

Enquête sur le comportement face au paludisme

Bénin, 2021

Soumis à : Agence des États-Unis pour le développement international

Soumis par : le Centre des Programmes de Communication Johns Hopkins

août 2022

Accord de coopération #AID-OAA-A-17-00017

Ce rapport a pu voir le jour grâce au soutien du peuple américain, par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), en vertu de l'Accord de coopération Breakthrough ACTION AID-OAA-A-17-00017. Breakthrough ACTION est basé au Centre Johns Hopkins pour les programmes de communication (CCP). Breakthrough ACTION est seul responsable du contenu de ce rapport, qui ne reflète pas nécessairement le point de vue de l'USAID, du gouvernement des États Unis ou de l'Université Johns Hopkins.

Pour toute question concernant ce rapport, veuillez contacter Alain Koffi à akoffi1@jhu.edu ou visitez www.malariabehaviorsurvey.org.

© 2020 Johns Hopkins Université. Tous droits réservés.

Remerciements

Cette enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme a été réalisée par le projet Breakthrough ACTION au Bénin, en collaboration avec plusieurs institutions et organisations partenaires. Le projet Breakthrough ACTION est une initiative mondiale dirigée par le Centre des Programmes de Communication Johns Hopkins (CCP, Baltimore, États-Unis) et financée par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et l'Initiative présidentielle des États-Unis contre le paludisme (PMI). Nous sommes particulièrement reconnaissants au Fonds mondial et à la PMI pour leur soutien financier et technique, qui a rendu possible la réalisation de cette étude. Nous tenons également à remercier plusieurs partenaires qui ont contribué à la conception et à la mise en œuvre des résultats de l'enquête présentés dans ce document.

Nous exprimons notre gratitude au ministère de la Santé du Bénin par l'intermédiaire du Dr. Aurore Hounto et du Dr. Cyriaque Affoukou, respectivement Coordonnatrice nationale et Coordonnateur adjoint (au moment de l'élaboration, de la mise en œuvre du protocole d'étude, ainsi que de la collecte des données) du Programme National de Lutte contre le Paludisme pour leur soutien tout au long de la planification et de la mise en œuvre de cette étude. Nous tenons à remercier tous les membres du comité consultatif de l'enquête sur le comportement face au paludisme (MBS) au Bénin, notamment le Dr Géraud Padonou, Directeur de la recherche au ministère de la Santé, Saka Kpanou, conseiller en suivi et évaluation au Programme national de lutte contre le paludisme, Patrick Condo et Ahmed Saadani Hassani du PMI/USAID, André Mbahiya du Fonds mondial, ainsi que les professeurs Adolphe Codjo Kpatchavi et Rock Hounghinin, qui ont apporté un soutien technique inestimable à toutes les étapes de la conception et de la réalisation de l'étude.

Nous tenons également à remercier le Dr Virgile Capo-Chichi, directeur de l'équipe de consultants en recherche sur le leadership et le développement (LEADD) au Bénin, et Sylvestre Yahouedeou, programmeur de données chez LEADD, pour leur contribution inlassable à la qualité de la réalisation de la MBS, ainsi que tous les superviseurs de terrain, coordinateurs et agents de collecte de données pour leur dévouement à la mise en œuvre du protocole d'étude.

Nous adressons nos sincères remerciements aux responsables administratifs et communautaires des localités sélectionnées pour l'enquête (directeurs départementaux de la santé, chefs traditionnels, leaders communautaires et religieux) et aux hommes et femmes du Bénin qui ont offert leur temps pour fournir les informations présentées dans ce rapport.

Nous remercions également l'équipe Breakthrough ACTION du Johns Hopkins Center for Communication Programs, notamment le Dr Alain Koffi, scientifique adjoint, qui a élaboré le protocole de l'étude, conçu les outils de l'étude et dirigé le processus d'analyse des données et de production de rapports ; Timothy Werwie, agent de recherche, qui a soutenu la mise en œuvre de l'étude ainsi que le processus d'analyse des données et de production de rapports ; le Dr. Stella Babalola, directrice de la recherche et de l'évaluation au CCP, a fourni des conseils et un soutien technique tout au long du développement de l'étude, ainsi qu'un soutien lors des activités de formation à la collecte de données ; Angela Acosta, Andrew Ryan, Emily Randolph et Gabrielle Hunter, qui ont fourni un soutien programmatique et

administratif important ; Désiré Amegnikou, chargé de programme au Bénin, qui a coordonné la logistique de l'étude, notamment en assurant la liaison entre l'équipe du PCC et le ministère de la Santé et le PNLP au Bénin, en veillant au respect des lois locales sur les taxes et les contrats avec le ministère des Finances et de l'Économie, et en contribuant au développement, à la formation, à la mise en œuvre et à la supervision de l'étude.

Enfin, nous apprécions le rôle du Comité national d'éthique et de recherche en santé du Bénin, de l'Institut national de la statistique et de la démographie du Bénin et du Comité d'examen institutionnel de l'Université Johns Hopkins pour leur soutien en vue de garantir des normes éthiques élevées dans le traitement des sujets humains dans cette recherche.

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
LISTE D'ACRONYMES	6
PREFACE	7
RESUME	9
1. INTRODUCTION.....	13
2. METHODOLOGIE	17
3. RESULTATS.....	25
3.1 DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	25
3.2 DETERMINANTS IDEATIONNELS TRANSVERSAUX	31
3.3 PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	37
3.4 PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE.....	51
3.5 CHIMIO PREVENTION DU PALUDISME SAISONNIER (CPS)	61
3.6 MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES D'INSECTICIDES A LONGUE DUREE (MILD).....	64
3.7 PULVERISATION INTRA-DOMICILIAIRE	74
3.8 CONSOMMATION DES MEDIAS ET EXPOSITION DES MESSAGES.....	77
4. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	83

Liste d'acronymes

ASC	Agent de Santé Communautaire
CCP	le Centre des Programmes de Communication Johns Hopkins
CCSC	Communication pour le Changement Social et Comportemental
CDC	Centres américains de contrôle et de prévention des maladies
CPN	Consultation Pré-Natale
CPS	Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier
CSC	Changement Social et Comportemental
CTA	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine
EDS	Enquête Démographique et de Santé
INStAD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
IRB	Institutional Review Board
LEADD	Société de Recherche sur le Leadership et le Développement
MBS	Enquête sur les Déterminants des Comportements liés au paludisme
MIILD	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée
MIS	Enquête sur les Indicateurs du Paludisme
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PID	Pulvérisation résiduelle intérieure
PMI	Initiative présidentielle des États-Unis contre le paludisme
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PSN	Plan Stratégique National
SP/AQ	Sulfadoxine- Pyriméthamine/ Amodiaquine
TDR	Test de diagnostic rapide
TPIg	Traitement Préventif Intermittent du Paludisme pendant la grossesse
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
ZD	Zone de dénombrement

Préface

Le ministère de la Santé, par le biais du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP), met en œuvre depuis plusieurs années des interventions approuvées par l'Organisation mondiale de la santé pour contrôler et éliminer le paludisme au Bénin. Alors que des progrès significatifs ont été réalisés dans la réduction de la mortalité dues au paludisme, il a été difficile de faire de même pour l'incidence du paludisme. L'un des principaux facteurs contribuant à la lenteur des progrès dans la réduction de l'incidence du paludisme a été le manque d'appropriation et de participation de la communauté, ce qui a entraîné un manque de changement de comportement positif chez la plupart des Béninois. En raison de cela, le paludisme est resté un énorme problème de santé publique au Bénin, touchant un tiers de la population chaque année. En 2019, le système national d'information sanitaire du Bénin a enregistré 3 224 décès dus au paludisme, principalement chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Le succès de la prévention du paludisme dépend de la mise en œuvre de qualité d'interventions efficaces comme la distribution massive de moustiquaires, la Pulvérisation Intra-domiciliaire (PID) et le Traitement Préventif Intermittent (TPIg) du paludisme pendant la grossesse. Ces interventions ont été mises en œuvre dans les communautés du Bénin avec peu d'interventions d'accompagnement pour le changement social et comportemental (CSC), ce qui a conduit à des pratiques préventives non durables ou à une réduction de l'incidence du paludisme.

Le PNLP soutient l'utilisation de la CSC basée sur des preuves pour réduire l'incidence du paludisme au Bénin. La MBS a été testée dans de nombreux pays et elle est conçue pour informer le développement de messages qui pourraient aborder les questions clés affectant l'adoption par la communauté de comportements positifs face au paludisme. Le groupe consultatif MBS au Bénin a revu et adapté le protocole au contexte béninois et a contribué à la préparation et à la planification de la collecte des données. Le cabinet de recherche LEADD a été chargé de la collecte des données sous la supervision directe du PNLP et de Breakthrough ACTION Bénin. Le PNLP et Breakthrough ACTION Bénin étaient présents pour diriger la formation des collecteurs de données et assurer la supervision sur le terrain afin de garantir la qualité de la collecte des données. L'objectif de la MBS était de comprendre les déterminants sociodémographiques et comportementaux associés à l'adoption d'interventions contre le paludisme au Bénin afin d'informer les activités de programme appropriées.

Le rapport présente des données contextuelles qui mettent en lumière d'importants déterminants comportementaux du paludisme, tant au niveau des communautés que des établissements, ce qui permettra d'approfondir l'analyse et la recherche sur les questions à traiter par le programme et d'autres partenaires mettant en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme. Il s'agit notamment de fournir des données pour les indicateurs standard du paludisme utilisés pour comprendre et valider les priorités fondées sur des données probantes pour le développement des interventions de lutte contre le paludisme, y compris les messages de santé, et de faciliter les analyses de tendance des principaux résultats comportementaux. Les principales interventions de lutte contre le paludisme comprennent la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MIILDA), le traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg), la chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) et la gestion des cas de paludisme pour les enfants de moins de cinq ans. La MBS a été menée dans les 12 départements du Bénin, divisés en zones géographiques du Nord, du Centre et du Sud, ce qui permet d'obtenir une image représentative au niveau national et zonal.

Le PNLP est reconnaissant à PMI/USAID et au Fonds mondial pour leur soutien financier à l'étude, à Breakthrough ACTION Bénin pour son rôle clé, à la John Hopkins Bloomberg School of Public Health et à tous les Béninois qui ont participé à la mise en œuvre réussie de la CSC. Les résultats de ce rapport

contribueront grandement à soutenir la programmation du CSC dans le domaine du paludisme ainsi que les décisions politiques futures.

Dr. Cyriaque Affoukou

Coordonnateur National par intérim, Programme national de lutte contre le paludisme Bénin

Ministère de la santé à Benin

Résumé

BreakthroughACTION a travaillé avec le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) du Bénin pour mener l'enquête sur les déterminants comportementaux liés au paludisme (MBS). Cette enquête a été menée entre le 22 novembre et 27 décembre 2021, une période coïncidant avec la fin de la saison des pluies. La MBS est une enquête sur les ménages basée sur la théorie qui s'inspire du modèle d'idéation. L'enquête a été menée dans les 12 départements du pays, regroupés en 3 zones géographiques : Nord, Centre et Sud. 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 agents de collecte des données ont utilisé des questionnaires électroniques développés à l'aide de Survey Solutions et chargés sur des tablettes Android. L'échantillon final comprenait 3 534 ménages, 4 535 femmes en âge de procréer et 1 536 de leurs conjoints/partenaires masculins. L'étude a suivi les procédures éthiques standard. Pendant le travail sur le terrain, des agents de collecte de données formés ont pris des mesures appropriées pour minimiser les risques pour les participants, notamment en obtenant un 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 éthique de *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health* à Baltimore, aux États-Unis (IRB # 17513), et par le Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé du Bénin (CNEHS), (Protocole# 6860). Les données fournissent une base sur laquelle on peut mieux identifier, prioriser et atteindre les publics cibles avec des approches de changement social et comportement (CSC) adaptées et efficaces. Cette section résume les principaux résultats de l'enquête.

Variables idéationnelles transversales

- La grande majorité (plus de 9 répondants sur 10) savait que la fièvre était le principal symptôme du paludisme et que le paludisme était transmis par les piqûres de moustiques, sans différence entre les zones.
- Près de deux répondants sur trois percevaient une susceptibilité au paludisme, c'est-à-dire qu'ils pensaient être exposés au risque d'attraper le paludisme, davantage dans le Nord (76,6%) ou le Centre (75,5%), que dans le Sud (69,6%). La susceptibilité perçue était plus fréquente chez les personnes n'ayant pas reçu d'instruction formelle (77,6%) que chez les personnes ayant reçu une instruction secondaire (73,5%) ou supérieure (69,9%).
- La gravité perçue du paludisme était faible, moins de la moitié des répondants pensant que le paludisme était une maladie grave.

Gestion des cas de paludisme

- La connaissance du temps recommandé pour consulter est très faible, moins d'un tiers des répondants ayant répondu correctement, c'est-à-dire qu'il fallait consulter immédiatement ou le jour même de l'apparition de la fièvre.

- Les attitudes favorables à la recherche de soins et au traitement du paludisme étaient généralement faibles, mais plus élevées dans le Sud par rapport aux autres zones.
- L'auto-efficacité perçue pour rechercher le dépistage et le traitement du paludisme était élevée dans les trois zones.
- Un tiers des répondants ou moins avaient une perception favorable des agents de santé communautaires ou des prestataires de soins.
- Un enfant de moins de 5 ans sur cinq a eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête, selon la déclaration de la femme qui s'en occupe. Une proportion plus faible d'enfants de moins de 5 ans ayant de la fièvre ont été emmenés dans un établissement de santé pour recevoir des soins "appropriés" le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre.
- Sur déclaration des mères ou des personnes en charge de ces enfants, quatre enfants de moins de 5 ans sur dix testés pour le paludisme ont donné un résultat positif pour le paludisme. Pourtant, seuls environ 40 % d'entre eux ont reçu une CTA. Et parmi ces derniers, seul un tiers a reçu le médicament le jour même ou le lendemain du début de la fièvre de l'enfant.

Le paludisme pendant la grossesse

- La connaissance des pratiques recommandées en matière de CPN et de TPIg était généralement faible, à 17,9%.
- Les attitudes positives envers la CPN et le TPIg n'étaient que modérément courantes (41,5%) et moins répandues dans le Sud que dans les autres zones.
- La gravité du paludisme pendant la grossesse était généralement bien perçue (80,0%) dans la population étudiée.
- La plupart des personnes interrogées pensent que les soins prénatals et le TPIg sont majoritairement considérés comme assurant des résultats positifs en matière de grossesse.
- Environ deux tiers des personnes interrogées pensaient que la participation à au moins quatre visites de soins prénatals était la norme dans leur communauté, tandis qu'un peu plus de la moitié (57,6%) pensaient que l'obtention d'au moins trois doses de SP pendant la grossesse était la norme dans leur communauté.
- La quasi-totalité (94,0%) des femmes enceintes au cours des deux dernières années ont bénéficié d'une CPN au moins une fois mais seulement trois quarts d'entre elles ont effectué quatre visites de CPN.
- Un peu plus de neuf femmes sur dix ont reçu au moins une dose de SP pendant la grossesse, mais seulement environ un peu plus de la moitié ont reçu trois doses ou plus comme le recommande l'OMS.
- Les variables idéationnelles associées à l'intention d'une CPN précoce comprenaient l'auto-efficacité pour obtenir le TPIg, une perception élevée de la gravité du paludisme, des attitudes favorables à l'égard de la CPN/du TPIg, le fait d'avoir discuté du paludisme avec un conjoint, un parent ou un ami et d'avoir reçu au moins 4 consultations de CPN.

Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS)

- La connaissance d'un médicament donné aux enfants de trois à cinquante-neuf mois pour prévenir le paludisme pendant la saison des pluies était presque universelle (95,3%) parmi la population éligible.
- Les rapports sur le récent processus de distribution étaient également très positifs. Presque tous les ménages éligibles (96,6%) ont déclaré qu'un distributeur de CPS avait fourni des doses de CPS à leur enfant lors de la dernière visite du ménage, et 9 sur 10 ont déclaré que le distributeur avait observé l'enfant prendre la première dose.
- La quasi-totalité (95,7%) a une perception favorable des distributeurs des médicaments de CPS.

Moustiquaires imprégnées d'insecticide

- La connaissance des moustiquaires comme moyen de prévention du paludisme est presque universelle dans toutes les zones de l'étude.
- En général, les attitudes à l'égard de l'utilisation des moustiquaires étaient positives, avec, dans l'ensemble, environ six répondants sur dix faisant preuve d'une attitude positive à l'égard de l'utilisation des moustiquaires.
- La perception de l'efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticide était mitigée, la moitié seulement des personnes interrogées se disant convaincues de l'efficacité des moustiquaires. Cet indicateur était plus faible pour les habitants du Nord que pour ceux des autres zones.
- Cependant, l'auto-efficacité perçue pour l'utilisation systématique des moustiquaires était élevée dans toutes les zones géographiques.
- Dans l'ensemble, environ quatre ménages sur cinq possédaient au moins une MIILDA, et plus 85% possédaient une MIILD pour deux personnes dans le ménage.
- Dans les ménages disposant d'au moins une moustiquaire, environ 83% des membres du ménage ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête.
- Globalement, le rapport utilisation/accès était de 0,89, presque toutes les personnes ayant accès à une moustiquaire l'utilisent effectivement.

Pulvérisation intra-domiciliaire (PID)

- Plus de deux répondants sur dix étaient au courant de la campagne de PID dans les zones d'interventions.
- Parmi ceux qui connaissaient les PID : Les attitudes favorables à l'égard des PID étaient élevées ; l'efficacité de la réponse et l'auto-efficacité perçue concernant les PID étaient élevées.

Consommation et exposition aux médias

- Le taux de possession de la radio et de la télévision au Bénin était relativement faible, environ la moitié des ménages possédant une radio et seulement un quart possédant une télévision.

- Dans les ménages disposant d'une radio, environ 68% des personnes l'écoutaient régulièrement et, en général, les heures d'écoute les plus populaires étaient le matin tôt, la fin de matinée et la fin de soirée, ce qui représente les moments optimaux pour atteindre les personnes avec des messages.
- Pour ceux qui regardaient la télévision, la fin de soirée était de loin l'heure la plus populaire.
- Plus de la moitié des répondants ont déclaré posséder un téléphone personnel ou une tablette.
- Moins d'un tiers des répondants ont déclaré avoir été exposés à des messages sur le paludisme au cours de l'année écoulée, en particulier dans la zone Nord.
- Moins de la moitié des personnes interrogées se souvenaient correctement du slogan de la campagne de prévention du paludisme du PNLP. Le taux de rappel était plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain dans chaque zone. Le taux de mémorisation était plus élevé dans le centre que dans le nord ou le sud.

1. Introduction

1.1 Contexte récent du paludisme au Bénin

Géographie et saisonnalité

Le Bénin est composé de trois zones climatiques. Le climat subéquatorial a deux saisons des pluies entre avril et juillet et octobre et novembre et est situé dans le sud. La température varie entre 24 et 32 degrés C dans cette zone avec 1200mm de pluie par an. La zone géographique centrale a un climat soudano-guinéen qui est tropical et semi-humide. Le nord a un climat tropical humide avec une saison des pluies entre mai et octobre et une saison sèche entre novembre et avril.¹

Poids du paludisme

La transmission du paludisme est continue tout au long de l'année au Bénin, avec une augmentation pendant les saisons des pluies. Le paludisme est particulièrement dangereux pour les enfants de moins de cinq ans, qui ont des chances accrues de mourir, et pour les femmes enceintes qui ont un risque accru de fausse couche et de décès. En 2020, le Bénin a enregistré 2,3 millions de cas de paludisme, dont près de 800 000 chez des enfants de moins de cinq ans. En outre, il y avait plus de 180 000 cas confirmés de paludisme chez les femmes enceintes et plus de 7 500 cas de paludisme grave. Parmi toutes les maladies enregistrées lors des consultations et des hospitalisations, le paludisme représentait 42,5 %, soit quatre fois plus que toute autre maladie. C'est également la première cause d'hospitalisation pour l'ensemble des Béninois (22,1%) ainsi que pour les enfants de moins de cinq ans (39,0%).²

Le Bénin a attribué 2 440 décès principalement au paludisme grave en 2020, soit 15,1 % de tous les décès signalés dans les établissements de santé pour cette année-là. Sur ce nombre, 1 966, soit 80,5 %, étaient des enfants.³

La fièvre est souvent le principal symptôme qu'un enfant a le paludisme. Le diagnostic du paludisme nécessite une confirmation biologique (TDR ou microscopie) effectués par un professionnel qualifié. En cas de diagnostic positif, un traitement rapide avec une CTA pour guérir et prévenir la progression de la maladie vers les formes graves et la mortalité. Il est donc important que les personnes qui s'occupent des enfants fébriles consultent rapidement afin qu'un diagnostic précis puisse être posé et qu'un traitement adéquat puisse être mis en place. Selon EDS, 2017-2018, parmi les parents d'enfants de moins de cinq ans ayant fait une fièvre 53 % ont demandé des conseils ou un traitement, mais seulement 28 % l'ont fait dans les 48 heures et 18% ont bénéficié de confirmation biologique. Selon la même source, 41% des mères ou gardiennes d'enfants de moins de cinq ans ont consulté dans des établissements de santé publics et 34% dans des établissements de santé privés.

¹ République du Bénin. Ministère de la Santé. 2018. Août 2018. Plan National de Développement Sanitaire. 2018-2022

² Bénin, Ministère de la Santé. (2020). Annuaire des statistiques sanitaires année 2020.

³ Bénin, Ministère de la Santé. (2020). Annuaire des statistiques sanitaires année 2020.

Une personne sur cinq (22 %) a demandé des conseils et un traitement à d'autres sources du secteur privé, dont 2 % à des praticiens de médecine traditionnelle.⁴

Propriété, utilisation et accès aux MIILD

Selon l'EDS 2018, 92% des ménages béninois possèdent au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée (MIILD). L'accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide est défini comme le pourcentage de la population capable de dormir sous une MII si chaque MIILD est utilisée par deux personnes au maximum. Au Bénin, environ 77% de la population a accès à une moustiquaire et 71% de la population dort sous une MII. Les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans sont prioritaires pour l'utilisation des MII en raison de leur vulnérabilité au paludisme, ce qui se traduit par une utilisation accrue de ces groupes dans les ménages disposant d'au moins une MIILD. Les femmes enceintes dormaient sous une MII 85% du temps et les enfants de moins de cinq ans 82%.⁵

Le ratio utilisation/accès aux MIILD, qui compare les personnes qui utilisent leurs MII à celles qui y ont accès, est élevé dans la majeure partie du Bénin. En 2018, ce ratio était de 0,93 en milieu urbain et de 0,91 en milieu rural, ce qui suggère que, dans l'ensemble, la population du Bénin dort sous des MII lorsqu'elles sont disponibles. Cette tendance est similaire parmi les quintiles de richesse, tous les groupes se situant entre 0,91 et 0,93 utilisation/accès. Cependant, la tendance générale n'est pas uniforme dans tout le pays, comme on peut le constater dans les départements de l'Atacora (0.83), de la Donga (0.76), et des Collines (0.82) où ce ratio est significativement plus faible.⁶

1.2 Interventions de lutte contre le paludisme au Bénin

Contrôle des vecteurs

L'objectif du PNLP depuis 2014 est l'accès universel aux MIILD, avec une cible de 95% (PSNIE 2020-2024). Cet objectif doit être atteint grâce à des campagnes de distribution masse de MIILD tous les trois ans, la distribution systématique de MIILD aux femmes enceintes lors des CPN et à la distribution systématique de moustiquaires aux enfants de moins d'un an dans les services du PEV. Selon la dernière EDS, 89% des MIILD trouvées dans les ménages ont été obtenues lors d'une campagne de distribution de masse et 3% lors des CPN.⁷

La PID fait partie de la stratégie de lutte antivectorielle au Bénin de 2008 à 2021 et a été mise en œuvre dans divers départements.⁸

⁴ Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF. (2019). Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2017-2018.

⁵ Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF. (2019). Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2017-2018.

⁶ Conseil National de Lutte Contre Le VIH/SIDA la Tuberculose le Paludisme les IST et les Epidémies. (2019). Plan stratégique national intégré orienté vers l'élimination du VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, les hépatites virales, les IST et les maladies à potentiel épidémique 2020-2024.

⁷ Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF. (2019). Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2017-2018.

⁸ Initiative du président des États-Unis contre le paludisme. (2022). Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme - Plan opérationnel contre le paludisme au Bénin pour l'exercice 2022.

Chimio-prévention

Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS)

La chimio-prévention du Paludisme Saisonnier pour les enfants de trois à 59 mois dans des zones de santé spécifiques a débuté en 2019 au Bénin. L'objectif du ministère de la santé est d'atteindre 95 % des enfants éligibles dans les zones sanitaires des départements de l'Alibori et de l'Atacora d'intervention de CPS avec quatre séries de trois doses pendant la saison de haute transmission.⁹

Traitement du Paludisme Intermittent au cours de la Grossesse (TPIg) avec la Sulfadoxine-Pyrimethamine (SP)

Le TPIg-SP est administré lors des CPN aux femmes enceintes après leur premier trimestre. L'objectif du Ministère de la Santé est d'administrer une dose à chaque CPN à au moins un mois d'intervalle jusqu'à cinq prises au moins. Environ la moitié (51%) des femmes enceintes ont eu une CPN au cours du premier trimestre et 83% ont eu au moins une CPN pendant leur grossesse, tandis que 28% seulement ont eu deux ou trois CPN et 52% 4 CPN. Ces fortes baisses des taux de CPN 2, 3 et 4 réduisent la possibilité d'administrer le TPIg. La couverture TPIg au Bénin a connu des gains entre 2012 et 2018, mais reste relativement faible. En 2018, 49% des femmes enceintes ont reçu le TPI1+, une augmentation par rapport à 37% en 2012, et 33% ont reçu le TPIg2+ contre 23% en 2012. Selon l'EDS 2018 ce chiffre est à 13 % pour l'TPIg3+ en 2018,].¹⁰

Diagnostic et traitement

La confirmation des cas suspects de paludisme est requise dans toutes les formations sanitaires à l'aide de tests de diagnostic rapide (TDR) et de la microscopie. En 2017, l'une de ces méthodes a été utilisée pour 88 % des cas suspects de paludisme dans les établissements de santé. Le traitement du paludisme est gratuit pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans et le traitement du paludisme au Bénin est basé des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA). En 2018, les médicaments antipaludiques ont été fournis gratuitement à seulement 3 % des enfants.¹¹

⁹ Initiative du président des États-Unis contre le paludisme. (2022). Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme - Plan opérationnel contre le paludisme au Bénin pour l'exercice 2022.

¹⁰ Initiative du président des États-Unis contre le paludisme. (2022). Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme - Plan opérationnel contre le paludisme au Bénin pour l'exercice 2022.

¹¹ Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF. (2019). Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2017-2018.

1.3 Raison d'être de l'étude MBS au Bénin

Les données nationales et des zones géographique existantes, notamment l'EDS 2013-2014 du Bénin, le MICS 2014 du Bénin et l'EDS 2017-2018, se concentrent largement sur la prévalence des indicateurs comportementaux pertinents et fournissent des informations limitées sur les déterminants comportementaux. La recherche démontre de plus en plus le rôle efficace des programmes de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) dans l'augmentation de la prévalence des comportements de santé positifs liés à la prévention et au traitement du paludisme. Les messages des programmes de CCSC doivent cibler les variables idéationnelles spécifiques qui influencent les décisions relatives aux comportements liés au paludisme, comme la recherche rapide de soins et l'utilisation de MIILD.

Le MBS du Bénin est conçu pour fournir des données représentatives au niveau national stratifié au niveau des zones géographiques (c'est-à-dire des groupes de départements) en mettant l'accent sur les facteurs idéationnels qui ne sont pas inclus dans les grandes enquêtes nationales. Ces données peuvent être utilisées pour (i) estimer la prévalence des comportements et de leurs facteurs idéationnels, (ii) estimer les effets indépendants et combinés des caractéristiques idéationnelles sur les comportements, et (iii) identifier des profils idéationnels basés sur des modèles sous-jacents à travers les groupes pour examiner comment l'appartenance à des segments idéationnels est corrélée aux comportements correspondants. Ces analyses aideront les programmes de lutte contre le paludisme et les décideurs à créer et à hiérarchiser les segments d'audience et les messages de CCSC.

Le PNLP et ses partenaires se sont engagés à utiliser les activités liées au CSC dans leurs interventions de santé publique. La MBS fournira également un retour d'information sur l'efficacité et le rappel de ces campagnes, y compris la reconnaissance des slogans et les sources d'information. La compréhension de ces comportements et de ces perceptions est essentielle pour fournir des interventions ciblées et informer les futures stratégies nationales, ainsi que pour renforcer l'engagement politique, du secteur privé et de la communauté et un mouvement de base dans lequel les gens sont habilités à s'approprier les efforts de prévention et de contrôle du paludisme.

1.4 Buts et objectifs du MBS du Bénin

Le projet MBS du Bénin a été mis en œuvre avec deux objectifs principaux : 1) mieux comprendre les caractéristiques sociodémographiques et idéationnelles associées aux résultats comportementaux liés au paludisme au Bénin ; et 2) déterminer l'orientation appropriée des activités programmatiques conçues pour améliorer les résultats idéationnels et comportementaux liés au paludisme.

Les objectifs spécifiques de l'enquête sont les suivants :

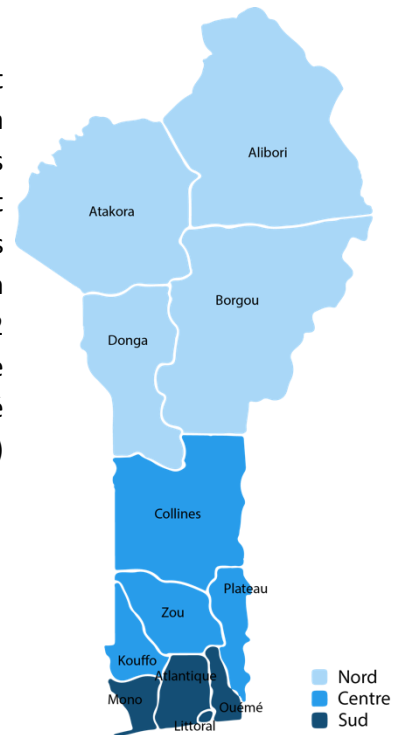
- Déterminer les facteurs idéationnels qui sont liés à l'utilisation, l'entretien et la réparation des moustiquaires ;
- Identifier les facteurs idéationnels liés à l'adoption du TPIg ;
- Identifier les facteurs idéationnels associés à un traitement rapide et approprié du paludisme chez l'enfant ;
- Comprendre les raisons pour lesquelles on n'adopte pas les comportements appropriés en matière de prévention et de traitement du paludisme,
- Déterminer sur quoi devraient porter les futurs programmes destinés à promouvoir des comportements appropriés en matière de prévention et de traitement du paludisme au Bénin.

2. Méthodologie

2.1. Conception de l'enquête

Cette étude a utilisé un plan transversal avec un échantillon de femmes et d'hommes sélectionnés au hasard et interrogés à un moment donné à l'aide de questionnaires structurés. Les répondants ont été sélectionnés par le biais d'un processus aléatoire à plusieurs étapes permettant d'obtenir des échantillons représentatifs au niveau national et des zones géographiques (groupe de départements). La principale sous-division géopolitique du Bénin est le département. Le pays est divisé en 12 départements, qui sont eux-mêmes divisés en 77 communes. Afin de déterminer la taille de l'échantillon pour cette étude, nous avons regroupé les 12 départements en trois zones géographiques (Nord, Centre, Sud) comme le montre la figure 1.

- **Nord** : Alibori, Atakora, Borgou, Donga
- **Centre**: Collines, Plateau, Zou, Couffo
- **Sud**: Atlantique, Mono, Ouémé, Littoral



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 des moustiquaires, le pourcentage d'enfants ayant eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines et le pourcentage de femmes en âge de procréer ayant une attitude positive vis-à-vis des moustiquaires (supposé être de 0,50 pour une variabilité maximale). Les estimations basées sur l'indicateur qui a produit la plus grande taille d'échantillon avec un effet de plan de 2,5 au niveau des zones géographiques et utilisant les données de l'EDS 2017/2018 sont résumées dans le tableau 2.2.1 ci-dessous. La formule suivante a été appliquée pour estimer la taille d'échantillon requise :

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

Où :

- 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 de plan dû à l'écart par rapport à l'échantillonnage aléatoire simple (nous avons supposé qu'il était de 2,5).
- p est l'indicateur de résultat estimé.
- δ est la marge d'erreur souhaitée. Nous avons dérivé les différentes tailles d'échantillon avec $\delta = 5\%$;
- R_h est le taux de réponse des ménages. Nous supposons 90% pour ce paramètre.
- R_i est le taux de réponse des femmes dans les ménages sélectionnés. Nous supposons 95% pour ce paramètre.
- CF est le facteur de correction supplémentaire pour tenir compte de la possession par le ménage d'au moins une moustiquaire. Il a été supposé être de 91,5 % sur la base des données de l'EDS 2017-2018 du Bénin.

La taille d'échantillon estimée tient compte du taux de non-réponse potentielle au niveau des ménages et des individus pour mesurer les résultats pertinents liés au paludisme, notamment l'utilisation de moustiquaires par les membres du ménage (femmes enceintes et enfants moins de cinq ans), l'incidence de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans et la prévalence d'attitudes positives envers l'utilisation systématique de moustiquaires.

Tableau 2.2.1 : Nombre de ménages requis, de femmes et d'hommes participants par zone d'étude, 2021 Bénin MBS				
Participants	Nord	Centre	Sud	Total Pays
Zones de dénombrement (Grappes)	49	63	68	180
Ménages	985	1,260	1,360	3,600
Femmes	1,359	1,358	1,358	4,075
Hommes	328	419	453	1,200

2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion des participants

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

- âgés de 15 à 49 ans pour les femmes et les hommes de 18 à 59 ans .

- Les hommes doivent être le mari ou le partenaire d'une femme enquêtée.
- Résident habituel du ménage sélectionné ; et
- Capacité à communiquer en français, ou en langues locales.

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

- Non âgés entre 15 et 49 ans pour les femmes et non âgés entre 18 et 59 ans pour les hommes (maris/partenaires)
- Ne pas être un résident régulier du ménage sélectionné
- Incapable de comprendre les questions ou d'y répondre de manière intelligible
- Incapacité à communiquer en français et en langues locales

2.2. Processus de sélection des participants

Sélection des zones de dénombrement

Les participants à l'étude ont été sélectionnés selon un processus aléatoire par grappe à deux niveaux. Pour le premier niveau, un total de 180 zones de dénombrement a été sélectionné de manière stratifiée avec probabilité proportionnelle à la taille. L'équipe de l'étude a obtenu la liste complète de l'ensemble des zones de dénombrement au niveau national dont une répartition a été faite sur la base du découpage en zones géographiques décrite plus haut (49 au Nord, 63 au Centre et 68 au Sud). Cette liste a servi de cadre d'échantillonnage pour sélectionner un échantillon de grappes. Pour chaque zone géographique, les ZD ont été sélectionnées avec une probabilité proportionnelle à la taille de la population et stratifiées par milieu urbain/rural. Dans chaque ZD sélectionnée, vingt ménages ont été sélectionnés de façon aléatoire.

En arrivant dans une ZD sélectionnée et après avoir obtenu les autorisations nécessaires des dirigeants de la communauté, l'équipe de l'étude fait le tour de la ZD pour élaborer un croquis de la carte, en précisant les routes et les structures d'habitation. Ensuite elle effectue un recensement des ménages dans la ZD en utilisant un formulaire de recensement des ménages. Ce formulaire comprend le numéro de la grappe, le numéro du bâtiment/complex, le surnom du chef de ménage, l'adresse du ménage ou la description du lieu, le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans et le nombre d'hommes âgés de 18 à 59 ans dans le ménage. Pour obtenir les informations nécessaires pour remplir le formulaire de recensement, l'équipe de l'étude se renseigne auprès d'un adulte disponible dans chaque bâtiment ou enceinte, après une brève présentation de l'étude en utilisant un script d'introduction préparé à cet effet et demande s'il est prêt à fournir les informations nécessaires.

Sélection des ménages

Une fois la liste des ménages obtenue, l'équipe de l'étude a sélectionné 21 ménages à partir de la liste en utilisant un générateur de nombres aléatoires : Random UX (une application disponible sur play store et téléchargée sur les SMART phones des superviseurs). Pour les besoins de cette enquête, un ménage a été défini comme un groupe de personnes vivant dans le même logement, partageant les repas, et reconnaissant un individu comme chef de ménage. Les ménages éligibles étaient ceux comptant au moins une femme en âge de procréer. Une liste de remplacement de six ménages était incluse au cas où certains ménages refusaient de participer à l'enquête ou restaient indisponibles malgré plusieurs tentatives pour

les joindre. La liste des ménages a été détruite une fois la collecte des données terminée dans chaque grappe.

Sélection des personnes

Dans chaque ménage sélectionné, les enquêteurs ont déterminé l'éligibilité du chef de ménage, obtenu un consentement éclairé écrit, puis administré le questionnaire du ménage. Une fois le questionnaire ménage rempli, l'enquêteur a utilisé la liste des membres du ménage pour sélectionner toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans à interroger à l'aide du questionnaire individuel femme. L'enquêteur a approché chaque femme éligible et a utilisé un outil de sélection pour déterminer son éligibilité. L'outil de sélection comprend des questions sur l'âge, le fait que la femme soit ou non un membre habituel du ménage sélectionné, et les langues parlées. Lorsque la femme a répondu aux critères d'éligibilité, l'enquêteur a recueilli son consentement et lui a administré le questionnaire individuel femme. Pour les femmes célibataires de moins de 18 ans, le consentement parental a été d'abord obtenu. Dans un ménage sur trois ayant accepté de participer à l'enquête, l'enquêteur a également recruté, obtenu le consentement éclairé écrit et interrogé le conjoint ou le partenaire de l'une des femmes éligibles. Dans les cas où il y a eu plusieurs femmes éligibles dans un ménage, pour sélectionner le répondant masculin, l'enquêteur a choisi au hasard une femme mariée ou en union. Il convient de noter que les chefs de ménage ont été soit des femmes en âge de procréer, soit leurs partenaires masculins, selon la composition du ménage. Ainsi, un individu a pu être interrogé plus d'une fois, avec deux questionnaires différents.

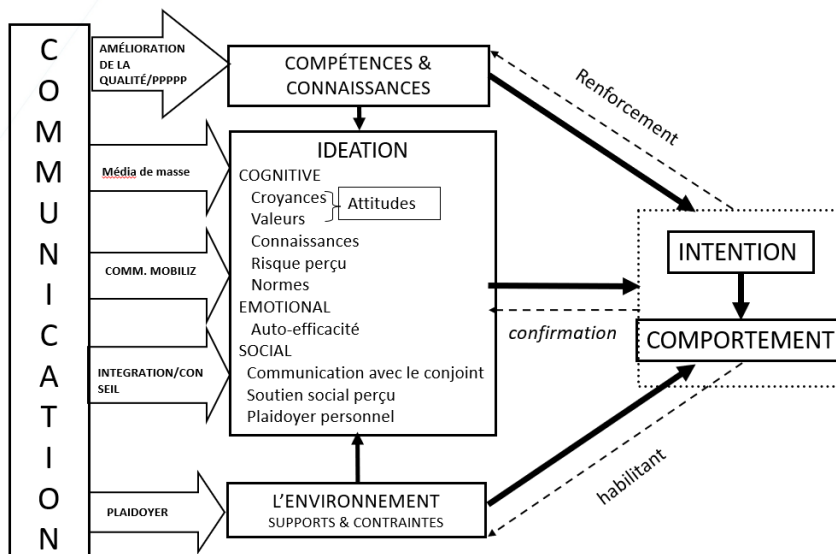
Au total, notre échantillon complet comprend 3 534 ménages, 4 535 femmes et 1 536 hommes.

2.3. Collecte et analyse des données

2.3.1. Outils de collecte de données

Cette étude s'est basée sur des enquêtes similaires menées par le CCP, qui ont étudié la prévalence et les déterminants idéationnels des comportements liés au paludisme, notamment l'utilisation et l'entretien des MIILD, la recherche rapide de soins en cas de fièvre chez l'enfant, le recours aux soins prénataux et la réception du TPIg pendant la grossesse, l'acceptation de la PID et de la CPS dans les zones concernées. Trois outils ont été utilisés pour collecter les informations auprès des répondants : des questionnaires pour les ménages, les femmes et les hommes. Ces outils ont été adaptés à partir d'outils similaires utilisés précédemment en Côte d'Ivoire, au Cameroun, en Sierra Leone et en République Démocratique du Congo. Les questionnaires destinés aux hommes et aux femmes comprennent des questions visant à évaluer les concepts pertinents du modèle d'idéation (**Figure 2**).

Figure 2: FONDEMENT THÉORIQUE: UN MODÈLE DE COMMUNICATION ET DE COMPORTEMENT DE SANTÉ



Le modèle idéationnel postule que les stratégies de CCSC peuvent changer l'intention d'agir et par la suite les comportements réels dans la mesure où elles changent l'idéation des gens (ou les vues et les idées que les gens ont sur le comportement).¹² Le modèle reconnaît trois dimensions de l'idéation qui sont pertinentes pour le changement de comportement : cognitive, émotionnelle et 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 de santé.¹³

Le questionnaire destiné aux ménages a été conçu pour recueillir des informations sociodémographiques de base sur chaque ménage, déterminer le statut de richesse relatif au ménage, estimer la distance du ménage par rapport aux diverses 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 possédée par le ménage. Les questionnaires destinés aux femmes et aux hommes sont similaires mais présentaient quelques différences significatives. Les deux questionnaires ont recueilli des informations sociodémographiques de base sur la personne interrogée et comprenaient des questions sur l'utilisation, la réutilisation et l'élimination des MIILD. Les deux questionnaires comprenaient également des questions visant à mesurer les facteurs idéationnels liés aux comportements recommandés en matière de prévention et de traitement du paludisme ainsi que l'exposition aux messages relatifs au paludisme. Les constructions idéationnelles ont été évaluées à l'aide d'une batterie d'items formant des échelles précédemment validées à l'aide de données provenant d'études pré-MBS menées au Nigeria et au Liberia. Seules les femmes ont été interrogées sur les épisodes récents de recherche de soins pour un enfant fiévreux et sur la réception du TPIg au cours de leur dernière grossesse. En incluant des questions sur les

¹² Kincaid, D. L. (2000). Mass media, ideation, and behavior: a longitudinal analysis of contraceptive change in the Philippines. *Communication Research*, 27(6), 723-763.

¹³ Fishbein, M., Triandis, H.C., Kanfer, F. H., Becker, M., Middlestadt, S. E., & Eichler, A. (2001). Facteurs influençant le comportement et le changement de comportement. *Handbook of health psychology*, 3, 17.

comportements liés au paludisme et leurs déterminants sociodémographiques et idéationnels, l'équipe de recherche peut examiner les corrélations entre l'exposition et les facteurs idéationnels, ainsi qu'entre les facteurs idéationnels et les comportements clés.

2.3.2. Procédures de collecte des données et traitement

BreakthroughACTION a engagé une société de recherche locale, LEADD, pour mettre en œuvre la collecte des données sur les sites de l'étude. LEADD a créé des versions numériques des questionnaires à l'aide de Survey Solutions et les a chargés sur des tablettes Android. Le personnel de LEADD et de BreakthroughACTION ont co-animé une formation de cinq jours pour les formateurs, suivie de trois formations simultanées de six jours pour plus de 100 agents de collecte de données et chefs d'équipe. Chaque formation comprenait une journée de pré-test des outils de collecte de données et des procédures d'établissement de listes de ménages dans des ZD non retenues pour l'enquête proprement dite. Parmi le groupe d'agents de collecte de données formés, un certain nombre d'entre eux a été sélectionné sur la base d'une combinaison des critères suivants : expérience antérieure dans des enquêtes similaires ; familiarité avec les langues pertinentes (le français et la langue prédominante dans la zone d'étude) ; maîtrise des questionnaires numériques évalués lors des jeux de rôle dans les formations ; performance lors de la pratique sur le terrain pour prétester l'outil ; et résultats aux tests d'évaluation quotidiens. Seize équipes d'enquêteurs ont travaillé à la collecte des données entre le 22 novembre et le 27 décembre 2021. En outre, des équipes d'agents de contrôle de la qualité des données ont visité environ 10 % des ménages interrogés 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 BreakthroughACTION et du PNLP a rendu visite aux équipes sur le terrain pour suivre leurs progressions et leur apporter le soutien nécessaire. À la fin de la collecte des données, LEADD a soumis trois ensembles de données nettoyées, un pour les ménages, un pour les femmes et un pour les hommes au PCC, qui les a ensuite analysés à l'aide de Stata 16.0.

2.3.3. Procédures d'analyse des données

Les mesures des variables idéationnelles (par exemple, les attitudes positives, l'auto-efficacité perçue pour agir, l'efficacité perçue du traitement du paludisme) ont été dérivées à partir des questions pertinentes des questionnaires des femmes et des hommes. Comme pour la procédure analytique décrite dans le Guide de référence des indicateurs de la CCSC du paludisme¹⁴, 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 idéationnelles ont été mesurées en demandant aux répondants d'indiquer leur accord ou leur désaccord avec des affirmations de Likert telles que : "Un test sanguin pour le paludisme est le seul moyen de savoir si une personne a vraiment le paludisme ou non." On a demandé aux répondants s'ils étaient d'accord ou non avec chaque

¹⁴ Partenariat RBM pour mettre fin au paludisme. 2017. Guide de référence des indicateurs de communication sociale et de changement de comportement pour le paludisme : Deuxième édition. Venier, Suisse : RBM

affirmation. Pour ces variables, chaque personne interrogée a reçu un score pour cette question en fonction de sa réponse et de la formulation de la question. Par exemple, si l'accord avec l'affirmation correspond à une réponse favorable, les répondants ont reçu un score de -1 pour désaccord, 0 pour ne sait pas/incertain et 1 pour accord. Si le désaccord avec l'énoncé correspond à une réponse favorable, la notation de cet énoncé particulier a été inversée. Un score d'indice a été calculé pour refléter la façon dont chaque individu a répondu à la série de questions pour le même construit idéationnel. Le score d'indice est la somme des scores individuels de toutes les questions pour un facteur idéationnel donné. Une variable binaire a ensuite été créée en divisant le score d'indice à 0 pour distinguer les personnes avec et sans la caractéristique idéationnelle favorable.

Les résultats clés ont été définis comme suit :

- **Utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide** : si la moustiquaire était utilisée par un membre du ménage (à partir de la liste du ménage)
- **Accès aux MIILD** : diviser les utilisateurs potentiels de MII à partir du nombre de moustiquaires dans le ménage par le nombre de membres de fait pour chaque ménage et déterminer la moyenne générale de l'échantillon de cette fraction.
- **Recherche rapide de soins** : proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête et pour lesquels un traitement a été demandé le jour même de l'apparition de la fièvre ou le lendemain.
- **Recherche de soins appropriés** : proportion d'enfants index de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines et qui ont été emmenés en premier lieu dans un établissement ou chez un agent de santé communautaire.
- **Fréquentation de la quatrième consultation prénatale** : la proportion de femmes ayant eu au moins un enfant au cours des deux dernières années et ayant fréquenté au moins quatre consultations prénatales au cours de leur dernière grossesse.
- **Réception du TPIg3** : la proportion de femmes ayant eu au moins un enfant au cours des 2 dernières années et ayant reçu trois doses ou plus de TPIg au cours de la dernière grossesse.

Outre la présentation de la prévalence des comportements recommandés face au paludisme et de 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 idéationnelles. Les modèles de régression multivariée 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.

Les résultats présentés dans les tableaux montrent la relation entre le résultat comportemental et les variables prédictives, exprimée sous forme de rapports de côtes ajustés (RCA) avec l'erreur-type associée. Les associations statistiquement significatives sont indiquées par un RCA en gras suivi d'astérisque (*, **, ou ***) correspondant aux seuils de signification respectifs de 5%, 1%, et 0,1%.

2.3.4. Éthique de la recherche

Avant la mise en œuvre, l'équipe de recherche a obtenu l'approbation éthique de *Johns Hopkins School of Public Health Institutional Review Board* (IRB# 17513) ainsi que les approbations locales du Comité national d'éthique et de recherche en santé du Bénin (Protocol# 6860) et un visa du Conseil National de la Statistique (CNS). Les agents de collecte de données et les superviseurs ont suivi une formation sur les protocoles d'étude approuvés et sur les directives éthiques à suivre lors de la collecte de données sur des sujets de recherche humains. Tous les participants à l'étude ont fourni un consentement éclairé signé avant de participer aux entretiens. Pour obtenir le consentement éclairé des participants, les agents de collecte 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 expliqué 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 qu'ils ne souhaitent pas aborder. Les agents de collecte 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 ont eu la possibilité, mais non l'obligation, de participer à la collecte de données si leur parent ou leur tuteur légal a donné au préalable son accord.

3. Résultats

Les résultats de la MBS sont présentés dans les sections suivantes : description de l'échantillon, facteurs idéationnels transversaux, gestion des cas de paludisme pour la fièvre chez les enfants de moins de cinq ans, paludisme pendant la grossesse, chimioprévention du paludisme saisonnier, MIILDA, pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent et consommation de médias et messages.

3.1 Description de l'échantillon

Cette section présente les caractéristiques des ménages dans lesquels les participants ont été interrogés. Elle comprend une description de base de la population du ménage, les caractéristiques physiques de l'unité d'habitation du ménage et la possession par le ménage de divers actifs. 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 sur 3 534 ménages et auprès de 4 535 femmes et 1 536 hommes.

3.1.1 Caractéristiques des ménages

Les caractéristiques des logements diffèrent selon les zones géographiques (tableau 3.1.1), mais en moyenne, les ménages béninois comptent environ cinq résidents, une chambre à coucher et environ quatre personnes par chambre. La proportion de ménages disposant de l'électricité est plus élevée dans la zone sud (60,1 %), suivie de la zone centrale (39,1 %) et du nord (35,3 %). Les habitations des ménages des zones du centre (76,1%) et du nord (75,4%) n'ont pas de plafond dans des proportions plus élevées que dans la zone sud (61,9%). La proportion de ménages dont les planchers des habitations sont finis (p. ex., ciment, carreaux de céramique, bois poli, vinyle, tapis) est la plus élevée dans le Sud (68,0 %), suivi du Nord (57,9 %) et de la zone centrale (54,2 %). Les habitations des ménages du Sud (69,5 %) ont également des murs finis en ciment, en pierre, en pisé couvert, en briques ou en blocs de ciment dans des proportions plus élevées que dans la zone centrale (54,8 %) ou le Nord (53,1 %). Moins d'habitations ont été construites avec des toitures finies (39,7% dans le Nord ; 30,8% dans le Sud ; 27,6% dans la zone centrale). Les toitures finies, à l'opposé des toitures naturelles ou rudimentaires, sont faites en zinc, métal, bois, calamine/fibrociment, carreaux en céramique, béton, ciment, feuilles ou bardeaux d'amiante.

Tableau 3.1.1 : Pourcentage de ménages présentant certaines caractéristiques par zone

Tableau 3.1.1 : Pourcentage de ménages présentant certaines caractéristiques par zone, 2021 BENIN MBS				
Caractéristique du ménage	Nord	Centre	Sud	Toutes les zones
Taille moyenne des ménages	5.6	4.3	4.7	4.9
Nombre moyen de chambres à coucher	1.5	1.2	1.2	1.3
Nombre moyen de personnes par chambre à coucher	4.0	3.8	4.2	4.0
Pourcentage de ménages disposant de l'électricité	35.3	39.1	60.1	46.1
Pourcentage d'unités de logement sans plafond	75.4	76.1	61.9	70.2
Pourcentage de ménages proches de ¹ un établissement de santé public	85.2	84.1	92.6	87.8
Pourcentage de ménages proches de ¹ un établissement de santé privé	38.6	54.0	68.1	54.1
Pourcentage de ménages proches de ¹ une pharmacie/un pharmacien	66.7	69.8	83.3	74.1
Pourcentage de ménages ayant un sol fini	57.9	54.2	68.0	61.0
Pourcentage de ménages dont les murs sont finis	53.1	54.8	69.5	60.0
Pourcentage de ménages ayant des toits finis	39.7	27.6	30.8	33.1
Nombre d'observations	960	1,238	1,336	3,534
Notes : ¹ Situé à 5 kilomètres ou moins, à moins de 30 minutes à pied, ou à moins de 10 minutes en voiture.				

L'accès aux établissements de santé était défini comme étant situé à moins de cinq kilomètres, à moins de 30 minutes à pied ou à moins de 10 minutes en voiture. La majorité (87,8% au total) des ménages étaient situés à proximité d'un établissement de santé publique, allant de 92,6% dans le sud à 84,1% dans la zone centrale. La plupart (74,1%) des ménages avaient un accès relativement facile à une pharmacie, allant de 83,3% dans le Sud à 66,7% dans le Nord. Proportionnellement moins de ménages (54,1% au total) sont situés près d'un établissement de santé privé, allant de 68,1% dans le Sud à seulement 38,6% dans le Nord.

3.1. Biens des ménages sélectionnés

Les données sur la propriété de certains biens sont présentées dans le [tableau 3.1.2](#). Environ la moitié (49,2 %) de tous les ménages interrogés possédaient une radio, et environ un quart (26,1 %) une

télévision. Les ménages du Sud ont déclaré dans des proportions plus élevées posséder soit une radio (56,4 %) soit une télévision (37,4 %), alors que seulement 39,9 % et 17,7 % des ménages de la zone centrale possédaient respectivement une radio ou une télévision. Là encore, les ménages du Sud (50,5 %) ont déclaré posséder un smartphone dans la plus grande proportion, par rapport aux ménages du Nord (22,9 %) et de la zone centrale (17,2 %). Environ quatre ménages sur cinq (81,0 %) dans toutes les zones ont déclaré posséder un téléphone simple (82,1 % dans le Sud ; 81,8 % dans le Nord ; 78,3 % au centre). Beaucoup moins de ménages (4,5%) dans le Sud possédaient une bicyclette, contre 22,5% dans le Nord et 10,5% dans la zone centrale. Seulement 3,3 % des ménages du Sud ont déclaré posséder une pirogue/barque, comparativement à 2,0 % dans le Nord et à aucun ménage (0,0 %) dans la zone centrale. La propriété foncière est la plus faible dans le Sud (21,7 %), contre 61,3 % dans la zone centrale et 69,9 % dans le Nord. Une tendance similaire a été observée pour la possession de bétail, avec la plus faible proportion de ménages dans le Sud (17,9 %) et une augmentation dans la zone centrale (27,4 %) pour atteindre la plus forte proportion dans le Nord (36,7 %). Dans l'ensemble, les ménages sont répartis uniformément entre les cinq quintiles de richesse (environ 20 % par quintile dans l'ensemble). Cependant, si l'on regarde par zone, il apparaît que des proportions légèrement plus élevées de ménages dans les zones Nord et Centre se trouvent dans les deux quintiles de richesse les plus bas (21,5 % et 22,6 % dans le Nord ; 25,2 % et 24,1 % dans le Centre), alors que seulement 12,4 % et 13,7 %, respectivement, se trouvent dans les deux quintiles de richesse les plus bas dans le Sud. En revanche, 34,6 % des ménages du Sud se trouvent dans le quintile de richesse le plus élevé, alors que seulement 9,2 % et 11,6 % des ménages de la zone centrale et du Nord, respectivement, se trouvent dans le quintile de richesse le plus élevé.

Tableau 3.1.2 : Actifs sélectionnés par les ménages, par zone

Tableau 3.1.2 : Actifs sélectionnés par les ménages par zone, 2021 BENIN MBS				
Indicateurs	Nord	Centre	Sud	Toutes les zones
Pourcentage de ménages disposant d'une radio	47.7	39.9	56.4	49.2
Pourcentage de ménages disposant d'une télévision	19.5	17.7	37.4	26.1
Pourcentage de ménages disposant de téléphones intelligents	22.9	17.2	50.5	32.4
Pourcentage de ménages disposant d'un mobile simple téléphone	81.8	78.3	82.1	81.0
Bicyclette	22.5	10.5	4.5	12.3
Pirogue/barque	2.0	0.0	3.3	2.0
Terrain	69.9	61.3	21.7	48.7
Bétail	36.7	27.4	17.9	26.9

Quintiles de richesse				
Le plus bas	21.5	25.2	12.4	18.8
Deuxièmement	22.6	24.1	13.7	19.4
Moyen	25.3	21.1	19.9	22.1
Quatrièmement	19.0	20.5	19.4	19.5
Le plus haut	11.6	9.2	34.6	20.1
Nombre d'observations	960	1,238	1,336	3,534

3.1.3 Caractéristiques sociodémographiques de la population des ménages et des répondants à l'enquête

La répartition par âge et par sexe de la population étudiée (c'est-à-dire de tous les membres d'un ménage enquêté), présentée dans la figure ci-dessous, montre une pyramide des âges triangulaire qui reflète la croissance démographique du Bénin et une forte dépendance de la population jeune vis-à-vis des personnes en âge de travailler. Dans les zones d'étude du Bénin ([tableau 3.1.3](#)), les femmes sont légèrement plus nombreuses parmi les membres des ménages (52,3 %). Une plus grande proportion des membres des ménages dans le Sud (66,6 %) se trouve dans une zone urbaine, alors que seulement 30,6 % d'entre eux dans le Nord, et 30,2 % dans la zone centrale se trouvent dans une zone urbaine.

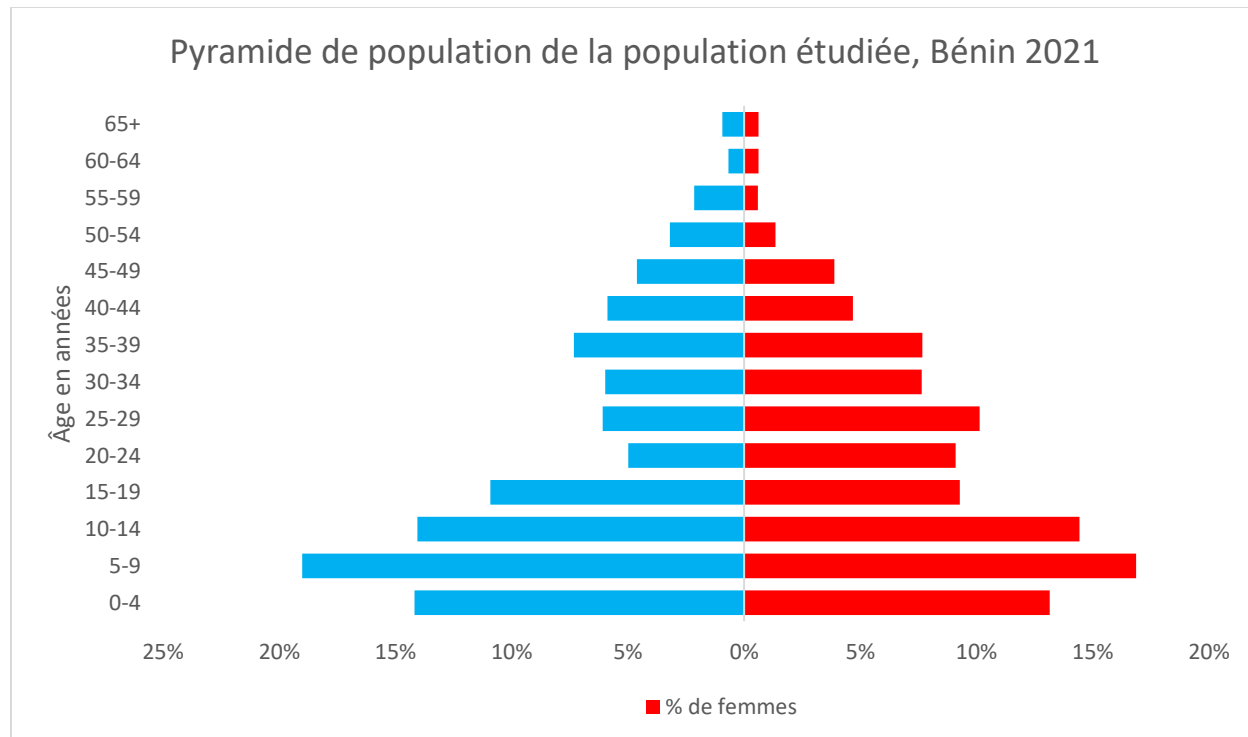


Tableau 3.1.3 : Caractéristiques des membres du ménage enquêté

Tableau 3.1.3 : Caractéristiques des membres du ménage enquêté, 2021 BENIN MBS				
Caractéristiques sociodémographiques	Nord	Centre	Sud	Toutes les zones
Pourcentage de femmes	50.8	53.2	53.2	52.3
Pourcentage de personnes résidant dans des zones urbaines	30.6	30.2	66.6	44.1
Répartition par âge				
% 0 à 4 ans	13.0	13.2	14.6	13.6
% 5 à 17 ans	38.4	37.9	37.5	38.0
% 18 ans et plus	48.6	48.9	47.9	48.4
Âge moyen (en années)	19.8	21.0	20.9	20.5
Nombre d'observations	5,293	5,447	6,522	17,262

Parmi les répondants à l'enquête ([tableau 3.1.4](#)), 77,0 % sont des femmes et ont 25 ans ou plus (65,3 %), et 23,0 % sont des hommes et avaient 25 ans ou plus (95,7 %). Une plus grande proportion (68,1 %) des femmes interrogées dans le Sud vivaient en milieu urbain, contre seulement 32,7 % dans la zone centrale et 31,5 % dans le Nord. Les répondants masculins ont suivi la même tendance dans des proportions similaires. Le christianisme était plus répandu dans les zones Sud et Centre chez les hommes et les femmes interrogés (Femmes : 74,9% (Sud) ; 67,2% (Centre). Hommes : 69,1% (Sud) ; 54,4% (Centre)) alors que l'Islam est plus répandu chez les hommes et les femmes du Nord (Femmes : 73,9% ; Hommes : 77,0%). Dans l'ensemble, la plupart des femmes (54,5 %) et des hommes (57,6 %) interrogés ont suivi un enseignement secondaire ou supérieur, suivis par les personnes sans instruction (femmes : 28,7 % ; hommes : 23,9 %). Si l'on regarde par zone, on constate des différences apparentes. Les hommes et les femmes du Sud (62,1% et 58,6%, respectivement) ont atteint un niveau d'instruction supérieur à celui des hommes et des femmes des zones Nord et Centre. Entre 73,5% des femmes du Sud et 77,4% des femmes du Nord ayant participé aux enquêtes sont mariées ou cohabitaient avec un partenaire comme si elles étaient mariées, et entre 94,5% des hommes du Nord et 98,5% des hommes des zones Sud et Centre sont mariés ou cohabitent au moment de l'enquête.

Tableau 3.1.4 : Caractéristiques sociodémographiques des hommes et des femmes interrogés

Tableau 3.1.4 : Caractéristiques sociodémographiques des hommes et des femmes interrogés, 2021BENIN MBS								
Caractéristiques sociodémographiques	Femmes				Mâles			
	Nord	Centre	Sud	Ensemble	Nord	Centre	Sud	Ensemble
Groupe d'âge								
% 15 à 24 ans	42.3	30.2	28.7	34.6	4.5	5.2	3.3	4.2
% 25 à 34 ans	33.6	33.5	35.2	34.1	26.4	29.1	26.4	27.0
% 35 à 44 ans	18.5	28.4	26.7	23.7	40.7	31.1	38.9	37.8
% 45 ans et plus	5.7	7.9	9.4	7.5	28.4	34.6	31.4	30.9
Âge moyen (en années)	27.4	29.9	30.5	29.1	38.6	38.7	39.3	38.9
Résidence urbaine	32.7	31.5	68.1	45.2	33.4	31.2	66.1	44.8
Religion								
Aucun	1.6	5.9	5.7	4.0	1.2	13.6	7.4	6.3
Christian	21.3	67.2	74.9	51.0	18.7	54.4	69.1	45.4
Musulman	73.9	5.0	8.1	34.6	77.0	5.4	7.8	35.2
Traditionnel	3.2	20.4	8.6	9.1	3.1	25.7	13.5	12.1
Autre	0.0	1.5	2.7	1.3	0.0	0.9	2.2	1.0
Niveau d'instruction								
Aucun	27.8	36.4	26.4	28.7	22.7	34.2	20.4	23.9
Primaire	19.5	15.2	15.0	16.8	21.8	15.6	17.5	18.6
Secondaire ou plus	52.7	48.4	58.6	54.5	55.5	50.1	62.1	57.6
Marié / En union	73.2	77.4	73.5	74.3	94.5	98.5	98.0	96.7
Nombre d'observations	1,417	1,474	1,644	4,535	467	502	567	1,536

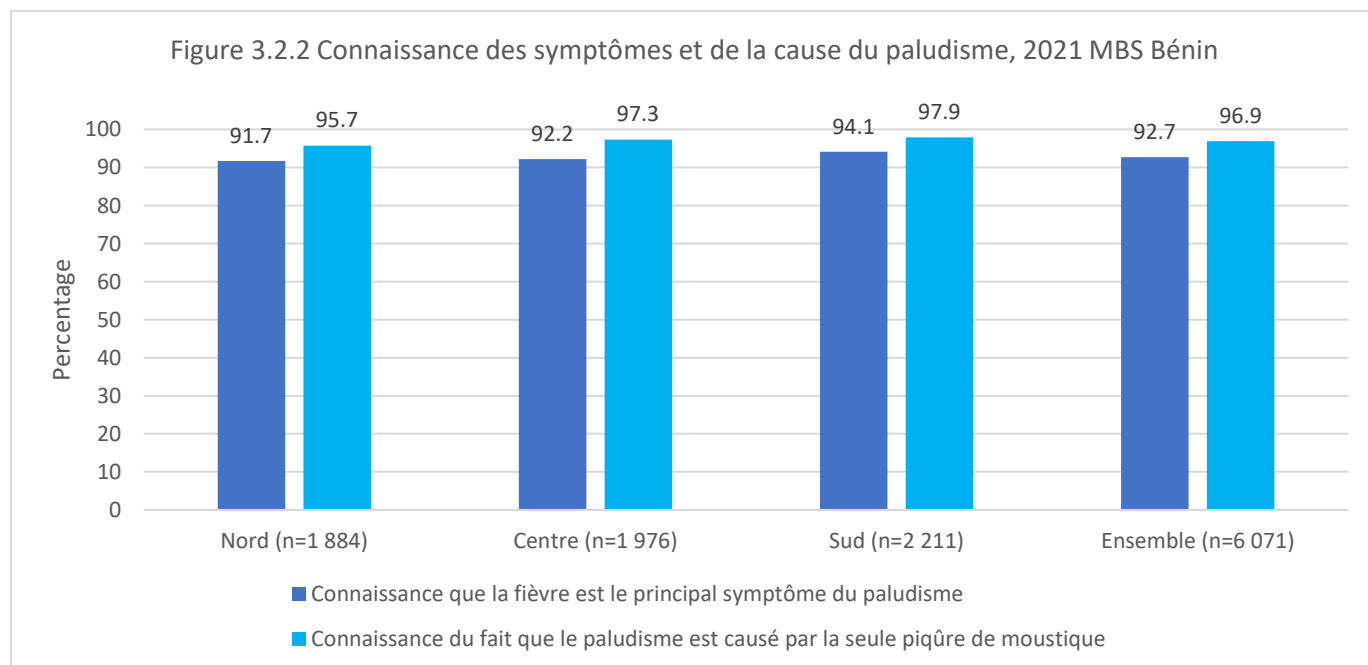
3.2 Déterminants idéationnels transversaux

Cette section décrit les données sur les variables idéationnelles transversales, y compris les connaissances des répondants sur le paludisme, leur niveau de perception de la menace (c'est-à-dire la gravité et la susceptibilité) liée au paludisme, la communication interpersonnelle concernant le paludisme et les perceptions générales envers les agents de santé (de la communauté et des établissements) concernant le paludisme. Ces variables sont incluses dans des modèles de régression dans plusieurs modules comportementaux qui suivent. 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](#).

Connaissance du paludisme

La connaissance du paludisme a été évaluée dans cette enquête par des questions sur les symptômes et les causes du paludisme ([tableau 3.2.2](#)). La connaissance des symptômes et de la cause du paludisme est élevée dans les trois zones (Nord : 89,0 % ; Centre : 89,7 % ; Sud : 91,0 % ; [tableau 3.2.1a](#)), qu'elles soient rurales ou urbaines (89,2 % et 90,7 %, respectivement). De même, tous les groupes d'âge, des 15-24 ans (88,1 %) aux individus de plus de 45 ans (92,1 %) qui ont été interrogés, ont une connaissance élevée des symptômes et des causes du paludisme. Une proportion plus faible de personnes n'ayant qu'un niveau d'instruction primaire (83,5 %) ont une connaissance correcte des symptômes et des causes du paludisme, par rapport aux personnes sans instruction (90,8 %) ou ayant un niveau secondaire ou supérieur (90,8 %).

Les connaissances ne varient pas beaucoup selon les quintiles de richesse, allant du plus bas (88,4 %) au plus haut (92,0 %).

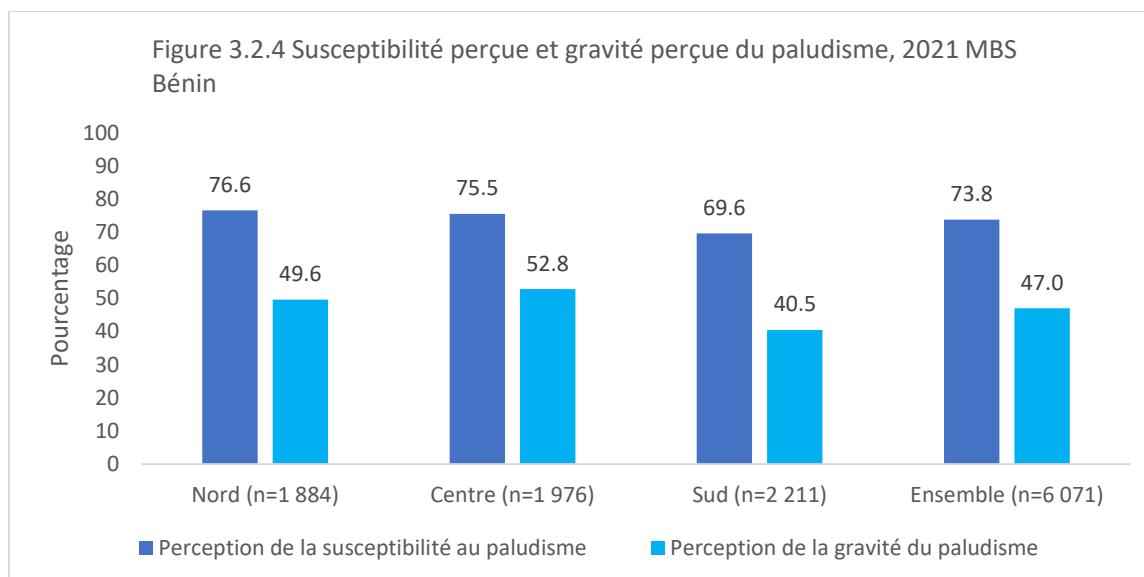


Susceptibilité perçue au paludisme

La susceptibilité perçue fait référence à la perception du risque de contracter le paludisme, évaluée en mesurant l'accord du répondant avec quatre énoncés connexes (tableau 3.2.3). La plupart des répondants des zones Nord (76,6 %), Centre (75,5 %) et Sud (69,6 %) se considèrent comme sensibles au paludisme, que ce soit en milieu rural (74,3 %) ou urbain (73,3 %) (tableau 3.2.1a). En moyenne, une plus faible proportion de jeunes âgés de 15 à 24 ans (67,6 %) ont exprimé leur sensibilité au paludisme, alors que la plus forte proportion d'individus ayant exprimé une sensibilité au paludisme se situe dans la tranche d'âge des 25-34 ans (77,0 %). En ce qui concerne le niveau d'instruction, la proportion la plus élevée de sensibilité perçue se trouve chez les personnes n'ayant aucune instruction formelle (77,6 %), par rapport aux personnes ayant une instruction secondaire ou supérieure (69,9 %), qui ont exprimé leur sensibilité au paludisme dans la plus faible proportion. Il ne semble pas y avoir de tendance entre la sensibilité perçue et le quintile de richesse, la proportion la plus faible étant celle du quintile moyen (70,4%) et la plus élevée celle du quatrième quintile le plus élevé (78,7%). Le quintile de richesse le plus bas a exprimé une susceptibilité perçue comparable à celle du deuxième quintile (74,6 % et 75,0 %, respectivement).

Gravité perçue

La gravité perçue fait référence à la perception qu'a une personne de la gravité d'une maladie. Ce déterminant idéationnel transversal a été évalué en mesurant l'accord ou le désaccord des répondants avec quatre affirmations relatives à la gravité perçue du paludisme (tableau 3.2.4). La gravité perçue du paludisme était faible, environ la moitié des répondants ou moins pensant que le paludisme est une maladie grave (Nord : 51,5 % ; Centre : 37,6 % ; Sud : 36,7 % ; tableau 3.2.1a). La proportion de personnes pensant que le paludisme est une maladie grave est plus faible en milieu urbain (40,2%) qu'en milieu rural (52,7%). Par groupe d'âge, les jeunes de 15 à 24 ans (43,0 %) représentaient la plus faible proportion de gravité perçue, et les personnes de 25 à 34 ans (50,0 %) représentent la plus forte proportion de personnes pensant que le paludisme est une maladie grave. Par niveau de richesse, le quintile de richesse le plus élevé a déclaré dans la plus faible proportion (35,2 %) que le paludisme est une maladie grave, alors que les deux quintiles de richesse les plus faibles (55,1 % et 52,9 %, respectivement) présentent les proportions les plus élevées de gravité perçue.



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 [10-12]. Les éléments spécifiques qui composent l'indicateur de communication interpersonnelle sont présentés dans le [tableau 3.2.5](#). Les discussions sur le paludisme ne sont pas très fréquentes parmi les participants ([tableau 3.2.1a](#)). Dans l'ensemble, la moitié ou moins des répondants ont déclaré avoir eu des discussions au cours des six mois précédant l'enquête, que ce soit dans le Nord (51,5 %), le Centre (37,6 %) ou le Sud (36,7 %). De même, seulement 43,2% des personnes en milieu rural et 42,5% en milieu urbain ont déclaré avoir discuté du paludisme au cours des six mois précédant l'enquête. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans ont déclaré dans la plus grande proportion (48,9%) avoir discuté du paludisme dans les six mois précédant l'enquête, et la proportion de personnes diminuant avec l'âge, les personnes âgées de 45 ans ou plus ayant déclaré dans la plus faible proportion (37,9%). Environ la moitié des personnes de chaque niveau d'instruction formelle (aucun : 46,7% ; primaire : 51,6% ; secondaire ou supérieur : 47,9%) ont déclaré avoir discuté du paludisme au cours des six mois précédents. Les personnes appartenant aux quintiles de richesse les plus bas (36,0 %) ou les plus élevés (51,2 %) sont plus nombreuses à avoir discuté du paludisme au cours des six mois précédents que celles appartenant au deuxième quintile de richesse le plus bas (41,4 %).

Perceptions sur les agents de santé

La perception positive du traitement général des patients par les agents de santé est dérivée de l'accord ou du désaccord avec l'affirmation selon laquelle les agents de santé de leur communauté traitent les patients avec respect ([tableau 3.2.6](#)). Dans les trois zones géographiques, de très faibles proportions de répondants ont une perception favorable des agents de santé (Nord : 20,5% ; Centre : 12,8% ; Sud : 14,1% ; [tableau 3.2.1a](#)). Les milieux ruraux et urbains sont similaires dans leur faible proportion de perceptions favorables envers les agents de santé (17,0% et 15,8%, respectivement). Parmi les répondants, les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont moins nombreux à avoir une perception favorable des agents de santé (14,6 %),

cette proportion allant jusqu'à 18,4 % chez les personnes âgées de 25 à 34 ans. Les personnes n'ayant atteint qu'un niveau d'instruction primaire (14,6%) représentaient la plus faible proportion de perceptions favorables des prestataires de santé, suivies par 18,8% des personnes ayant atteint un niveau d'instruction formelle secondaire ou supérieur, et 20,7% des personnes sans instruction formelle, qui ont des perceptions favorables des agents de santé. Si l'on considère le niveau de richesse, la fourchette se situe entre 14,3 % des personnes appartenant au deuxième quintile de richesse le plus bas et 18,1 % des personnes appartenant au quintile de richesse le plus élevé.

Normes de genre liées au paludisme

Quatre questions ont été utilisées pour évaluer les normes équitables en matière de genre ([tableau 3.2.7](#)). En général, les normes équitables de genre sont élevées ([tableau 3.2.1a](#)). Les répondants du Nord (74,4 %) ont adopté des normes équitables en matière de genre dans la plus faible proportion, suivis par 82,3 % des personnes de la zone centrale et 92,5 % des personnes du Sud. Les personnes vivant en milieu urbain (84,7%) sont plus nombreuses que celles vivant en milieu rural (81,1%) à adopter des normes d'équité entre les sexes. Les groupes d'âge les plus jeunes et les plus âgés (15-24 ans : 80,5% ; 45 ans et plus : 80,0%) présentent des proportions plus faibles de personnes ayant des normes favorables au genre, par rapport aux personnes du groupe des 25-34 ans (84,6%) ou des 35-44 ans (84,0%). Les personnes n'ayant reçu aucune instruction formelle (84,0 %) ou ayant reçu une instruction secondaire ou supérieure (84,4 %) sont plus nombreuses à adopter des normes favorables au genre que les personnes n'ayant reçu qu'une instruction primaire (76,7 %). Les proportions de personnes qui sont d'accord avec les énoncés favorables à l'égalité des sexes dans chaque quintile de richesse sont relativement similaires, la proportion la plus élevée se trouvant dans le quintile de richesse le plus bas (86,2 %) et la plus faible dans le quintile adjacent (78,0 %).

Tableau 3.2.1a : Résumé des déterminants idéationnels transversaux

Tableau 3.2.1a : Résumé des déterminants idéationnels transversaux - TOUS						
Caractéristiques sociodémographiques	Connaissance du paludisme	Susceptibilité perçue	Gravité perçue	Communication interpersonnelle sur le paludisme	Perceptions des agents de santé	Normes de genre
Zones						
Nord	89.0	76.6	49.6	51.5	20.5	74.4
Centre	89.7	75.5	52.8	37.6	12.8	82.3
Sud	91.0	69.6	40.5	36.7	14.1	92.5
Résidence						
Rural	89.2	74.3	52.7	43.2	17.0	81.1
Urbain	90.7	73.3	40.2	42.5	15.8	84.7
Groupe d'âge						
% 15 à 24 ans	88.1	67.6	43.0	48.9	14.6	80.5
% 25 à 34 ans	90.5	77.0	50.0	45.2	18.4	84.6
% 35 à 44 ans	89.7	76.7	48.2	39.3	15.6	84.0
% 45 ans et plus	92.1	72.8	45.5	37.9	17.2	80.0
Religion						
Aucun	90.8	72.0	44.4	29.6	7.8	81.6
Christian	91.9	72.1	45.8	42.2	17.4	86.4
Musulman	88.3	76.3	47.3	49.0	16.9	76.1
Traditionnel	84.0	74.3	54.6	35.2	15.1	87.4
Autre	93.3	77.7	36.9	17.9	10.6	89.2

Niveau d'instruction						
Aucun	90.8	77.6	50.6	46.7	20.7	84.0
Primaire	83.5	73.5	34.6	51.6	14.6	76.7
Secondaire ou plus	90.8	69.9	38.2	47.9	18.8	84.4
Marié / En union	89.8	77.6	48.6	42.9	17.6	82.9
Quintiles de richesse						
Le plus bas	88.4	74.6	52.9	36.0	16.2	86.2
Deuxièmement	89.7	75.0	55.1	41.4	14.3	78.0
Moyen	88.2	70.4	42.8	43.4	17.2	79.0
Quatrièmement	91.0	78.7	52.4	40.9	16.1	85.7
Le plus haut	92.0	71.6	35.2	51.2	18.1	85.7
Ensemble	89.9	73.8	47.0	42.9	16.5	82.7

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

Cette section décrit les facteurs idéationnels liés à la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans, la prévalence du comportement concerné et les associations entre les facteurs idéationnels et le comportement à l'aide de la régression logistique. Les facteurs idéationnels liés à la recherche et au traitement du paludisme explorés dans la MBS comprennent les connaissances, les attitudes favorables, la réponse-efficacité perçue, l'auto-efficacité perçue, les normes communautaires de soutien perçues, les normes sexospécifiques perçues, les perceptions favorables des agents de santé, la participation à la prise de décision et la communication interpersonnelle. Les comportements spécifiques de gestion de cas qui ont été explorés comprennent la recherche de n'importe quel soin et la recherche de soins appropriés (dans un établissement de santé ou auprès d'un agent de santé communautaire) et rapides (le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre). Les résultats évalués comprenaient le dépistage du paludisme, les cas confirmés de paludisme et la proportion de cas confirmés de paludisme ayant reçu une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA) comme traitement.

3.3.1 Facteurs idéationnels liés à la recherche de soins

Les facteurs idéationnels mesurés dans le module de prise en charge comprennent : la connaissance du temps où il faut chercher des soins pour la fièvre, les attitudes envers la recherche rapide de soins pour la fièvre, la réponse-efficacité perçue des tests de diagnostic, la réponse-efficacité perçue du traitement du paludisme, l'auto-efficacité perçue pour la recherche rapide de soins, la norme descriptive et injonctive envers la recherche rapide de soins, les perceptions des établissements et des agents de santé concernant le traitement du paludisme chez les enfants, et la prise de décision liée à la prise en charge des cas de paludisme. Les tableaux [3.3.1](#) et [3.3.1a](#) résument les questions utilisées pour constituer chaque indicateur idéationnel.

Connaissances

Dans l'ensemble, la connaissance de la recherche et du traitement du paludisme (c.-à-d. quand consulter, où consulter, les médicaments et les services pour le traitement, etc.) était faible, un tiers ou moins des répondants ayant répondu correctement (Nord : 34,9 % ; Centre : 17,8 % ; Sud : 27,0 % ; [tableau 3.3.1a](#)). Une plus grande proportion de répondants en milieu urbain (31,6 %) qu'en milieu rural (25,3 %) ont déclaré avoir une connaissance correcte de la recherche de soins et du traitement. Une plus grande proportion d'hommes (30,0 %) que de femmes (27,5 %) ont déclaré avoir une connaissance correcte de la recherche et du traitement des soins. Il n'y avait pas de différence substantielle entre les groupes d'âge, allant de 25,0 % des répondants âgés de 45 ans ou plus, à 31,3 % des répondants âgés de 15 à 24 ans. Plus le niveau d'instruction formelle augmente, plus la proportion de personnes ayant des connaissances correctes en matière de recherche de soins et de traitement augmente (pas d'instruction formelle : 25,8 % ; secondaire ou supérieur : 36,1%). En général, le niveau de connaissance augmente également avec le quintile de richesse, allant de seulement 21,1% des répondants dans le quintile de richesse le plus bas déclarant une connaissance correcte à 40,0% des répondants dans le quintile de richesse le plus élevé.

Attitudes à l'égard de la recherche de soins et du traitement

Les attitudes en matière de recherche de soins et de traitement ont été évaluées à travers neuf variables du questionnaire. Les données pour toutes les variables sont disponibles dans le [tableau 3.3.3](#) de l'annexe. Les attitudes favorables à la recherche de soins et au traitement du paludisme étaient généralement faibles, mais plus élevées dans la zone Sud (Nord : 27,7% ; Centre : 23,5% ; Sud : 41,2% ; [Tableau 3.3.1a](#)). Il n'y avait pas de différence substantielle entre les milieux urbains et ruraux (31,6% dans les deux zones) ou entre les hommes et les femmes (31,2% et 31,8%, respectivement). Les personnes âgées de 35 à 44 ans représentaient la plus faible proportion (30,4 %) à exprimer des attitudes favorables à l'égard de la recherche de soins et du traitement, et les personnes âgées de 25 à 34 ans (34,9 %) représentaient la plus forte proportion d'attitudes favorables. En ce qui concerne le niveau d'instruction formelle, une plus grande proportion de personnes n'ayant aucune instruction formelle (39,1%) ont exprimé des attitudes favorables par rapport aux répondants ayant un niveau primaire d'instruction formelle (23,5%). Il n'y a pas de différence substantielle selon le quintile de richesse, allant de 28,7% des répondants dans le quintile le plus bas, à 35,1% des répondants dans le deuxième quintile de richesse le plus élevé.

Efficacité perçue de la réponse au dépistage et au traitement du paludisme

L'efficacité perçue de la réponse au test de dépistage du paludisme a été évaluée à l'aide de trois éléments : la croyance qu'un test sanguin est le seul moyen de diagnostiquer correctement le paludisme ; la croyance que les médicaments de traitement du paludisme ne sont pas nécessaires si les résultats du test sanguin sont négatifs ; et le désaccord sur le fait que les parents peuvent diagnostiquer le paludisme aussi bien qu'un test sanguin. Sur la base de ces questions, 26,3 % des répondants ont fait état d'une efficacité de réponse perçue à l'égard du dépistage du paludisme ([tableau 3.3.4](#)). Dans l'ensemble, environ un quart des répondants dans l'une ou l'autre des trois zones ne percevaient pas l'efficacité du dépistage du paludisme (Nord : 25,0 % ; Centre : 21,3 % ; Sud : 31,0 % ; [tableau 3.3.1a](#)). Il n'y avait pas de différence substantielle entre les zones urbaines et rurales (25,6 % et 26,9 %, respectivement) ou entre les hommes et les femmes (26,9 % et 24,6 %, respectivement). Une proportion plus faible de répondants âgés de 35 à 44 ans ou plus (21,7 %) perçoit le test de dépistage du paludisme comme efficace, tandis que les proportions les plus élevées se trouvent dans les groupes d'âge les plus jeunes, les répondants âgés de 15 à 25 ans (28,4 %) et de 25 à 34 ans (28,7 %). Les répondants sans instruction formelle (31,9 %) ou appartenant au quintile de richesse moyen (29,6 %) ont déclaré dans les proportions les plus élevées de leur catégorie que le test de dépistage du paludisme est efficace, par rapport aux répondants ayant un niveau d'instruction formelle primaire (20,0 %) ou appartenant au deuxième quintile de richesse (23,6 %), qui représentent les proportions les plus faibles de leur catégorie.

En ce qui concerne le traitement du paludisme, la perception de l'efficacité de la réponse a été évaluée à l'aide de 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. En ce qui concerne le traitement du paludisme, l'efficacité perçue a été évaluée à l'aide de trois éléments : la perception qu'une injection pour traiter le paludisme est plus efficace qu'un médicament oral ; la croyance 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. La perception de l'efficacité du traitement est plus élevée dans les trois zones (Nord : 55,3% ; Centre : 65,0% ; Sud : 63,4%). Il n'y a pas de différence substantielle entre les milieux urbains ou ruraux (60,5% et 60,3%, respectivement) ou le sexe (Homme : 59,3% ; Femme : 60,8%). Entre 58,1% des personnes âgées de 45 ans ou plus, à l'extrémité inférieure, et 63,4% des personnes âgées de 25 à 34 ans, à l'extrémité supérieure, ont perçu le dépistage du paludisme comme étant efficace. Les répondants n'ayant pas reçu d'instruction formelle ou appartenant au quintile de richesse le plus bas ont perçu le traitement du paludisme comme efficace dans les proportions les plus élevées (66,3% et 64,1%, respectivement), par rapport aux personnes ayant reçu une instruction primaire (48,1%) ou appartenant au quintile de richesse le plus élevé (57,3%).

Auto-efficacité perçue pour le dépistage et le traitement du paludisme

L'auto-efficacité perçue 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 résultat désagréable après la prise en charge. Dans le module de gestion des cas, ce concept a été mesuré à l'aide de cinq questions formulées différemment pour les hommes et les femmes, qui portent sur l'auto-efficacité perçue des répondants à faire ou à soutenir plusieurs actions, notamment : trouver l'argent pour emmener leur enfant malade à l'établissement de santé ; obtenir ou donner la permission à leur conjoint ou à un membre de la famille d'emmener leur enfant fébrile à l'établissement de santé ; emmener leur enfant à l'établissement de santé le jour même ou le jour suivant l'apparition de la fièvre ; demander un test sanguin pour le paludisme lorsqu'ils sont à l'établissement de santé avec leur enfant ; et trouver l'argent pour payer les médicaments recommandés contre le paludisme. L'auto-efficacité perçue pour le dépistage et le traitement du paludisme a été calculée à partir des réponses à chacun des éléments ci-dessus ([tableau 3.3.5](#)).

Si l'on considère l'ensemble de l'échantillon, les résultats indiquent une auto-efficacité perçue quasi unanime (89,6 %) pour le dépistage et le traitement du paludisme ([tableau 3.3.1a](#)). L'auto-efficacité perçue pour le dépistage et le traitement du paludisme est élevée dans les trois zones (Nord : 89,2% ; Centre : 91,6% ; Sud : 88,8%). Une plus grande proportion de répondants en milieu urbain qu'en milieu rural (90,8 % et 88,6 %, respectivement) a déclaré une auto-efficacité élevée pour le dépistage et le traitement, de même que les hommes (93,4 %) par rapport aux femmes (88,2 %). En moyenne, neuf personnes sur dix âgées de 25 ans ou plus et ceux de âgés de 15 à 24 an pensent pouvoir accéder aux options de dépistage et de traitement. Alors que plus de 90 % des personnes ayant un niveau d'instruction formelle, quel qu'il soit, pensent pouvoir accéder au dépistage et au traitement du paludisme, la proportion la plus élevée se trouve chez les personnes sans instruction formelle (93,5 %). En ce qui concerne la richesse, la proportion la plus faible se trouve parmi les personnes appartenant au quintile de richesse le plus bas (84,8 %), et la plus élevée parmi celles appartenant au quintile de richesse le plus élevé (93,5 %).

Normes descriptives et injonctives : recherche de soins et traitement

La littérature 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 recherche rapide de soins et au dépistage du paludisme ont été définies comme la perception qu'au moins la moitié des personnes de leur communauté pratiquent ce comportement. La norme injonctive favorable a été définie comme la perception que moins de la moitié des personnes de leur communauté les critiqueraient si elles savaient qu'elles ont pris rapidement en charge leur enfant fébrile. Le [tableau 3.3.6](#) décrit la prévalence de 1) la

norme descriptive de la recherche rapide de soins dans la communauté ; 2) la norme descriptive selon laquelle les enfants fébriles qui sont amenés dans un établissement de santé sont testés ; et 3) la norme injonctive de la recherche rapide de soins pour les enfants fébriles.

La perception de normes communautaires descriptives favorables au dépistage et au traitement du paludisme variait dans les trois zones (Nord : 58,4 % ; Centre : 44,6 % ; Sud : 32,6 % ; [tableau 3.3.1a](#)). Il n'y a pas de différence substantielle entre les zones urbaines et rurales (45,7% et 46,1%, respectivement) ou entre les hommes (46,5%) et les femmes (45,7%). Les groupes d'âge les plus jeunes et les plus âgés représentaient les proportions les plus faibles de normes perçues en matière de dépistage et de traitement (15-24 ans : 44,9% ; 45 ans ou plus : 39,4%), tandis qu'une proportion plus élevée de personnes dans le groupe d'âge 35-44 ans (48,6%) perçoit un comportement normatif plus élevé dans leur localité. Les personnes sans instruction formelle représentent la plus faible proportion (47,7 %), alors que les personnes ayant une instruction primaire (55,3 %) représentent la plus forte proportion. On observe une légère variation entre les quintiles de richesse. La proportion la plus faible se trouve dans le deuxième quintile le moins riche et le quintile le plus riche (45,0 % et 45,4 %, respectivement), et la proportion la plus élevée se trouve dans le quatrième quintile (47,3 %).

Normes de genre perçues comme équitables pour la recherche de soins pour le paludisme.

Dans l'ensemble, la perception des normes d'équité entre les sexes liées au traitement du paludisme est élevée dans les trois zones (Nord : 76,2 % ; Centre : 82,5 % ; Sud : 92,0 % ; [tableau 3.3.1a](#)), avec seulement de légères variations entre les milieux urbains et ruraux (84,6 % et 82,3 %, respectivement) et entre les hommes et les femmes (81,0 % et 84,1 %, respectivement). Une plus faible proportion de répondants âgés de 45 ans ou plus (78,8 %) perçoit des normes équitables en matière de genre, la plus forte proportion se trouvant chez les 25-34 ans (85,2 %). En ce qui concerne le niveau d'instruction formelle atteint, seulement 76,1% des personnes ayant une instruction primaire perçoivent des normes équitables en matière de genre, alors que les personnes n'ayant aucune instruction formelle (85,0%) ou ayant une instruction secondaire ou supérieure (84,5%) sont plus nombreuses. Les répondants des quintiles de richesse moyen et inférieur ont perçu des normes équitables en matière de genre dans des proportions plus faibles (80,8% à 80,1%) par rapport aux répondants du quintile de richesse le plus bas, le quatrième ou le plus élevé (85,6%, 85,8% et 85,0%, respectivement).

Perceptions à l'égard des établissements de santé et des agents de santé : gestion des cas

Les répondants ont été considérés comme ayant une perception favorable des établissements de santé en ce qui concerne le diagnostic et le traitement du paludisme s'ils 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, 80,8 % des répondants ont déclaré avoir une perception favorable sur les établissements de santé à cet égard ([tableau 3.3.7a](#)). Les perceptions à l'égard des agents de santé concernant le diagnostic et le traitement du paludisme se répartissent en deux catégories : perceptions à l'égard des agents des établissements de santé et perceptions à l'égard des agents de santé communautaires ([tableau 3.3.7b](#)).

Les perceptions positives étaient basées sur le rapport des participants selon lequel 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 chez les enfants de moins de cinq ans ; et c) le prestataire fait payer aux parents les tests de dépistage du paludisme chez les enfants

de moins de cinq ans. Selon la politique nationale, tous les tests de dépistage et les médicaments contre le paludisme dans les établissements de santé sont gratuits lorsque le cas concerne un enfant de moins de cinq ans. Environ un tiers des répondants ou moins dans les trois zones ont une perception favorable des agents de santé communautaires (Nord : 39,2 % ; Centre : 22,4 % ; Sud : 20,8 % ; [tableau 3.3.1a](#)) ou des agents de santé en établissement (Nord : 32,3 % ; Centre : 22,4 % ; Sud : 16,7 % ; [tableau 3.3.1a](#)). En ce qui concerne les perceptions favorables des agents de santé communautaires, il n'y a qu'une faible variation entre les zones rurales et urbaines (30,0% et 28,2%, respectivement) et entre les hommes et les femmes (29,6% et 29,0%, respectivement). En revanche, la proportion de personnes interrogées ayant une attitude favorable à l'égard des travailleurs de la santé en établissement dans les milieux urbains et ruraux était plus faible (23,5 % et 25,1 %, respectivement), ainsi que par sexe (Hommes : 23,6 % ; Femmes : 24,7 %). Si l'on considère l'âge, 27,2% des personnes âgées de 35 à 44 ans, à l'extrémité inférieure, et 30,8% des personnes âgées de 15 à 24 ans, à l'extrémité supérieure, ont une perception favorable des agents de santé communautaires, contre seulement 21,8% des personnes âgées de 35 à 44 ans et 28,4% des personnes âgées de 15 à 24 ans qui ont une perception favorable des agents de santé en établissement. Une plus grande proportion de personnes sans instruction formelle (34,4 %) que de personnes ayant une instruction primaire (26,7 %) ou secondaire ou supérieure (39,4 %) a une perception favorable des agents de santé communautaires. En ce qui concerne les agents de santé en établissement, seules 23,9 % des personnes ayant un niveau d'instruction primaire ont une opinion favorable, contre 27,2 % pour les personnes sans instruction formelle et 28,7 % pour les personnes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur. Les perceptions favorables des agents de santé communautaires varient de 24,0% des personnes du quatrième quintile de richesse à 30,8% des personnes du quintile le plus élevé. En ce qui concerne les agents de santé en établissement, seuls 22,5 % des personnes appartenant au deuxième quintile de richesse le plus bas ont une opinion favorable, cette proportion passant à 26,3 % dans le quintile le plus élevé.

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

Dans le module de gestion des cas, on a demandé aux répondants mariés qui, dans leur ménage/famille, prenaient la décision a) de 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 eu de la fièvre. Les options de réponse comprenaient la décision unique ou conjointe entre le mari et la femme. Les résultats par zone sont présentés dans les tableaux [3.3.8a](#) et [3.3.8b](#) de l'annexe. Au moins la moitié des répondants de chaque zone ont déclaré avoir participé à la prise de décision concernant la recherche de soins si leur enfant était malade (Nord : 42,2% ; Centre : 50,7% ; Sud : 59,2%) ou l'achat de médicaments pour un enfant malade (Nord : 42,3% ; Centre : 53,0% ; Sud : 52,6%). Il y a de petites différences entre les zones urbaines (53,4 %) et rurales (47,9 %) en ce qui concerne le fait de chercher à soigner un enfant malade, et entre les zones urbaines (50,5 %) et rurales (47,0 %) en ce qui concerne l'achat de médicaments. Nous constatons une différence beaucoup plus importante entre les hommes et les femmes qui déclarent leur participation à la prise de décision. Lorsqu'il s'agit de décider de faire soigner un enfant malade, 85,5% des hommes contre seulement 34,2% des femmes ont participé à la décision. Lorsqu'ils décident d'acheter des médicaments pour un enfant malade, 87,6 % des hommes et seulement 30,7 % des femmes sont impliqués dans ces décisions. Lorsqu'elles décident d'aller au centre de santé avec leur enfant qui est malade et a de la fièvre, les personnes âgées de 35 à 44 ans (55,3%) ou de 45 ans ou plus (75,5%) sont plus susceptibles de participer au processus de décision que les personnes âgées de 15 à 24 ans (27,9%) ou de 25 à 34 ans (45,9%). De même, 74,3% des personnes âgées de 45 ans ou plus ont participé à la

décision d'acheter des médicaments pour un enfant malade, suivies par 55,8% des personnes âgées de 35 à 44 ans, 42,2% des personnes âgées de 25 à 34 ans et seulement 25,4% des personnes âgées de 15 à 24 ans. Dans les deux cas, qu'il s'agisse de décider d'emmener l'enfant malade se faire soigner ou d'acheter des médicaments pour lui, les personnes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur ou n'ayant pas reçu d'instruction formelle étaient plus souvent impliquées dans la décision de se faire soigner (respectivement 63,2% et 50,4%) que les personnes n'ayant qu'un niveau d'instruction primaire (respectivement 48,3% et 56,4%). En ce qui concerne la décision d'acheter des médicaments, les personnes ayant un niveau d'instruction supérieur ont déclaré participer à la prise de décision dans des proportions plus élevées que les personnes sans instruction (61,6% et 48,2%, respectivement). Il existe une légère variation dans l'implication dans la prise de décision qui augmente généralement avec le statut de richesse. Lorsqu'il s'agit de décider de faire soigner un enfant malade, 45,3 % des personnes du quintile de richesse le plus bas déclarent s'impliquer, alors que 59,3 % des personnes du quintile de richesse le plus élevé le font. De même, lorsqu'il s'agit de décider d'acheter des médicaments pour un enfant malade, 44,1% des personnes du quintile de richesse le plus bas déclarent s'impliquer, contre 57,8% des personnes du quintile de richesse le plus élevé.

Tableau 3.3.1a : Résumé des variables idéationnelles liées à la gestion de cas pour les enfants de moins de cinq ans

Tableau 3.3.1a : Résumé des variables idéationnelles liées à la gestion de cas pour les enfants de moins de cinq ans											
Pourcentage de répondants ayant signalé des facteurs idéologiques transversaux, par caractéristiques sociodémographiques des répondants, Bénin 2021											
Caractéristique	Connaissance de la recherche de soins et du traitement du paludisme	Attitudes favorables à l'égard de la recherche de soins et du traitement	Réponse perçue - efficacité du dépistage du paludisme	Réponse perçue - efficacité du traitement du paludisme	Auto-efficacité perçue pour le dépistage et le traitement du paludisme	Normes communautaires descriptives de soutien perçues concernant le dépistage et le traitement du paludisme	Percevoir des normes de genre équitables liées au traitement du paludisme.	Perceptions favorables des agents de santé communautaires concernant la recherche de soins et le traitement.	Perceptions favorables des agents de santé en établissement concernant la recherche de soins et le traitement	Participe à la décision d'aller au centre de santé lorsque l'enfant a le paludisme.	Participe à la décision d'acheter des médicaments lorsque l'enfant a de la fièvre.
Zones											
Nord	34.9	27.7	25.0	55.3	89.2	58.4	76.2	39.2	32.3	42.2	42.3
Centre	17.8	23.5	21.3	65.0	91.6	44.6	82.5	24.5	22.4	50.7	53.0
Sud	27.0	41.2	31.0	63.4	88.8	32.6	92.0	20.8	16.7	59.2	52.6
Résidence											
Rural	25.3	31.6	26.9	60.3	88.6	46.1	82.3	30.0	25.1	47.9	47.0
Urbain	31.6	31.6	25.6	60.5	90.8	45.7	84.6	28.2	23.5	53.4	50.5
Sexe											
Femme	27.5	31.8	26.9	60.8	88.2	45.7	84.1	29.0	24.7	34.2	30.7
Homme	30.0	31.2	24.6	59.3	93.4	46.5	81.0	29.6	23.6	85.5	87.6

Tableau 3.3.1a : Résumé des variables idéationnelles liées à la gestion de cas pour les enfants de moins de cinq ans

Pourcentage de répondants ayant signalé des facteurs idéologiques transversaux, par caractéristiques sociodémographiques des répondants, Bénin 2021

Caractéristique	Connaissance de la recherche de soins et du traitement du paludisme	Attitudes favorables à l'égard de la recherche de soins et du traitement	Réponse perçue - efficacité du dépistage du paludisme	Réponse perçue - efficacité du traitement du paludisme	Auto-efficacité perçue pour le dépistage et le traitement du paludisme	Normes communautaires descriptives de soutien perçues concernant le dépistage et le traitement du paludisme	Percevoir des normes de genre équitables liées au traitement du paludisme.	Perceptions favorables des agents de santé communautaires concernant la recherche de soins et le traitement.	Perceptions favorables des agents de santé en établissement concernant la recherche de soins et le traitement	Participe à la décision d'aller au centre de santé lorsque l'enfant a le paludisme.	Participe à la décision d'acheter des médicaments lorsque l'enfant a de la fièvre.
Âge											
15-24	31.3	30.6	28.4	58.4	85.3	44.9	82.1	30.8	28.4	27.9	25.4
25-34	28.5	34.9	28.7	63.4	91.4	47.4	85.2	30.1	24.0	45.9	42.2
35-44	26.2	30.4	23.8	60.0	91.7	48.6	84.6	27.2	21.8	55.3	55.8
≥45	25.0	28.2	21.7	58.1	89.3	39.4	78.8	27.9	22.6	75.5	74.3
Religion											
Aucun	19.2	26.0	18.5	53.7	92.4	45.5	83.5	13.7	9.9	61.4	62.1
Christian	26.0	35.8	28.3	64.6	90.0	38.8	86.2	28.2	22.9	55.2	51.6
Musulman	35.5	26.9	25.7	53.5	89.9	56.5	78.0	34.7	29.1	42.0	42.5
Traditionnel	17.3	29.3	23.1	66.7	87.5	41.8	86.7	23.3	23.0	51.6	49.5
Autre	25.7	38.1	19.0	65.2	65.8	71.7	87.6	19.4	15.9	40.8	37.1
Instruction											
Aucun	25.8	39.1	31.9	66.3	93.5	47.7	85.0	34.4	27.2	50.4	48.4
Primaire	32.4	23.5	20.0	48.1	91.4	55.3	76.1	26.7	23.9	48.3	52.0

Tableau 3.3.1a : Résumé des variables idéationnelles liées à la gestion de cas pour les enfants de moins de cinq ans

Pourcentage de répondants ayant signalé des facteurs idéologiques transversaux, par caractéristiques sociodémographiques des répondants, Bénin 2021

Caractéristique	Connaissance de la recherche de soins et du traitement du paludisme	Attitudes favorables à l'égard de la recherche de soins et du traitement	Réponse perçue - efficacité du dépistage du paludisme	Réponse perçue - efficacité du traitement du paludisme	Auto-efficacité perçue pour le dépistage et le traitement du paludisme	Normes communautaires descriptives de soutien perçues concernant le dépistage et le traitement du paludisme	Percevoir des normes de genre équitables liées au traitement du paludisme.	Perceptions favorables des agents de santé communautaires concernant la recherche de soins et le traitement.	Perceptions favorables des agents de santé en établissement concernant la recherche de soins et le traitement	Participe à la décision d'aller au centre de santé lorsque l'enfant a le paludisme.	Participe à la décision d'acheter des médicaments lorsque l'enfant a de la fièvre.
≥Secondaire	36.1	34.6	28.0	59.9	91.0	45.9	84.5	29.4	28.7	63.2	61.6
Quintiles de richesse											
Le plus bas	21.1	28.7	26.0	64.1	84.8	46.1	85.6	30.2	25.0	45.3	44.1
Deuxième	23.4	29.6	23.6	60.6	89.5	45.0	80.1	28.1	22.5	44.7	45.9
Moyen	28.7	30.9	29.6	58.6	88.2	46.0	80.8	32.2	24.1	52.0	49.0
Quatrième	24.8	35.1	26.0	62.9	90.9	47.3	85.8	24.0	23.9	48.9	44.8
Le plus haut	40.0	33.3	25.6	57.3	93.5	45.4	85.0	30.8	26.3	59.3	57.8
Total (%)	28.1	31.6	26.3	60.4	89.6	46.0	83.3	29.2	24.4	50.3	48.5

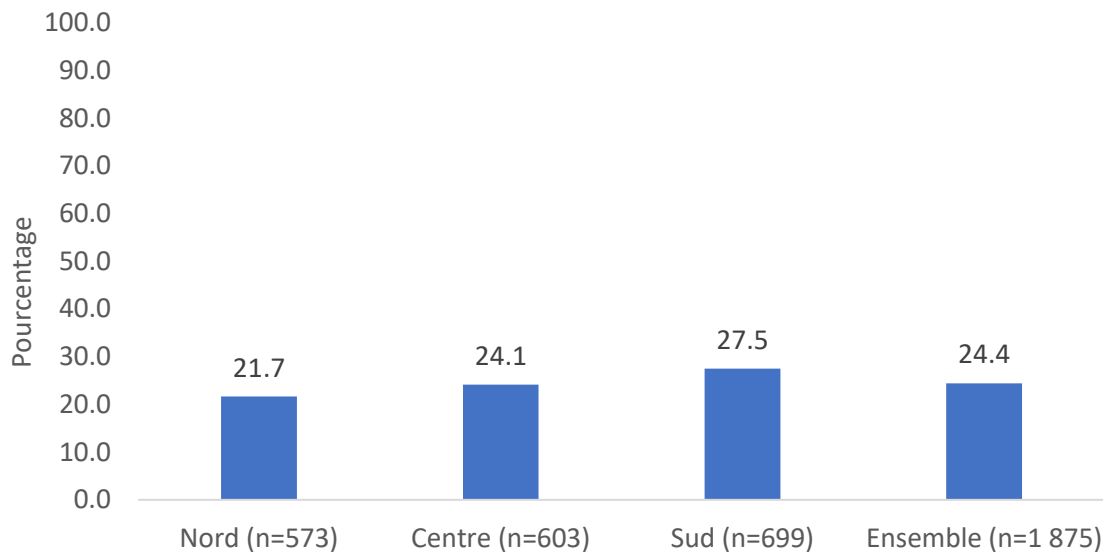
3.3.2 Comportements de gestion de cas

Les mères ou les personnes en charge des enfants ont été interrogées sur les comportements de recherche de soins pour les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines précédentes. Les comportements comprenaient la recherche de soins pour l'enfant, le lieu de la recherche de soins et le temps écoulé entre l'apparition de la fièvre et la recherche de soins. Pour les enfants qui ont été emmenés dans un établissement de santé, on a demandé aux personnes s'occupant des enfants si un test de dépistage du paludisme avait été effectué et, dans l'affirmative, quels en étaient les résultats ; si elles (les personnes s'occupant des enfants) 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 la MBS 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 recherche 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 toutes les zones, 24,4% des enfants de moins de 5 ans ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête, selon les déclarations de la mère ou gardienne d'enfant qui s'occupe d'eux. La prévalence varie selon la zone (Nord : 21,7% ; Centre : 24,1% ; Sud : 27,5%).

Figure 3.3.2 Prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans par zone, 2021 MBS Bénin



Recherche de soins pour la fièvre

En ce qui concerne le temps de la recherche de soins, plus de la moitié des répondants de chaque zone (Nord : 68,3 % ; Centre : 55,9 % ; Sud : 57,9 %) ont déclaré rechercher des soins pour leur enfant fébrile le jour même ou le lendemain (tableau 3.3.9). Si l'on considère l'âge, une proportion plus faible de personnes s'occupant d'enfants âgés de 24 à 59 mois (47,3 %) ont déclaré emmener leur enfant pour un quelconque soin le même jour ou le jour suivant, par rapport aux personnes s'occupant d'enfants âgés de 12 à 23 mois (74,2 %). Des proportions légèrement plus élevées d'enfants de moins de 5 ans dans le Nord (70,5%) et le Centre (62,7%) ont été amenés dans un établissement de santé le même jour ou le jour suivant, alors qu'une proportion plus faible a été observée dans le Sud (54,8%), par rapport à la recherche de tout soin. En revanche, une plus faible proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant de la fièvre ont été emmenés dans un établissement de santé pour des soins "appropriés le jour "même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre. On considère comme soins appropriés le fait d'avoir emmené l'enfant fébrile chez un agent de santé communautaire (ASC) ou dans un établissement de santé en premier recours le même jour ou le jour suivant l'apparition des symptômes. Ce comportement est appelé recherche de soins appropriés et constitue le principal résultat comportemental sur lequel nous nous concentrons dans la suite de cette section. Moins de la moitié des enfants du Sud (45,0%) ont été emmenés dans un établissement, 51,9% des enfants de moins de 5 ans de la zone centrale et 62,5% des enfants de moins de 5 ans du Nord ont été emmenés dans un établissement le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre. Les parents d'enfants âgés de 24 à 59 mois ont déclaré des taux plus faibles de recherche de soins appropriés (46,0%) que les parents d'enfants âgés de 0 à 11 mois (50,9%) ou de 12 à 23 mois (74,2%).

Tableau 3.3.9 : Comportements de recherche de soins pour les enfants de moins de 5 ans ayant de la fièvre

Tableau 3.3.9 : Comportements de recherche de soins pour les enfants de moins de 5 ans ayant de la fièvre, 2021 BENIN MBS			
Caractéristique	L'enfant de moins de 5 ans atteint de fièvre a été pris en charge le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre.	L'enfant de moins de 5 ans ayant de la fièvre a été soigné dans un établissement de santé à n'importe quel moment.	L'enfant de moins de 5 ans atteint de fièvre a été soigné dans l'établissement le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre (soins appropriés).
Zone			
Nord	68.3	70.5	62.5
Centre	55.9	62.7	51.9
Sud	57.9	54.8	45.0
Âge de l'enfant			
0-11 mois	60.3	59.6	50.9
12-23 mois	74.2	88.3	74.2
24-59 mois	47.3	62.5	46.0

Résidence			
Rural	61.1	62.1	52.7
Urbain	60.9	61.8	52.5
Instruction de la mère			
Aucune	66.1	58.9	55.4
Primaire	55.1	55.0	49.1
Secondaire+	67.5	65.5	58.9
Quintiles de richesse			
Plus bas	57.0	63.8	50.5
Deuxième	52.4	53.4	40.2
Moyen	50.9	52.6	44.4
Quatrième	66.6	68.7	62.4
Plus haut	74.4	69.6	61.7
Total	61.0	62.0	52.6
Nombre d'observations	460		

Test, diagnostic et traitement de la fièvre chez l'enfant (tableau 3.3.10)

Une proportion nettement plus faible d'enfants de moins de 5 ans dans le Sud (27,5 %) que dans le Nord (65,4 %) ou le Centre (50,2 %) qui ont été amenés dans un établissement de santé ont ensuite été testés pour le paludisme (tableau 3.3.10). Les enfants de 0 à 11 mois ont été testés dans la plus faible proportion (42,6 %) par rapport aux enfants de 12 à 23 mois (75,6 %), qui représentent la plus forte proportion testée pour le paludisme s'ils ont été amenés dans un dispensaire pour de la fièvre. Moins d'enfants en milieu urbain (34,6%) qu'en milieu rural (54,8%) ont été testés pour le paludisme lorsqu'ils ont été amenés dans un établissement de santé. Les personnes sans instruction formelle (46,7 %) et celles appartenant au quintile de richesse le plus bas (53,5 %) sont plus nombreuses à déclarer que leurs enfants ont subi un test de dépistage du paludisme que les personnes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur (42,7 %) et celles appartenant au quintile de richesse le plus élevé (44,2 %).

Dans l'ensemble, 40,1% des enfants testés pour le paludisme ont donné un résultat positif, confirmant un diagnostic de paludisme. Sur les 184 enfants de l'échantillon qui ont reçu un diagnostic de paludisme, seuls quatre sur dix ont reçu un CTA. Il est à noter qu'au cours de l'enquête, des efforts particuliers ont été faits pour vérifier 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 a reçus et en lui montrant des photos de CTA couramment disponibles au Bénin pour permettre à la personne interrogée de choisir celui qui ressemble le plus au médicament pris par l'enfant. Le pourcentage d'enfants chez qui le paludisme a été diagnostiqué et qui auraient reçu des CTA était le plus faible dans le Sud (33,0%) et le plus élevé dans le Nord (46,9%). Les enfants les plus jeunes, entre 0 et 11 mois, ont reçu la plus grande proportion de CTA (40,3%) que les enfants les plus âgés, entre 24 et 59 mois (21,8%). Il n'y avait qu'une légère variation entre

les classes de richesse, allant d'environ 36% dans les quintiles de richesse moyenne et faible à 47% dans le quintile le plus élevé. Parmi les enfants dont le paludisme a été confirmé et qui ont reçu des CTA, seuls 32,6% ont reçu le médicament le jour même ou le lendemain du début de la fièvre de l'enfant. La réception rapide de la CTA après un test de paludisme confirmé variait selon la zone : Nord=43,0% ; Centre=32,2% ; Sud=24,6%.

De même, les enfants les plus jeunes de 0 à 11 mois ont reçu le CTA rapidement dans une plus grande proportion (33,9%) que les enfants plus âgés de 24 à 59 mois (20,5%).

Les résultats des modèles de régression logistique multivariable montrant les facteurs associés à la recherche de soins appropriés pour les enfants de moins de cinq ans ayant de la fièvre sont présentés dans le tableau 3.3.11. L'analyse a révélé quelques associations statistiquement significatives entre les facteurs idéologiques ou sociodémographiques et la recherche de soins appropriés pour les enfants ayant eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines. Par exemple, le fait de savoir que la recherche de soins pour un enfant qui a de la fièvre doit être immédiate ou le jour même après son apparition, la norme descriptive ou la perception de l'auto-efficacité à l'égard de la sollicitation ou de la recherche de soins pour un enfant malade est positivement et significativement associé au résultat recherché - la recherche de soins appropriés. De même, la probabilité de rechercher des soins appropriés est hautement et significativement élevée parmi les ménages les plus riches, comparativement aux ménages les plus pauvres (RC Ajustée : 2.03 ; $p < 0,01$). desd

Tableau 3.3.11 : Résultats de la régression logistique de la recherche de soins appropriés chez les enfants ayant eu de la fièvre au cours des 2 dernières semaines.

Tableau 3.3.11 : Résultats de la régression logistique de la recherche de soins appropriés chez les enfants ayant eu de la fièvre au cours des 2 dernières semaines¹		
CORRELATES	RC AJUSTE	Erreur standard
DÉTERMINANTS IDÉOLOGIQUES		
Le répondant sait que le meilleur temps pour consulter un enfant qui a de la fièvre est immédiatement ou le jour même après son apparition.	8,11*** ,	3.500
Le répondant sait qu'un test sanguin est le meilleur moyen de diagnostiquer la malaria	1,49	0.348
A discuté du paludisme avec son conjoint ou un parent/ami au cours des six derniers mois.	2,13** ,	0.536
Perception que les prestataires des établissements de santé traitent les patients avec respect	1,74,	0.583
Perception selon laquelle les agents des établissements de santé font payer les parents pour le traitement du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.	0,77,	0.212
Perception de la gravité du paludisme	0,83,	0.186
Sensibilité perçue au paludisme	0,68,	0.218
Perceptions de ce que la majorité (tout le monde ou la plupart) des personnes de sa communauté emmènent leurs enfants chez un prestataire de santé le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre	2,40***	0.538
Perception de l'auto-efficacité à l'égard de la sollicitation des soins et du traitement avec son enfant malade	1,92*	0.539
DÉTERMINANTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES		
Âge de l'enfant malade (Reference : 0-11 mois)	1,660,46	0.6790.313

12-35 mois 36-59 mois	'''	
Résidence urbaine (Reference: rurale)	0,86,	0.214
Zone (Reference=Nord)	0,970,63	0.2830.182
Centre	''	
Sud		
Quintile de richesse des ménages (Reference= Ménages les plus pauvres)	2,03** ,,,,	0.497
Les ménages les plus riches		
Pseudo-R ²	0,2083,	
Nombre d'observations	460	
Notes : RC : Rapport de Cote * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001. NA. : non applicable.		
¹ Défini comme le fait d'emmener l'enfant dans un établissement de santé ou un ASC 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 les résultats concernant les déterminants idéationnelles 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 résultats mettent en évidence les variations en fonction des caractéristiques sociodémographiques et de la zone géographique.

3.4.1 Variables idéationnelles liées à la fréquentation des soins prénatals et à l'utilisation du TPIg

Cette sous-section présente des informations sur les variables idéationnelles qui peuvent influencer l'utilisation de la CPN et du TPIg. L'enquête a mesuré les variables idéationnelles suivantes relatives à la grossesse et aux soins de grossesse : connaissances, attitudes, gravité perçue du paludisme pendant la grossesse, réponse-efficacité perçue du TPIg, auto-efficacité perçue, normes descriptives relatives au TPIg, perceptions sur les prestataires de santé, ainsi que la communication et la prise de décision du conjoint concernant la CPN.

Connaissances : Les connaissances sur la CPN et le TPIg ont été évaluées sur la base de trois questions portant sur le moment idéal de la première visite de CPN, le nombre de CPN et le nombre de prises de la SP pendant la grossesse. Les données ont révélé que la connaissance globale de la CPN et du TPIg était faible dans toutes les zones géographiques, 17,9% de la population ayant donné les bonnes réponses aux trois questions. On observe des différences selon les caractéristiques sociodémographiques et la géographie, comme le montre le [tableau 3.4.1](#). Les femmes ont une meilleure connaissance (19,1%) que les hommes (14,6%). L'âge est également un facteur de connaissance globale, les jeunes de 15 à 24 ans ayant la connaissance la plus faible de tous les groupes d'âge (12,2 %), suivis de ceux de 45 ans et plus (16,0 %) et de ceux de 34 à 44 ans (18,7 %). Les personnes âgées de 25 à 35 ans étaient les mieux informées avec 22,8% de connaissances sur la CPN et le TPIg. Les groupes de richesse présentaient des niveaux de connaissance similaires, entre 18,4 et 19,4% pour les quintiles inférieur, moyen, quatrième et supérieur, tandis que le deuxième quintile de richesse était légèrement inférieur aux autres avec 14,8%. La géographie est également importante, les personnes les mieux informées se trouvant dans la zone Sud de l'étude, (23,6 %), par rapport au nord (14,7 %) et au centre (14,9 %).

Attitudes envers la CPN/TPIg : Les attitudes envers la CPN/TPIg ont été évaluées à travers cinq items du questionnaire. Ces items comprenaient la croyance en la sécurité de la SP lorsqu'elle est prise à jeun, la croyance en un début précoce de la CPN, la perception de la sécurité de la SP pour la femme et son enfant à naître, et la perception de l'importance de se rendre à la CPN plusieurs fois pendant la grossesse. Lorsque ces éléments ont été combinés, les données ont montré qu'une majorité des enquêtés n'a pas une attitude positive envers la CPN/TPIg. 41,5% de la population globale a exprimé des attitudes favorables envers la CPN/TPIg. Le sexe et l'âge n'ont pas une grande influence sur l'attitude favorable, ces groupes suivant à peu près la moyenne générale, mais il y a de plus grandes différences dans l'attitude favorable selon la richesse et l'instruction. Les personnes appartenant au quatrième quintile de richesse et au quintile le plus élevé sont les moins susceptibles d'avoir une opinion favorable, 40,6% et 35,6% respectivement, par rapport aux trois quintiles inférieurs qui se situent entre 43,1% et 44,3%. 47,6 % des personnes n'ayant reçu aucune instruction formelle ont une opinion favorable, contre 31,8 % pour celles

ayant reçu une instruction primaire et 39,9 % pour celles ayant reçu une instruction secondaire ou plus. Les opinions suivent également la géographie, les personnes du Sud étant les moins favorables (35,5%), suivies par celles du Centre (41,1%) et du Nord (47,0%). Le [tableau 3.4.2](#) présente une ventilation plus détaillée.

Perception de la gravité du paludisme pendant la grossesse : Ce construit a été évalué à travers deux items : la perception que les effets du paludisme pendant la grossesse peuvent être graves pour la femme et son enfant à naître et la croyance 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 items a révélé que la perception de la menace du paludisme pendant la grossesse est élevée, 83,8% de la population globale étant d'accord avec les deux affirmations. La répartition par caractéristiques sociodémographiques et par lieu géographique dans le [tableau 3.4.3](#) montre que cette perception est assez uniforme dans tous les groupes, à quelques exceptions près. Parmi les groupes d'âge, la gravité perçue est la plus faible dans la tranche d'âge des 15-24 ans, avec 77,9 % d'accord, alors que les groupes d'âge plus âgés sont plus souvent d'accord. L'avant-dernier quintile de richesse et le quintile moyen se distinguent également par leur niveau plus bas que les autres, avec respectivement 79,8% et 80,5% de perception de la gravité du paludisme pendant la grossesse, par rapport au quintile le plus bas (85,7%), au quatrième quintile (87,6%) et au plus haut (86,3%). Enfin, la zone Nord présentait la gravité perçue la plus faible avec 80,0% d'accord avec les deux affirmations, tandis que le Centre et le Sud présentaient des taux plus élevés avec 85,7% et 87% respectivement.

Réponse perçue - efficacité de la CPN et du TPIg : Comme le montre le [tableau 3.4.4](#), la CPN et le TPIg sont très majoritairement perçus comme assurant des résultats positifs en matière de grossesse. Dans l'ensemble, la perception de l'efficacité de la réponse à la CPN était de 95,9% et celle du TPIg de 89,5%. Les perceptions de la CPN varient peu selon les caractéristiques sociodémographiques, mais il y a quelques différences pour le TPIg. La zone géographique joue un rôle, la perception de l'efficacité de la réponse étant plus élevée dans le centre (92,6%) et le sud (93,4%) que dans le nord (84,4%). L'âge joue également un rôle, 84,8% des 15-24 ans étant d'accord, contre 93,1% des 25-34 ans, 90,3% des 35-44 ans et 88,9% des 45 ans et plus. Enfin, c'est dans le deuxième quintile de richesse que l'accord est le plus faible (83,6 %), suivi par 88,6 % pour le quintile moyen, 90,9 % pour les quintiles inférieur et quatrième, et 93,5 % pour le plus élevé.

Perception de l'auto-efficacité pour la CPN et le TPIg : Ce concept a été mesuré sur la base de six items formulés différemment pour les hommes et les femmes. Ces items portaient sur le fait d'aller (ou d'aider son conjoint à aller) à la CPN précoce et au nombre recommandé de visites de CPN, d'aller à la CPN avec son conjoint, de demander (ou d'aider son conjoint à demander) la SP pendant la CPN et de prendre (ou d'aider son conjoint à prendre) la SP au moins trois fois pendant la grossesse. L'indicateur d'auto-efficacité perçue pour entreprendre des actions liées à la CPN et au TPIg a révélé un niveau élevé d'auto-efficacité perçue pour les hommes et les femmes. En effet, 93,7% des femmes et 73,9% des hommes ont perçu l'auto-efficacité à entreprendre des actions pertinentes liées à la CPN et au TPIg. Les variations entre les zones, l'âge et la richesse sont présentées dans le [tableau 3.4.5](#).

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 de normes sociales comprennent : (1) la norme descriptive sur la CPN (c'est-à-dire la conviction qu'au moins la moitié des femmes enceintes de leur communauté assistent à au moins quatre visites de CPN) ; (2) la norme descriptive sur le TPIg ; et (3)

la norme injonctive sur le TPIg (c'est-à-dire la perception que plus de la moitié des personnes de leur 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 (62,3%) des répondants pensaient qu'obtenir au moins quatre consultations de CPN était la norme dans leur communauté. Cette conviction varie selon les zones (Nord : 69,1% ; Centre : 59,2% ; Sud : 56,5%). Les hommes et les femmes sont à peu près égaux (63,1% et 62,0%, respectivement) à penser que la plupart des femmes se rendent à au moins quatre consultations de CPN. Les personnes vivant en milieu urbain (64,2%) sont légèrement plus nombreuses que celles vivant en milieu rural (60,7%) à penser de même. Les répondants âgés de 15 à 24 ans représentaient la plus faible proportion (58,8%) par rapport à leurs homologues plus âgés (65,7% des personnes âgées de 35 à 44 ans étaient les plus nombreuses), à penser que la plupart des femmes effectuent quatre visites de CPN. Il y avait une différence d'environ dix points de pourcentage entre les personnes du quintile le moins riche (57,4 %) et celles du quintile le plus riche (66,6 %) en ce qui concerne la croyance que la plupart des femmes effectuent quatre visites de CPN dans leur communauté. Quant à la norme descriptive concernant le TPIg, un peu plus de la moitié (57,6%) des répondants pensent que la plupart des femmes de leur communauté prennent le TPIg pour prévenir le paludisme lorsqu'elles sont enceintes. Cette croyance variait selon les zones (Nord : 67,1% ; Centre : 56,7% ; Sud : 47,3%). Cette croyance ne variait pas selon le sexe ou le lieu de résidence, et ne présentait qu'une faible variation selon l'âge, allant de 53,6% des personnes âgées de 45 ans et plus à 61,3% des personnes âgées de 35 à 44 ans. La croyance selon laquelle la plupart des femmes prennent le TPIg pendant la grossesse semblait suivre le statut de richesse, le quintile le plus bas représentant la plus faible proportion (54,4%) et le quintile le plus haut représentant le quintile le plus élevé (61,5%). Enfin, en ce qui concerne la croyance que la plupart des gens de la communauté approuvent le fait que les femmes enceintes prennent le TPIg pendant la grossesse pour prévenir le paludisme, seulement un répondant sur dix environ était d'accord (11,4%). Presque personne dans le Sud n'était d'accord avec l'idée que les gens approuvent le fait que les femmes prennent du TPIg (3,2%), tandis que le Nord (18,8%) et le Centre (11,0%) étaient à peine plus nombreux. Qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme, d'une ville ou d'une campagne, seule une personne sur dix pense que ses voisins approuvent le fait que les femmes prennent le TPIg. Les personnes âgées de 25 à 34 ans étaient les moins nombreuses à le penser (8,6 %) par rapport à leurs homologues qui étaient entre 11,2 % (chez les 45 ans ou plus) et 13,2 % (chez les 35-44 ans). Les personnes ayant reçu une instruction primaire pensaient que les membres de leur communauté approuvaient le fait que les femmes prennent le TPIg dans une plus grande proportion (17,9%) que les personnes n'ayant reçu aucune instruction formelle (7,3%) ou ayant reçu une instruction secondaire ou supérieure (13,5%). Les croyances varient selon le niveau de richesse : environ 9,9 % des personnes du quintile le plus bas et 9,6 % des personnes du quintile moyen croient que la plupart des gens approuvent le fait que les femmes prennent le TPIg, comparativement au deuxième quintile le plus bas (18,4 %) et au quintile le plus élevé (11,6 %).

Perceptions sur 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 éléments portant sur (1) la croyance que les agents de santé font payer le TPIg ; (2) la croyance que les agents de santé traitent leurs clientes enceintes avec respect ; (3) la croyance que les agents de santé proposent toujours la SP à leurs clientes enceintes ; et (4) la croyance que les agents de santé refusent de s'occuper des femmes enceintes qui viennent se faire soigner au cours des deux premiers mois de grossesse. Le pourcentage de personnes d'accord avec chacune de ces affirmations est présenté au [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 dispensent des soins aux

femmes enceintes ; les résultats sont également présentés dans le tableau 3.4.7. Environ un tiers ou moins des répondants de chaque zone (Nord : 28,0% ; Centre : 21,3% ; Sud : 34,7%) étaient d'accord pour dire que les agents de santé font payer les clients pour la PS. Les différences sont minimales entre les hommes (29,7%) et les femmes (28,6%) ou selon l'âge, qui varie de 23,1% chez les 15-24 ans à 32,3% chez les 25-34 ans, ou selon le milieu urbain (28,8%) ou rural (29,0%). Le quintile de richesse moyenne a déclaré dans la plus grande proportion (34,2%) que les agents de santé faisaient payer la PS aux clients, par rapport aux quintiles de richesse les plus faibles (24,3%) ou les plus élevés (27,6%). Huit répondants sur dix (80,6%) pensent que les prestataires de CPN traitent les femmes enceintes avec respect. Cette opinion ne varie pas sensiblement selon la zone, le sexe, le lieu de résidence ou la richesse. Les répondants âgés de 15 à 24 ans étaient légèrement moins susceptibles d'être d'accord (72,8%) que les répondants plus âgés (entre 81,1 et 84,4%).

En ce qui concerne la perception que les agents de santé offrent toujours la SP aux clients de la CPN, moins de personnes dans le Sud (55,3%) que dans le Nord (78,3%) ou le Centre (73,9%) étaient d'accord. Les hommes (71,6%) sont plus d'accord que les femmes (68,0%), et les personnes âgées de 15 à 24 ans sont moins d'accord (60,8%) que leurs homologues plus âgés (entre 70,0 et 72,2%). Les personnes vivant en milieu urbain (67,7 %) sont légèrement moins nombreuses que celles vivant en milieu rural (70,1 %) à être d'accord avec l'énoncé. Le quintile le plus riche a déclaré dans la plus faible proportion (64,9%) qu'il était d'accord pour que la SP soit toujours proposée lors des visites de CPN, par rapport au quintile moyen (70,1%), qui était représenté dans la plus forte proportion. La plupart des participants (80,3%) pense que les agents de santé ne s'occuperaient pas d'une femme enceinte pendant les deux premiers mois de la grossesse. Cette perception était la plus élevée dans le Sud (88,9%) et la plus faible dans le Centre (72,8%). Il n'y avait pas de différences notables entre les sexes (environ 80%). Les personnes âgées de 25 à 34 ans étaient les plus nombreuses à penser que les femmes seraient refusées par les agents de santé (87,0%), tandis que les personnes âgées de 15 à 24 ans étaient moins nombreuses à penser de même (72,6%). Un peu plus de personnes en milieu urbain (82,1 %) étaient d'accord avec cette affirmation que dans les milieux ruraux (78,8 %). Cette perception est également plus fréquente chez les personnes sans instruction formelle (84,4 %), et moins fréquente chez les personnes n'ayant qu'un niveau d'instruction primaire (71,1 %). La perception varie légèrement selon le quintile de richesse, étant la plus faible dans les quintiles inférieurs (entre 75,2 et 78,9 %) et la plus fréquente dans le quintile supérieur (84,2 %).

Communication entre conjoints au sujet de la CPN :

La communication avec le conjoint a été évaluée par le biais de deux éléments connexes : (1) avoir déjà discuté de la CPN avec son conjoint, mesuré parmi tous les répondants en union et (2) avoir discuté de la CPN au cours des deux dernières années parmi les femmes ayant accouché au cours des deux dernières années. Environ un tiers (37,0%) des répondantes ont déclaré avoir déjà discuté de la CPN avec leur conjoint ([tableau 3.4.8](#)). Ce comportement ne varie pas beaucoup selon la zone (Nord : 39,0% ; Centre : 32,2% ; Sud : 37,9%), le sexe (homme : 35,4% ; femme : 37,7%) ou le lieu de résidence (urbain : 38,2% ; rural : 36,0%). Pour les répondants âgés de 15 à 44 ans, en moyenne 38,5% ont déclaré avoir discuté de la CPN avec leur conjoint, tandis que les répondants âgés de 45 ans ou plus ont déclaré la même chose dans des proportions plus faibles (27,0%). Les déclarations des répondants sur ce comportement augmentent légèrement avec le niveau de richesse, du quintile le plus bas (33,1%) au plus haut (45,3%). Parmi les femmes qui ont eu un enfant au cours des deux dernières années, environ un tiers (33,4%) ont déclaré avoir discuté de la CPN avec leur conjoint au cours des deux dernières années. Ce chiffre ne varie pas beaucoup selon la zone, le sexe ou le lieu de résidence, mais se situe toujours autour de 33%. Les

femmes âgées de 45 ans ou plus qui ont eu un enfant au cours des deux dernières années sont moins nombreuses (27,3%) que leurs homologues plus jeunes à déclarer avoir discuté de la CPN avec leur conjoint. Il n'y avait pas de tendance apparente liée au statut de richesse, puisque la proportion la plus faible se trouvait dans le quatrième quintile le plus élevé (29,4%) et la plus élevée dans le quintile le plus élevé (40,4%).

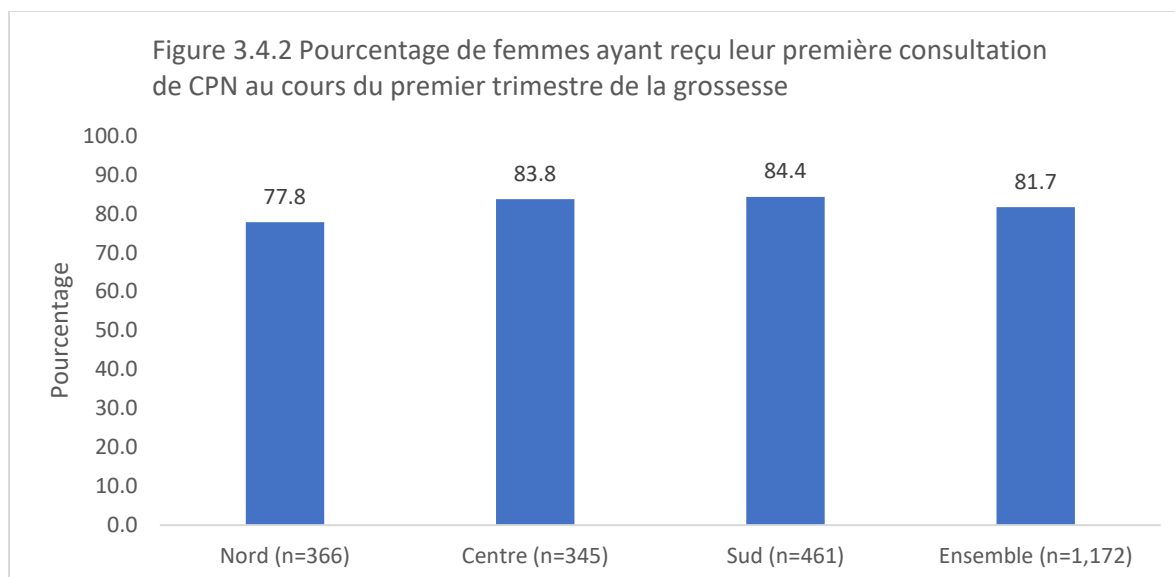
Participation aux décisions concernant la CPN : Les hommes (82,6%) étaient deux fois plus susceptibles que les femmes (41,3%) de déclarer qu'ils participaient généralement aux décisions concernant le moment de la consultation prénatale ([tableau 3.4.9](#)). Pour les femmes, la participation aux décisions relatives aux soins prénatals était moins fréquente dans le Nord (29,1%) que dans le Centre (39,8%) ou le Sud (56,2%). On observe également de légères différences selon le groupe d'âge, le niveau d'instruction, le quintile de richesse et le lieu de résidence entre les hommes et les femmes.

3.4.2 Nombre de CPN

Effectuer Parmi les femmes ayant accouché au cours des deux dernières années, 94,0% ont effectué au moins une visite CPN ([tableau 3.4.10](#)). Environ trois -quarts des femmes (75,7%) ont fait au moins quatre CPN . Le nombre de consultations varie légèrement d'une zone géographique à l'autre : 73,1 % dans le Nord, 81,8 % dans le Centre et 86,9 % dans le Sud.

Le fait d'effectuer au moins quatre (04) CPN pour une naissance survenue au cours des deux dernières années ne varie pas sensiblement en fonction de l'âge, quoique la différence entre les groupes de 15-24 ans (78,7%) et de 45 ans et plus (68,0%). Par contre, le lieu de résidence constitue un facteur à prendre à compte.. Les femmes vivant en milieu urbain (81,9%) ont déclaré avoir effectué au moins quatre CPN, contre 70,6% des femmes vivant en milieu rural. De plus, le fait d'avoir effectué au moins quatre CPN suivait généralement les quintiles de richesse, les femmes du quintile le plus bas déclarant la proportion la plus faible (62,0%) et les femmes du quintile le plus élevé la proportion la plus élevée (91,2%).

Parmi les femmes ayant eu au moins un enfant au cours des deux dernières années, 81,7% d'entre elles ont obtenu leur première consultation de CPN précoce, c'est-à-dire au cours du premier trimestre de la grossesse. On observe de légères variations par zone : 77,8% au Nord, 83,4% au Centre et 84,4% au Sud. (Figure 3.4.2). L'initiation précoce de la CPN était également plus fréquente en milieu urbain (85,6%) qu'en milieu rural (78,4%).



Environ 49,4% des femmes ayant eu un enfant au cours des deux dernières années et ayant effectué au moins une visite de CPN ont déclaré que leur conjoint les avait accompagnées à une visite de soins prénatals. Ce comportement était moins fréquent dans la zone Sud (37,5%) que dans les autres zones (49,4 dans le Nord et 71,6 dans le Centre). Les habitants des zones rurales (50,8%) étaient plus susceptibles de déclarer la présence du conjoint pendant la CPN, par rapport à leurs pairs des zones urbaines (47,7%). Ce comportement n'était pas significativement différent selon le niveau d'instruction : secondaire ou supérieur (52,4%), primaire (50,3%) ou sans instruction (53,8%).

3.4.3 Prise de la Sulfadoxine-Pyrimethamine (SP)

Neuf femmes enceintes sur dix (90,9%) ont reçu au moins une dose de SP pendant la grossesse et environ deux tiers (55,8%) ont reçu trois doses ou plus comme le recommande l'OMS. La proportion de femmes ayant reçu trois doses ou plus variait considérablement d'une zone à l'autre, la plus forte proportion se situant dans le Nord (67,6 %) et la plus faible dans le Sud (47,1 % ; [tableau 3.4.11](#)). Ce résultat était plus élevé chez les femmes ayant bénéficié d'au moins quatre consultations de CPN (61,6%) et ayant reçu leur première CPN au cours du premier trimestre (60,5%). Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans étaient les plus nombreuses à avoir reçu trois doses ou plus (57,0%) par rapport aux femmes âgées de 45 ans et plus (35,3%). Les femmes des quintiles de richesse les plus bas (51,2 %) et moyen (52,0 %) étaient les moins susceptibles d'avoir reçu trois doses ou plus de SP, alors que tous les autres quintiles de richesse ont rapporté entre 56,9% et 62,5% %.

3.4.4 Intentions d'effectuer la CPN pour recevoir la SP

Parmi les femmes qui désirent une grossesse dans les deux prochaines années, 93,3% ont déclaré qu'elles effectuer la CPN tandis que 89,5% ont dit qu'elles prendraient des mesures pour prévenir le paludisme pendant la grossesse. Le moment médian de la première CPN prévue était de 3 mois de gestation. Environ 92% des femmes ont déclaré avoir l'intention d'effectuer leur première CPN au cours du premier

trimestre. Cet indicateur n'a pas varié entre 93,4% dans le Nord et 89,2% dans le Sud ou 94,0% dans le Centre.

Les résultats des modèles de régression logistique à effets mixtes (multiniveaux) montrant les facteurs associés à l'intention de recevoir rapidement des soins prénatals sont présentés au tableau 3.4.12. Les résultats ont montré que, dans l'ensemble, les variables idéationnelles significativement et positivement corrélées avec l'intention de commencer les soins prénatals au cours du premier trimestre sont :

- L'auto-efficacité pour obtenir le TPIg,
- La perception élevée de la gravité du paludisme,
- Les attitudes favorables envers les soins prénatals/le TPIg,
- Le fait d'avoir discuté du paludisme avec un conjoint, un parent ou un ami et
- Le fait d'avoir reçu au moins 4 consultations prénatales.

Plus précisément, le fait d'avoir une perception élevée de l'auto-efficacité pour obtenir le TPIg a plus que quadruplé (RCA : 4,54) les chances d'avoir l'intention de se rendre à une consultation de CPN au cours du premier trimestre. Les personnes qui percevaient le paludisme comme étant grave avaient 2,16 fois plus de chances d'avoir l'intention de commencer la CPN plus tôt que les femmes qui ne percevaient pas le paludisme comme étant grave. Les personnes ayant une attitude favorable à l'égard de la CPN ou ayant déjà bénéficié d'au moins 4 consultations de CPN ont plus que doublé (RCA : 2,41 et 2,85, respectivement) la probabilité d'avoir l'intention de commencer rapidement la CPN pour une prochaine grossesse. Même le fait d'avoir discuté du paludisme avec son conjoint doublait presque la probabilité d'avoir l'intention de commencer rapidement la CPN (RCA : 1,91).

Ni l'âge, ni la richesse, ni l'instruction n'étaient associés à l'intention d'entreprendre une CPN précoce au Bénin. Nous n'avons pas non plus observé de différence significative par zone avec les probabilités d'intention de CPN précoce, ni de regroupement au niveau communautaire.

Si l'on regarde par zone, nos modèles suggèrent des associations limitées entre les facteurs d'intérêt et l'intention de commencer une CPN précoce lors d'une future grossesse. Plus précisément, aucun des facteurs de la zone centrale n'a montré d'association statistiquement significative avec l'intention d'entreprendre des soins prénatals précoces.

Dans la zone Nord, nous constatons que les femmes perçues comme très sensibles au paludisme pendant la grossesse ont 3,70 fois plus de chances que les femmes qui ne se perçoivent pas comme sensibles au paludisme d'avoir l'intention d'entreprendre une CPN précoce. Autrement, ni l'âge, ni la richesse, ni l'instruction, ni les normes perçues, ni l'efficacité n'étaient associés à l'intention d'une CPN précoce dans le Nord.

En examinant les modèles de régression pour la zone Sud, nous constatons davantage d'associations entre divers facteurs et le résultat d'intérêt - l'intention d'une CPN précoce. Plus précisément, le fait d'avoir une connaissance complète de la CPN/TPIg est associé de manière significative à une probabilité 4,93 fois plus élevée d'avoir l'intention de recourir à une CPN précoce lors d'une prochaine grossesse, par rapport aux femmes qui n'ont pas une connaissance complète de la CPN/TPIg. De même, les femmes ayant une perception élevée de la gravité du paludisme étaient associées à une probabilité 3,36 fois plus élevée

d'avoir l'intention de recourir à des soins de CPN précoces lors d'une future grossesse, par rapport aux femmes ayant une faible perception de la gravité du paludisme. Enfin, les femmes qui se considéraient comme capables d'obtenir le TPIg (c'est-à-dire une auto-efficacité élevée) ou qui avaient déjà bénéficié d'au moins 4 consultations de CPN pour une grossesse précédente ont montré des associations statistiquement significatives avec les futures intentions de CPN précoce. Aucune des deux zones n'a démontré un regroupement significatif des intentions de CPN précoce au niveau de la communauté.

Tableau 3.4.12 : Résultats de la régression logistique de l'intention d'obtenir la première consultation de CPN au cours du premier trimestre de la prochaine grossesse

Tableau 3.4.12 : Résultats de la régression logistique à effets mixtes de l'intention d'obtenir une première consultation de soins prénatals au cours du premier trimestre de la prochaine grossesse.								
CORRELATES RCARCA : Rapport de Cote ajusté ES: : Erreur standard	TOUTES LES ZONES		NORTH		CENTRE		SUD	
	RCA	SE	RCA	ES	RCA	ES	RCA	SE
Possède une connaissance approfondie de la CPN/TPIg	1.38	0.482	0.88	0.505	1.19	1.255	4.93**	3.457
La conviction qu'une femme doit se sentir à l'aise pour discuter de la CPN avec son conjoint.	0.86	0.294	0.48	0.297	0.82	0.780	1.49	0.945
A une perception élevée d'auto-efficacité pour obtenir la TPIg	4.54**	2.005	2.67	1.781	1.00	(omis)	16.37** *	12.924
Efficacité perçue de la réponse à la CPN	0.77	0.505	0.40	0.540	1.54	2.845	1.23	1.501
A perçu la gravité du paludisme	2.16*	0.662	2.05	1.045	4.78	4.562	3.36*	2.026
Norme injonctive sur les femmes enceintes qui prennent du SP	1.47	0.580	2.68	2.010	0.42	0.448	1.61	1.248
A des attitudes favorables envers la CPN/TPIg	2.41**	0.773	1.62	0.842	5.39	4.940	3.59	2.346
Perception de la susceptibilité au paludisme pendant la grossesse	1.56	0.532	3.70*	2.316	1.72	1.788	0.57	0.335
Perception de la gravité du paludisme pendant la grossesse	0.52	0.269	0.27	0.315	2.63	2.710	0.11	0.139
Norme descriptive supportant 4 consultations de CPN	0.99	0.386	0.85	0.637	1.18	1.087	1.31	1.007
A des attitudes favorables envers les agents de santé concernant les services TPIg	1.50	0.456	2.22	1.295	1.24	1.015	1.54	0.847
A discuté du paludisme avec son conjoint ou un parent/ami	1.91*	0.560	2.67	1.361	2.44	1.981	2.31	1.382
A reçu au moins 4 consultations de CPN	2.85**	0.928	0.76	0.430	7.51	6.302	16.70** *	10.347
Âge du répondant	0.97	0.024	0.97	0.038	0.97	0.073	1.01	0.050
Le répondant a 3 enfants ou plus	0.74	0.241	0.62	0.341	0.61	0.500	0.42	0.266

Ménage dans le quintile de richesse le plus bas ou l'avant-dernier quintile de richesse	1.08	0.350	0.59	0.319	2.10	1.851	1.71	1.120
Avoir atteint l'enseignement post-primaire	1.16	0.425	0.54	0.338	1.40	1.570	1.20	0.716
Vit en milieu urbain	0.72	0.257	1.04	0.613	0.22	0.253	0.53	0.318
Zone (référence=Nord)			NA		NA		NA	
CENTRALE	1.38	0.623						
SUD	1.39	0.611						
ICC	0.229		0.160		0.620		.	
Nombre d'observations	837		300		248		285	
Notes : * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001								

3.5 Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS)

La chimio-prévention du paludisme saisonnier est un outil de prévention du paludisme recommandé par l'OMS et utilisé dans les pays à forte transmission saisonnière. Les enfants de trois à cinquante mois reçoivent chaque mois pendant trois jours une dose de Sulfadoxine- PYrimethamine / Amodiaquine SP/AQ par des agents de santé communautaires durant la saison de forte transmission du paludisme. En général, le ménage est responsable de l'administration des doses le deuxième et le troisième jour du cycle de trois doses. Au Bénin, la CPS est actuellement mise en œuvre dans six (06) zones sanitaires des départements de l'Atacora et l'Alibori. Le [tableau 3.5.1](#) montre quels départements de la zone Nord reçoivent la CPS. Cette section décrit les résultats comportementaux liés à la CPS et les variables idéationnelles pertinentes.

Normes perçues : Les femmes ayant des enfants de moins de cinq ans et vivant dans des communautés où la CPS est mise en œuvre ([tableau 3.5.1](#)) ont été interrogées sur deux normes descriptives. Dans l'ensemble, une personne interrogée sur trois (65,6 %) est d'accord pour dire qu'au moins la moitié des personnes de leur communauté donnent à leurs enfants les trois doses recommandées laissées par l'administrateur des médicaments de la CPS. ([tableau 3.5.1a](#)). Les femmes âgées de 45 ans ou plus étaient d'accord dans des proportions nettement plus élevées (84,7%) que les femmes de tout autre groupe d'âge (entre 61,3% des femmes âgées de 35 à 44 ans et 67,4% des femmes âgées de 25 à 34 ans). Une plus grande proportion de femmes en milieu urbain (77,1 %) qu'en milieu rural (61,7 %) étaient d'accord pour dire qu'au moins la moitié des personnes de leur communauté donnent à leurs enfants toutes les doses de médicaments que l'administrateur des médicaments de la CPS leur laisse. Une plus grande proportion de femmes sans instruction formelle (79,6%) que de femmes ayant un niveau d'instruction primaire (45,1%) ou secondaire ou plus (58,9%) sont d'accord avec cette affirmation. De même, ce sont les femmes du quintile le moins riche (76,8 %) qui sont le plus souvent d'accord avec la norme selon laquelle plus de la moitié des gens donnent à leurs enfants tous les médicaments laissés par l'administrateur des médicaments de la CPS, par rapport au quintile moyen (58,7 %) ou au quintile le plus riche (73,7 %).

En ce qui concerne l'administration des médicaments aux enfants de plus de cinquante-neuf (59) mois pour prévenir le paludisme pendant la saison des pluies, moins de la moitié des femmes interrogées (40,3%) sont d'accord pour dire que le médicament CPS est donné à des enfants hors cibles. ([tableau 3.5.1a](#)). Une plus grande proportion de femmes âgées de 45 ans ou plus (67,9%) sont d'accord avec cette affirmation que tout autre groupe d'âge (allant de 35,2% des femmes âgées de 15 à 24 ans à 67,4% des femmes âgées de 25 à 34 ans). La moitié des femmes en milieu urbain (52,5%) contre seulement 36,0% des femmes en milieu rural. Il ne semble pas y avoir de variation substantielle liée au niveau d'instruction formelle (38,4 % des femmes ayant une instruction formelle secondaire ou supérieure sont d'accord). En revanche, on observe une variation importante en fonction du niveau de richesse. Les femmes du quintile de richesse le plus élevé (60,8 %) sont d'accord pour dire que les médicaments de CPS étaient administrés aux enfants pour lesquels ils n'étaient pas recommandés, alors que les femmes du quintile de richesse moyen (29,0 %) étaient proportionnellement moins nombreuses à être d'accord.

Comportements liés à la CPS : parmi les répondants éligibles - les femmes s'occupant d'un enfant de moins de cinq ans - 96,6% ont déclaré qu'un administrateur des médicaments de la CPS avait fourni des doses de médicaments de la CPS à leur enfant lors de la dernière visite du ménage ([tableau 3.5.2](#)). Les femmes

âgées de 15 à 44 ans ont presque toutes déclaré que l'administrateur des médicaments de la CPS leur avait fourni des doses de CPS, mais seulement 78,7% des femmes âgées de 45 ans ou plus ont déclaré la même chose. Il n'y avait pas de différences substantielles entre le lieu de résidence, l'instruction ou la richesse. En ce qui concerne la question de savoir si l'administrateur des médicaments de la CPS observait l'enfant qui prenait le médicament CPS, comme c'est la politique au Bénin, neuf femmes sur dix ont répondu par l'affirmative. Il y avait des variations mineures en fonction de l'âge, de l'instruction et de la richesse ([tableau 3.5.2](#)). De même, 96,6% des femmes ont déclaré que lors de la dernière visite à domicile d'un administrateur des médicaments de la CPS, leur enfant a pris la première dose de médicament sous l'observation du distributeur, ou que le médicament a été laissé et donné à l'enfant plus tard, par la personne en charge. Une fois encore, une plus faible proportion de femmes âgées de 45 ans ou plus étaient d'accord avec cette affirmation, par rapport aux groupes d'âge plus jeunes qui étaient presque tous d'accord. Il n'y avait pas non plus de différence substantielle concernant le lieu de résidence, le niveau d'instruction ou la richesse.

Connaissance de la CPS : la connaissance d'un médicament administré aux enfants de moins de cinq ans pour prévenir le paludisme pendant la saison des pluies était presque universelle (95,3%) parmi les femmes s'occupant d'un enfant de moins de cinq ans dans les zones éligibles où la campagne CPS est mise en œuvre ([tableau 3.5.3](#)). Presque toutes (99,9%) les femmes âgées de 15 à 24 ans ont entendu parler de ce médicament, alors que seulement 86,1% des femmes âgées de 45 ans ou plus en ont entendu parler. Il n'y avait pas de différences substantielles entre le lieu de résidence, le niveau d'instruction ou la richesse. Pour la question suivante sur les connaissances (si les répondants savaient combien de jours par mois, pendant la saison des pluies, les enfants doivent prendre le médicament pour prévenir le paludisme), on a également demandé aux hommes. Dans l'ensemble, 77,3% des répondants connaissent le nombre correct de jours, mais cela varie selon le sexe (hommes : 67,8% ; femmes : 80,5%). Une plus grande proportion de personnes âgées de 25 à 34 ans (86,7%) connaît le nombre correct de jours, contre seulement 69% des personnes âgées de 15 à 24 ans ou de 35 à 44 ans (76,4%). Une plus grande proportion de personnes ayant un niveau d'instruction primaire (91,3 %) que de personnes sans instruction (65,8 %) ou ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur (72,8 %) connaît le nombre correct de jours. Si l'on considère la richesse, les répondants de la classe de richesse la plus basse (82,8 %) sont plus susceptibles de connaître le nombre correct de jours que les autres quintiles de richesse, y compris le quatrième quintile, qui est proportionnellement le plus bas (68,1 %).

Attitudes à l'égard de la CPS : dans l'ensemble, la majorité (96,8 %) des répondants ont des attitudes favorables à l'égard de la CPS ([tableau 3.5.4](#)). Si l'on examine chaque élément, neuf répondants sur dix (89,3%) pensent que les dirigeants de leur communauté soutiennent la distribution des médicaments de la CPS pour prévenir le paludisme chez les enfants âgés de 3 à 59 mois pendant la saison des pluies. Il ne semble pas y avoir de variation substantielle selon le sexe, le lieu de résidence ou la richesse. Proportionnellement, moins de personnes ayant un niveau d'instruction formelle secondaire ou supérieure (81,9%) croyaient en cette affirmation, par rapport aux personnes sans instruction formelle (93,3%) ou ayant un niveau d'instruction primaire (97,0%). Seuls 14,1% des répondants sont d'accord pour dire qu'il ne serait plus nécessaire de dormir sous une moustiquaire pendant la saison des pluies après que l'enfant a reçu la CPS. Quant à savoir si les parents des communautés où la CPS est mise en œuvre se sentent obligés d'accepter les médicaments offerts par les administrateurs des médicaments de la CPS, seuls 38,4% sont d'accord. Proportionnellement, plus de répondants en milieu urbain (50,5%) qu'en milieu

rural (34,1%) pensent que les parents se sentent obligés de le faire. Les quintiles de richesse les plus bas et les plus élevés sont proportionnellement égaux (quintile le plus bas : 50,4% ; quintile le plus haut : 49,9%), alors que le quintile moyen est proportionnellement le plus bas à déclarer que les parents de leur communauté se sentent obligés d'accepter le médicament (29,4%). La plupart des répondants (92,3%) pensent que les enfants en bonne santé devraient toujours prendre le médicament pour prévenir le paludisme pendant la saison des pluies. Il y avait peu de variation selon le sexe, le lieu de résidence, l'instruction ou la richesse. Environ un quart (26,6%) des répondants pensent que les médicaments de la CPS distribués pour prévenir le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans pendant la saison des pluies rendraient les enfants malades. Par contre les jeunes âgés de 15 à 24 ans (21,7%) croient le contraire (33,7% des personnes âgées de 45 ans ou plus). Les répondants en milieu urbain sont proportionnellement plus nombreux (39,1%) à croire cela que ceux en milieu rural (22,2%). De même, proportionnellement moins de répondants du quintile de richesse le plus bas (19,3%) que de répondants du quintile de richesse le plus élevé (36,2%) croient que le médicament de la CPS rendrait les enfants malades. Seulement 9,4% des personnes interrogées pensaient que les distributeurs de médicaments de la CPS faisaient payer les ménages pour ce médicament. Les hommes (14,5%) sont plus nombreux que les femmes (7,6%) à le penser. Les jeunes sont proportionnellement moins nombreux que les personnes plus âgées à croire que les distributeurs font payer les parents. Les résidents urbains sont plus nombreux (13,6 %) que les résidents ruraux (7,9 %) à croire que les distributeurs font payer le médicament. La croyance selon laquelle il est important de donner aux enfants toute dose de médicaments de la CPS restant chez le distributeur était élevée (94,6%). Les répondants plus jeunes étaient moins susceptibles (90,0%) que leurs homologues plus âgés (98,0%) de le croire. Il n'y avait pas de différences majeures entre le lieu de résidence, l'instruction ou la richesse.

Efficacité perçue de la réponse de la CPS : l'indicateur d'efficacité de la réponse était composé de deux éléments : la conviction que le médicament administré aux enfants pendant la saison des pluies est efficace pour prévenir le paludisme et que le médicament ne sera pas efficace si les enfants ne suivent pas le traitement complet comme indiqué par le distributeur ([tableau 3.5.5](#)). Dans l'ensemble, 87,6% des répondants ont perçu la CPS comme efficace pour prévenir le paludisme. Un nombre proportionnellement plus élevé de répondants (97,0%) pensait que le CPS est efficace pour prévenir le paludisme, alors que seulement 86,5% des répondants pensaient que la CPS était moins efficace si un cours incomplet était suivi. Les différences entre le sexe, l'âge, l'instruction ou la richesse étaient minimales ([tableau 3.5.5](#)).

Perception des agents de santé par rapport à la CPS : La perception des agents de santé par rapport à la distribution de la CPS était composée de trois variables ([Table 3.5.7](#)). Dans l'ensemble, 95,7 % des répondants avaient une perception favorable des agents de santé responsables de la distribution des médicaments de la CPS dans leur communauté. Il n'y avait pas de différences substantielles selon le sexe, l'âge ou le lieu de résidence. Les personnes ayant un niveau d'instruction formelle primaire (90,0%) étaient proportionnellement moins nombreuses que les autres catégories d'instruction à avoir des attitudes favorables. Les personnes appartenant au quintile de richesse le plus élevé sont proportionnellement moins nombreuses (88,7 %) à avoir des attitudes positives par rapport aux autres quintiles de richesse. Neuf personnes interrogées sur dix pensent que du personnel sera disponible dans les établissements de santé pour la CPS en cas de besoin. Seuls 5,8% des répondants ont préféré ne pas accéder aux services de santé pendant la saison des pluies. Enfin, neuf répondants sur dix ont indiqué que les agents de santé

communautaires viennent plusieurs fois pendant la saison des pluies pour administrer les médicaments qui préviennent le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.

3.6 Moustiquaires Imprégnées d’Insecticides à Longue Durée (MIILD)

Les résultats des analyses des variables idéationnelles liées à l'utilisation des MIILD sont présentés dans le [tableau 3.6.1a](#). Le tableau présente également la manière dont ces variables varient selon les groupes sociodémographiques. Sept variables idéationnelles sont examinées, notamment la connaissance du fait que les moustiquaires aident à prévenir le paludisme, les attitudes à l'égard des moustiquaires, la croyance qu'une personne peut faire quelque chose pour prolonger la durée de vie de ses moustiquaires et l'efficacité perçue des moustiquaires. Les autres variables idéationnelles examinées comprennent l'auto-efficacité perçue pour utiliser les moustiquaires de façon constante, la perception que l'utilisation des moustiquaires est une norme communautaire et la perception que les gens de leur communauté soutiendraient leur utilisation des moustiquaires. Les questions utilisées pour évaluer chaque variable sont énumérées au [tableau 3.6.1b](#).

Connaissance du fait que les moustiquaires aident à prévenir le paludisme : La connaissance déclarée que les moustiquaires sont une méthode de prévention du paludisme était presque universelle (98,0 % ; [tableau 3.6.1a](#)). Il n'y avait pas de différences notables selon la zone géographique, le sexe, l'âge, le lieu de résidence, le niveau d'instruction ou la richesse.

Attitudes envers les moustiquaires : Cette variable idéationnelle a été évaluée par neuf questions ([tableau 3.6.1b](#)). Seuls environ deux tiers (66,0%) des répondants avaient des attitudes favorables envers les moustiquaires, avec peu de différence entre les hommes (64,6%) ou les femmes (66,5%), que ce soit en milieu urbain (66,3%) ou rural (65,8%). Cependant, en regardant par zone, nous voyons quelques différences. Seule la moitié environ (52,9%) des personnes du Nord avaient une attitude favorable à l'égard des moustiquaires, contre environ les trois quarts des personnes du Sud (74,9%) ou du Centre (75,6%). Nous constatons également certaines différences en matière d'instruction, les personnes sans instruction formelle (71,0%) étant les plus favorables aux moustiquaires, par rapport à leurs homologues ayant une instruction primaire (55,1%) ou une instruction secondaire ou supérieure (64,3%). Nous constatons également quelques différences mineures en relation avec le statut économique. Plus de personnes du quintile le plus pauvre (70,2%) avaient une attitude favorable envers les moustiquaires que de personnes de tout autre quintile de richesse, y compris le quintile le plus riche (63,2%), qui représentait la plus faible proportion de personnes ayant une attitude favorable envers les moustiquaires.

Croyance qu'il y a des choses qu'une personne peut faire pour prolonger la durée de vie de ses moustiquaires : Moins d'un tiers de la population étudiée (28,1 %) croyait qu'une personne pouvait prolonger la durée de vie de ses moustiquaires en prenant certaines mesures ([tableau 3.6.1a](#)). La plus faible proportion de personnes qui pensaient pouvoir prolonger la durée de vie de leurs moustiquaires se trouvait dans la zone centrale (17,7%), contre 31,8% dans le Nord. Il n'y avait pas de différences substantielles selon le sexe, le lieu de résidence, le niveau d'instruction ou l'âge. Seulement 23,8% des personnes appartenant au quatrième quintile de richesse le plus élevé pensaient pouvoir prolonger la durée de vie de leur moustiquaire, contre 30,4% (la proportion la plus élevée) des personnes appartenant au quintile de richesse le plus bas qui pensaient pouvoir prolonger la durée de vie de leur moustiquaire.

Réponse-efficacité perçue des moustiquaires : Trois questions ont permis d'opérationnaliser le concept de l'efficacité perçue des moustiquaires (voir le tableau 3.6.1b). Un peu plus de la moitié (58,9 %) de la population étudiée croyait en l'efficacité de la réponse des moustiquaires (tableau 3.6.1a). La proportion la plus faible se trouvait dans le Nord (47,6 %) et la plus élevée dans le Sud (69,4 %). Ni le sexe (hommes : 60,8 % ; femmes : 58,3%) ni le lieu de résidence (urbain : 59,2% ; rural : 58,7%) ne variaient sensiblement. Entre 51,9% des jeunes âgés de 15 à 24 ans et 63,7% des adultes âgés de 45 ans ou plus percevaient l'efficacité des moustiquaires. Moins de la moitié des personnes n'ayant qu'un niveau d'instruction formelle primaire (45,1%) percevaient les moustiquaires comme efficaces contre le paludisme, contre 68,9% des personnes n'ayant pas d'instruction formelle ou 53,1% des personnes ayant une instruction secondaire ou supérieure. Il n'y avait pas de tendance apparente par rapport au statut de richesse, le quintile de richesse moyen (54,7 %) détenant la proportion la plus faible de réponse-efficacité perçue des moustiquaires et le quintile de richesse suivant représentant la proportion la plus élevée (63,4 %).

Perception de l'auto-efficacité pour utiliser les moustiquaires de manière cohérente : Ce concept, défini comme la confiance dans la capacité d'une personne à utiliser des moustiquaires, a été dérivé à partir de quatre questions (tableau 3.6.1b). La majorité (93,2%) des répondants étaient confiants dans leur capacité à utiliser les moustiquaires de façon constante (tableau 3.6.1a). Les seules variations substantielles de cette variable étaient par zone (Nord : 90,7% ; Centre : 94,6% ; Sud : 95,2%) et par richesse (quintile inférieur : 91,4% ; quintile supérieur : 96,0%).

Norme descriptive concernant les moustiquaires : Ce concept fait référence à la perception que l'utilisation des moustiquaires est une norme communautaire. Environ sept personnes sur dix dans la population étudiée (69,0 %) croyaient que l'utilisation de moustiquaires était une norme dans leur communauté (tableau 3.6.1a). Plus de personnes dans le Nord (72,3 %) que dans le Centre (64,7 %) ou le Sud (67,8 %) croyaient que l'utilisation des moustiquaires était une norme. Il n'y avait pas de différences substantielles entre les sexes. Les personnes interrogées en milieu urbain (71,0 %) croyaient que l'utilisation des moustiquaires était la norme dans la communauté dans une plus grande proportion que les personnes en milieu rural (67,3 %). Il n'y avait que de légères différences selon l'âge (la proportion la plus faible étant celle des personnes âgées de 45 ans et plus (64,6%) et la plus élevée celle des personnes âgées de 35 à 44 ans (73,4%)). Les personnes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur (69,1%) pensaient que l'utilisation des moustiquaires était la norme dans la communauté dans la plus faible proportion, par rapport aux personnes ayant un niveau d'instruction formelle primaire représentant la plus forte proportion (73,2%). Il n'y avait que des différences minimales entre les quintiles de richesse, où la proportion la plus faible de personnes pensant que l'utilisation des moustiquaires était une norme communautaire se trouvait dans le quintile de richesse moyen (66,7%) et la proportion la plus élevée dans le quintile de richesse le plus élevé (71,0%).

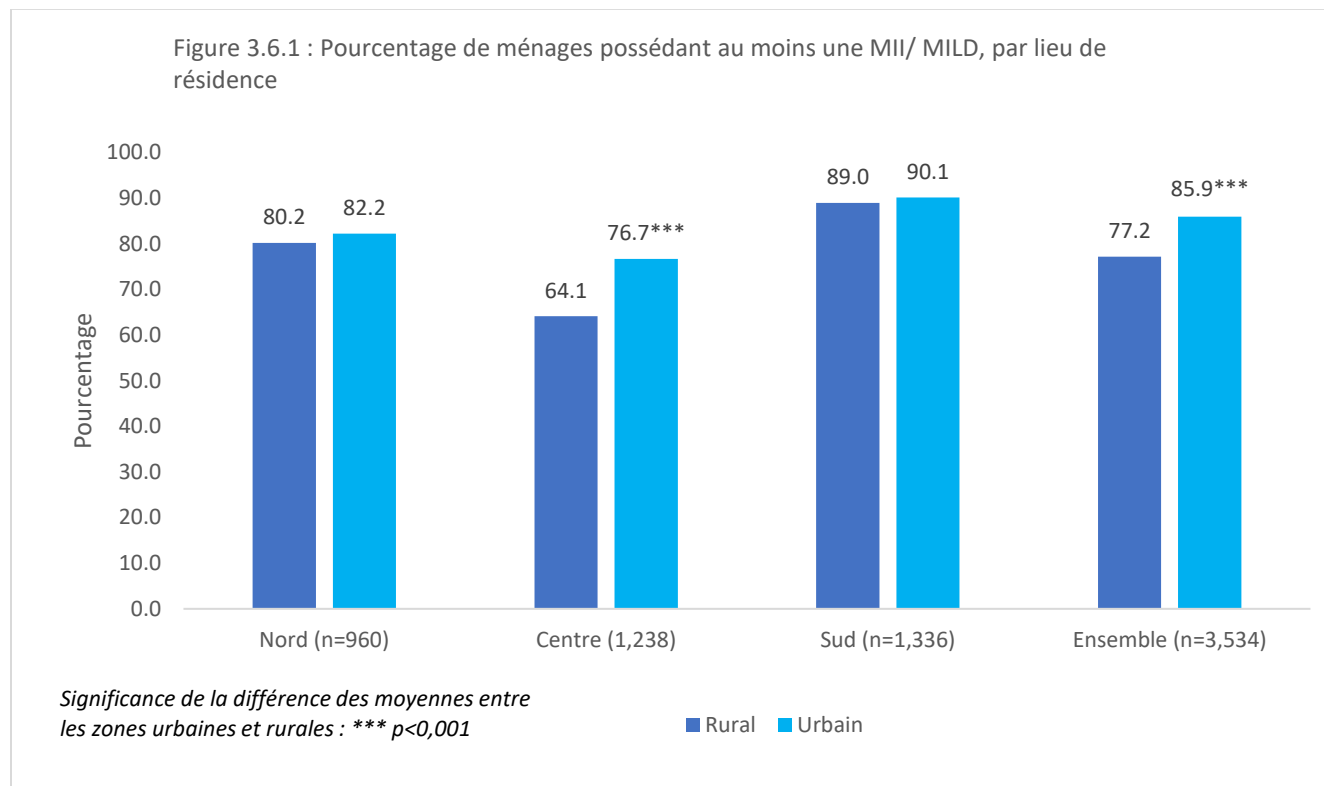
Norme injonctive concernant les moustiquaires : Cette variable est définie comme la perception que les personnes de leur communauté critiqueraient leur utilisation de moustiquaires. Presque personne (2,2%) ne pensait qu'il serait critiqué s'il utilisait une moustiquaire. Il n'y avait pas de différences substantielles entre les mesures socio-démographiques, telles que le sexe, l'âge, l'instruction ou la richesse.

3.6.2 Accès et utilisation des MIILD

Possession de MIILD par les ménages

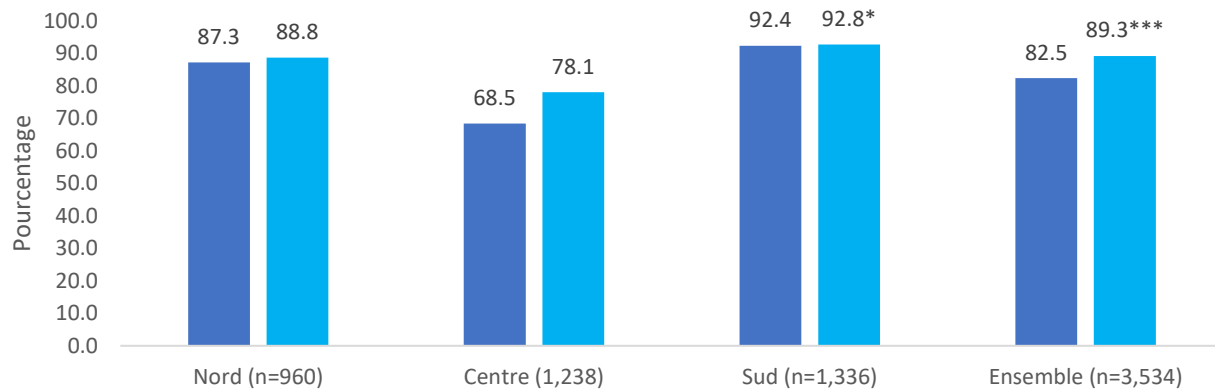
Environ quatre ménages sur cinq (81,1 %) possédaient au moins une MII (tableau 3.6.2). Les ménages du Centre (67,9 %) étaient proportionnellement moins nombreux à disposer d'une MII que ceux du Nord

(80,8 %) ou du Sud (89,7 %). Les ménages urbains (85,9 %) étaient proportionnellement plus nombreux que les ménages ruraux (77,2 %) à disposer d'une MIILD, et cette tendance suivait le niveau de richesse, puisqu'une plus faible proportion de ménages du quintile de richesse le plus faible (75,4 %) disposait d'une MII par rapport au quintile de richesse le plus élevé (89 %).



Pres de 9 ménages sur 10 (85,6%) disposaient d'un nombre suffisant de moustiquaires pour leurs membres, c'est-à-dire qu'ils possédaient au moins une MIILD pour deux personnes dans le ménage (couverture des moustiquaires du ménage ; figure 3.6.2 et tableau 3.6.2). Proportionnellement, moins de ménages en milieu rural (82,5%%) possédaient au moins une MII pour deux personnes ayant passé la nuit précédente dans le ménage, contre 89,3%% des ménages en milieu urbain. Les ménages des quintiles de richesse supérieurs ont déclaré avoir au moins une MII pour deux personnes dans des proportions plus élevées que les quintiles de richesse inférieurs (quintile inférieur : 79,7%% ; quintile supérieur : 90,0%%).

Figure 3.6.1: Pourcentage de ménages disposant d'au moins une MII/ MILD pour deux personnes dans le ménage, par lieu de résidence



Significance de la différence des moyennes entre les zones urbaines et rurales: *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < 0.05$

■ Rural ■ Urbain

Caractéristiques des moustiquaires disponibles

Sur les 6 608 moustiquaires recensées dans les ménages enquêtés, 92,1% étaient des moustiquaires imprégnées d'insecticide (tableau 3.6.3a). Dans le Centre et le Sud, la majorité des moustiquaires (95,8% et 89,6%, respectivement) étaient bleues, tandis que 66,1% des moustiquaires dans le Nord étaient blanches. Globalement, 80,2% des moustiquaires ont été reçues lors d'une campagne de distribution de masse et 9,0% lors d'une visite de CPN. Dans l'ensemble, 64,9% de ces moustiquaires étaient plus récentes que 36 mois. Les moustiquaires recensées dans le Centre étaient proportionnellement plus susceptibles d'avoir plus de 36 mois (45,7%) que dans les autres zones (41,8% dans le Nord ; 24,7% dans le Sud).

Presque toutes les moustiquaires recensées (92,9%) ont été utilisées la nuit précédant l'enquête, sans différence notable entre les zones, urbaines ou rurales, ou selon le niveau de richesse. Proportionnellement, moins de moustiquaires (82,2%) ont été utilisées chaque nuit au cours de la semaine écoulée, la zone sud ayant enregistré un taux proportionnellement plus élevé (88,0%) que le centre (83,5%) ou le nord (75,0%).

Pratiques d'entretien des MIILD

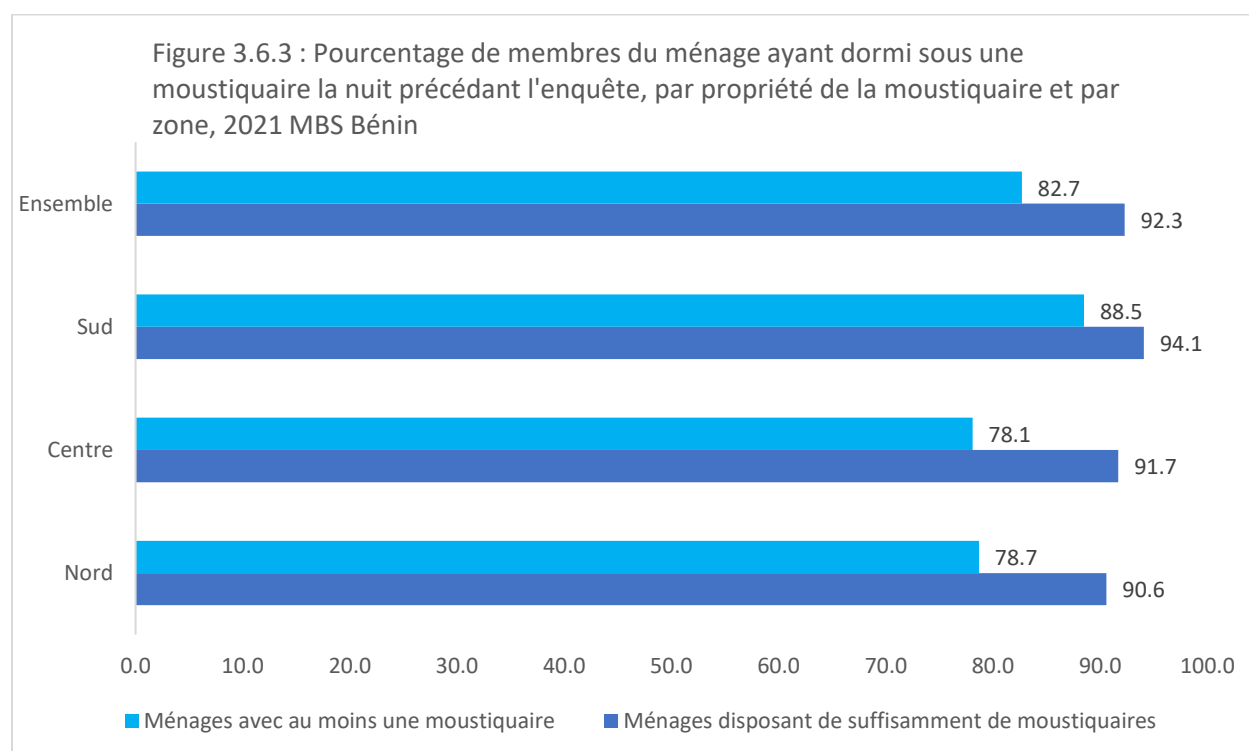
Environ quatre moustiquaires sur cinq (81,2%) avaient déjà été lavées (tableau 3.6.4), la proportion la plus faible étant observée dans le Nord (74,0%). La majorité (69,4%) des moustiquaires ont été lavées avec du savon en barre, et proportionnellement moins (26,7%) avec du détergent. Près des deux tiers (64,1%) des moustiquaires qui avaient été lavées ont été séchées à l'extérieur au soleil, contre 34,2% qui avaient été séchées à l'ombre. Ces tendances étaient les mêmes dans toutes les zones géographiques, avec de légères variations dans les proportions.

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 (67,8%) ont été trouvées simplement suspendues au-dessus de

l'espace de couchage, tandis que seulement 17,5% ont été trouvées enroulées ou attachées au-dessus de l'espace de couchage. Certaines (7,5 %) ont été trouvées non suspendues, mais non rangées non plus. Le Sud était plus susceptible (19,1%) que le Nord (17,2%) ou le Centre (14,0%) d'avoir plié ou attaché la moustiquaire.

Utilisation de moustiquaires par les membres du ménage

Dans les ménages possédant au moins une moustiquaire, moins de la moitié (40,5 %) ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête ([tableau 3.6.5](#)). Proportionnellement, plus de membres des ménages dans le Sud (88,5%) ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédente que dans le Nord (78,7%) ou le Centre (78,1%). Les différences entre les zones étaient minimales en ce qui concerne l'âge, le sexe, le lieu de résidence et la richesse.



Lorsque l'analyse se limite aux ménages disposant de suffisamment de moustiquaires pour les membres du ménage, les données montrent qu'un peu plus de neuf répondants sur dix (92,3%) ont déclaré avoir dormi sous une moustiquaire la nuit précédente, sans différence substantielle entre les zones géographiques, le sexe, le milieu de résidence ou le quintile de richesse ([tableau 3.6.6](#)).

Rapport 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 rapport utilisation/accès des MILD est supérieur à 1,00 lorsqu'il existe une tendance dans la population à

ce que plus de deux personnes dorment sous une moustiquaire. Comme l'indicateur est 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 programmeurs CSC une meilleure mesure de l'utilisation des moustiquaires due à un problème comportemental ou à un nombre insuffisant de moustiquaires. Les calculs présentés dans ce rapport utilisent la méthodologie proposée par Koenker & Killian, 2014.¹⁵

Dans l'ensemble, le rapport utilisation/accès était de 0,89 (tableau 3.6.7). Ce résultat suggère que ce n'est pas toutes les personnes ayant accès à une moustiquaire qui en utilisent une, et indique donc qu'il est possible d'améliorer les facteurs liés à l'utilisation des moustiquaires afin d'influencer positivement les individus et les ménages à dormir sous les moustiquaires dont ils disposent. L'indicateur variait relativement d'une zone géographique à l'autre, plus élevée au Sud (0,93) qu'au Nord (0,85). Il n'y avait pas de différences substantielles entre les zones urbaines ou rurales, ou entre les classes de richesse dans les deux zones. Nous pouvons cependant constater que la zone centrale présente globalement une utilisation et un accès au réseau plus faibles que le Nord ou le Sud, mais que le ratio utilisation-accès qui en résulte est un peu plus élevé que celui de la zone

Utilisation cohérente de la MILD

Dans cette section, nous examinons l'utilisation régulière des moustiquaires (définie comme l'utilisation de moustiquaires chaque nuit au cours de la dernière semaine) parmi les femmes et les hommes qui ont été interrogés individuellement. Nous avons calculé cet indicateur pour les ménages possédant au moins une moustiquaire et pour les ménages possédant suffisamment de moustiquaires pour les membres du foyer. Dans les ménages disposant d'au moins une moustiquaire, la majorité (84,4%) des soignants ont déclaré utiliser régulièrement les moustiquaires. Les différences par zone étaient telles que l'utilisation régulière était plus courante dans le Sud (91,9%) que dans le Centre (85,0%) ou le Nord (75,8% ; tableau 3.6.8). Il n'y avait pas de différences substantielles selon l'âge, le sexe ou la présence d'un enfant de moins de cinq ans dans le ménage. Une plus grande proportion de personnes s'occupant d'enfants dans les milieux urbains (87,4 %) ont déclaré une utilisation régulière par rapport aux milieux ruraux (81,5 %). Le deuxième quintile de richesse le plus bas représentait la plus faible proportion (79,4 %), tandis que le quintile de richesse le plus élevé représentait la plus forte proportion (88,3 %).

Dans les foyers disposant d'un nombre suffisant de moustiquaires (c'est-à-dire une moustiquaire pour deux personnes dans le foyer), 85,3% des soignants ont déclaré utiliser régulièrement des moustiquaires, ce qui reflète étroitement la proportion de soignants dans les foyers disposant d'au moins une moustiquaire. Les tendances sociodémographiques reflétaient également de près celles des ménages disposant d'au moins une moustiquaire, en termes de sexe, d'âge, de résidence et de richesse.

Le tableau 3.6.9 présente les résultats d'un modèle de régression logistique multiniveau qui évalue les associations entre l'usage constant et les déterminants sociodémographiques, idéationnels et du ménage. En outre, parce que nous soupçonnions qu'il peut y avoir des variables non mesurées fonctionnant au niveau de la communauté qui sont associées à l'utilisation des moustiquaires, nous avons également estimé des effets aléatoires au niveau de la grappe. Quatre modèles ont été estimés (un pour toutes les

¹⁵ Koenker H, Kilian A (2014) Recalculating the net use gap : a multi-country comparison of ITN use versus ITN access PloS One 9:e97496. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097496>

zones combinées et un pour chacune des trois zones) et les analyses ont été limitées aux ménages possédant au moins une moustiquaire.

Si l'on considère les trois zones combinées, on constate une association statistiquement significative entre l'utilisation constante d'une moustiquaire dans la zone Sud, où les chances d'utiliser une moustiquaire de manière constante étaient doublées par rapport à la zone Nord (RCA : 2,05 ; $p < 0,01$). Nous n'avons pas observé de relation significative dans le Centre par rapport au Nord. Les femmes avaient 46% plus de chances de déclarer utiliser régulièrement une moustiquaire, par rapport aux hommes. Par ailleurs, la plupart des variables sociodémographiques, telles que l'âge, le lieu de résidence ou l'instruction, n'ont pas montré d'association statistiquement significative avec l'utilisation systématique des moustiquaires. Les personnes vivant dans des ménages appartenant au quintile de richesse le plus bas ou à l'avant-dernier quintile de richesse avaient une probabilité statistiquement plus faible (RCA : 0,74 ; $p < 0,05$) de déclarer une utilisation systématique des moustiquaires par rapport aux personnes vivant dans des ménages n'appartenant pas aux quintiles de richesse les plus bas. Nous n'avons pas constaté d'association significative entre la consommation de médias (c'est-à-dire la télévision ou la radio) et l'utilisation systématique de moustiquaires lorsque nous avons examiné les trois zones combinées. Cependant, les personnes qui ont déclaré avoir été exposées à des messages sur le paludisme, quel que soit le média, avaient 32% de chances supplémentaires de déclarer une utilisation systématique des moustiquaires. Les personnes vivant dans des ménages disposant d'au moins une moustiquaire pour deux membres avaient 3,41 fois plus de chances ($p < 0,001$) de déclarer une utilisation systématique des moustiquaires, par rapport aux ménages ne disposant pas d'un nombre suffisant de moustiquaires.

En ce qui concerne les facteurs idéationnels, nous constatons plusieurs associations statistiquement significatives avec l'utilisation systématique des moustiquaires. Un exemple intéressant est que parmi les personnes qui savent que les piqûres de moustiques sont la seule cause du paludisme, elles ont 50% de chances en moins d'utiliser une moustiquaire de manière systématique par rapport aux personnes qui ne savent pas que les piqûres de moustiques sont la seule cause du paludisme. Il n'est pas surprenant que les personnes qui ont une attitude favorable envers les moustiquaires aient une probabilité significativement plus élevée d'utiliser systématiquement une moustiquaire (RCA : 2,95 ; $p < 0,001$). Les personnes qui pensent qu'il y a des mesures à prendre pour que les moustiquaires durent plus longtemps (comme les laver ou les ranger correctement) ont 42% plus de chances de déclarer une utilisation régulière des moustiquaires que les personnes qui ne pensent pas qu'il y a des mesures à prendre pour que les moustiquaires durent plus longtemps. Il est prometteur de constater que, par rapport aux personnes qui ne savaient pas que les moustiquaires contribuaient à prévenir le paludisme, les personnes qui savaient que les moustiquaires contribuaient à prévenir le paludisme avaient 2,23 fois plus de chances ($p < 0,05$) de déclarer utiliser régulièrement les moustiquaires. La susceptibilité perçue au paludisme augmentait de 48% la probabilité d'une utilisation régulière des moustiquaires par rapport aux personnes qui ne pensaient pas être sensibles au paludisme. La croyance en la norme injonctive - selon laquelle les gens approuveraient l'utilisation des moustiquaires - a augmenté la probabilité d'une utilisation régulière des moustiquaires de 78% par rapport aux personnes qui ne pensaient pas recevoir l'approbation des membres de leur communauté pour utiliser une moustiquaire. Nous ne constatons pas d'effets significatifs au niveau de la communauté concernant l'utilisation systématique des moustiquaires qui pourraient indiquer la présence de facteurs non mesurés affectant l'utilisation systématique des moustiquaires lorsque l'on considère toutes les zones combinées.

Si l'on examine les modèles spécifiques aux zones, on constate qu'ils suivent les mêmes tendances que le modèle global, avec toutefois quelques différences par zone en ce qui concerne les facteurs sociodémographiques ou idéologiques qui sont associés de manière significative à l'utilisation systématique des moustiquaires. Dans chacune des trois zones, les attitudes favorables, la perception que les autres membres de la communauté approuvent l'utilisation des moustiquaires et les ménages qui possèdent au moins une moustiquaire pour deux membres sont associés de manière significative à l'utilisation systématique des moustiquaires, comme dans le modèle global. Parmi d'autres facteurs, nous commençons à voir des nuances entre les zones. Par exemple, la croyance qu'il existe des mesures à prendre pour que la moustiquaire dure plus longtemps était significativement associée à l'utilisation régulière des moustiquaires dans le Nord (RCA : 2,15 ; $p < 0,01$) et le Sud (RCA : 1,93 ; $p < 0,05$), mais elle n'était pas associée au résultat dans le Centre. Une perception élevée de la gravité du paludisme augmentait significativement la probabilité d'une utilisation systématique des moustiquaires dans le Centre (RCA : 1,54 ; $p < 0,01$) mais pas dans le Nord ou le Sud. En revanche, une perception élevée de la susceptibilité au paludisme était significativement associée à l'utilisation systématique des moustiquaires dans le Nord (RCA : 1,60 ; $p < 0,05$) et le Sud (RCA : 1,82 ; $p < 0,01$) mais pas dans le Centre. En ce qui concerne les données sociodémographiques, chaque année d'augmentation de l'âge était significativement associée à une diminution de 2% de la probabilité de déclarer une utilisation régulière des moustiquaires dans le Sud (RCA : 0,98 ; $p < 0,05$), mais il n'y avait aucune relation dans le Nord ou le Centre. Les femmes avaient des chances statistiquement significativement plus élevées de déclarer une utilisation régulière des moustiquaires par rapport aux hommes dans le Centre (RCA : 1,80 ; $p < 0,05$) et le Sud (RCA : 2,19 ; $p < 0,001$), mais il n'y avait pas de telle relation dans le Nord. Ce n'est que dans le Nord que la richesse a montré une relation avec l'utilisation systématique des moustiquaires ; les maisons dans le quintile de richesse le plus bas ou l'avant-dernier quintile avaient 50% de chances en moins de déclarer une utilisation systématique par rapport aux ménages du Nord qui étaient dans des quintiles de richesse plus élevés. En ce qui concerne l'exposition aux médias et l'utilisation systématique des moustiquaires, ni l'exposition générale aux messages sur le paludisme ni le fait de regarder régulièrement la télévision n'étaient associés au résultat dans les deux zones. Cependant, les personnes ayant déclaré écouter la radio au moins une fois par semaine dans le Nord avaient 71% de chances supplémentaires de déclarer une utilisation systématique des moustiquaires, mais ni le Centre ni le Sud n'avaient la même relation.

Tableau 3.6.9 : Résultats de la régression logistique de l'intention d'obtenir une première consultation de soins prénatals au cours du premier trimestre de la prochaine grossesse.

Tableau 3.6.9 : Résultats de la régression logistique multiniveau de l'utilisation constante des MII ¹ , 2021 BENIN MBS								
CORRELATES <i>RCA : Odds Ratio ajusté</i> <i>SE : Erreur standard</i>	TOUTES LES ZONES		NORTH		CENTRE		SUD	
	RCA	SE	RCA	SE	RCA	SE	RCA	SE
Avoir une attitude favorable envers les moustiquaires	2.95***	0.339	3.94***	0.843	2.13**	0.469	3.54***	0.674
Pense qu'il y a des mesures à prendre pour que la moustiquaire dure plus longtemps.	1.42**	0.187	2.15**	0.543	0.70	0.173	1.93**	0.416
Savoir que les moustiquaires aident à prévenir le paludisme	2.23*	0.839	0.66	0.590	2.62	2.116	2.35	1.217
Croire que les soins nets sont la norme dans la communauté	0.87	0.101	0.90	0.189	1.04	0.225	0.88	0.180
A discuté du paludisme avec une autre personne au cours des six derniers mois	0.84	0.099	1.24	0.291	0.69	0.145	0.84	0.162
Exposition à un message sur l'utilisation du net	1.32*	0.168	1.28	0.271	1.38	0.319	1.16	0.286
Gravité perçue de la malaria	0.99	0.109	0.81	0.163	1.54*	0.303	0.81	0.153
Connaissance du fait que la piqure de moustique est la seule cause de la malaria.	0.50*	0.169	0.26*	0.141	1.06	0.697	1.14	0.803
Susceptibilité perçue au paludisme	1.48**	0.180	1.60*	0.347	1.01	0.245	1.82**	0.359
Percevoir que les autres membres de la communauté approuveront l'utilisation du net	1.78***	0.199	1.85**	0.386	1.52*	0.314	2.20***	0.423
Le ménage possédait au moins une moustiquaire pour deux membres.	3.41***	0.407	1.87**	0.382	4.67***	1.228	4.38***	0.826
Le ménage a un enfant de moins de cinq ans (RC=Non)	1.11	0.173	0.96	0.287	1.56	0.463	1.02	0.254
Âge en années simples	0.99	0.006	0.99	0.011	1.02	0.012	0.98*	0.010
Zone (RC=Nord)								
Centre	1.09	0.240						
Sud	2.05**	0.455						

Ménage dans le quintile de richesse le plus bas ou l'avant-dernier quintile de richesse	0.74*	0.099	0.50**	0.117	0.87	0.195	1.16	0.327
Résidence urbaine (RC=Non)	1.11	0.202	1.09	0.314	1.14	0.421	1.02	0.290
Instruction formelle (RC)								
Primaire	0.84	0.138	0.77	0.221	0.60	0.177	1.32	0.379
Secondaire ou Quatrième	0.80	0.106	0.70	0.161	0.63	0.149	1.26	0.290
Femme (RC=Non)	1.46**	0.193	0.78	0.199	1.80*	0.426	2.19***	0.476
Regarde régulièrement la télévision (au moins une fois par semaine)	1.18	0.158	0.92	0.233	1.12	0.277	1.20	0.260
Écoute régulièrement la radio (au moins une fois par semaine)	1.17	0.141	1.71*	0.398	1.02	0.225	1.10	0.219
ICC	0.1820		0.1067		0.2632		0.1278	
Nombre d'observations	3,119		849		847		1,423	

3.7 Pulvérisation intra-domiciliaire

L'OMS recommande l'utilisation de la pulvérisation à effet rémanent à l'intérieur des habitations (PID) comme principal outil de lutte antivectorielle.¹⁶ En général, la pulvérisation est appliquée une ou deux fois par an sur les murs des unités d'habitation dans les communautés ciblées. Historiquement, la PID s'est avérée être une méthode efficace pour réduire la transmission du paludisme. Des recherches récentes ont également introduit la nécessité de mesurer les comportements post-PID, car les modifications des logements, comme la peinture des murs après l'application de l'insecticide, peuvent réduire son efficacité. Si aucune modification post-PID n'est effectuée, l'insecticide reste généralement efficace pendant six mois. Le Bénin n'inclut pas actuellement les PID dans sa stratégie nationale de lutte contre le paludisme, mais il les utilise dans trois des 12 départements inclus dans l'étude (Alibori, Atacora, Donga), qui comprennent 44 communautés.

3.7.1 Variables idéationnelles liées à l'acceptation des PID

Le MBS a permis de recueillir des données sur les variables idéationnelles suivantes : connaissance des PID, attitudes favorables à l'égard des PID, perception de l'efficacité de la réponse aux PID et perception de l'auto-efficacité à prendre des mesures liées aux PID. Ces données peuvent aider à préparer la mise en œuvre future de campagnes sur les PID dans les mêmes communautés ou dans de futures communautés potentielles.

Connaissance de la PID

Seulement 82,9 % des participants des départements d'interventions de la zone Nord de la PID connaissaient le programme PID (tableau 3.7.1). Les personnes en milieu rural (86,0 %) connaissaient davantage les PID que celles en milieu urbain (76,7 %). Une grande proportion d'hommes (88,2%) interrogés ont connaissance de la PID, comparativement aux femmes (81,3%). La connaissance de la PID variait relativement en fonction du niveau d'instruction et de l'âge.

Tableau 3.7.1 : Pourcentage de personnes interrogées connaissant le programme PID

Tableau 3.7.1 Pourcentage de personnes interrogées connaissant le programme PID, 2021 BENIN MBS	
Caractéristique	Connaissance du programme PID dans leur communauté
Sexe	
Femme	81.3
Homme	88.2
Âge	
15-24 ans	80.2
25-34 ans	84.2
35-44 ans	82.1
45+ ans	90.0
Résidence	

¹⁶ Organisation mondiale de la santé. Pulvérisation Résiduelle à l'Intérieur. Un manuel opérationnel pour la pulvérisation résiduelle à l'intérieur (PRI) pour le contrôle et l'élimination de la transmission du paludisme. 2013. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177242/9789241508940_eng.pdf;sequence=1

Rural	86.0
Urbain	76.7
Niveau d'instruction	
Aucun	82.4
Primaire	80.1
Secondaire ou Quatrième	86.5
Total (%)	82.9
Nombre d'observations	400

Attitudes envers les PID : Les attitudes individuelles à l'égard des PID ont été recueillies uniquement auprès des personnes ayant connaissance d'un programme PID (n=344). La favorabilité de l'attitude a été évaluée par six items du questionnaire. Ces items étaient les suivants à la croyance que les gens développent des problèmes de peau après l'application de la PID ; la croyance qu'une personne peut sans danger toucher le mur une fois que le spray a séché ; le l'attitude selon laquelle les gens ont des problèmes d'insectes après la pulvérisation des murs ; l'accord sur le fait que les avantages des PID justifient le déplacement des meubles hors de la maison pendant la pulvérisation., accord le fait que le répondant ne soit pas gêné de laisser ses biens à l'extérieur pendant la pulvérisation ; et le fait que la pulvérisation des murs n'entraîne aucun problème de santé pour les personnes vivant dans la maison. Lorsque ces éléments sont combinés, les données montrent que quatre répondants sur cinq ont une attitude favorable envers les PID. Dans l'ensemble, les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir une attitude favorable à l'égard des PID (hommes : 88,3% ; femmes : 83,8% ; [tableau 3.7.2](#)). Les attitudes à l'égard de la PID ne semblaient pas variées selon l'âge, la résidence rurale ou urbaine, ni le niveau d'instruction.

Perception de l'efficacité de la réponse au programme PID : La perception de l'efficacité des PID a été évaluée à l'aide de trois questions parmi les personnes ayant connaissance d'un programme de PID. Les items comprenaient la croyance que les PID sont 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 croyance que les PID sont un moyen efficace de tuer les moustiques. Une majorité de répondants (80,8 %) ont perçu les PID comme efficaces ([tableau 3.7.3](#)).

Auto-efficacité perçue pour les PID : Les questions relatives à l'auto-efficacité perçue du programme PID ont été posées aux personnes connaissant le programme PID. Environ quatre participants sur cinq (83,3 %) ont déclaré qu'ils percevaient une auto-efficacité à prendre des mesures liées aux PID, notamment à déplacer les meubles en vue de la pulvérisation, et dormir dans la maison la nuit suivant la pulvérisation ([tableau 3.7.4](#)).

3.7.2 Volonté d'accepter la PID

La volonté d'accepter les PID est considérée comme une mesure de l'intention d'utiliser les PID s'ils sont disponibles dans leur communauté. À cet égard, on a demandé à tous les participants s'ils étaient prêts à accepter les PID dans leur foyer. Ceux qui n'étaient pas au courant 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 de pulvérisation d'insecticide sur les murs intérieurs d'une maison pour aider à protéger les ménages du paludisme. Parmi tous les participants, il existe une volonté généralisée (78,3%) de l'accepter dans leur communauté ([tableau 3.7.5](#)). Si l'on considère spécifiquement les répondants qui connaissaient déjà les PID, leur volonté d'accepter les PID était proportionnellement plus élevée (83,6%), tandis que la volonté

d'accepter les PID s'ils arrivaient dans leur communauté était proportionnellement plus faible chez ceux qui ne connaissaient pas le programme (46,1%). Les proportions des hommes et des femmes ayant la volonté d'accepter la PID étaient presque identiques dans les départements d'intervention de la PID, que qu'ils connaissent déjà la PID ou pas.. Dans l'ensemble, un nombre proportionnellement plus élevé de répondants en milieu rural (81,7 %) étaient prêts à accepter le programme de PID comparativement à leurs homologues en milieu urbain (68,0 %). Toutefois, parmi ceux qui ne connaissaient pas déjà la PID, les personnes vivant en milieu rural (36,6 %) étaient moins susceptibles d'exprimer leur volonté d'accepter le programme que celles vivant en milieu urbain (57,9 %).

Tableau 3.7.5 : Pourcentage de répondants prêts à accepter la PID

Tableau 3.7.5 Pourcentage de répondants prêts à accepter la PID, 2021 BENIN MBS			
	Parmi ceux qui connaissent le programme	Volonté d'accepter la PID parmi ceux qui ne connaissent pas le programme	Volonté d'accepter la PID (Intention)
Sexe			
Femme	83.4	50.2	77.2
Homme	84.2	25.9	77.3
Âge			
15-24 ans	84.9	59.6	79.9
25-34 ans	79.6	44.1	74.0
35-44 ans	90.1	38.3	80.8
45+ ans	82.1	0.0	73.9
Résidence			
Rural	89.0	36.6	81.7
Urbain	71.0	57.9	68.0
Niveau d'instruction			
Aucun	84.4	58.4	79.8
Primaire	95.4	23.5	81.1
Secondaire ou Quatrième	81.0	47.0	76.4
Total (%)	83.6	46.1	78.3
Nombre d'observations	344	56	400

3.7.3 Couverture de la PID

La figure 3.7.1 montre les zones où les campagnes de PID sont actives au Bénin. Au total, 235 ménages étaient situés dans des zones d'PID actives. Seuls 57,5 % de ces ménages ont déclaré avoir été sollicités pour une PID au cours des 12 derniers mois (tableau 3.7.6). Plus de la moitié des ménages ruraux des zones PID (63,0 %) ont déclaré avoir été approchés pour la PID, contre seulement 46,0 % des ménages urbains. Parmi les ménages qui ont été approchés, 89,0 % ont été pulvérisés (rural : 92,4 % ; urbain : 79,5 %). Les principales raisons pour lesquelles les ménages n'ont pas été pulvérisés sont les suivantes : aucun membre du ménage n'était présent à la maison et la pulvérisation ne pouvait donc pas avoir lieu (38,9 %), et ils pensaient que la pulvérisation était mauvaise pour leur santé (24,7 %). Après la pulvérisation, 16,2%

des 130 ménages pulvérisés ont déclaré que leurs murs avaient été repeints, replâtrés ou lavés. De telles modifications peuvent atténuer l'efficacité de l'insecticide sur les murs.

3.8 Consommation des médias et exposition des messages

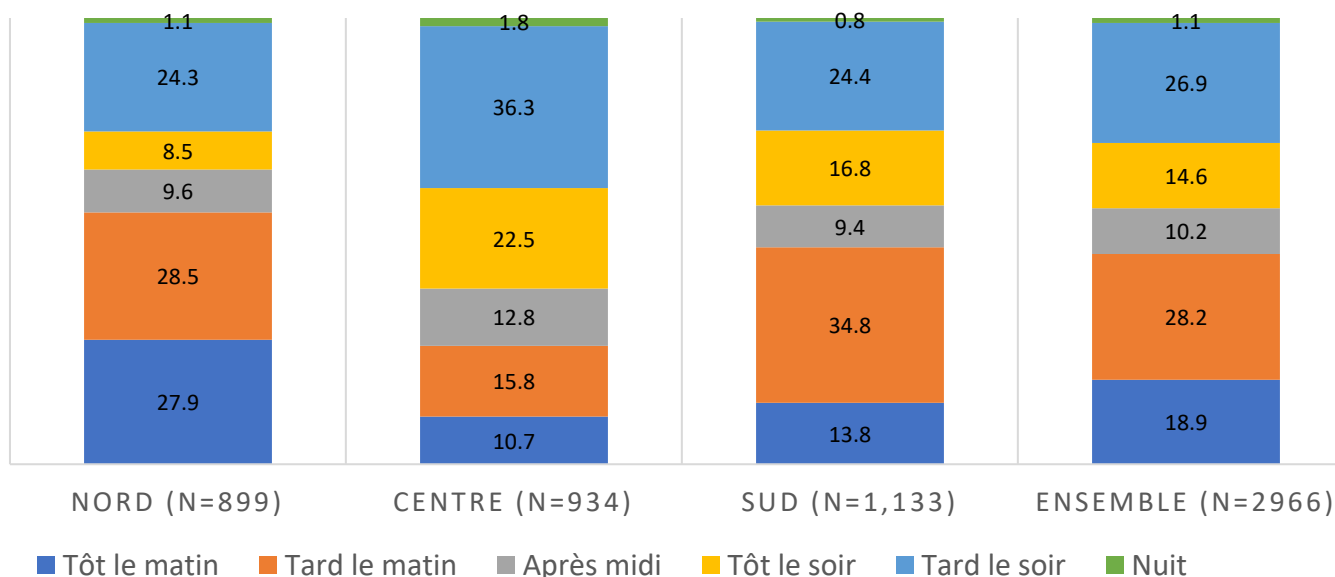
3.8.1 Les habitudes d'écoute de la radio

La possession de radios est relativement faible, 68 % des personnes interrogées au Bénin en ayant une dans leur foyer ([tableau 3.8.1](#)). De même, le taux d'écoute était relativement faible dans l'ensemble de la population, puisque 45 % des membres des ménages ont déclaré écouter régulièrement la radio, c'est-à-dire au moins une fois par semaine. Les hommes étaient plus susceptibles d'être des auditeurs réguliers et d'avoir accès à une radio dans leur foyer. 80% des hommes avaient une radio dans leur foyer, contre 64% des femmes, et 57% des hommes ont déclaré être des auditeurs réguliers, contre 41% des femmes.

Les ménages urbains et ruraux avaient des taux de possession de radio similaires, 69% et 67% respectivement, mais les résidents urbains étaient plus susceptibles d'être des auditeurs réguliers (51%), par rapport aux résidents ruraux (40%). Le taux de possession était également similaire dans les différentes zones, 71% dans le Nord, 67% dans le Centre et 65% dans le Sud, mais les auditeurs réguliers étaient les moins nombreux dans le Centre (39%) et les plus nombreux dans le Nord (48%) et le Sud (45%).

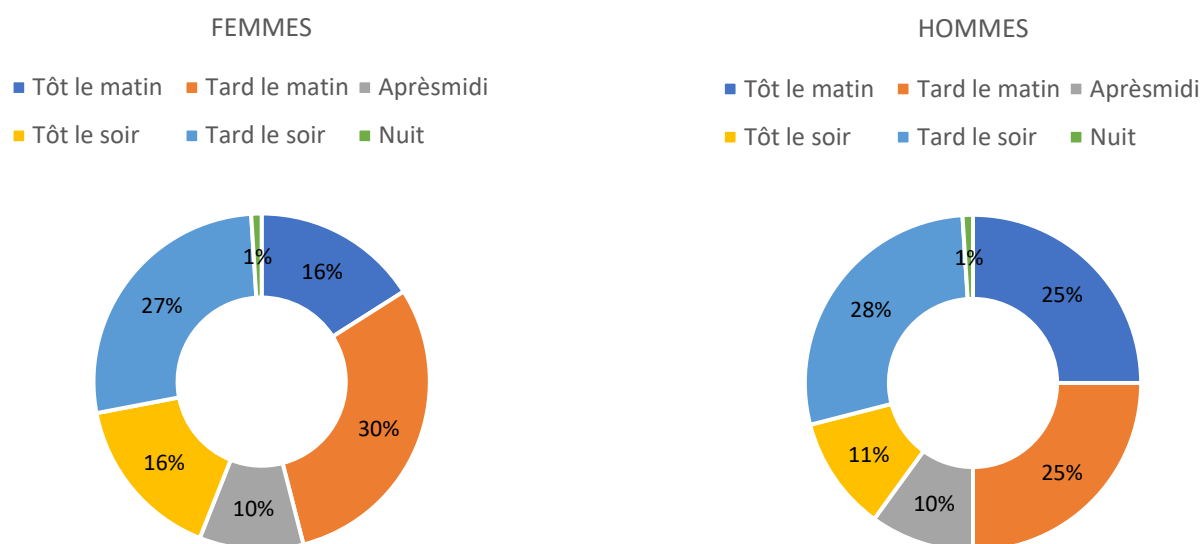
L'âge et le niveau d'instruction semblent jouer un rôle à la fois dans l'écoute régulière de la radio et dans la possession de la radio. Les personnes plus âgées sont plus susceptibles de déclarer être des auditeurs réguliers de la radio, bien que la différence soit moins prononcée que pour la propriété. Les personnes âgées de 35 à 44 ans et de 45 ans et plus étaient des auditeurs réguliers dans 49% et 51% des cas, alors que les personnes âgées de 15 à 24 ans et de 25 à 34 ans étaient des auditeurs réguliers dans 40% et 43% des cas. Plus une personne est âgée, plus elle est susceptible d'avoir une radio à la maison, les personnes de 45 ans et plus ayant une radio à la maison dans 78 % des cas. 73% des personnes âgées de 35 à 44 ans avaient accès à une radio à la maison, contre 68% pour les personnes âgées de 25 à 34 ans et 58% pour celles âgées de 15 à 24 ans. Les personnes n'ayant pas fait d'études et celles ayant fait des études secondaires ou plus avaient des taux de possession similaires, 71% et 70% respectivement, mais celles ayant fait des études secondaires ou plus étaient 15% plus susceptibles d'être des utilisateurs réguliers. Les personnes ayant un niveau d'instruction primaire étaient les plus susceptibles d'avoir une radio dans leur ménages (79%) et d'être des auditeurs réguliers (65%).

Figure 3.8.1 Heure préférée pour écouter la radio, par zone ; 2021 MBS Bénin



Les horaires d'écoute de la radio ont été évaluées au cours de l'enquête MBS auprès des répondants. Ces derniers devaient préciser leurs horaires de préférence pour écouter la radio : tôt le matin (c'est-à-dire entre 4H et 8H du matin) ; tard le matin (entre 8H et 12H) ; après-midi (entre 12H et 16H) ; tôt le soir ou en début de soirée (entre 16H et 20H) ; tard le soir ou en fin de soirée (entre 20 H et minuit) ; et la nuit (de minuit à 4H du matin). varient quelque peu à travers le Bénin, bien que dans l'ensemble, les heures les plus populaires soient le début de la matinée (19%), la fin de la matinée (28%) et la fin de la soirée (27% ; [tableau 3.8.2](#)). L'heure la moins appréciée pour écouter la radio est la nuit, avec seulement 1 % qui déclare préférer cette heure. L'après-midi et le début de soirée se situent entre les deux, avec 10 % et 15 % de préférence pour ces moments.

Figure 3.8.2 : Heure préférée pour écouter la radio, par sexe ; Bénin 2021



3.8.2 Les habitudes d'écoute de la télévision

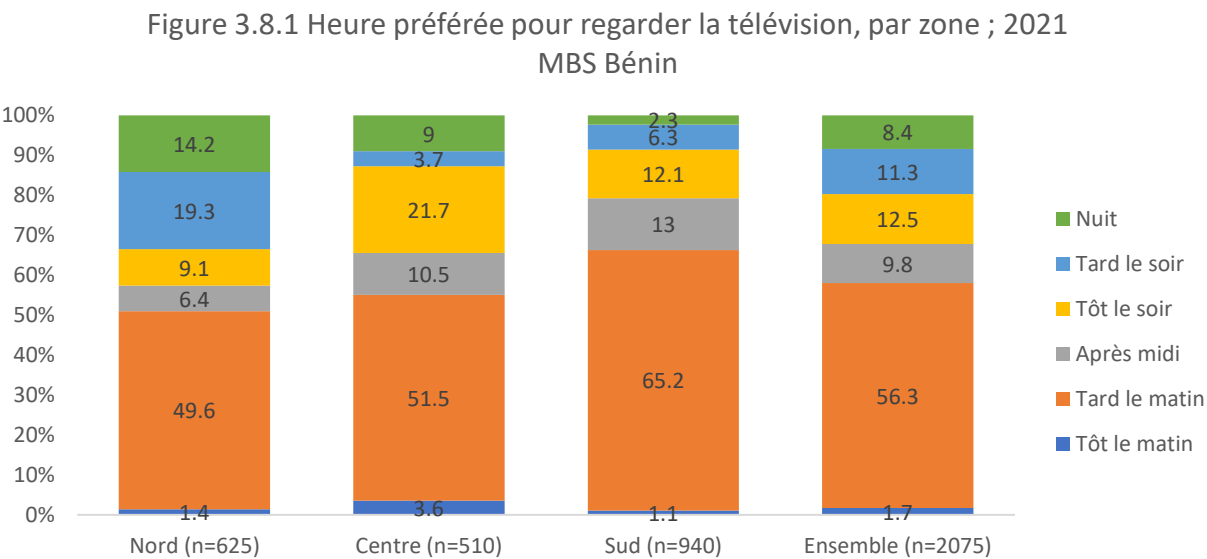
Le taux de possession de la télévision est plus élevé que celui de la radio dans l'ensemble du Bénin, où 79 % des personnes interrogées vivaient dans des ménages possédant un téléviseur, mais seulement 31 % ont déclaré être des téléspectateurs réguliers (tableau 3.8.3). Les hommes et les femmes avaient des taux similaires d'accès à la télévision et de visionnage de celle-ci dans les ménages.

Il est important de noter les différences zones géographiques en matière d'accès et d'audience.

Premièrement, les résidents urbains sont dix fois plus susceptibles d'avoir un téléviseur à la maison (82 %) que les résidents ruraux (72 %). Suivant les tendances similaires des autres catégories, les téléspectateurs urbains ayant un accès plus élevé aux téléviseurs dans le foyer sont plus susceptibles d'être des téléspectateurs réguliers (44%) par rapport aux résidents ruraux (21%). Les habitants de la zone Nord sont les plus susceptibles d'avoir un téléviseur à la maison (87%), suivis par ceux de la zone Sud (77%) et du Centre (70%). Les zones Nord et Sud avaient un taux d'écoute similaire (35%), tandis que le Centre était nettement plus faible (18%).

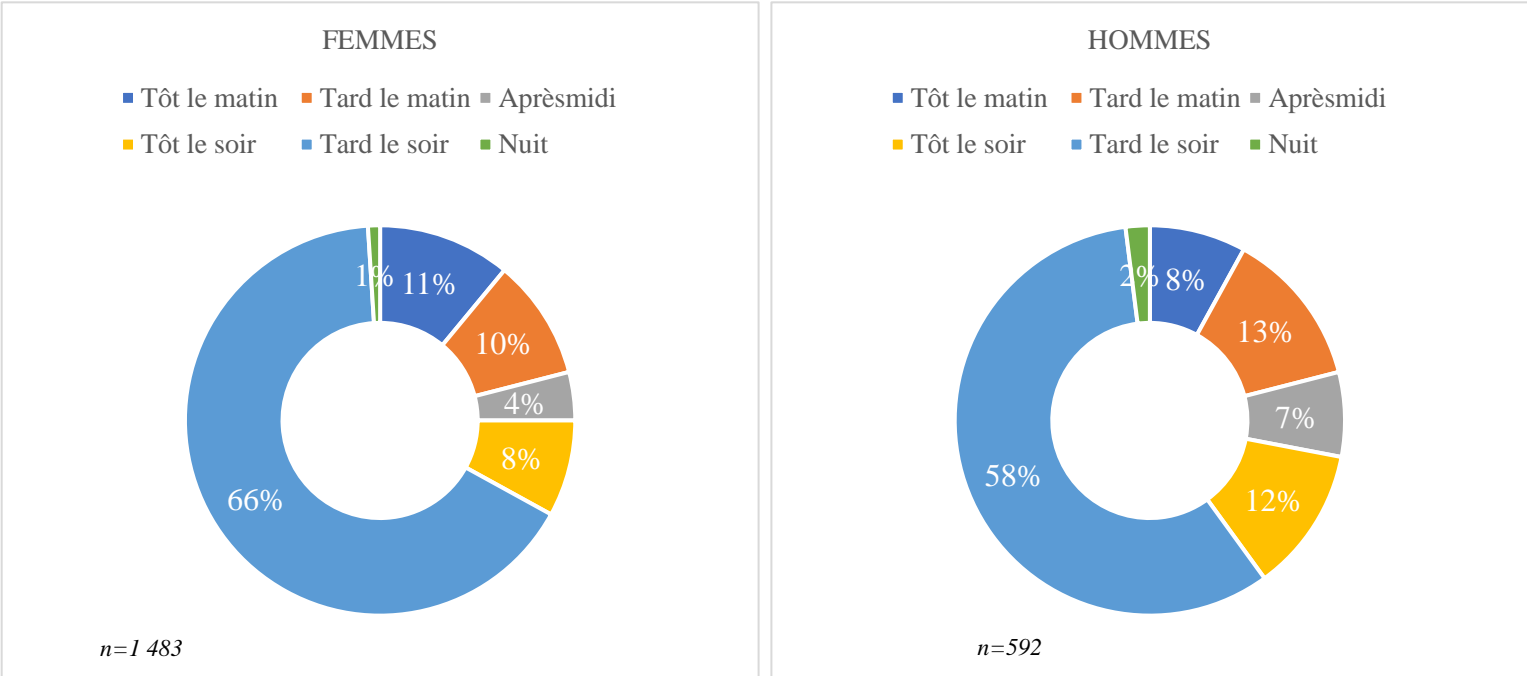
Les taux de possession et d'utilisation de la télévision par les ménages sont similaires dans toutes les tranches d'âge, mais ils varient considérablement selon le niveau d'instruction. Les personnes n'ayant pas fait d'études ou n'ayant fait que des études primaires ont des taux de possession plus faibles, avec respectivement 72% et 74% des résidents ayant eu une télévision dans leur foyer. 88% des personnes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus avaient une télévision dans leur foyer. Le nombre de téléspectateurs réguliers est également le plus faible chez les personnes sans instruction (24 %), contre

45 % pour les personnes n'ayant reçu qu'une instruction primaire et 58 % pour les personnes ayant reçu une instruction secondaire ou plus.



La majorité des téléspectateurs béninois regardent la télévision en fin de soirée, 56 % d'entre eux déclarant le faire à cette heure. Viennent ensuite, par ordre décroissant de popularité, la fin de matinée (11 %), le début de soirée (10 %), le début de matinée (8 %) et l'après-midi (6 %) (tableau 3.8.4). Seulement 2 % des téléspectateurs ont déclaré préférer regarder la télévision la nuit.

Figure 3.8.4 Heure préférée pour regarder la télévision, par sexe, 2021 MBS Bénin



3.8.3 Possession d'un téléphone mobile et accès à des médias spécifiques

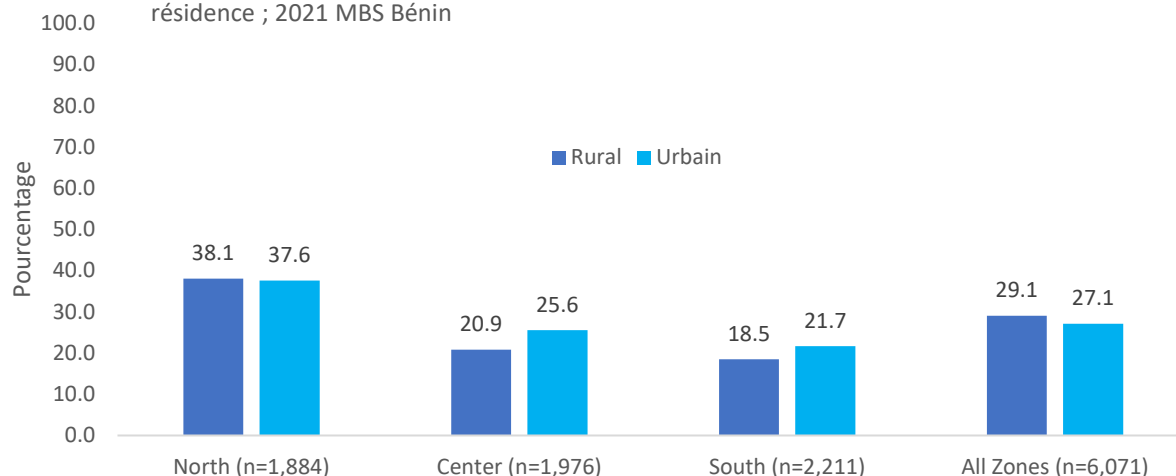
La possession d'un téléphone ou d'une tablette dépendait fortement de la zone dans laquelle vivait un résident. Dans l'ensemble, 59 % de la population du Bénin possédait un téléphone ou une tablette, mais les habitants du Sud étaient beaucoup plus susceptibles de posséder l'un ou l'autre ([tableau 3.8.5](#)). 72 % des habitants de la zone Sud ont déclaré posséder un téléphone ou une tablette, alors que seulement 55 % et 48 % ont déclaré en posséder un dans le Nord et le Centre respectivement. Dans toutes les zones, les hommes étaient plus susceptibles de posséder un téléphone ou une tablette, le Sud présentant la plus faible disparité.

Parmi ceux qui possèdent un téléphone, 83% ont pu recevoir des SMS, 60% des photos, 59% des vidéos et 57% des fichiers audio ([tableau 3.8.5b](#)). Seuls 34% pouvaient recevoir un lien vers un site web et 27% pouvaient recevoir un courriel. Le Sud a enregistré les taux les plus élevés pour chacune de ces catégories, mais dans l'ensemble, cela suggère que la population du Bénin a un faible niveau d'accès à l'Internet mobile et aux smartphones.

3.8.4 Exposition à des messages sur le paludisme

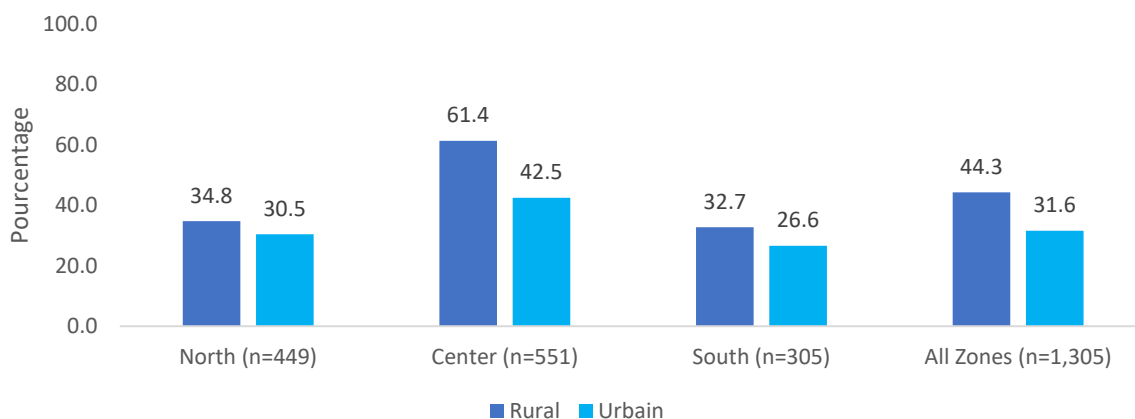
Moins d'un tiers (28,2 %) des personnes interrogées ont déclaré avoir été exposées à des messages relatifs au paludisme, quelle que soit la source, au cours des six derniers mois ([tableau 3.8.6](#)). L'analyse par zone fait apparaître certaines différences. Les répondants du Nord (38,0 %) sont proportionnellement plus nombreux que ceux du Centre (22,3 %) ou du Sud (20,7 %) à avoir été exposés à des messages relatifs au paludisme au cours des six derniers mois. Dans les trois zones, des proportions à peu près égales d'hommes et de femmes ont déclaré avoir vu ou entendu des messages relatifs au paludisme. Dans le Centre et le Sud, l'exposition était légèrement plus élevée dans les zones urbaines (25,6% et 21,7%, respectivement) que dans les zones rurales (20,9% et 18,5%, respectivement). En revanche, les répondants des milieux ruraux du Nord (38,2%) ont rapporté une exposition dans une proportion plus élevée que les répondants des milieux urbains du Nord (37,6%). Il n'y a pas de tendance apparente en ce qui concerne l'instruction, et les proportions varient différemment d'une zone à l'autre.

Figure 3.8.4 : Pourcentage d'hommes et de femmes qui ont déclaré avoir été exposés à des messages relatifs au paludisme au cours des six derniers mois, par zone et lieu de résidence ; 2021 MBS Bénin



Environ 39,0% des hommes et des femmes se sont souvenus correctement du slogan de la récente campagne du PNCM. La mémorisation du slogan varie selon la zone et le lieu de résidence (figure 3.7.8). Le taux de mémorisation semble plus faible dans la zone Sud que dans la zone Centre. Les résidents des zones rurales étaient légèrement plus susceptibles que leurs homologues des zones rurales de se souvenir du slogan.

Figure 3.8.4B Pourcentage d'hommes et de femmes se souvenant correctement du slogan de la campagne de prévention du paludisme du PNL, par zone et lieu de résidence ; 2021 MBS Bénin



4. Conclusions et recommandations

4.1 Déterminants idéologiques transversaux

4.1.1 Résumé

- La grande majorité (plus de 9 répondants sur 10) savait que la fièvre était le principal symptôme du paludisme et que le paludisme était transmis par les piqûres de moustiques, sans différence entre les zones géographiques.
- Près de deux répondants sur trois percevaient une susceptibilité au paludisme, c'est-à-dire qu'ils pensaient être exposés au risque d'attraper le paludisme, davantage dans le Nord (76,6%) ou le Centre (75,5%), que dans le Sud (69,6%). La susceptibilité perçue était plus fréquente chez les personnes n'ayant pas reçu d'instruction formelle que chez les personnes ayant reçu une instruction secondaire ou supérieure.
- La gravité perçue du paludisme était faible, environ la moitié des répondants ou moins pensant que le paludisme était une maladie grave. La proportion de personnes pensant que le paludisme est une maladie grave est plus faible en milieu urbain (40,2%) qu'en milieu rural (52,7%). Cette perception sur la gravité du paludisme était plus faible dans le Sud et le Centre que dans le Nord.
- La communication avec le conjoint, la famille ou les amis sur le paludisme au cours des six derniers mois est modérée, à environ 43%. Cette construction était moins répandue dans le Sud ou le Centre que dans le Nord.
- Dans les trois zones géographiques, de très faibles proportions de répondants avaient des perceptions favorables des agents de santé.

4.1.2. Recommandations sur les programmes et politiques du CSC

- Promouvoir l'idée que le paludisme peut avoir des conséquences graves.
- Travaillez avec les agents de santé pour améliorer leurs compétences en matière de communication interpersonnelle et promouvoir la perception des agents de santé comme étant accueillants et amicaux.
- Pour des recommandations concernant la communication entre conjoints et les normes de genre, voir ci-dessous.

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

4.2.1 Résumé

Les résultats du MBS suggèrent qu'il y a une marge d'amélioration importante dans plusieurs comportements et perceptions liés à la prise en charge des cas de paludisme.

- La connaissance du temps recommandé pour rechercher des soins était très faible, un tiers ou moins des répondants ayant répondu correctement, c'est-à-dire qu'il fallait solliciter des soins immédiatement ou le jour même de l'apparition de la fièvre. Une plus grande proportion de répondants en milieu urbain (31,6 %) qu'en milieu rural (25,3 %) ont déclaré avoir une connaissance correcte de la recherche de soins et du traitement. La connaissance du temps recommandé pour consulter augmente également avec le niveau d'instruction. De même, le niveau de connaissance augmentait avec le quintile de richesse, allant de seulement 21,1% des répondants du quintile de richesse le plus bas déclarant avoir des connaissances correctes à 40,0% des répondants du quintile de richesse le plus élevé.
- Les attitudes globalement favorables à la recherche de soins et au traitement du paludisme étaient généralement faibles, mais plus élevées dans la zone Sud (41,2%) que dans les autres zones.
- Un peu plus du quart (26,3%) des personnes interrogées savaient qu'une prise de sang pour un test de dépistage du paludisme était le meilleur moyen de savoir si une personne était atteinte de cette maladie, mais une plus grande proportion d'entre elles (72%) ont indiqué qu'elles connaissaient la CTA comme traitement efficace du paludisme. Ces deux indicateurs de connaissance ne variaient pas selon la zone, le sexe ou le niveau d'instruction. La perception de l'efficacité du traitement était plus élevée dans les trois zones.
- L'auto-efficacité perçue 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 résultat désagréable. L'étude a révélé que l'auto-efficacité perçue pour rechercher le dépistage et le traitement du paludisme était élevée dans les trois zones (Nord : 89,2% ; Centre : 91,6% ; Sud : 88,8%).
- La perception de normes communautaires descriptives favorables concernant le dépistage et le traitement du paludisme variait dans les trois zones (Nord : 58,4% ; Centre : 44,6% ; Sud : 32,6%).
- Selon la politique nationale en vigueur au Bénin, 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. Environ un tiers des répondants ou moins dans les trois zones avaient une perception favorable des agents de santé communautaires ou des agents de santé en établissement.
- Un enfant de moins de 5 ans sur cinq a eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête, selon les déclarations des mères ou des personnes en charge des enfants, avec de légères variations selon les zones, allant de 21,7% dans le Nord à 27,5% dans le Sud. En ce qui concerne le temps de la recherche de soins, plus de la moitié des répondants de chaque zone ont déclaré avoir recherché des soins pour leur enfant fébrile le jour même ou le lendemain. En revanche, une plus faible proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant de la fièvre ont été emmenés dans un établissement de santé pour des soins " appropriés " le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre. Une proportion nettement plus faible d'enfants de moins de 5 ans du Sud (27,5%) par rapport au Nord (65,4%) ou au Centre (50,2%) qui ont été emmenés dans un établissement de santé ont ensuite subi un test de dépistage du paludisme. Moins d'enfants en milieu urbain (34,6%) qu'en milieu rural (54,8%) ont été testés pour le paludisme lorsqu'ils ont été amenés dans un établissement de santé. Quatre enfants de moins de 5 ans sur dix testés pour le paludisme ont donné un résultat positif, confirmant le diagnostic de paludisme. Pourtant, seuls environ 40 % d'entre eux ont reçu une CTA. Et parmi ces derniers, seul un tiers a reçu le médicament le jour même ou le lendemain du début de la fièvre de

l'enfant. Les facteurs associés à la recherche de soins appropriés incluent le fait de savoir que le meilleur moment de consulter un enfant qui a de la fièvre est soit immédiatement ou le même jour après l'apparition de celle-ci ; la communication interpersonnelle sur le paludisme ; la norme descriptive sur le paludisme ; l'auto-efficacité perçue à l'égard de la recherche de soins et du traitement avec son enfant malade. Comme autre facteur, les ménages les plus riches étaient plus prompts à rechercher des soins avec leurs enfants malades que ceux des plus pauvres.

- Jusqu'à 41% des femmes sont d'accord pour dire que si leur enfant a de la fièvre, il est préférable d'administrer les médicaments contre le paludisme qu'elles peuvent avoir à la maison, et 48% ont dit qu'elles préfèrent acheter les médicaments dans un endroit autre qu'un établissement de santé.
- Près des deux tiers (63%) des femmes interrogées sont d'accord pour dire qu'il est approprié d'arrêter d'administrer des médicaments lorsque l'enfant ne semble plus malade, plutôt que de terminer le traitement prescrit.

4.2.2 Recommandations sur les programmes et politiques du CSC

- Continuer à promouvoir la recherche rapide (le même jour ou le jour suivant) de soins auprès de prestataires qualifiés, y compris les agents de santé communautaire, pour les enfants ayant de la fièvre. Il y a une marge d'amélioration sur ce comportement, en particulier dans la zone Sud (à 45%). Pour être efficaces, les activités peuvent :
 - Positionner la recherche immédiate de soins comme une norme communautaire. Parmi les personnes interrogées qui pensaient que la recherche de soins immédiats était la norme, la probabilité de pratiquer ce comportement a été multipliée par plus de deux (RCA : 2,40 ; $p < 0,001$).
 - Améliorer la connaissance de la recherche de soins précoces. La connaissance des soins appropriés multiplie par huit la probabilité de pratiquer ce comportement, par rapport aux personnes qui ne connaissent pas les soins appropriés (RCA : 8,11 ; $p < 0,001$).
 - Promouvoir la communication en couple sur le paludisme. Les personnes interrogées qui ont déclaré avoir discuté du paludisme avec leur conjoint ou partenaire au cours des six mois précédents avaient deux fois plus de chances (RCA : 2,13 ; $p < 0,01$) de pratiquer une recherche de soins appropriés, par rapport aux personnes qui n'avaient pas discuté du paludisme.
 - Les activités de CSC peuvent utiliser des messages positifs montrant que les pairs, les partenaires et les leaders d'opinion modèlent et fournissent un soutien social, émotionnel et pratique pour une recherche de soins rapide et appropriée.
 - Idéalement, les programmes de CSC devraient essayer de segmenter leurs messages pour chaque groupe (hommes, femmes, adultes plus âgés et plus jeunes) afin de modéliser une discussion commune et opportune sur la recherche de soins. Ces discussions pourraient présenter les soignants et les décideurs concernés comme participant conjointement à la préparation ou à la planification de scénarios, tels que les symptômes qui déclencheraient la décision de se faire soigner dans un établissement, la provenance des fonds, la provenance

d'autres aides pratiques ou en nature, la nécessité d'un test et, surtout, la nécessité de discuter et d'agir le jour même de l'apparition de la maladie.

- Renforcer les connaissances sur le dépistage du paludisme. Parmi les informations qui doivent être renforcées figure la perception qu'une prise de sang est la meilleure méthode pour tester le paludisme chez les enfants ayant de la fièvre.
- Promouvoir la valeur du traitement basé sur le test. Une grande partie des personnes interrogées pensent qu'il vaut mieux prendre d'abord un médicament contre le paludisme, et peu d'entre elles croient que le test de dépistage du paludisme est le meilleur (et encore moins le seul) moyen de diagnostiquer le paludisme. Les efforts de CSC devraient discuter des inconvénients associés à ces croyances. Par exemple, les soignants qui pensent que leurs clients sont atteints de paludisme peuvent négliger des maladies présentant des symptômes similaires, comme la pneumonie, qui sont parmi les principales causes de mortalité infantile. Il y a également des répercussions sociales ; l'obtention d'antipaludiques pour des patients ne souffrant pas de paludisme peut faire en sorte que moins de médicaments soient disponibles pour les patients qui pourraient vraiment bénéficier de leur utilisation. Les messages sur les avantages et la précision des tests sont également pertinents.
- Renforcer les connaissances sur le respect de la posologie des CTA. Deux personnes interrogées sur trois ne voient pas d'inconvénient à interrompre prématurément le traitement si elles se sentent mieux. Cette croyance peut contribuer à la pratique consistant à conserver les médicaments contre le paludisme et à initier le traitement à domicile plutôt que de rechercher rapidement des soins dans un établissement. Les programmes de CSC devraient envisager de discuter des risques associés à l'interruption précoce du traitement et renforcer la compréhension de la population de ce que signifie une guérison " complète ". Il faut demander aux prestataires d'aborder ce sujet en priorité avec les clients et leur fournir la formation et le matériel nécessaires pour le faire.

4.3 Le paludisme pendant la grossesse

4.3.1 Résumé

- Les connaissances sur les pratiques recommandées en matière de soins prénatals et de traitement préventif intermittent (TPIg) sont généralement faibles : seuls 17,9% des répondants savaient qu'une femme devait commencer les soins prénatals au cours du premier trimestre de la grossesse ou dès qu'elle soupçonnait qu'elle est enceinte, le nombre de fois qu'une femme enceinte devait recevoir des soins prénatals et le nombre de fois qu'une femme devait recevoir la SP pendant la grossesse. Les connaissances sur la CPN et le TPIg variaient considérablement d'une zone à l'autre et étaient plus faibles dans le Nord ou le Centre, et plus élevées dans le Sud. Il y avait également des différences selon le sexe, l'âge et le lieu de résidence.
- Les attitudes positives envers la CPN et le TPIg n'étaient que modérément courantes (41,5%) et moins répandues dans le Sud que dans les autres zones.
- La gravité du paludisme pendant la grossesse était généralement largement perçue dans la population étudiée, bien que moins dans le Nord (80,0%) que dans les autres zones.
- La plupart des personnes interrogées pensent que les soins prénatals et le TPIg sont majoritairement considérés comme assurant des résultats positifs en matière de grossesse.

- Environ deux tiers des personnes interrogées pensent que la participation à au moins quatre visites de soins prénatals est la norme dans leur communauté. La norme dans leur communauté, tandis qu'un peu plus de la moitié (57,6%) pensaient que l'obtention d'au moins trois doses de SP pendant la grossesse était la norme dans leur communauté. La norme injonctive sur la SP (la croyance que les gens de leur communauté soutiendraient leur décision d'obtenir la SP pendant la grossesse) a été rapportée par seulement 11,4% des répondants.
- La majorité des répondants étaient d'accord pour dire que les prestataires de services de santé traitent généralement les femmes enceintes avec respect. Environ moins d'un tiers dans chaque zone géographique croit que les prestataires de services de santé font payer les femmes enceintes pour le TPIg. La croyance selon laquelle les femmes enceintes doivent payer pour le TPIg était plus courante dans le Sud qu'ailleurs.
- Environ un tiers (37,0%) des personnes interrogées ont déclaré avoir déjà discuté de la fréquentation de la CPN avec leur conjoint. Cet indicateur ne varie pas beaucoup entre les zones.
- La participation aux décisions concernant la fréquentation de la CPN était significativement plus susceptible d'être rapportée par les hommes que par les femmes. Les données ont montré que les femmes des zones Nord étaient plus susceptibles d'être marginalisées dans les décisions concernant la fréquentation des centres de soins prénatals que leurs homologues des zones Centre et Sud.
- La quasi-totalité des femmes (94,0%) qui ont été enceintes au cours des deux dernières années a assisté à la CPN au moins une fois, mais seulement trois quarts (75,7%) d'entre elles ont assisté aux quatre visites de CPN. Les femmes des zones Nord étaient moins susceptibles que celles des zones Sud et Centre d'avoir effectué quatre CPN. Le nombre recommandé de consultations prénatales était également plus fréquent en milieu urbain (81,9%) qu'en milieu rural (70,6%) et chez les femmes du quintile de richesse le plus élevé par rapport à celles du quintile le plus bas. En outre, la première visite de CPN a eu lieu au cours du premier trimestre pour 8 femmes sur 10 (81,7%). Recevoir la première CPN au cours du premier trimestre de la grossesse était moins fréquent dans la zone Nord et plus fréquent dans la zone Sud.
- Un peu plus de neuf femmes sur dix ont reçu au moins une dose de SP pendant leur grossesse, mais seulement juste un peu plus de la moitié (55,8%) d'entre elles ont reçu trois doses ou plus. La proportion de femmes ayant reçu trois doses ou plus varie considérablement d'une zone à l'autre, la plus forte proportion se trouvant dans le Nord (67,6 %) et la plus faible dans le Sud (47,1 %). Ce résultat est plus élevé chez les femmes qui ont bénéficié d'au moins quatre CPN (61,6%) et qui ont reçu leur première CPN au cours du premier trimestre (60,5%).
- Pratiquement toutes les femmes (92,0%) qui désirent un autre enfant dans les deux années à venir ont l'intention de se rendre à la CPN et presque toutes ont indiqué qu'elles se rendraient à leur première CPN au cours du premier trimestre de leur grossesse.
- Les résultats du modèle de régression logistique multivariée révèlent que, dans l'ensemble, les variables idéationnelles associées à l'intention d'une CPN précoce comprenaient l'auto-efficacité pour obtenir le TPIg, une perception élevée de la gravité du paludisme, des attitudes favorables envers la CPN/le TPIg, le fait d'avoir discuté du paludisme avec un conjoint, un parent ou un ami, et le fait d'avoir

reçu au moins 4 consultations de CPN. Les résultats ont également révélé que les variables idéationnelles significatives varient selon la zone.

- Dans la zone Nord, la perception d'une forte susceptibilité au paludisme pendant la grossesse est positivement associée à l'intention d'une consultation prénatale précoce.
- Dans la zone Sud, des connaissances complètes sur la CPN et le TPIg, une perception élevée de la gravité du paludisme, des femmes qui se considèrent capables d'obtenir le TPIg (c'est-à-dire une auto-efficacité élevée) ou le fait d'avoir déjà reçu au moins 4 consultations de CPN pour une grossesse précédente sont liés positivement à l'intention de fréquentation précoce de la CPN.
- Au centre, la plupart des facteurs idéationnels (connaissances complètes sur la CPN et le TPIg, perception élevée de la gravité du paludisme, c'est-à-dire une auto-efficacité élevée ou le fait d'avoir déjà reçu au moins 4 consultations de CPN pour une grossesse antérieure, etc.) étaient positivement associés à l'intention d'une consultation précoce de CPN, bien que de façon non significative.

4.3.2 Recommandations sur les programmes et politiques du CSC

- Modéliser et encourager activement la communication entre conjoints sur la CPN, ainsi que la participation des femmes aux décisions relatives à la CPN.
- Les efforts de CSC devraient montrer aux prestataires qu'ils sont accueillants envers les clientes de la CPN qui cherchent des soins au début de la grossesse. Ils doivent également travailler avec les prestataires pour promouvoir la CPN précoce.
- Les programmes de CSC devraient annoncer que le TPIg est disponible gratuitement dans les établissements de santé publique, et les autorités sanitaires locales devraient s'assurer que cette politique est effectivement suivie par les prestataires.
- Renforcer les connaissances de la population en ce qui concerne le paludisme pendant la grossesse, y compris leur compréhension du calendrier des CPN, du nombre de visites et du nombre de fois qu'une femme doit recevoir la SP. Bien que les connaissances ne soient pas actuellement le principal moteur de l'adoption du TPIg et des soins prénatals, le fait de disposer de ces informations permettra aux individus de discuter plus facilement du paludisme pendant la grossesse avec leurs conjoints, amis et parents, ce qui est un facteur prédictif.
- Les programmes de CSC devraient chercher à renforcer la perception du TPIg comme une pratique socialement acceptable et positive. Les attitudes favorables envers la CPN/TPIg étaient associées à des chances 2,4 ($p < 0,01$) fois plus élevées d'avoir l'intention d'obtenir une CPN précoce.

4.4 Chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de moins de cinq ans

4.4.1. Résumé

- Les résultats de la CPS ont été largement positifs pour ce qui concerne les zones sanitaires d'intervention. La connaissance d'un médicament administré aux enfants de moins de cinq ans pour prévenir le paludisme pendant la saison des pluies était presque universelle (95,3 %), la majorité (96,8 %) des personnes interrogées avaient des attitudes favorables à l'égard de la CPS et près de 9 sur 10 (87,6 %) percevaient la CPS comme efficace pour prévenir le paludisme.
- Les rapports sur le récent processus de distribution étaient également très positifs. Presque tous les ménages éligibles (96,6%) ont déclaré qu'un agent d'administration de la CPS avait fourni des doses de CPS à leur enfant lors de la dernière visite du ménage, et 9 sur 10 ont déclaré que le distributeur avait observé l'enfant prendre la première dose. Presque tous (95,7%) avaient une perception favorable des agents d'administration de la CPS. Neuf répondants sur dix pensaient que le personnel serait disponible dans les établissements de santé pour la CPS en cas de besoin, et une proportion similaire pensait que les dirigeants de leur communauté soutenaient la distribution.
- Enfin, la conviction qu'il est important de donner aux enfants toutes les doses de médicaments de la CPS était élevée (94,6%).

4.4.2 Recommandations sur le programme et la politique du CSC

- Bien que les perceptions de la récente campagne soient largement positives, il existe de petites mais importantes possibilités d'améliorer les efforts de CSC. Par exemple, un quart (26,6 %) des répondants croyaient que le médicament rendrait les enfants malades. Les futures campagnes devraient promouvoir le fait que le médicament est très sûr, que les effets secondaires sont rares et que les effets secondaires qui se produisent sont généralement très mineurs. Il pourrait être utile d'assurer aux populations que la CPS a été rigoureusement étudiée et que la décision de le mettre en œuvre est le résultat d'un processus d'examen strict par l'Organisation mondiale de la santé et le ministère de la Santé.
- Il sera également utile de renforcer le message selon lequel les médicaments de la CPS sont destinés aux enfants de moins de 5 ans, car environ 40% des ménages pensent que les familles de leur communauté donnent des médicaments de la CPS aux autres enfants du ménage âgés de plus de 5 ans.
- Environ un tiers (38,4%) des réponses ont indiqué qu'ils se sentaient obligés d'accepter les médicaments proposés par les distributeurs de la campagne CPS. Cela peut être inquiétant car cela peut indiquer un biais de désirabilité sociale dans d'autres données liées à la campagne de CPS. L'interview des distributeurs et l'observation de leur travail peuvent faire la lumière sur la façon dont cet aspect du programme de la CPC pourrait être amélioré. La pression exercée pour atteindre des objectifs élevés, par exemple, peut entraîner des interactions précipitées qui ne

permettent pas aux populations d'exprimer leurs préoccupations. Le renforcement des compétences de communication interpersonnelle des distributeurs peut atténuer les perceptions de coercition des soignants.

4.5 MII/ MIILD

4.5.1 Résumé

- La connaissance des moustiquaires comme moyen de prévention du paludisme est presque universelle dans toutes les zones de l'étude, avec des variations minimales par zone, sexe, instruction, lieu de résidence et quintile de richesse.
- En général, les attitudes envers l'utilisation des moustiquaires étaient positives, avec, dans l'ensemble, environ six répondants sur dix démontrant des attitudes positives envers l'utilisation des moustiquaires. Cependant, les attitudes positives étaient moins répandues dans le Nord que dans le Centre ou le Sud, et parmi les personnes n'ayant qu'un niveau primaire d'instruction formelle.
- La perception de l'efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticide était mitigée, la moitié seulement des personnes interrogées se disant convaincues de l'efficacité des moustiquaires. Cet indicateur était plus faible chez les personnes du Nord, ou plus jeunes, et chez les personnes ayant fait des études primaires ou supérieures.
- L'auto-efficacité perçue pour l'utilisation systématique des moustiquaires était élevée dans toutes les zones, avec peu de variation entre les sexes, le lieu de résidence, l'instruction ou la richesse. Cependant, environ 20% de personnes en moins pensaient que l'utilisation systématique des MII était la norme dans leur communauté. Cette croyance était légèrement plus élevée dans le Nord, les autres différences étant minimales.
- Presque aucun répondant ne pensait être critiqué pour avoir utilisé une moustiquaire, ce qui indique que les normes d'injonction ne jouent pas un rôle important.
- Dans l'ensemble, environ quatre ménages sur cinq (81,1%) possédaient au moins une MII, et plus de 85% une MII pour deux personnes dans le ménage. La possession d'au moins une MII était la plus faible dans le centre et en milieu rural. Les ménages des quintiles de richesse inférieurs étaient moins susceptibles de posséder au moins une moustiquaire que les ménages des quintiles de richesse supérieurs. Ces mêmes tendances s'observent également pour les ménages possédant un nombre suffisant de moustiquaires.
- La quasi-totalité des 6 608 moustiquaires recensées dans les zones d'étude étaient des MII provenant de campagnes de distribution de masse. Environ deux tiers de ces moustiquaires avaient moins de trois ans et étaient de couleur bleue. Si l'on regarde par zone, environ la moitié des moustiquaires de la zone Centre avaient plus de trois ans, alors que seulement un quart des moustiquaires du Sud avaient plus de trois ans. Dans le Centre et le Sud, les moustiquaires étaient presque exclusivement de couleur bleue, mais dans le Nord, les deux tiers étaient blanches.

- Dans l'ensemble, neuf moustiquaires sur dix ont été utilisées la nuit précédant l'enquête, et huit sur dix l'ont été toutes les nuits au cours de la semaine précédente. La proportion de moustiquaires sous lesquelles les résidents de facto ont dormi toutes les nuits était plus faible dans le Nord, plus élevée dans le Centre et la plus grande proportion dans le Sud.
- Dans toutes les zones, au moins trois quarts des MILDA ont été lavées, et parmi ces moustiquaires, elles ont été lavées avec un savon doux, comme recommandé. La majorité des moustiquaires ont été laissées à sécher au soleil plutôt qu'à l'ombre, ce qui est recommandé. La majorité des moustiquaires qui avaient été utilisées pour dormir la nuit précédente ont été trouvées simplement suspendues au-dessus du lit pendant l'enquête ; elles n'étaient pas enroulées ou attachées comme il est recommandé.
- Dans les ménages disposant d'au moins une moustiquaire, environ 83% des membres du ménage ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Dans les ménages disposant de suffisamment de moustiquaires pour tous les membres, plus de 92% des membres ont déclaré avoir dormi sous une moustiquaire la nuit précédente.
- Globalement, le rapport utilisation/accès était de 0,89, ce qui indique que presque toutes les personnes ayant accès à une moustiquaire l'utilisent effectivement, une légère disparité entre les zones géographiques. Le ratio masque le fait que l'utilisation des MII était la plus faible dans le Centre, et dans le nord, alors que l'accès était également le plus faible dans le Centre.
- Les données indiquent que l'utilisation systématique des moustiquaires est courante chez les hommes et les femmes, où environ quatre personnes sur cinq ont déclaré utiliser systématiquement une moustiquaire, que les ménages aient une seule moustiquaire ou suffisamment de moustiquaires. L'utilisation systématique était la plus faible dans le Nord et en milieu rural, mais ne semblait pas suivre le niveau de richesse.
- Les variables associées à l'utilisation systématique des moustiquaires étaient relativement cohérentes dans toutes les zones :
 - En revanche, la connaissance du fait que les piqûres de moustiques sont la seule cause du paludisme et le fait que les ménages appartiennent aux quintiles de richesse les plus bas étaient associés négativement à l'utilisation systématique des moustiquaires.
 - Dans la zone Nord, plusieurs des mêmes variables étaient associées à l'utilisation régulière des moustiquaires, mais pas toutes. Le fait d'avoir des attitudes favorables, de croire qu'il y a des mesures à prendre pour que la moustiquaire dure plus longtemps, de percevoir une susceptibilité élevée au paludisme, de penser que les autres membres de la communauté approuveront l'utilisation de la moustiquaire, de posséder suffisamment de moustiquaires pour les membres du ménage et d'écouter régulièrement la radio étaient positivement associés à l'utilisation systématique de la moustiquaire.

- Dans la zone centrale, seules les attitudes favorables envers les moustiquaires, la sensibilité perçue au paludisme, le fait d'avoir suffisamment de moustiquaires et le fait d'être une femme étaient positivement associés à l'utilisation régulière des moustiquaires.
- Dans la zone Sud, le fait d'avoir des attitudes favorables, de croire qu'il y a des mesures à prendre pour que la moustiquaire dure plus longtemps, de percevoir une forte susceptibilité au paludisme, de penser que les autres membres de la communauté approuveront l'utilisation de la moustiquaire, de posséder suffisamment de moustiquaires pour les membres du ménage et d'être une femme étaient associés à une utilisation régulière de la moustiquaire. Les répondants plus âgés étaient moins susceptibles d'utiliser une moustiquaire de façon régulière.

4.5.2 Recommandations relatives au programme et à la politique de la CSC

- Continuer à promouvoir l'utilisation systématique des moustiquaires chaque nuit et tout au long de l'année afin de conserver les utilisateurs actuels et d'encourager les autres personnes ayant accès aux moustiquaires à les utiliser chaque nuit. Avec seulement 82% des moustiquaires dans les ménages utilisées chaque nuit, il y a place à l'amélioration. Pour être efficaces, en plus d'augmenter l'accès aux MII dans les ménages, les activités peuvent :
 - Promouvoir une attitude positive envers l'utilisation des MII. Les personnes qui ont déclaré avoir une attitude positive à l'égard de l'utilisation des MII étaient 2,9 fois ($p < 0,001$) plus susceptibles de dormir sous une moustiquaire chaque nuit que les autres, toutes zones confondues. Une façon de soutenir une attitude positive est de promouvoir une bonne nuit de sommeil sous une MII.
 - Promouvoir l'efficacité des moustiquaires pour prévenir le paludisme. Dans l'ensemble, seulement 59% des personnes interrogées pensent que les moustiquaires sont efficaces pour prévenir le paludisme, la proportion la plus faible se trouvant dans le Nord (48%).
 - Positionner l'utilisation des MII chaque nuit comme une norme communautaire. Seuls 69% des répondants croyaient que les autres membres de leur communauté utilisent systématiquement des moustiquaires. Cependant, le fait de croire que les autres membres de sa communauté approuveront le fait de dormir sous une MII était associé à une probabilité de 78% ($p < 0,001$) plus élevée de dormir sous une moustiquaire chaque nuit par rapport à ceux qui ne croyaient pas que les autres approuveraient.
 - Continuer à utiliser les médias de masse pour communiquer sur le risque de paludisme. L'exposition à des messages sur l'utilisation des moustiquaires était associée à une augmentation de 32 % ($p < 0,05$) de la probabilité de dormir sous une moustiquaire chaque nuit par rapport aux personnes qui n'y étaient pas exposées, et les personnes qui se percevaient comme sensibles au paludisme avaient 48 % ($p < 0,05$) de chances

supplémentaires de dormir sous une moustiquaire chaque nuit par rapport à celles qui ne se percevaient pas comme sensibles au paludisme.

- Promouvoir des actions pour prolonger la durée de vie d'une moustiquaire. Les personnes qui ont déclaré croire qu'il y a des actions que l'on peut entreprendre pour aider la moustiquaire à durer plus longtemps étaient 1,4 ($p<0,01$) fois plus susceptibles de dormir sous une moustiquaire chaque nuit que celles qui ne le faisaient pas, dans toutes les zones.
- Les comportements en matière d'entretien des moustiquaires se sont avérés efficaces pour prolonger la durée de vie utile des moustiquaires, les moustiquaires ayant une durée de vie utile de 1,6 à 5 ans en fonction des pratiques d'entretien.¹⁷ Rouler ou attacher une moustiquaire après utilisation, ou la faire sécher à l'ombre plutôt qu'au soleil sont des gestes simples que la plupart des individus peuvent faire, mais les taux observés dans la MBS du Bénin suggèrent une marge d'amélioration importante. Les efforts de la CSC devraient sensibiliser la population à ces comportements d'entretien des moustiquaires et à leur facilité d'application.

4.6 PID

4.6.1 Résumé

- Plus de 8 répondants sur dix étaient au courant de la campagne PID au Nord. Les ménages ruraux étaient plus au courant que les ménages urbains.
- Parmi ceux qui étaient au courant de la PID :
 - Les attitudes favorables envers les PID étaient élevées, où plus de quatre répondants sur cinq (84,9%) avaient une attitude favorable. En général, les hommes étaient plus nombreux que les femmes à avoir une attitude favorable, tout comme les personnes âgées.
 - La plupart des gens pensaient que les pulvérisations étaient efficaces (87,8%) et que si l'on vivait dans une maison pulvérisée, on risquait moins de contracter le paludisme (76,4%). Cependant, seul un quart des personnes interrogées pensait que les PID étaient un moyen efficace de tuer les moustiques.
 - Dans l'ensemble, l'auto-efficacité perçue concernant les PID était élevée, quatre répondants sur cinq (83,3%) ayant une auto-efficacité élevée pour déplacer les meubles en vue des PID ou pour dormir dans une maison la nuit où elle a été pulvérisée. Il y avait peu de différences entre les sexes, ou l'âge. Cependant, les personnes en milieu urbain

¹⁷ Kilian, A., Obi, E., Mansiangi, P., et. al. (2021). Variation in physical durability between LLIN products and net use environments: summary of results from four African countries. *Malaria journal*, 20(1), 1-11.

étaient moins susceptibles d'avoir une auto-efficacité perçue élevée concernant les PID que les personnes en milieu rural.

- La volonté d'accepter les PID dans leur communauté était presque universelle, avec peu de différences selon le sexe, l'âge ou l'instruction. Parmi les répondants qui ne connaissaient pas le programme, plus de quatre sur cinq (83,6%) étaient prêts à l'accepter.

4.6.2 Recommandations sur les programmes et politiques de la CSC

- Pour maintenir et augmenter les taux d'acceptation des PID, créez des messages CSC plus diversifiés. Alors que 88% des personnes interrogées pensent que les PID peuvent prévenir le paludisme, seulement 25% pensent que les PID peuvent tuer les moustiques.
- Lors de l'introduction des PID dans de nouvelles régions, les programmes CSC devraient s'appuyer sur les témoignages de leaders d'opinion et d'autres personnes influentes dans les régions où les PID est déjà utilisé, car les répondants de ces régions ont tendance à avoir une perception positive des PID.

4.7 Consommation des médias et exposition aux messages

4.7.1 Résumé

- Le taux de possession de la radio et de la télévision au Bénin est relativement faible, environ la moitié des ménages possédant une radio et seulement un quart possédant une télévision, avec des différences importantes entre les zones. Parmi tous les répondants (c'est-à-dire les ménages avec ou sans radio), moins de la moitié écoutent régulièrement la radio. Dans les ménages avec une radio, environ 68% des personnes l'écoutaient régulièrement. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à écouter régulièrement la radio et les personnes ayant fait des études supérieures sont moins nombreuses à l'écouter régulièrement. Dans l'ensemble des ménages, seul un tiers des personnes interrogées ont déclaré regarder régulièrement la télévision, alors que dans les seuls ménages possédant une télévision, quatre personnes sur cinq ont déclaré la regarder régulièrement.
- Pour ceux qui écoutent la radio, en général, les heures d'écoute les plus populaires sont tôt le matin, tard le matin et tard le soir, et représentent les moments optimaux pour atteindre les gens avec des messages. Dans le Nord, environ deux tiers des personnes écoutent la radio tôt le matin et en fin de journée. Dans le centre, environ la moitié des gens écoutent la radio en début et en fin de soirée. Dans le Sud, la plupart des gens écoutent la radio soit en fin de matinée, soit en soirée.

- Pour ceux qui regardaient la télévision, la fin de soirée était de loin l'heure de visionnage la plus populaire dans toutes les zones. Entre la moitié et les deux tiers des personnes pouvaient être touchées par la télévision en fin de soirée. Très peu de répondants, quelle que soit la zone, regardaient la télévision l'après-midi ou la nuit.
- Plus de la moitié des répondants ont déclaré posséder un téléphone personnel ou une tablette. Les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes à posséder un téléphone ou une tablette dans les trois zones. Les répondants plus âgés ont tendance à posséder un téléphone ou une tablette dans une plus grande proportion que les plus jeunes, et les résidents urbains possèdent systématiquement un téléphone ou une tablette par rapport aux résidents ruraux.
- La plupart des téléphones disponibles étaient capables de recevoir des SMS, et plus de la moitié pouvaient recevoir des photos, des vidéos et des fichiers audios d'une zone à l'autre, avec des variations minimales. Seul un tiers environ des téléphones pouvait recevoir un lien vers un site web et un nombre encore plus faible pouvait recevoir des e-mails. Les téléphones les plus avancés technologiquement se trouvaient dans le Sud.
- Moins d'un tiers des répondants ont déclaré avoir été exposés à des messages sur le paludisme au cours de l'année écoulée. Une plus grande proportion de répondants ayant été exposés à des messages sur le paludisme se trouvait dans le Nord, et la plus faible proportion dans le Sud. Des proportions à peu près égales d'hommes et de femmes ont été exposés, tandis que cette proportion était faible. Il ne semble pas y avoir de différence substantielle entre les milieux urbains ou ruraux, entre les âges ou selon le niveau d'instruction.
- Moins de la moitié des personnes interrogées se souvenaient correctement du slogan de la campagne de prévention du paludisme des PNLP. Le taux de rappel était plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain dans chaque zone. Le taux de mémorisation était plus élevé dans le centre que dans le nord ou le sud.

4.7.2 Recommandations sur le programme et la politique du CSC

- Augmenter la fréquence de diffusion des messages sur le paludisme à des moments clés de la journée, sur plusieurs canaux.
 - Près de 90 % des personnes dans le Nord pourraient être atteintes par la radio si les émissions étaient concentrées en début de matinée, en fin de matinée et en fin de soirée, alors que le début de soirée et la fin de soirée auraient les plus grandes audiences (environ 60 % des auditeurs) dans le Centre, et que la fin de matinée et la fin de soirée ont le plus d'auditeurs dans le Sud - 60 % des auditeurs.
 - Au moins la moitié (entre 49% - 65%) des audiences toutes zones confondues pourraient être atteintes par la télévision avec des émissions en fin de soirée. Ni le début de matinée, ni la fin de matinée, ni l'après-midi, ni la nuit ne sont les heures d'écoute préférées dans

le Centre ou le Sud, mais la fin de matinée pourrait atteindre 19% de l'audience dans le Nord.

- La communication interpersonnelle est nécessaire ; ceux qui utilisent régulièrement la télévision et la radio ne sont encore qu'une minorité, et même la possession d'un téléphone portable dans les zones rurales (fourchette : 44,7-55,9%) et urbaines (fourchette : 56,3-79,2%), bien que plus élevée, est loin d'être universelle. Elle est particulièrement importante pour les groupes les plus jeunes (15-24 ans), les résidents de la zone centrale et les femmes de toutes les zones, car ils ont moins accès à la radio, à la télévision et aux téléphones portables.
- Les agents de santé et les agents de santé communautaires ont une assez bonne portée, avec respectivement 40 % et 48 %, et devraient continuer à être utilisés comme principal canal de diffusion des messages.