des personnes des ménages qui possèdent une radio. Les données présentées dans ce tableau sont ventilées par zone.

Tableau 3.7.3 Pourcentage de personnes interrogées qui regardent la télévision au moins une fois par semaine, ECP RDC 2021

| Caractéristique | Tous les répondants | | | | | Personnes interrogées dans un ménage ayant une télévision | | | | |
|------------------------------|---------------------|-----------------|--------------|--------------|------------------|---|-----------------|--------------|--------------|------------------|
| | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes les zones | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes les zones |
| Sexe | | | | | | | | | | |
| Femme | 17,90 | 67,72 | 12,19 | 33,88 | 44,27 | 68,46 | 87,30 | 68,74 | 84,68 | 89,66* |
| Homme | 22,39* | 66,60 | 15,20** | 37,96 | 45,18 | 73,88 | 93,54*** | 74,99 | 85,44 | 85,60 |
| Âge | | | | | | | | | | |
| 15-24 ans | 21,17 | 74,66* | 15,33 | 34,46 | 45,60 | 69,11 | 94,45 | 78,23 | 86,35 | 90,28 |
| 25-34 ans | 18,63 | 67,34 | 15,70 | 35,00 | 43,84 | 67,94 | 90,82 | 70,14 | 86,59 | 87,63 |
| 35-44 ans | 21,63 | 65,69 | 11,01 | 38,61 | 45,76 | 72,92 | 91,90 | 70,36 | 84,15 | 88,75 |
| 45+ ans | 16,17 | 62,21 | 12,18 | 33,56 | 43,07 | 75,58 | 86,26 | 68,33 | 81,39 | 84,52 |
| Résidence | | | | | | | | | | |
| Urbaine | 30,93*** | 79,34*** | 27,31*** | 56,93*** | 62,24*** | 73,13 | 91,56 | 80,53*** | 87,92** | 89,65*** |
| Rurale | 11,11 | 23,70 | 3,79 | 11,12 | 13,05 | 64,54 | 76,48 | 27,55 | 64,53 | 68,25 |
| Niveau d'instruction | | | | | | | | | | |
| Aucun | 9,02 | 29,17 | 7,88 | 8,75 | 12,37 | 51,12 | 70,82 | 13,65 | 72,89 | 67,52 |
| Primaire | 11,60 | 45,66 | 7,92 | 12,39 | 24,15 | 62,91 | 82,98 | 80,41*** | 73,52 | 80,23 |
| Secondaire/Supérieur | 24,20*** | 73,14*** | 17,64** | 48,53*** | 54,10*** | 72,93 | 92,35 | 73,82 | 86,58 | 89,48* |
| Tous les répondants | 19,73 | 67,25*** | 13,60 | 35,68 | 44,66 | 70,78 | 90,96*** | 71,89 | 85,01 | 87,95 |
| Nombre d'observations | 1861 | 1563 | 2923 | 1443 | 7790 | 280 | 933 | 197 | 390 | 1800 |

Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001

Tableau 3.7.4 : Heure de visionnage TV préférée

Le **tableau 3.7.4** résume le moment préféré des personnes interrogées pour regarder la télévision. Il comprend des données par zone d'étude, sexe, âge, niveau d'instruction de la personne et quintile de richesse du ménage. Les données présentées dans ce tableau sont ventilées en fonction des heures auxquelles on peut regarder la télévision.

| Tableau 3.7.4 Heures de visionnage TV préférées, ECP RDC 2021 | | | | | | |
|---|--------------|----------------|--------------|-----------------|---------------|-------------|
| | Tôt le matin | Fin de matinée | Après-midi | Début de soirée | Fin de soirée | Nuit |
| Zone | | | | | | |
| Nord | 3,30 | 1,49 | 7,13 | 42,94 | 43,51 | 1,64 |
| Ouest | 5,78 | 9,21 | 11,94 | 35,69 | 36,29 | 1,09 |
| Kasaï | 28,07 | 2,84 | 4,41 | 17,54 | 47,04 | 0,10 |
| Grand Est | 11,05 | 10,18 | 9,62 | 34,26 | 34,11 | 0,78 |
| Sexe | | | | | | |
| Femme | 6,67 | 10,87 | 15,63 | 41,80 | 24,37 | 0,67 |
| Homme | 8,14 | 5,14 | 4,74 | 27,55 | 52,91 | 1,52 |
| Âge | | | | | | |
| 15-24 ans | 7,63 | 12,09 | 17,59 | 43,07 | 18,73 | 0,89 |
| 25-34 ans | 6,11 | 10,19 | 10,36 | 35,73 | 36,85 | 0,76 |
| 35-44 ans | 8,71 | 5,25 | 9,97 | 31,80 | 42,96 | 1,31 |
| 45+ ans | 6,61 | 5,48 | 3,91 | 31,07 | 51,65 | 1,28 |
| Résidence | | | | | | |
| Urbaine | 7,97 | 9,38 | 11,51 | 32,39 | 37,86 | 0,90 |
| Rurale | 3,62 | 2,11 | 6,38 | 52,92 | 33,02 | 1,94 |
| Niveau d'instruction | | | | | | |
| Aucun | 17,51 | 6,10 | 9,19 | 41,98 | 24,23 | 0,99 |
| Primaire | 6,54 | 8,23 | 9,51 | 34,59 | 37,22 | 0,97 |
| Secondaire/Supérieur | 6,74 | 8,48 | 9,79 | 35,64 | 38,35 | 1,00 |
| Total (%) | 7,33 | 8,30 | 10,76 | 35,42 | 37,14 | 1,05 |
| Nombre d'observations | 2210 | | | | | |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | | | | | |

Tableau 3.7.4A-3.7.4D : Heure de visionnage TV préférée dans chaque zone

Le **tableau 3.7.4A** résume le moment préféré des personnes interrogées pour regarder la télévision dans la zone Nord.

Le **tableau 3.7.4B** résume le moment préféré des personnes interrogées pour regarder la télévision dans la zone Ouest.

Le **tableau 3.7.4C** résume le moment préféré des personnes interrogées pour regarder la télévision dans la zone Kasai.

Le **tableau 3.7.4D** résume le moment préféré des personnes interrogées pour regarder la télévision dans la zone Grand Est.

Tableau 3.7.4A Heures de visionnage TV préférées dans la zone Nord, ECP RDC 2021

| Caractéristique | Tôt le matin | Fin de matinée | Après-midi | Début de soirée | Fin de soirée | Nuit |
|---|--------------|----------------|-------------|-----------------|---------------|-------------|
| Sexe | | | | | | |
| Femme | 3,19 | 2,77 | 9,81 | 49,31 | 34,04 | 0,88 |
| Homme | 3,42 | 0,00 | 4,00 | 35,51 | 54,55 | 2,52 |
| Âge | | | | | | |
| 15-24 ans | 1,72 | 2,73 | 12,65 | 57,44 | 22,99 | 2,47 |
| 25-34 ans | 3,89 | 1,29 | 4,42 | 45,14 | 44,28 | 0,98 |
| 35-44 ans | 3,64 | 1,07 | 5,27 | 31,33 | 56,50 | 2,20 |
| 45+ ans | 4,81 | 0,00 | 4,74 | 29,35 | 61,10 | 0,00 |
| Résidence | | | | | | |
| Urbaine | 5,01 | 1,91 | 9,21 | 35,87 | 46,60 | 1,40 |
| Rurale | 0,67 | 0,84 | 3,93 | 53,79 | 38,76 | 2,01 |
| Niveau d'instruction | | | | | | |
| Aucun | 2,93 | 0,00 | 2,10 | 51,45 | 43,51 | 0,00 |
| Primaire | 4,03 | 1,15 | 6,23 | 43,02 | 44,74 | 0,83 |
| Secondaire/Supérieur | 3,35 | 1,51 | 7,64 | 42,45 | 43,15 | 1,90 |
| Total (%) | 3,30 | 1,49 | 7,13 | 42,94 | 43,51 | 1,64 |
| Nombre d'observations | 454 | | | | | |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | | | | | |

Tableau 3.7.4B Heures de visionnage TV préférées dans la zone Ouest, ECP RDC 2021

| Caractéristique | Tôt le matin | Fin de matinée | Après-midi | Début de soirée | Fin de soirée | Nuit |
|---|---------------------|-----------------------|-------------------|------------------------|----------------------|-------------|
| Sexe | | | | | | |
| Femme | 5,26 | 11,92 | 17,30 | 41,78 | 23,02 | 0,72 |
| Homme | 6,47 | 5,62 | 4,82 | 27,61 | 53,91 | 1,57 |
| Âge | | | | | | |
| 15-24 ans | 5,66 | 13,28 | 21,17 | 43,23 | 16,04 | 0,62 |
| 25-34 ans | 3,23 | 11,59 | 11,76 | 35,36 | 37,08 | 0,98 |
| 35-44 ans | 8,29 | 5,67 | 11,05 | 34,65 | 38,76 | 1,57 |
| 45+ ans | 5,68 | 6,65 | 3,15 | 29,26 | 54,22 | 1,04 |
| Résidence | | | | | | |
| Urbaine | 6,39 | 9,97 | 12,55 | 32,89 | 37,14 | 1,06 |
| Rurale | 0,54 | 2,71 | 6,67 | 59,77 | 28,99 | 1,32 |
| Niveau d'instruction | | | | | | |
| Aucun | 19,69 | 8,70 | 19,40 | 42,82 | 9,38 | 0,00 |
| Primaire | 7,19 | 9,23 | 21,26 | 31,63 | 28,73 | 1,96 |
| Secondaire/Supérieur | 5,40 | 9,23 | 10,55 | 36,05 | 37,78 | 0,98 |
| Total (%) | 5,78 | 9,21 | 11,94 | 35,69 | 36,29 | 1,09 |
| Nombre d'observations | 1053 | | | | | |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | | | | | |

Tableau 3.7.4C Heures de visionnage TV préférées dans la zone Kasai, ECP RDC 2021

| Caractéristique | Tôt le matin | Fin de matinée | Après-midi | Début de soirée | Fin de soirée | Nuit |
|---|--------------|----------------|-------------|-----------------|---------------|-------------|
| Sexe | | | | | | |
| Femme | 33,02 | 6,01 | 5,26 | 17,81 | 37,66 | 0,24 |
| Homme | 24,22 | 0,37 | 3,74 | 17,33 | 54,33 | 0,00 |
| Âge | | | | | | |
| 15-24 ans | 34,70 | 8,52 | 3,40 | 12,90 | 40,07 | 0,42 |
| 25-34 ans | 43,61 | 2,33 | 5,64 | 11,76 | 36,65 | 0,00 |
| 35-44 ans | 18,20 | 0,00 | 3,19 | 17,28 | 61,33 | 0,00 |
| 45+ ans | 8,56 | 0,00 | 5,33 | 32,51 | 53,60 | 0,00 |
| Résidence | | | | | | |
| Urbaine | 28,53 | 3,16 | 2,60 | 17,35 | 48,36 | 0,00 |
| Rurale | 26,14 | 1,48 | 12,06 | 18,35 | 41,43 | 0,55 |
| Niveau d'instruction | | | | | | |
| Aucun | 49,74 | 0,00 | 2,92 | 10,00 | 37,34 | 0,00 |
| Primaire | 50,40 | 3,98 | 2,23 | 12,25 | 31,14 | 0,00 |
| Secondaire/Supérieur | 21,50 | 2,95 | 5,22 | 19,72 | 50,48 | 0,14 |
| Total (%) | 28,07 | 2,84 | 4,41 | 17,54 | 47,04 | 0,10 |
| Nombre d'observations | 330 | | | | | |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | | | | | |

Tableau 3.7.4D Heures de visionnage TV préférées dans la zone Grand Est, ECP RDC 2021

| Caractéristique | Tôt le matin | Fin de matinée | Après-midi | Début de soirée | Fin de soirée | Nuit |
|---|---------------------|-----------------------|-------------------|------------------------|----------------------|-------------|
| Sexe | | | | | | |
| Femme | 9,73 | 12,32 | 13,81 | 42,37 | 21,36 | 0,40 |
| Homme | 12,45 | 7,93 | 5,18 | 25,67 | 47,60 | 1,18 |
| Âge | | | | | | |
| 15-24 ans | 12,78 | 15,73 | 10,78 | 39,48 | 20,33 | 0,89 |
| 25-34 ans | 8,88 | 12,24 | 9,82 | 37,62 | 31,44 | 0,00 |
| 35-44 ans | 11,32 | 7,04 | 9,54 | 23,09 | 49,00 | 0,00 |
| 45+ ans | 12,40 | 3,53 | 7,49 | 42,30 | 30,33 | 3,94 |
| Résidence | | | | | | |
| Urbaine | 11,35 | 11,71 | 10,03 | 32,39 | 34,38 | 0,14 |
| Rurale | 9,55 | 2,58 | 7,58 | 43,58 | 32,74 | 3,98 |
| Niveau d'instruction | | | | | | |
| Aucun | 13,04 | 7,34 | 0,00 | 48,15 | 27,21 | 4,27 |
| Primaire | 8,66 | 8,03 | 21,14 | 37,01 | 37,01 | 25,16 |
| Secondaire/Supérieur | 10,99 | 10,50 | 8,85 | 33,65 | 35,26 | 0,75 |
| Total (%) | 11,05 | 10,18 | 9,62 | 34,26 | 34,11 | 0,78 |
| Nombre d'observations | 373 | | | | | |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | | | | | |

Tableau 3.7.5 : Possession d'un téléphone ou d'une tablette

Le **tableau 3.7.5** résume le pourcentage de personnes interrogées qui possèdent un téléphone ou une tablette. Les données sont présentées dans chaque zone par caractéristiques sociodémographiques des personnes.

| Tableau 3.7.5 Pourcentage de personnes interrogées qui ont indiqué avoir un téléphone ou une tablette personnelle, ECP RDC 2021 | | | | |
|--|--------------|---------------|--------------|--------------|
| Caractéristique | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est |
| Sexe | | | | |
| Femme | 24,39 | 49,50 | 18,43 | 38,56 |
| Homme | 52,50*** | 69,00*** | 37,30*** | 60,23*** |
| Âge | | | | |
| 15-24 ans | 23,09*** | 48,79* | 18,80 | 35,41** |
| 25-34 ans | 40,55 | 60,51 | 27,15 | 51,83 |
| 35-44 ans | 39,54 | 57,93 | 26,41 | 53,19 |
| 45+ ans | 43,31 | 62,35 | 38,52** | 51,70 |
| Résidence | | | | |
| Urbaine | 46,90*** | 64,48*** | 40,00*** | 62,35*** |
| Rurale | 27,40 | 33,29 | 18,15 | 31,65 |
| Niveau d'instruction | | | | |
| Aucun | 11,90 | 27,40 | 8,20 | 14,87 |
| Primaire | 18,02 | 31,68 | 19,84 | 28,56 |
| Secondaire/Supérieur | 45,96*** | 64,12*** | 35,40*** | 59,41*** |
| Total | 35,88 | 57,70* | 27,25 | 48,10 |
| Nombre d'observations | 1861 | 1563 | 2923 | 1443 |
| Total - Toutes les zones (n=7790) | 47,61 | | | |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | | | |

Tableau 3.7.5B : Capacités téléphoniques

Le **tableau 3.7.5B** résume le pourcentage de téléphones possédés par les personnes qui sont capables de recevoir du contenu via divers formats, notamment des SMS, des photos, des vidéos, des audios, un lien Internet, des emails et d'autres types de format. Les données sont présentées pour chaque zone d'étude.

| Tableau 3.7.5B Pourcentage de téléphones détenus capables de recevoir des médias, par type de média, ECP RDC 2021 | | | | | |
|--|-------------|--------------|--------------|------------------|-------------------------|
| Caractéristique | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est | Toutes les zones |
| Le téléphone peut recevoir | | | | | |
| SMS | 85,38 | 95,13 | 87,50 | 87,10 | 91,47 |
| Photos | 63,01 | 74,38 | 63,83 | 53,17 | 67,49 |
| Vidéos | 60,95 | 70,51 | 59,99 | 51,28 | 64,30 |
| Fichiers audio | 58,29 | 70,46 | 65,61 | 51,18 | 64,28 |
| Lien vers un site web | 25,41 | 49,22 | 26,13 | 43,18 | 42,81 |
| Email | 15,92 | 42,93 | 18,34 | 38,42 | 36,27 |
| Autre média | 3,64 | 4,83 | 1,64 | 22,42 | 8,13 |
| Nombre d'observations | 526 | 802 | 664 | 553 | 2545 |

Tableau 3.7.6 : Exposition aux messages sur le paludisme

Le **tableau 3.7.6** présente le pourcentage de personnes interrogées qui ont été exposés à un message sur le paludisme au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les données sont présentées pour chaque zone par caractéristiques sociodémographiques des personnes.

| Tableau 3.7.6 Pourcentage de personnes interrogées exposées à des messages de sensibilisation contre le paludisme au cours des 12 derniers mois, ECP RDC 2021 | | | | |
|--|--------------|-----------------|--------------|--------------|
| Caractéristique | Nord | Ouest | Kasaï | Grand Est |
| Sexe | | | | |
| Femme | 23,83 | 40,87 | 25,01 | 21,59 |
| Homme | 25,82 | 48,98* | 31,58** | 21,49 |
| Âge | | | | |
| 15-24 ans | 23,68 | 32,23*** | 28,49 | 19,66 |
| 25-34 ans | 24,77 | 45,97 | 29,16 | 21,28 |
| 35-44 ans | 24,38 | 46,46 | 24,14 | 23,86 |
| 45+ ans | 26,53 | 50,61 | 31,45 | 20,83 |
| Résidence | | | | |
| Urbaine | 25,71 | 49,10*** | 43,40*** | 27,36* |
| Rurale | 23,82 | 26,94 | 17,13 | 14,83 |
| Niveau d'instruction | | | | |
| Aucun | 22,76 | 18,10 | 10,95 | 13,68* |
| Primaire | 20,64 | 34,96 | 20,32 | 22,36 |
| Secondaire/Supérieur | 26,71* | 47,24** | 35,97*** | 22,57 |
| Total | 24,64 | 44,28*** | 28,08 | 21,54 |
| Nombre d'observations | 1861 | 1563 | 2923 | 1443 |
| Total – Toutes les zones (n=7790) | 33,69 | | | |
| Notes : Importance de la différence des moyennes entre les groupes : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 | | | | |