

Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme

Cameroun (juin 2020)

Présenté à : Initiative présidentielle de lutte contre le paludisme/Agence des États-Unis pour le développement international

Présenté par : Centre Johns Hopkins pour les programmes de communication

24 septembre 2020

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



U.S. President's Malaria Initiative

Breakthrough
ACTION
FOR SOCIAL & BEHAVIOR CHANGE



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.

© 2020 Johns Hopkins University. Tous droits réservés.

Table des matières

<i>Sigles et acronymes</i>	3
<i>Remerciements</i>	4
<i>Préface</i>	6
<i>Résumé</i>	8
Habitudes en matière de médias	8
Possession et utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide	9
Attitudes et comportements en matière d'entretien des moustiquaires imprégnées d'insecticide	9
Chimioprévention saisonnière du paludisme	10
Gestion des cas de paludisme	10
Paludisme pendant la grossesse	12
Pulvérisation intra-domiciliaire	13
1. Introduction	1
2. Méthodologies	3
But et objectifs de l'étude	3
Conception de l'enquête	3
Échantillonnage	4
Taille de l'échantillon et justification	4
Participants	6
Processus de recrutement	6
Outils de collecte des données	7
Collecte, traitement et analyse des données	9
Considérations déontologiques	11
3. Résultats	12
3.1. Description de l'échantillon	12
Caractéristiques de la population et des ménages	12
Caractéristiques de l'habitation	13
Biens durables appartenant aux ménages	14
Composition des ménages	14
Caractéristiques sociodémographiques des répondants	14
3.2. Consommation de médias et exposition aux messages	16

Habitudes de consommation de médias	16
Possession de téléphones portables et médias associés	20
Exposition aux messages sur le paludisme	22
3.3. Déterminants idéationnels transversaux	23
Connaissances sur le paludisme	23
Vulnérabilité perçue	24
Gravité perçue	26
Communication interpersonnelle sur le paludisme	27
Perception des agents de santé	28
Normes sexospécifiques	28
3.4. Moustiquaires imprégnées d'insecticide	30
Déterminants comportementaux	30
Pratiques et comportements	36
3.5. Chimioprévention saisonnière du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans	46
Facteurs idéationnels	46
Comportements	52
3.6. Gestion des cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans	55
Facteurs idéationnels	55
Comportements	66
Recours aux soins en cas de fièvre	66
3.7. Paludisme pendant la grossesse	70
Facteurs idéationnels	70
Pratiques et comportements	79
Sources du TPIg	83
3.8. Pulvérisation intra-domiciliaire	86
Déterminants idéationnels	86
4. Résumé et recommandations	90
Recommandations générales	90
Habitudes en matière de médias	90
Possession et utilisation de MII	91
Attitudes et comportements en matière d'entretien des MII	93
Chimioprévention saisonnière du paludisme	93
Gestion des cas de paludisme	94
Paludisme pendant la grossesse	96
Pulvérisation intra-domiciliaire	99
Références	100
5. Annexes	102

Sigles et acronymes

ACT	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
AL	Artéméther-luméfantrine
ASAQ	Artésunate-amodiaquine
ASC	Agent de santé communautaire
CCP	Centre Johns Hopkins pour les programmes de communication
CNERSH	Comité national d'éthique de la recherche en santé humaine
CR	Catégorie de référence
CSC	Changement social et comportemental
CSP	Chimioprévention saisonnière du paludisme
INC	Institut national de cartographie
IRESKO	Institut pour la recherche, le développement socio-économique et la communication
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
OMS	Organisation mondiale de la Santé

PID	Pulvérisation intra-domiciliaire à effet rémanent
PMI	Initiative présidentielle de lutte contre le paludisme
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
SP	Sulphadoxine-pyriméthamine
SPN	Soins prénatals
TDR	Test de diagnostic rapide
TPIg	Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
ZR	Zone de recensement

Remerciements

Cette enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme a été réalisée par le projet Breakthrough ACTION au Cameroun en collaboration avec plusieurs institutions et organisations partenaires. Le projet Breakthrough ACTION est une initiative mondiale dirigée par le Centre Johns Hopkins pour les programmes de communication (CCP, Baltimore, USA) et financée par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et l'Initiative présidentielle de lutte contre le paludisme des États-Unis (PMI). Nous tenons à remercier plusieurs partenaires qui ont contribué à la conception et à la mise en œuvre de l'enquête présentée dans ce document.

Nous exprimons notre gratitude au ministère de la Santé publique (MINSANTE), à la Dre Dorothy Achu, secrétaire permanente du programme national de lutte contre le paludisme, et à son équipe pour leur soutien tout au long de la planification et de la mise en œuvre de cette étude. Nous remercions sincèrement les responsables administratifs, sanitaires et communautaires des localités sélectionnées pour l'enquête (directeurs régionaux de la santé, directeurs départementaux de la santé, maires, chefs traditionnels, chefs communautaires et religieux) et la population de ces localités. Nous tenons également à remercier l'équipe de l'Institut pour la recherche, le développement socio-économique et la communication (IRESCO), composée de superviseurs de terrain, de coordinateurs et de collecteurs de données, pour sa contribution à la mise en œuvre du protocole de l'étude.

Nous souhaitons également remercier la PMI et l'USAID pour le soutien technique et financier apporté à cette étude. Nous remercions nos collègues de la PMI à Yaoundé (Judith Hedje et Célestin Kouambeng), à Washington D.C. (Avery Avrakotos et Anne Linn) et à Atlanta, Géorgie (Jessica Butts), pour leurs précieux conseils sur les aspects techniques et contextuels.

Enfin, nous remercions tout particulièrement la Dre Stella Babalola, directrice de la recherche et de l'évaluation au CCP/Baltimore, qui a dirigé l'équipe de recherche en qualité de chercheuse principale, et

les co-chercheurs : Abdul Dosso (Breakthrough ACTION Côte d'Ivoire), Grace Awantang (Breakthrough ACTION/CCP, Baltimore) et le Dr Randolph Ngwafor (ancien membre du personnel du Programme national intégré de lutte contre le paludisme [PNLP], Cameroun). Nous remercions également Carmen Cronin (Breakthrough ACTION/CCP, Baltimore) et Yiu Lee (Breakthrough ACTION/CCP, Baltimore) pour leur aide dans l'analyse des données et la rédaction de ce rapport. D'autres personnes ont apporté un précieux éclairage sur les résultats préliminaires et ont révisé les ébauches de ce rapport. Pour cette raison, nous remercions Judith Hedje (PMI/USAID), Célestin Kouambeng (PMI/USAID), le Dr Jean-Pierre Kidwang (DPS régionale Extrême-Nord), le Dr Sali Djele (DPS régionale Nord), Yannick Nkougou (Breakthrough ACTION Cameroun) et Stella Babalola (Breakthrough ACTION/CCP, Baltimore). Cette équipe s'est réunie à Yaoundé en février 2020 pour examiner les principales conclusions en vue de la première version de ce rapport. Nous remercions également nos collègues de Breakthrough ACTION, Sean Blaufuss, Elizabeth Serlemitsos, Andrea Anschel Brown, Michael Toso, Gabrielle Hunter, Anna McCartney Melstad et Lynn Van Lith, qui ont révisé les versions précédentes de ce rapport.

Yannick Nkougou Coordinateur national, Breakthrough ACTION/CCP, Yaoundé, Cameroun

Préface

Le paludisme est un problème de santé publique majeur au Cameroun, l'un des 11 pays à forte charge de morbidité qui totalisent plus de 70 % des cas et des décès dus au paludisme dans le monde. D'après le Rapport mondial sur le paludisme 2018, le Cameroun représentait 16 % des cas de paludisme dans la région de l'Afrique centrale et 3 % des cas de paludisme dans le monde en 2017 (OMS, 2018). Depuis 2016, on observe une augmentation constante du nombre de cas de paludisme et de décès dus au paludisme au Cameroun. En 2019, la maladie était à l'origine de 28 % des consultations ambulatoires et 18,3 % des décès déclarés. Les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes sont les plus touchés, contribuant respectivement à 60 % et 12 % des décès attribués au paludisme en 2019.

Le gouvernement du Cameroun a fait de la lutte contre le paludisme une priorité. Le dernier Plan stratégique national de lutte contre le paludisme (2019-2023) est aligné sur la Déclaration d'Abuja, les Objectifs de développement durable (ODD), la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 (Programme mondial de lutte contre le paludisme, 2015) et la stratégie « D'une charge élevée à un fort impact » de l'Organisation mondiale de la Santé et vise à réduire la mortalité et la morbidité dues au paludisme de 60 % par rapport à la situation au Cameroun en 2015 (PNLP, 2019). Le Programme national intégré de lutte contre le paludisme (PNLP) est responsable de la mise en œuvre du plan stratégique. Ce plan repose sur quatre piliers : le renforcement du dialogue politique, l'utilisation d'informations stratégiques pour agir, les politiques et stratégies clés pour la lutte contre le paludisme et la coordination.

C'est dans ce contexte que je salue la collaboration entre le ministère de la Santé publique, par le biais du Programme national intégré de lutte contre le paludisme (PNLP), et l'Initiative présidentielle de lutte contre le paludisme des États-Unis (PMI), par le biais du partenaire de mise en œuvre Breakthrough Action. Cette collaboration a rendu possible la mise en œuvre de l'enquête sur les comportements face au paludisme (Malaria Behavioral Survey, MBS), conçue pour évaluer les déterminants comportementaux liés à la prévention et au traitement du paludisme. Les résultats de l'enquête permettront de mieux comprendre les facteurs sociodémographiques et psychosociaux associés aux comportements liés au paludisme dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord. Cela nous permettra d'élaborer des directives et des stratégies adéquates pour la lutte contre le paludisme.

L'enquête sur les comportements face au paludisme apporte des données fiables sur les comportements liés au paludisme dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord. Ainsi, les résultats nous permettront de déterminer le domaine d'action précis des activités programmatiques conçues pour influencer les facteurs psychosociaux associés au paludisme et pour améliorer les comportements. J'aimerais plaider pour une exploitation efficace des résultats par tous les acteurs et partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme, afin de traduire la stratégie nationale et les recommandations pertinentes en actions. Pour tirer pleinement parti des possibilités offertes par la MBS, le PNLN fera tous les efforts nécessaires pour étendre sa mise en œuvre dans les 8 autres régions du pays.

Je saisis cette occasion pour exprimer à nouveau la reconnaissance de notre gouvernement envers le gouvernement des États-Unis et la PMI, pour leur contribution décisive à la réalisation de cette importante enquête. Nos remerciements et nos félicitations vont également à Breakthrough ACTION, à l'équipe du PNLN, à IRESCO et à toutes les personnes-ressources occupant différents niveaux de la pyramide de santé,

dont le dévouement et l'expertise ont rendu cette enquête possible. Je tiens à remercier les autorités administratives, traditionnelles et religieuses, ainsi que les habitants des communautés de l'étude, pour leur contribution et leur soutien.

Enfin, compte tenu des résultats de cette étude, j'aimerais demander une réorientation de nos stratégies de communication et une plus forte mobilisation de tous les acteurs concernés pour remédier aux insuffisances observées, afin que nous relevions ensemble les défis pour atteindre l'objectif de lutte contre le paludisme.

Dre Dorothy Fosah Achu

Secrétaire permanente

Programme national intégré de lutte contre le paludisme

Ministère de la Santé publique, Cameroun

Résumé

L'enquête sur les comportements face au paludisme (MBS) est une enquête théorique sur les ménages qui s'appuie sur le modèle de l'idéation. L'enquête a été réalisée dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord, au Cameroun, du 5 septembre au 1^{er} octobre 2019, période qui coïncide avec la fin de la saison des pluies. Elle a permis de recueillir des informations pertinentes sur les comportements liés au paludisme et leurs déterminants auprès d'un échantillon représentatif de ménages dans chaque région, stratifié par zone urbaine/rurale. Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires électroniques SurveyToGo chargés sur des tablettes Android. Au total, les données proviennent de 2 756 ménages, qui comprennent 3 565 femmes en âge de procréer et 949 de leurs conjoints/partenaires masculins. Pendant le travail sur le terrain, des collecteurs de données formés ont pris les mesures nécessaires pour minimiser les risques pour les participants. Ils devaient notamment obtenir le consentement éclairé des participants avant de commencer les entretiens, expliquer aux participants qu'ils avaient le droit de ne pas participer à l'enquête ou de mettre fin à l'entretien à tout moment, et insister sur le droit de refuser de répondre à toute question gênante pour les participants. Aucun identifiant personnel n'a été conservé dans la base de données électronique. Le Comité d'éthique de l'École de santé publique Bloomberg de l'Université Johns Hopkins de Baltimore, aux États-Unis (n° IRB : 9646), et le Comité national d'éthique de la recherche en santé humaine (CNERSH) du Cameroun ont autorisé l'enquête. Les données, représentatives des populations urbaines et rurales des deux régions, servent de base pour mieux identifier, prioriser et atteindre les publics cibles grâce à des stratégies de changement social et comportemental (CSC) adaptées et efficaces. Cette partie résume les principales conclusions de l'enquête.

Habitudes en matière de médias

La portée individuelle potentielle de la radio et de la télévision est limitée dans les zones urbaines et rurales des deux régions étudiées. La faible portée de la radio est en partie due au fait que peu de ménages possèdent un poste de radio. Par ailleurs, même dans les ménages disposant d'un poste de radio, l'écoute reste faible (37,1 % dans le Nord et 49,6 % dans l'Extrême-Nord). Les seules exceptions à cette tendance sont les hommes et les femmes des ménages urbains plus aisés, et les hommes de la région de l'Extrême-Nord, en particulier les hommes plus âgés. En ce qui concerne la télévision, bien que seulement un cinquième des ménages possède un téléviseur, parmi les ménages disposant de cet appareil, 70,9 % regardent régulièrement des émissions télévisées dans le Nord et 77,3 % dans l'Extrême-Nord. En résumé, la radio et la télévision n'ont qu'un intérêt limité pour transmettre à la population des messages de CSC sur la prévention du paludisme et la gestion des cas. Le taux de possession d'un téléphone portable personnel est plus faible dans les zones rurales (42,1 % dans le Nord, 46,9 % dans l'Extrême-Nord) que dans les zones urbaines (74,1 % dans le Nord, 75,5 % dans l'Extrême-Nord). La plupart (87,9 % dans le Nord et 84,6 % dans l'Extrême-Nord) des personnes possédant un téléphone portable déclarent pouvoir recevoir des SMS, tandis qu'une proportion notable déclare que leur téléphone permet de recevoir des photos, des vidéos et des fichiers audio.

Possession et utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide

La possession de moustiquaires par les ménages n'est pas universelle ; près d'un tiers des ménages des deux régions n'en possèdent pas. En moyenne, les ménages riches possèdent beaucoup moins de moustiquaires que les ménages pauvres. Les indicateurs de couverture en moustiquaires des ménages (34,2 %) et d'accès de la population (54,3 %) sont plutôt faibles. Dans les ménages possédant au moins une moustiquaire, environ deux tiers (68,1 %) des participants ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête ; dans les ménages possédant un nombre suffisant de moustiquaires, 80,9 % ont dormi sous une moustiquaire. **Néanmoins, le rapport utilisation/accès (0,83 dans le Nord et 1,00 dans l'Extrême-Nord) indique que la plupart des personnes qui ont accès à une moustiquaire l'utilisent pour dormir.** Les données suggèrent que, dans la région de l'Extrême-Nord, plus de deux personnes partagent généralement une moustiquaire. Dans les ménages disposant d'au moins une moustiquaire, l'utilisation la nuit précédente est plus faible chez les grands enfants et les adolescents (5-17 ans) que chez les jeunes enfants et les adultes.

Les résultats de la régression logistique multivariable révèlent que, parmi les hommes et les femmes interrogés, les **variables idéationnelles positivement associées à une utilisation systématique des MII dans les deux régions comprennent la vulnérabilité perçue au paludisme, l'auto-efficacité perçue pour l'utilisation des moustiquaires et la perception de l'utilisation des moustiquaires comme une norme communautaire.** Dans les deux régions également, la couverture en moustiquaires des ménages est positivement associée à une utilisation régulière. On note également une corrélation significative avec le niveau d'études dans les deux régions, bien que cette corrélation n'aille pas dans le même sens (positive dans le Nord, négative dans l'Extrême-Nord). En outre, dans la **région du Nord, l'utilisation régulière est positivement associée aux attitudes à l'égard de l'utilisation des moustiquaires et négativement associée à la perception de l'efficacité des moustiquaires, aux discussions sur le paludisme avec d'autres personnes et à l'exposition aux messages sur le paludisme.** Ces corrélations n'ont pas été observées dans la région de l'Extrême-Nord.

Attitudes et comportements en matière d'entretien des moustiquaires imprégnées d'insecticide

La majorité des répondants estiment qu'une personne peut prendre des mesures pour assurer la durabilité des moustiquaires et peut protéger la santé des membres de sa famille en prenant soin de ses moustiquaires. Néanmoins, les comportements observés en matière d'entretien des moustiquaires ne sont pas propices à la durabilité de ces dernières. Seulement un tiers environ des moustiquaires recensées dans les ménages et utilisées pour dormir la nuit précédant l'enquête sont suspendues, pliées et attachées au-dessus de l'espace de couchage, un geste clé pour protéger les moustiquaires de l'usure. De plus, alors que les directives de l'OMS concernant le lavage des moustiquaires avec un savon doux sont généralement respectées par la population, la majorité (71 % dans le Nord et 80,9 % dans l'Extrême-Nord) des moustiquaires lavées sont mises à sécher au soleil plutôt qu'à l'ombre.

Chimioprévention saisonnière du paludisme

La chimioprévention saisonnière du paludisme (CSP) est bien connue dans les régions étudiées : 81,9 % des habitants du Nord et 88,9 % des habitants de l'Extrême-Nord en avaient entendu parler avant l'entretien. Les résultats indiquent que les fournisseurs de soins ne suivraient pas toujours le protocole établi lors de la distribution des médicaments. Bien que la première dose de CSP soit censée être prise par les enfants sous l'observation directe du fournisseur de soins, les résultats indiquent que ce n'est pas le cas pour de nombreux enfants. Dans 39,2 % des cas dans la région Nord et 16,3 % des cas dans l'Extrême-Nord, les distributeurs de CSP ont donné le médicament à la personne responsable de l'enfant, mais n'ont pas vu l'enfant le prendre. Les données montrent que 91,5 % des enfants admissibles dans le Nord et 97,6 % dans l'Extrême-Nord auraient pris la première dose du protocole de CSP, soit sous la surveillance directe du fournisseur de soins, soit sous la surveillance de la personne qui s'occupe d'eux.

Les résultats relatifs à certaines des variables idéationnelles servent de base pour comprendre dans quelle mesure la population est prête à respecter le protocole de CSP. Par exemple, seulement 8,7 % des personnes responsables d'un enfant dans le Nord et 22,5 % dans l'Extrême-Nord connaissent à la fois le nombre de jours par mois et le nombre de mois pendant lesquels un enfant doit suivre une CSP durant la saison des pluies. Une proportion non négligeable de personnes responsables d'un enfant (62,3 % dans le Nord et 61,3 % dans l'Extrême-Nord) déclarent que les distributeurs de CSP en porte-à-porte ne leur parlent pas des effets secondaires des médicaments. **Si les attitudes à l'égard de la CSP sont généralement positives, certaines perceptions négatives concernant sa distribution et son intérêt pour protéger des enfants en bonne santé sont courantes dans les régions étudiées.** Par exemple, 46,6 % des personnes responsables d'un enfant dans le Nord et 46,7 % dans l'Extrême-Nord estiment que la CSP ne change rien au risque de contracter le paludisme chez un enfant. **De nombreux répondants estiment que les enfants en bonne santé n'ont pas besoin de prendre de CSP (50,6 % dans le Nord et 27,5 % dans l'Extrême-Nord) et que la CSP peut nuire aux enfants (45,1 % dans le Nord et 43,7 % dans l'Extrême-Nord).** En outre, **62,4 % des personnes responsables d'un enfant dans le Nord et 34 % dans l'Extrême-Nord pensent que les distributeurs de CSP forcent les parents à prendre les médicaments, tandis qu'environ 30 % des personnes responsables d'un enfant dans le Nord et 19,7 % dans l'Extrême-Nord expriment un manque de confiance dans les distributeurs de CSP.**

Gestion des cas de paludisme

Le recours rapide aux soins pour les enfants ayant de la fièvre (c'est-à-dire le recours aux soins pour un enfant ayant de la fièvre dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre) est courant dans la région de l'Extrême-Nord (81,8 %), mais nettement moins dans la région du Nord (51,8 %). Il est beaucoup moins fréquent d'emmener un enfant ayant de la fièvre directement dans un établissement de santé ou auprès d'un ASC en premier recours le jour de l'apparition de la fièvre ou le lendemain dans la région du Nord, où seulement un tiers environ des femmes ayant un enfant malade signale ce comportement, contre 57,4 % dans l'Extrême-Nord. **Les variables idéationnelles associées au recours rapide aux soins**

dans un établissement de santé ou auprès d'un ASC en premier recours comprennent la connaissance de l'ACT en tant que médicament antipaludique efficace, la connaissance du délai dans lequel une personne doit se faire soigner après un début de fièvre, la perception du recours rapide aux soins comme une norme communautaire et la préférence pour les antipaludiques administrés par injection.

Parmi les autres corrélats importants du recours rapide aux soins dans un établissement de santé ou auprès d'un ASC en premier recours, on peut citer le fait d'être d'accord avec l'affirmation « les antipaludiques sont toujours disponibles dans l'établissement de santé de la communauté » et de ne pas être d'accord avec les affirmations « les agents de santé de l'établissement font payer à leurs patients les médicaments antipaludiques pour les enfants » et « lorsque mon enfant a de la fièvre, je commence par lui donner les médicaments que j'ai à la maison ».

La connaissance des analyses sanguines comme méthode précise de diagnostic du paludisme, des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) comme traitement efficace contre le paludisme et de la rapidité avec laquelle il faut soigner la fièvre est relativement courante. Dans l'ensemble, les connaissances sur le paludisme sont meilleures dans la région du Nord que dans l'Extrême-Nord. Les attitudes positives liées au recours aux soins et au traitement du paludisme sont répandues, mais certaines attitudes négatives persistent. **Les attitudes favorables à l'automédication restent très répandues, 81,7 % des habitants du Nord et 75,7 % de ceux de l'Extrême-Nord déclarant qu'ils commencent par donner à leur enfant fiévreux les médicaments contre le paludisme dont ils disposent à la maison. Les répondants préfèrent également de loin les antipaludiques injectables aux comprimés : 79,4 % des personnes responsables d'un enfant dans le Nord et 63,1 % dans l'Extrême-Nord préfèrent que leur enfant fiévreux soit traité par injection plutôt que par comprimés.**

L'indicateur de l'efficacité perçue du test de diagnostic du paludisme révèle que les répondants sont moyennement convaincus de l'efficacité du test. Beaucoup (68,4 % dans le Nord et 71,8 % dans l'Extrême-Nord) pensent que les parents sont capables de diagnostiquer le paludisme aussi bien qu'un test et que les gens devraient prendre des antipaludiques même si le test est négatif. La perception du recours rapide aux soins comme une norme communautaire n'est que modérément courante : 59,5 % dans le Nord et 60,6 % dans l'Extrême-Nord. **Moins de deux tiers des femmes (59,7 % dans le Nord et 60,1 % dans l'Extrême-Nord) déclarent être impliquées dans les décisions du ménage liées au recours aux soins pour un enfant ayant de la fièvre.** Une grande partie des répondants estiment que les tests de dépistage du paludisme (88,1 % dans le Nord et 77,6 % dans l'Extrême-Nord) et les traitements (90 % dans le Nord et 77,4 % dans l'Extrême-Nord) sont toujours disponibles dans les établissements de santé. Le nombre d'hommes et de femmes qui pensent que ces services sont toujours disponibles auprès des ASC est relativement moins élevé : 61,4 % dans le Nord et 44,7 % dans l'Extrême-Nord concernant les tests de diagnostic ; 73,2 % dans le Nord et 59,7 % dans l'Extrême-Nord concernant les traitements. Même si une grande partie des répondants ont confiance dans les compétences techniques et interpersonnelles du personnel des établissements et des ASC qui fournissent des services liés au paludisme, une proportion notable d'entre eux est d'avis que ces fournisseurs de soins font payer aux parents les tests et les traitements contre le paludisme. Par exemple, 57 % des répondants dans le Nord

et 43,8 % dans l'Extrême-Nord pensent que les professionnels des établissements de leur communauté font payer les antipaludiques aux parents.

Paludisme pendant la grossesse

Même si la plupart des femmes ont assisté à au moins une consultation de SPN, assister au nombre recommandé de consultations de SPN est loin d'être une pratique universelle dans les deux régions. La présence du conjoint lors des consultations de SPN n'est pas courante. Moins de la moitié des femmes ayant donné naissance à un enfant vivant au cours des deux dernières années ont reçu au moins trois doses de TPIg. **Même parmi les femmes qui ont assisté à une consultation de SPN quatre fois ou plus, moins des deux tiers ont obtenu le nombre recommandé de doses de TPIg.** Les données montrent qu'après prise en compte des comportements sociodémographiques et autres comportements liés au milieu de vie, l'obtention du nombre recommandé de consultations de SPN et le début précoce des soins de grossesse sont des comportements essentiels pour le recours au TPIg. Environ quatre cinquièmes des femmes affirment par ailleurs avoir l'intention d'obtenir un TPIg si elles tombent enceinte dans un avenir proche. **Dans les deux régions, les variables idéationnelles fortement et positivement associées à cette intention sont la connaissance du nombre de doses de TPIg recommandées et la perception du TPIg comme une norme communautaire.** D'autres variables idéationnelles ont une association significative avec cette intention, mais uniquement dans une région ou l'autre. **L'auto-efficacité perçue pour obtenir un TPIg et les attitudes positives envers le TPIg sont significatives dans l'Extrême-Nord, mais pas dans la région Nord. En revanche, l'efficacité perçue du TPIg, la perception positive des services de SPN/TPIg et les discussions sur le paludisme avec d'autres personnes ne sont fortement corrélées que dans la région Nord.**

Les connaissances relatives au moment de la première consultation de soins prénatals (SPN), au nombre de consultations de SPN qu'une femme devrait faire pendant sa grossesse et au nombre recommandé de doses de TPIg (traitement préventif intermittent [contre le paludisme] pendant la grossesse) sont généralement faibles. Pourtant, la plupart des répondants sont conscients de la gravité du paludisme pendant la grossesse. Les attitudes ne sont généralement pas très positives envers les SPN et le TPIg. Les attitudes favorisant le recours tardif aux soins de grossesse, surtout si la femme n'en est pas à sa première grossesse, sont relativement courantes. Beaucoup de personnes interrogées pensent également qu'une femme ne doit pas prendre de TPIg à jeun. La perception de l'efficacité du TPIg et de l'auto-efficacité à prendre des mesures liées aux SPN et au TPIg est bonne dans les deux régions. La participation à la prise de décisions concernant le recours aux soins de grossesse est modérée dans l'Extrême-Nord, mais particulièrement faible dans la région du Nord. Dans l'Extrême-Nord, il semble exister une corrélation inverse entre, d'un côté, la participation aux décisions concernant les SPN et, de l'autre, le niveau d'études et le quintile de richesse. Les SPN et le TPIg sont perçus comme des normes communautaires par environ deux tiers des personnes interrogées. La perception des agents de santé est quelque peu mitigée. La majorité des répondants dans les deux régions estiment que les agents de santé traitent leurs patientes avec respect. Dans le Nord, la plupart des répondants pensent que les agents de santé proposent généralement un TPIg à leurs patientes, mais cette impression est moins

répandue dans l'Extrême-Nord. Dans le même temps, les répondants des deux régions sont nombreux à penser que les agents de santé ne donnent pas de TPIg à leurs patientes si elles n'ont pas mangé. **On remarque également une prévalence notable de certaines perceptions négatives, notamment le fait que les agents de santé renvoient une femme chez elle si elle demande des SPN en début de grossesse, font payer le TPIg aux femmes et refusent à une femme des soins prénatals si elle n'est pas accompagnée par son mari.** Ces attitudes négatives sont plus répandues dans la région du Nord que dans l'Extrême-Nord.

Pulvérisation intra-domiciliaire

L'enquête a permis de recueillir des informations idéationnelles sur la pulvérisation intra-domiciliaire à effet rémanent (PID), en vue de sa mise en œuvre dans les deux régions. Au moment de l'enquête, la PID n'avait pas encore été mise en œuvre dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord. Très peu de répondants avaient entendu parler de la pulvérisation intra-domiciliaire à effet rémanent (PID) avant l'enquête. **L'acceptation potentielle du programme est très élevée dans les deux régions.** Certaines personnes ayant entendu parler du programme de PID avant l'enquête expriment des inquiétudes concernant ce programme. De nombreuses personnes, en particulier dans la région Nord, estiment qu'il est dangereux de toucher les murs des maisons après séchage de l'insecticide pulvérisé, associent la PID à l'apparition de punaises de lit et de puces et craignent de devoir sortir leurs affaires de chez elles pour permettre aux agents de PID de pulvériser l'insecticide. L'efficacité perçue de l'intervention et l'auto-efficacité perçue pour préparer leur habitation à la pulvérisation sont bonnes.

1. Introduction

Le paludisme est un problème de santé publique majeur dans toutes les régions du Cameroun, y compris la région du Nord et la région de l'Extrême-Nord. La région du Nord connaît un climat tropical, avec une saison de transmission du paludisme de quatre à six mois, le volume des pluies atteignant son maximum entre juin et septembre. Dans la région de l'Extrême-Nord, le climat à la fois tropical et sahélien s'accompagne d'une période de transmission saisonnière du paludisme plus courte, de trois à cinq mois (juin à octobre) (PNLP, 2019). Les cas de paludisme dans ces régions représentent environ une consultation sur cinq dans les établissements de santé (PNLP Cameroun et RBM, 2017). Les enfants de moins de 5 ans sont parmi les plus vulnérables au paludisme. En témoigne le fait que 67 % des décès dans les établissements de santé du Nord et 32 % dans l'Extrême-Nord sont dus au paludisme chez les enfants (PNLP et RBM, 2017). Malgré tout, des progrès ont été réalisés récemment. La mortalité due au paludisme dans les établissements de santé a légèrement baissé dans les deux régions (PNLP et RBM, 2016 ; PNL et RBM, 2017). Entre 2011 et 2018, la parasitémie du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, évaluée à l'aide d'un test de diagnostic rapide (TDR), a diminué de façon spectaculaire, passant de 57,2 % à 21,8 % dans la région de l'Extrême-Nord et de 36,2 % à 26 % dans le Nord (Institut national de la statistique [INS] et ICF, 2019 ; INS et ICF, 2012). Malgré ces baisses notables, principalement dues à des interventions telles que la distribution massive de MII et la CSP, la morbidité liée au paludisme dans le Nord et l'Extrême-Nord reste relativement élevée par rapport aux statistiques nationales (PNLP et RBM, 2017).

Le gouvernement camerounais, par l'intermédiaire du Programme national intégré de lutte contre le paludisme (PNLP), en collaboration avec des organisations non gouvernementales et des organismes de financement, encourage la prévention et le traitement efficace du paludisme dans ces deux régions, grâce à des interventions telles que la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), la chimioprévention saisonnière du paludisme (CSP), le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg) et l'utilisation de tests de diagnostic rapide (TDR) et de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) pour la gestion des cas de paludisme.

Le dernier plan stratégique du PNL vise à atteindre les objectifs comportementaux suivants d'ici 2023 (ministère de la Santé publique, 2019) :

- 80 % de la population dort chaque nuit sous une MII,
- 80 % des femmes enceintes sont protégées par le TPIg,
- 80 % des cas de paludisme potentiels dans les établissements de santé sont testés par TDR ou par microscopie,
- 100 % des cas de paludisme confirmés dans les établissements de santé et la communauté sont traités.

La recherche démontre de plus en plus l'efficacité des programmes de changement social et comportemental (CSC) pour accroître la prévalence de nombreux comportements bénéfiques en

matière de santé, notamment ceux liés à la prévention et au traitement du paludisme. Les messages des programmes de CSC doivent cibler les variables psychosociales précises qui influencent les décisions relatives aux comportements liés au paludisme, comme l'utilisation de MII ou le recours rapide aux soins en cas de fièvre. Les principales sources de données représentatives sur la prévalence des indicateurs comportementaux pertinents sont la dernière Enquête démographique et sanitaire (EDS), qui date de 2018, l'Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) de 2014 et l'EDS-MICS de 2011. Ces sources de données sont toutefois limitées dans leur étude des facteurs qui pourraient expliquer les comportements liés au paludisme. Une seule enquête sur les connaissances, les attitudes et les pratiques a été identifiée, mais elle date de 2012 (Malaria No More, 2012). Pour concevoir des interventions efficaces en matière de CSC, il est nécessaire de connaître les déterminants de ces comportements et de savoir comment ils varient d'un sous-groupe de la population à l'autre. Grâce à ces données, les chercheurs peuvent étudier les effets spécifiques des variables psychosociales (comme les connaissances, les attitudes, la vulnérabilité perçue à l'infection par le paludisme et les normes sociales liées aux comportements), ce qui permet aux programmes de lutte contre le paludisme de disposer des informations nécessaires pour hiérarchiser les comportements cibles et leurs déterminants.

Breakthrough ACTION est dirigé par le Centre Johns Hopkins pour les programmes de communication (CCP). En étroite collaboration avec le PNLP du Cameroun et avec le soutien financier et technique de l'USAID/la PMI, Breakthrough ACTION a réalisé une grande enquête auprès des ménages des régions du Nord et de l'Extrême-Nord afin de mieux comprendre les comportements liés à la prévention, au recours aux soins, au diagnostic et au traitement du paludisme. L'enquête livre des données actuelles et complètes sur les comportements face au paludisme dans ces deux régions. Ce rapport présente les méthodes, les principaux résultats, les conclusions et les recommandations dérivées de ces données. Ces résultats aideront le PNLP, les projets de lutte contre le paludisme et les décideurs politiques à définir et à hiérarchiser les populations cibles et les messages de CSC.

Le rapport est divisé en quatre chapitres. Le chapitre 1 contient des informations générales sur l'épidémiologie du paludisme au Cameroun et décrit les besoins en données sur les déterminants potentiellement modifiables des comportements liés au paludisme. Le chapitre 2 se penche sur les méthodes de collecte et d'analyse des données. Le chapitre 3 présente les résultats. Il est divisé en huit parties, chacune consacrée à un aspect différent des résultats de l'enquête. Le chapitre 4 résume les résultats de l'enquête et décrit leurs implications programmatiques. Afin de faciliter la lecture du rapport, les tableaux les plus concis et les plus pertinents pour chaque partie ont été conservés dans les parties en question, tandis que les plus longs ont été déplacés en annexe.

2. Méthodologies

But et objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude est double : mieux comprendre les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales (également appelées caractéristiques idéationnelles) associées aux comportements liés au paludisme dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord du Cameroun et déterminer l'orientation à donner aux activités programmatiques conçues pour améliorer les comportements liés au paludisme.

Les objectifs précis de cette étude sont les suivants :

- Déterminer les facteurs associés :
 - à l'utilisation et l'entretien des MII,
 - au recours au TPIg,
 - au traitement rapide et efficace du paludisme chez les enfants,
 - au recours à la CSP.
- Comprendre les raisons pour lesquelles les comportements recommandés en matière de prévention et de traitement du paludisme ne sont pas adoptés
- Déterminer l'objectif des futurs programmes de CSC destinés à promouvoir les bons comportements de prévention et de traitement du paludisme au Cameroun

Conception de l'enquête

Cette étude s'appuie sur une enquête transversale réalisée auprès de chefs de famille, de femmes et d'hommes sélectionnés au hasard, qui ont été interrogés au moyen de questionnaires structurés (un pour chaque groupe de participants à l'étude). Les participants à l'étude ont été sélectionnés en plusieurs étapes par un processus de sélection aléatoire de grappes, de ménages et d'individus dans les zones urbaines et rurales. Comme le montre le **Tableau 1**, les deux régions sont différentes en termes de taille de la population, d'utilisation des moustiquaires chez les enfants de moins de cinq ans et d'incidence de la fièvre. L'échantillon a été conçu pour fournir des données représentatives de chaque région, stratifiées en zones urbaines et rurales.



Figure 1. Carte du Cameroun représentant les régions du Nord et de l'Extrême-Nord

TABLEAU 1. QUELQUES STATISTIQUES CONCERNANT LES ZONES GÉOGRAPHIQUES

EXEMPLE D'INDICATEUR	NORD	EXTREME-NORD	NATIONAL
Population en 2019 ¹	2,9 millions	4,6 millions	25,5 millions
Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous une moustiquaire dans les ménages disposant d'au moins une moustiquaire ²	71,6	79,6	67,0
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire dans les ménages disposant d'au moins une moustiquaire ²	58,5	65,7	72,9
Pourcentage d'enfants (0-4 ans) ayant eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines ²	12,0	17,2	15,4
Pourcentage d'enfants ayant eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines et dont un échantillon de sang prélevé au niveau du doigt ou du talon a été analysé ²	23,6	13,3	21,4
¹ Projections démographiques pour 2019 d'après le recensement du BUCREP de 2005 (BUCREP, 2016). ² EDS 2018			

Échantillonnage

Taille de l'échantillon et justification

L'équipe de recherche a estimé la taille de l'échantillon nécessaire pour mesurer les principaux résultats liés au paludisme, y compris les indicateurs détaillés dans le **Tableau 1**, et la prévalence des attitudes positives à l'égard de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide chez les femmes en âge de procréer. Les indicateurs du **Tableau 1** sont issus de l'EDS 2018. En l'absence d'estimation récente de la population pour les indicateurs idéationnels, l'équipe de recherche a supposé que la valeur de l'indicateur attitudinal était de 50 % pour les deux régions. Cette prévalence reflète une variabilité maximale de la population afin de réunir un échantillon de taille adéquate. L'équipe de recherche a utilisé la formule suivante pour estimer la taille de l'échantillon nécessaire :

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

Où :

- n est l'échantillon requis d'individus (par exemple des femmes) présentant les caractéristiques souhaitées ;
- Z est la valeur correspondant au niveau de confiance souhaité. On suppose que $Z = 1,96$, ce qui correspond à 95 % du niveau de confiance ;
- d est l'effet du plan de sondage dû à l'écart par rapport à l'échantillonnage aléatoire simple ; on suppose que l'effet du plan de sondage est de 2,5 ;
- p est l'indicateur de réalisation estimé (escompté) ; si la valeur n'est pas connue, on suppose que p est égal à 50 %, ce qui donne la taille maximale de l'échantillon pour l'indicateur ;
- δ représente la marge d'erreur souhaitée ; pour le calcul de la taille de l'échantillon de l'étude, on suppose que $\delta = 6$ % ;
- R_h est le taux de réponse des ménages ; on suppose que 90 % des ménages sélectionnés et sollicités accepteront de participer à l'enquête ;
- R_i est le taux de réponse des femmes dans les ménages sélectionnés ; on suppose que 96 % des femmes répondant aux critères dans les ménages sélectionnés accepteront d'être interrogées.
- CF est le facteur de correction correspondant, par exemple le nombre moyen de femmes en âge de procréer par ménage.

Les résultats de ces calculs sont présentés dans le **Tableau 2**. Étant donnée la taille de l'échantillon nécessaire pour chaque indicateur comportemental, l'étude ciblait 2 820 ménages. Cette taille d'échantillon prenait en compte le taux de non-réponse potentiel au niveau des ménages (10 %) et des individus (4 %). Elle a permis de constituer un échantillon représentatif au niveau régional et résidentiel et d'estimer les indicateurs clés.

TABLEAU 2. TAILLE D'ÉCHANTILLON PROPOSÉE PAR INDICATEUR					
INDICATEUR	NOMBRE DE MENAGES				
	NORD		EXTRÊME-NORD		LES DEUX RÉGIONS
	Zones rurales	Zones urbaines	Zones rurales	Zones urbaines	
Femmes (15-49 ans) ayant une attitude positive à l'égard de l'utilisation des moustiquaires	653	592	669	696	2 609
Femmes (15-49 ans) dormant sous une moustiquaire dans les ménages disposant d'au moins une moustiquaire	765	685	673	697	2 820

TABLEAU 2. TAILLE D'ÉCHANTILLON PROPOSÉE PAR INDICATEUR

INDICATEUR	NOMBRE DE MENAGES				
	NORD		EXTRÊME-NORD		LES DEUX RÉGIONS
	Zones rurales	Zones urbaines	Zones rurales	Zones urbaines	
Enfants (0-4 ans) ayant eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines	591	614	550	603	2 358
Remarque : Les totaux des lignes sont basés sur des chiffres non arrondis.					

Participants

L'étude a été réalisée auprès d'hommes et de femmes en âge de procréer (15-49 ans pour les femmes et 18-59 ans pour les hommes) et de chefs de famille ou de leurs représentants. Les hommes mariés ou en couple en âge de procréer ont été sélectionnés si leur femme/partenaire avait participé à l'étude.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion et d'exclusion pour la sélection des participants sont énumérés ci-dessous.

Critères d'inclusion :

- a entre 15 et 49 ans pour les femmes et entre 18 et 59 ans pour leurs maris/partenaires,
- est un résident régulier du ménage sélectionné,
- a la capacité de communiquer en français, en anglais ou en fulfulde.

Critères d'exclusion :

- n'est pas en mesure de fournir un consentement éclairé,
- est incapable de comprendre les questions ou d'y répondre intelligiblement.

Processus de recrutement

Les participants à l'étude ont été sélectionnés en plusieurs étapes par un processus de sélection aléatoire de grappes, de ménages et d'individus. L'équipe de recherche a commencé par sélectionner des grappes en utilisant une liste complète de zones de recensement (ZR) créée par le Bureau central des recensements et des études de population (BUCREP) entre septembre 2016 et octobre 2017 et les cartes correspondantes de l'Institut national de cartographie (INC). Chaque région a été divisée en deux strates : urbaine et rurale. Pour chaque région et chaque strate, un certain nombre de ZR ont été choisies au hasard dans la liste des ZR, leurs chances d'être sélectionnées étant proportionnelles à la taille de leur population. De cette façon, les ZR plus peuplées étaient plus susceptibles d'être sélectionnées que les ZR moins peuplées au sein d'une strate. Pour atteindre la taille d'échantillon souhaitée, un total de 141 grappes (environ 20 ménages par grappe) ont été sélectionnées pour être Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme : Cameroun (septembre 2020) | 6

incluses dans l'étude : 72 dans la région du Nord (38 rurales, 34 urbaines) et 69 dans la région de l'Extrême-Nord (34 rurales, 35 urbaines). Cette répartition a entraîné un suréchantillonnage de zones urbaines, corrigé au moyen de poids d'échantillonnage.

Après avoir obtenu l'approbation des responsables communautaires, l'équipe de recherche a mis à jour les croquis cartographiques fournis en dressant la liste des ménages de chaque ZR. Avec l'aide de la population locale, les équipes ont sollicité chaque ménage de chaque bâtiment, structure ou résidence et ont noté le nom du chef de famille, l'adresse du ménage ou la description de son emplacement, le nombre de femmes de 15 à 49 ans et le nombre d'hommes de 18 à 59 ans. Ces listes de ménages ont été détruites à l'issue de la collecte des données dans chaque grappe.

Au sein de chaque ménage sélectionné, l'équipe de recherche a déterminé l'admissibilité de chaque individu et a obtenu son consentement avant de l'interroger. Le chef de famille a d'abord répondu au questionnaire sur le ménage, qui consistait à donner une liste de surnoms de tous les membres *de facto* du ménage, une description des caractéristiques et des biens du ménage, et une liste de toutes les moustiquaires et de leurs caractéristiques. Une fois le questionnaire sur le ménage rempli, l'équipe de recherche a interrogé toutes les femmes de 15 à 49 ans sur divers comportements, ainsi que sur leurs attitudes, leur perception des normes et d'autres facteurs idéationnels liés à ces comportements. Dans un ménage sur trois ayant accepté de participer à l'enquête, l'équipe de recherche a également identifié le conjoint ou le partenaire de l'une des femmes interrogées et l'a interrogé à l'aide du questionnaire individuel conçu pour les hommes. Les hommes ont également été interrogés sur leurs attitudes et sur leur perception des normes, mais ils ont dû répondre à moins de questions sur leurs comportements en matière de recours aux soins, de prévention et de traitement du paludisme.

L'équipe de recherche a interrogé 2 756 ménages, 3 565 femmes et 949 partenaires masculins de ces femmes. Les taux de réponse réels sont élevés : 98,2 % au niveau des ménages, 99,7 % chez les femmes et 98,4 % chez les hommes. Il convient de noter que, selon la composition d'un ménage, les femmes en âge de procréer ou leurs partenaires masculins peuvent également avoir été interrogés en tant que chef de famille ou représentant(e) de ce dernier.

Outils de collecte des données

Cette étude s'est appuyée sur des enquêtes similaires réalisées par le CCP, qui a étudié la prévalence des comportements de prévention, de recours aux soins et de traitements liés au paludisme et, parallèlement, leurs déterminants idéationnels. Les comportements intéressants dans le cadre de cette étude sont les suivants :

- utilisation et entretien des MII,
- recours rapide aux soins en cas de fièvre chez les enfants, diagnostic du paludisme à l'aide d'un test de diagnostic rapide et traitement rapide et efficace du paludisme à l'aide d'ACT,
- recours aux soins prénatals et administration d'un TPIg au cours de la dernière grossesse d'une femme,

- CSP chez les enfants de moins de cinq ans,
- acceptation de la PID.

Trois questionnaires basés sur les outils correspondants utilisés au Liberia, à Madagascar, au Mali et en Côte d'Ivoire ont été adaptés au contexte camerounais. Le questionnaire a été conçu en utilisant le modèle idéationnel comme guide (Figure 2).

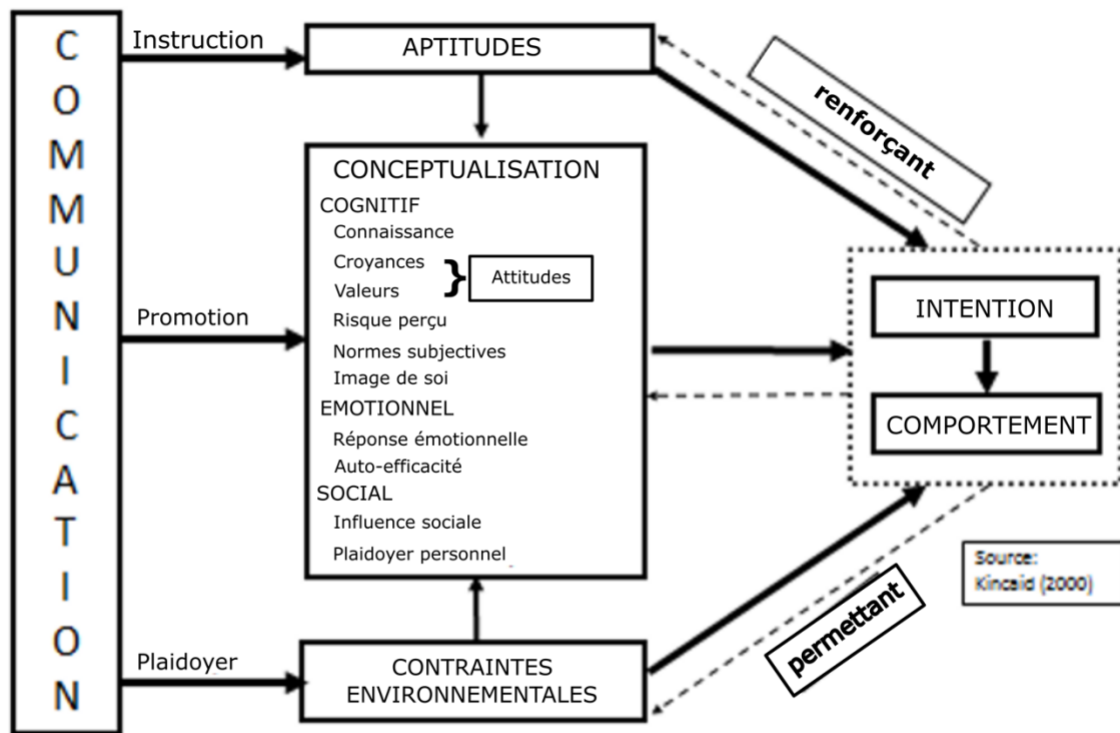


Figure 1 : Modèle de conceptualisation de la communication stratégique et du changement comportemental

Le modèle d'idéation (Kincaid, 2000) avance que les stratégies de CCSC peuvent modifier l'intention d'agir et, par conséquent, les comportements réels, dans la mesure où elles modifient l'idéation des gens (ou les opinions et idées que les gens ont sur un comportement). Le modèle reconnaît trois dimensions de l'idéation qui sont pertinentes pour le changement de comportement : l'interaction cognitive, émotionnelle et sociale. Les variables de chaque dimension ont été empruntées à des théories de pointe sur le changement de comportement et associées à divers comportements de santé (Fishbein et al., 2001).

Trois questionnaires ont été utilisés pour réaliser l'étude. Le questionnaire sur les ménages a été conçu pour recueillir des informations démographiques de base sur chaque ménage, déterminer la situation économique relative du ménage, estimer la distance du ménage par rapport à diverses sources de soins

de santé, déterminer l'âge et le sexe de chaque membre du ménage et recueillir des informations sur chaque moustiquaire appartenant au ménage.

Les questionnaires destinés aux femmes et aux hommes étaient similaires mais présentaient quelques différences importantes. Les deux questionnaires ont permis de recueillir des informations sociodémographiques de base sur les personnes interrogées et comportaient des questions sur l'utilisation, le recyclage et l'élimination des MII. 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. Cependant, seules les femmes ont été interrogées sur les situations récentes de recours aux soins pour un enfant ayant de la fièvre, la CSP chez les enfants et l'administration d'un TPIg pendant leur dernière grossesse. Conformément au modèle idéationnel, les facteurs idéationnels évalués étaient les suivants :

- les connaissances sur les comportements liés au paludisme,
- la vulnérabilité perçue au paludisme, c'est-à-dire la perception de la probabilité d'être infecté par le paludisme,
- la gravité perçue du paludisme ou la perception que le paludisme peut avoir de graves conséquences sur la santé,
- les attitudes (valeurs et croyances) à l'égard des comportements liés au paludisme et des solutions recommandées,
- la communication entre conjoints sur le paludisme, c'est-à-dire le fait de discuter du paludisme ou des comportements liés au paludisme avec d'autres personnes,
- l'efficacité perçue ou la confiance dans l'efficacité des comportements ou des produits liés au paludisme,
- l'auto-efficacité perçue ou la confiance en sa capacité à adopter les comportements recommandés,
- les normes descriptives ou la perception qu'une personne a du comportement des membres de sa communauté en matière de prévention et de traitement du paludisme.

Les deux questionnaires comprenaient également des questions sur l'exposition de chaque individu aux messages liés au paludisme. En incluant des questions sur les comportements liés au paludisme et leurs déterminants sociodémographiques et idéationnels, l'équipe de recherche est en mesure d'étudier les corrélations entre l'exposition et ces facteurs idéationnels, ainsi qu'entre l'exposition et les comportements clés.

Collecte, traitement et analyse des données

Breakthrough ACTION a recruté une société de recherche locale, IRESCO, pour mettre en place la collecte de données sur les sites de l'étude dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord. IRESCO a créé des versions numériques des questionnaires en utilisant SurveyToGo et les a chargées sur des tablettes Android. IRESCO et le personnel de Breakthrough ACTION ont co-animé une formation participative de quatre jours pour 41 collecteurs de données et huit chefs d'équipe, suivie d'une journée de test des

Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme : Cameroun (septembre 2020) | 9

outils et procédures de collecte de données dans trois ZR ne faisant pas partie de l'enquête, près de Garoua. Parmi les 41 collecteurs de données, 32 ont été sélectionnés en fonction d'une combinaison des critères suivants : leur expérience préalable dans des enquêtes similaires ; leur connaissance des langues nécessaires (français ou anglais et pidgin ou fulfulde), évaluée lors de l'entretien de sélection ; leur maîtrise des questionnaires numériques, évaluée lors des jeux de rôle ; leurs performances lors de l'entraînement sur le terrain pour tester l'outil et leur score à un post-test écrit. Quatre équipes de collecteurs de données ont travaillé à la collecte des données des entretiens du 5 septembre au 1^{er} octobre 2019. Pendant cette période, le personnel de Breakthrough ACTION et du PNLP a rendu visite aux équipes sur le terrain pour observer leur avancée. Le personnel du PNLP a supervisé la collecte de données dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord. IRESCO a soumis trois ensembles de données, un pour les chefs de famille (2 797 répondants), un pour les femmes (3 565 répondantes) et un pour les hommes (949 répondants) au CCP, qui les a ensuite analysés en utilisant Stata 16.0.

Les mesures des variables idéationnelles (par exemple les attitudes positives, l'auto-efficacité perçue pour prendre des mesures et l'efficacité perçue du traitement contre le paludisme) ont été dérivées des questions pertinentes des questionnaires destinés aux femmes et aux hommes. Comme pour la procédure d'analyse décrite dans le Guide de référence des indicateurs de la CCC relative au paludisme (RBM, 2017), les réponses à chaque question ont été notées puis regroupées en mesures dichotomiques. La plupart des variables idéationnelles ont été mesurées en demandant aux répondants d'exprimer leur accord ou leur désaccord avec des énoncés sur une échelle de Likert, par exemple « Le médicament donné pour prévenir le paludisme pendant la saison des pluies peut nuire aux enfants ». Les répondants devaient indiquer s'ils étaient d'accord ou non avec chaque énoncé. Pour ces variables, chaque répondant a reçu un score en fonction de sa réponse à la question : (-1) pas d'accord, (0) ne sait pas/n'est pas sûr/pas de réponse et (1) d'accord. Si le désaccord avec l'énoncé correspondait à une réponse favorable, la notation pour cet énoncé a été inversée. Le répondant a ainsi reçu un score positif pour son désaccord (+1) avec cet énoncé et son score total a augmenté. Un score total a été calculé pour refléter la façon dont chaque personne a répondu à la série de questions concernant un facteur idéationnel. Le score total correspond à la somme des scores des différentes questions pour un facteur idéationnel donné. Par exemple, trois énoncés avec échelle de Likert ayant été utilisés pour mesurer l'efficacité perçue des moustiquaires pour prévenir le paludisme, les notes globales correspondantes étaient des valeurs entières allant de -3 à +3. En fonction de ce score total, chaque personne interrogée a été classée comme ayant exprimé ou non une construction idéationnelle favorable. Une variable binaire a été créée en classant les répondants ayant un score total nul ou négatif dans la catégorie des personnes ne croyant pas, par exemple, à l'efficacité des moustiquaires pour prévenir le paludisme (efficacité de l'utilisation des moustiquaires, 0). Par extension, les personnes ayant obtenu un score positif (supérieur à zéro, 1) ont été classées dans la catégorie des personnes estimant que les moustiquaires sont efficaces pour prévenir le paludisme. Pour les variables idéationnelles (par exemple la communication entre conjoints sur le paludisme, les normes descriptives concernant l'utilisation des MII) qui ont été mesurées par une seule question, les réponses ont été recodées pour distinguer les caractéristiques idéationnelles positives et négatives.

Ce rapport, qui reflète la prévalence des comportements recommandés en matière de paludisme et leurs déterminants psychosociaux, présente également les résultats de tests statistiques bivariés visant à évaluer les corrélations entre les résultats et un nombre limité de variables contextuelles (par exemple la région, le sexe, le quintile de richesse des ménages et le fait de vivre en ville ou à la campagne). Ces corrélations sont décrites dans le corps du rapport. Les résultats présentés dans les tableaux montrent comment les variables de résultats varient en fonction de ces variables contextuelles. Le degré de signification est indiqué dans les tableaux par des astérisques : un pour 0,05, deux pour 0,01 et trois pour 0,001. Pour faciliter l'interprétation, surtout lorsque la taille des échantillons était réduite, les répondants vivant dans les ménages des deux quintiles de richesse les plus pauvres ont souvent été comparés à ceux des trois quintiles les plus riches. Enfin, les résultats de régressions logistiques multivariées sont présentés pour les principaux résultats comportementaux. Ces régressions multivariées sont utiles pour identifier les corrélations entre l'exposition individuelle, les déterminants idéationnels et la pratique des comportements recommandés.

Considérations déontologiques

Avant la mise en œuvre, l'équipe de recherche a obtenu la validation éthique du Comité d'éthique de l'École de santé publique Bloomberg de l'Université Johns Hopkins et du Comité national d'éthique de la recherche en santé humaine (CNERSH) du Cameroun. Plusieurs mesures prises lors de la formation, du recrutement et des entretiens avec les participants ont permis de minimiser les risques potentiels pour les participants à l'étude. Les collecteurs de données ont suivi une formation sur les règles déontologiques à suivre lors de la collecte de données sur des sujets de recherche humains. Pour obtenir le consentement éclairé des participants, les collecteurs de données formés ont expliqué verbalement le but 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 recherche prendrait pour assurer la confidentialité des informations sur les participants. De plus, les responsables de la collecte de données ont clairement expliqué que les participants n'étaient pas tenus de participer à l'étude et qu'ils pouvaient décider à tout moment d'interrompre leur entretien ou de ne pas répondre à certaines questions.

Afin de préserver l'anonymat des participants, les noms ont été remplacés par des surnoms, dans la mesure du possible. La liste des ménages d'une ZR donnée a été détruite à l'issue de la collecte de données dans le groupe correspondant. Les formulaires de consentement/d'autorisation signés ont été conservés dans des endroits fermés à clé et sécurisés. Chaque participant a reçu une fiche d'information sur l'étude ainsi qu'une copie papier du formulaire de consentement ou d'autorisation signé après avoir discuté verbalement de sa participation.

Conformément aux directives du CNERSH, les collecteurs de données ont demandé une autorisation pour les participants âgés de moins de 21 ans, sauf s'ils étaient mariés et donc considérés comme légalement émancipés. Les mineurs avaient la possibilité de participer à la collecte de données si leur parent ou leur tuteur légal avait préalablement donné son accord. Les formulaires de consentement et d'autorisation comprenaient les coordonnées de la chercheuse principale de l'étude et du CNERSH, afin

Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme : Cameroun (septembre 2020) | 11

que les participants puissent poser des questions ou exprimer leurs préoccupations concernant leur participation.

3. Résultats

3.1. Description de l'échantillon

Cette partie présente les caractéristiques des ménages dont des membres ont été interrogés. Elle comprend une description succincte de la composition des ménages, des caractéristiques physiques de leur habitation et des divers biens qu'ils possèdent, des critères qui ont été utilisés pour estimer le niveau de vie de chaque ménage par rapport aux autres ménages de l'échantillon. Les caractéristiques sociodémographiques de base des hommes et des femmes en âge de procréer interrogés au moyen du questionnaire individuel, comme le niveau d'études et la tranche d'âge, sont également présentées dans cette partie. En résumé, des informations ont été recueillies auprès de 2 797 chefs de famille, 3 565 femmes et 949 hommes (**Tableau 3**). Comme indiqué, selon la composition d'un ménage, les femmes en âge de procréer ou leurs partenaires masculins peuvent également avoir été interrogés en tant que chef de famille ou représentant de ce dernier.

TABLEAU 3. TAILLE RÉELLE DE L'ÉCHANTILLON PAR STRATE, RÉGIONS DU NORD ET DE L'EXTRÊME-NORD, CAMEROUN, 2019

STRATES		GRAPPES	MÉNAGES		FEMMES		HOMMES	
			Sollicités	Interrogés	Sollicitées	Interrogées	Sollicités	Interrogés
Nord	Zones rurales	38	771	747	1 013	1 007	267	261
	Zones urbaines	34	705	683	876	871	223	218
Extrême-Nord	Zones rurales	34	663	660	818	818	228	226
	Zones urbaines	35	710	706	869	869	246	244
Les deux régions		141	2 849	2 796	3 576	3 565	964	949

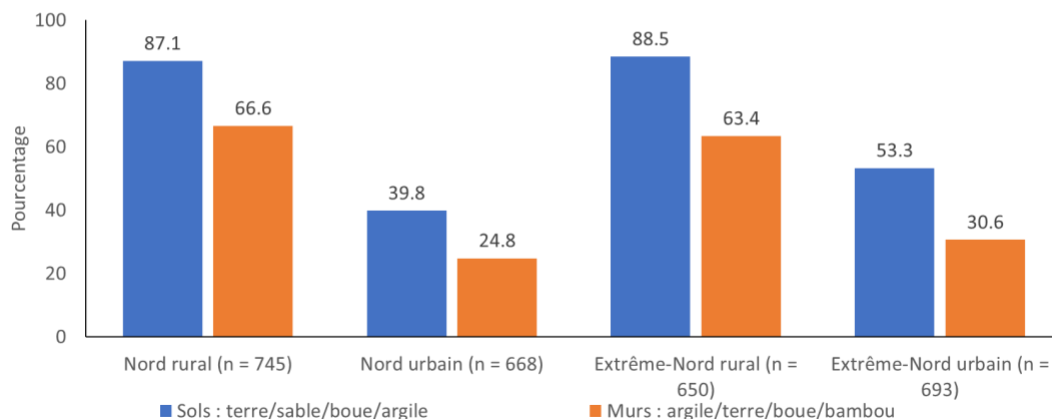
Caractéristiques de la population et des ménages

Cette partie présente des données sur les ménages et leurs membres. Les données couvrent les caractéristiques pertinentes des habitations, les biens du ménage et les principales caractéristiques des membres du ménage. Elles sont présentées pour chaque région et pour les deux régions combinées.

Caractéristiques de l'habitation

Les caractéristiques de l'habitation des répondants dans les deux régions sont très similaires, à quelques exceptions près. Dans l'ensemble, le nombre moyen de pièces par ménage utilisées pour dormir est d'environ 2,4 et il n'y a pas de différence entre les régions. Dans la région Nord, le nombre moyen de chambres à coucher par ménage est plus élevé dans les zones rurales (2,5) que dans les zones urbaines (2,2) ($p < 0,01$). En moyenne, il y a environ 2,4 membres du ménage par chambre à coucher ; on note une différence ténue mais significative entre le Nord (2,5) et l'Extrême-Nord (2,3). La différence dans la proportion d'habitations dont les avant-toits sont complètement fermés est plus frappante : 64,1 % dans le Nord et 35,9 % dans l'Extrême-Nord. Moins d'un tiers (30,7 %) des ménages ont l'électricité ; la prévalence de l'électricité ne diffère pas entre le Nord (30,8 %) et l'Extrême-Nord (30,6 %). En revanche, il y a proportionnellement plus de ménages disposant de l'électricité dans les zones urbaines (72,4 % dans le Nord et 63,1 % dans l'Extrême-Nord) que dans les zones rurales (13 % dans le Nord et 12,8 % dans l'Extrême-Nord). Seulement 22,5 % des habitations ont un sol en ciment. L'utilisation de divers matériaux de revêtement de sol ne diffère pas de manière significative entre le Nord et l'Extrême-Nord, mais le nombre d'habitations ayant un sol rudimentaire est nettement plus élevé en zone rurale (87,9 %) qu'en zone urbaine (48 %) ($p < 0,001$), tandis que les sols en ciment sont plus courants dans les zones urbaines (44,8 %) que dans les zones rurales (11,4 %) ($p < 0,001$; Figure 3). En termes de murs, plus de la moitié (52,8 %) des murs des habitations des deux régions sont faits d'un mélange d'argile, de terre, de boue ou de bambou. Cette proportion ne varie pas de manière significative entre les régions, mais entre les zones urbaines et rurales. Dans les deux régions, les habitations dont les murs sont construits avec des matériaux rudimentaires prédominent dans les zones rurales (66,6 % dans le Nord et 63,4 % dans l'Extrême-Nord), tandis que les murs en ciment sont plus fréquents dans les zones urbaines (60,5 % dans le Nord et 41,8 % dans l'Extrême-Nord). (**Le Tableau A en annexe** contient des données sur la proportion de ménages vivant dans une habitation présentant différentes caractéristiques ainsi qu'une comparaison entre l'habitation des répondants urbains et ruraux.)

Figure 3 : Pourcentage d'habitations des ménages dont le sol et les murs sont construits avec des matériaux rudimentaires, Cameroun 2019



Biens durables appartenant aux ménages

Les données recueillies sur les biens durables appartenant aux ménages révèlent une population relativement pauvre possédant peu de biens durables synonymes de richesse (**Tableau B en annexe**). Par exemple, moins d'un tiers (30,4 %) des ménages des deux régions possèdent un poste de radio, tandis qu'environ un cinquième (20,5 %) possèdent un téléviseur. Si la possession de téléviseurs ne varie pas selon les régions, la proportion de ménages possédant une radio est nettement plus élevée dans l'Extrême-Nord (33,6 %) que dans le Nord (26,1 %) : $p < 0,05$. Pour chacun de ces deux éléments et dans chaque région, le taux de possession est plus élevé dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Les réfrigérateurs, les ordinateurs, les voitures/camions et les climatiseurs sont tous des objets très rares. Globalement, seulement 4,7 % des ménages des deux régions possèdent un réfrigérateur, 2,8 % un ordinateur, 1,5 % une voiture ou un camion et 0,7 % un climatiseur. Si les données sur la possession de ces objets ne varient pas entre le Nord et l'Extrême-Nord, ces objets sont beaucoup plus susceptibles d'être présents dans les zones urbaines que dans les zones rurales. En revanche, les vélos sont plus courants dans l'Extrême-Nord (23,1 %) que dans le Nord (9,2 %) : $p < 0,001$. La possession de vélos ne varie pas en fonction du lieu de résidence dans l'Extrême-Nord, mais dans la région du Nord, elle est plus fréquente dans les zones rurales que dans les zones urbaines ($p < 0,05$). Dans l'ensemble, environ un sixième des ménages possèdent une moto. On ne note pas de différence dans le taux de possession de vélos entre les deux régions mais, dans l'Extrême-Nord, les vélos sont plus fréquents dans les zones urbaines (29,3 %) que dans les zones rurales (11,5 %).

Composition des ménages

Dans l'ensemble, les ménages de l'échantillon comprennent une proportion plus élevée d'hommes (50,9 %) que de femmes (49,1 %) : $p < 0,05$. En étudiant chaque région séparément, on constate des différences dans la composition hommes-femmes des deux régions (voir le **Tableau C en annexe**). Plus précisément, les ménages interrogés dans la région Nord comprennent proportionnellement plus de femmes (53 %) que d'hommes (47 %) : $p < 0,001$. En revanche, dans l'Extrême-Nord, on compte plus d'hommes (51,7 %) que de femmes (48,3 %) dans les ménages interrogés : $p < 0,001$.

La répartition par âge des membres des ménages révèle qu'ils sont généralement jeunes : près de la moitié (46,8 %) ont moins de 15 ans et seulement 9,5 % ont 45 ans ou plus. L'âge moyen est de 20 ans dans le Nord et 20,6 ans dans l'Extrême-Nord. On note quelques différences par région dans la répartition par âge. Proportionnellement, moins de membres des ménages de l'Extrême-Nord (12,3 %) que du Nord (17,5 %) ont moins de 5 ans ($p < 0,001$). En revanche, une plus grande proportion des membres des ménages de l'Extrême-Nord (55 %) que du Nord (51,1 %) ont 15 ans ou plus ($p < 0,05$).

Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Conformément à la conception de l'étude, les répondants comprennent plus de femmes (79 %) que d'hommes (21 %) ; la proportion d'hommes et de femmes interrogés ne varie pas selon la région ou le lieu de résidence. Dans les deux régions, plus d'un cinquième des hommes et des femmes sont âgés de 15 à 24 ans, tandis que plus d'un tiers sont âgés de 25 à 34 ans. L'âge moyen ne diffère pas de manière

significative entre le Nord (32,6 ans) et l'Extrême-Nord (32,8 ans). On note cependant des différences significatives dans la répartition par âge entre les sexes, avec un âge moyen de 28,8 ans pour les femmes et de 37,7 ans pour les hommes ($p < 0,001$; **Tableau 4**).

Environ la moitié (49,9 %) des répondants ne sont pas allés à l'école, tandis qu'un peu plus d'un cinquième (21,4 %) seulement ont fait des études secondaires ou supérieures. Un peu plus d'un quart (28,7 %) des répondants ont reçu un enseignement primaire. Il n'y a pas de différences d'éducation par région, mais les niveaux d'études sont, en moyenne, plus élevés pour les hommes que pour les femmes. Par exemple, 42,3 % des hommes ne sont pas allés à l'école, contre 55,9 % des femmes ($p < 0,001$). En outre, 27,8 % des hommes ont fait des études secondaires ou supérieures, contre 16,3 % des femmes ($p < 0,001$). Les différences de niveau d'études entre les répondants urbains et ruraux sont importantes dans chacune des régions étudiées. Dans la région du Nord, 55,5 % des habitants des zones rurales ne sont pas allés à l'école, contre 40,9 % des habitants des zones urbaines ; à l'inverse, 16,3 % des habitants des zones rurales ont reçu un enseignement secondaire ou supérieur, contre 36,3 % des habitants des zones urbaines. On observe un schéma similaire dans l'Extrême-Nord : 57,4 % des répondants ruraux ne sont pas allés à l'école, contre 33,5 % des répondants urbains, et 13,3 % des répondants ruraux ont reçu un enseignement secondaire ou supérieur, contre 34,4 % des répondants urbains. Les données révèlent que plus de la moitié (52,2 %) des hommes et des femmes sont chrétiens, tandis que 44,3 % sont musulmans. Les adeptes des religions traditionnelles africaines et les personnes sans religion ne représentent que 3,3 %. L'appartenance religieuse ne diffère pas selon les régions. (Le **Tableau D en annexe** compare la proportion d'hommes et de femmes présentant différentes caractéristiques sociodémographiques dans les zones urbaines et les zones rurales de chaque région.)

TABLEAU 4. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES HOMMES ET DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER, CAMEROUN 2019						
POURCENTAGE DE REpondANTS PAR CARACTERISTIQUE SOCIODEMOGRAPHIQUE, PAR REGION						
CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 046)	Zones urbaines (n = 1 029)	Total ¹ (2 075)	Zones rurales (989)	Zones urbaines (1 243)	Total ¹ (2 232)
Âge (années)						
15-24	22,5	20,8	22,0	22,4	20,2	21,6
25-34	36,5	35,3	36,1	34,3	34,4	34,3
35-44	24,5	28,8	25,7	28,4	30,8	29,2
45 ou plus	16,6	15,2	16,2	14,9	14,6	14,8
Niveau d'études						
Aucun	55,3	40,9	51,2**	57,4	33,5	48,9***
Primaire	28,4	22,8	26,8	29,3	32,2	30,3

TABLEAU 4. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES HOMMES ET DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants PAR CARACTERISTIQUE SOCIODEMOGRAPHIQUE, PAR REGION

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 046)	Zones urbaines (n = 1 029)	Total ¹ (2 075)	Zones rurales (989)	Zones urbaines (1 243)	Total ¹ (2 232)
Secondaire ou supérieur	16,3	36,3	22,0***	13,3	34,4	20,8***
Religion						
Christianisme	58,1	36,0	51,7***	61,1	36,9	52,4***
Islam	37,5	63,0	44,3***	34,1	62,5	44,3***
Traditionnelle/Sans religion	4,4	1,0	3,4	4,8	0,6	3,3
Total	71,0	29,0	100,0	64,0	36,0	100,0
Remarques :						
¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de chaque caractéristique entre les répondants urbains et ruraux de chaque région.						
* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001						

3.2. Consommation de médias et exposition aux messages

Habitudes de consommation de médias

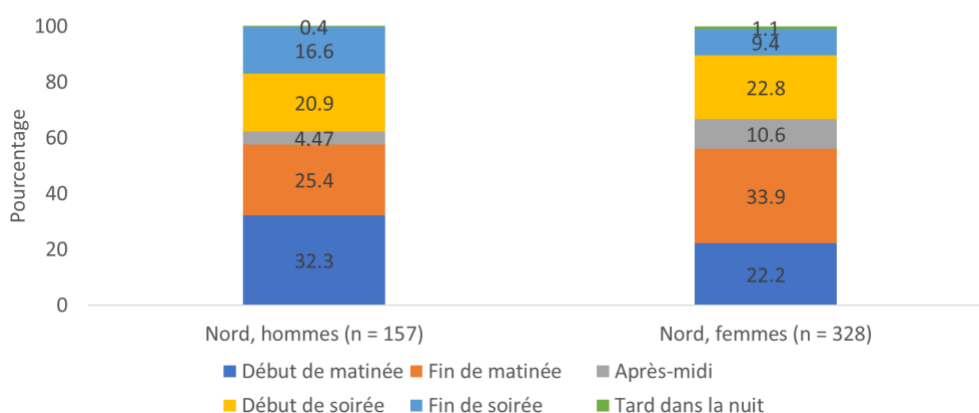
Radio

En raison du taux de possession de postes de radios relativement faible, la population générale écoute peu la radio. Les données révèlent que les programmes diffusés à la radio ne peuvent atteindre que 17,4 % des hommes et des femmes dans la région du Nord et 23,8 % dans l'Extrême-Nord. Parmi les ménages disposant d'une radio (30,4 % des ménages), ces programmes en atteindraient 37,1 % dans le Nord contre 49,6 % dans l'Extrême-Nord. Dans chaque région, l'écoute de la radio varie considérablement selon le sexe, le lieu de résidence, la tranche d'âge et le niveau d'études (**Tableau E en annexe**). Dans les ménages du Nord disposant d'une radio, 49 % des hommes déclarent écouter régulièrement la radio, contre 27,6 % des femmes ($p < 0,001$) ; dans l'Extrême-Nord, 70,4 % des hommes déclarent écouter régulièrement la radio, contre 30,5 % des femmes ($p < 0,001$). Dans les deux régions, l'écoute de la radio augmente de façon constante avec l'âge et s'avère significativement plus élevée chez les hommes de 35 à 44 ans ($p < 0,001$) et de 45 ans et plus ($p < 0,001$) que chez les hommes de 15 à 24 ans. Dans les deux régions également, l'écoute régulière de la radio est plus fréquente chez les personnes ayant reçu un enseignement secondaire ou supérieur que chez celles ayant reçu un enseignement primaire ou n'ayant reçu aucun enseignement. Concernant la corrélation avec le niveau de vie, parmi les ménages disposant d'une radio, l'écoute est considérablement plus faible chez les

personnes issues des ménages les plus pauvres (c'est-à-dire des deux quintiles inférieurs) que chez les ménages plus riches (les trois quintiles supérieurs). Les personnes issues des ménages les plus pauvres sont en effet très désavantagées : seulement 7 % d'entre elles dans le Nord et 9 % dans l'Extrême-Nord seraient touchées par les programmes diffusés à la radio. Dans la région du Nord, l'écoute régulière de la radio est sensiblement plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales ; dans l'Extrême-Nord, la corrélation avec le lieu de résidence n'est pas significative dans les ménages disposant d'une radio.

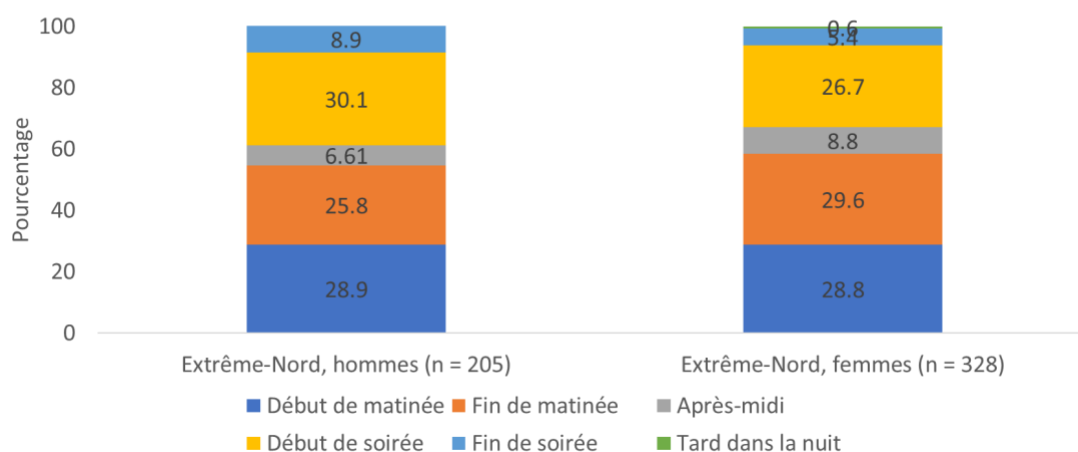
L'horaire préféré pour écouter la radio est généralement le matin ou en début de soirée dans les deux régions (**Tableaux F et G en annexe**). Dans la région Nord, 28,3 % des personnes qui écoutent la radio déclarent préférer l'écouter tôt le matin (avant 8 h), 28,8 % préfèrent la fin de matinée (entre 8 h et midi) et 21,7 % préfèrent le début de soirée (entre 16 h et 20 h). Dans l'Extrême-Nord, la tendance est similaire, 28,8 % préférant écouter tôt le matin, 27,1 % en fin de matinée et 29,1 % en début de soirée. Dans la région Nord, les hommes (32,8 %) sont plus nombreux que les femmes (22,2 %) à déclarer préférer écouter la radio tôt le matin ($p < 0,05$) (Figure 4). Dans l'Extrême-Nord, le moment d'écoute préféré varie légèrement selon le sexe (Figure 5).

Figure 4 : Pourcentage d'hommes ou de femmes qui préfèrent écouter la radio à une certaine heure, parmi ceux qui l'écoutent au moins une fois par semaine dans le Nord, Cameroun 2019



Dans la région Nord, les données révèlent en outre que les préférences en matière d'horaire d'écoute de la radio varient selon la tranche d'âge et le niveau d'études (**Tableau G en annexe**). Plus précisément, les jeunes de 15 à 24 ans sont moins susceptibles que les groupes plus âgés d'exprimer une préférence pour le début de matinée et plus susceptibles que les 45 ans ou plus d'exprimer une préférence pour le début de soirée. Concernant les différences selon le niveau d'études,

Figure 5 : Pourcentage d'hommes ou de femmes qui préfèrent écouter la radio à une certaine heure, parmi ceux qui l'écoutent au moins une fois par semaine dans l'Extrême-Nord, Cameroun 2019

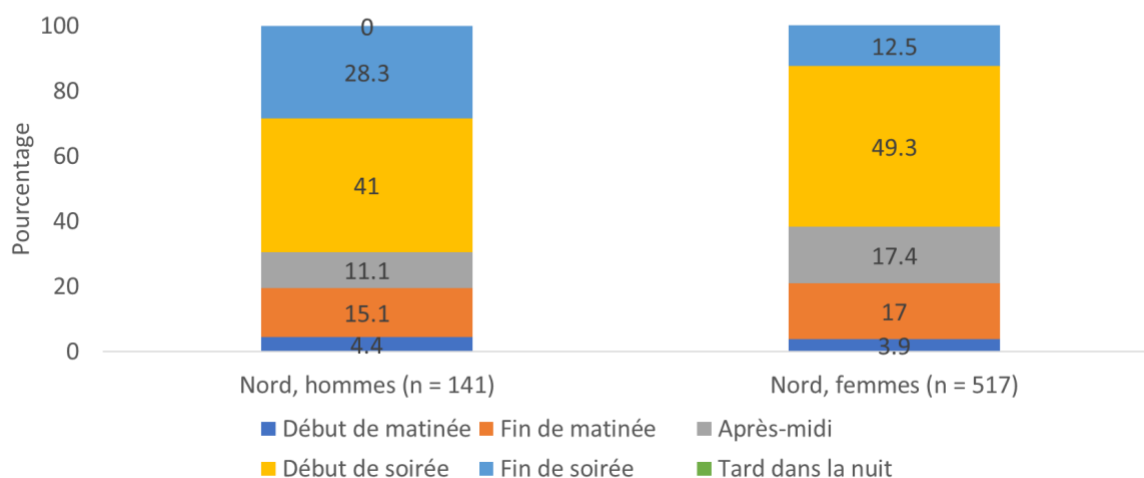


les personnes ayant reçu un enseignement primaire ou n'ayant reçu aucun enseignement sont significativement moins susceptibles que celles ayant reçu un enseignement secondaire ou supérieur d'exprimer une préférence pour le début de matinée. En outre, les hommes et les femmes sans instruction sont plus susceptibles que ceux ayant reçu un enseignement secondaire ou supérieur de préférer la fin de matinée. Dans la région de l'Extrême-Nord, on constate des différences significatives selon la tranche d'âge et le niveau de vie (**Tableau H en annexe**). Dans cette région, comme on l'a également observé dans la région Nord, les jeunes sont moins susceptibles que leurs aînés de préférer le début de soirée. Les personnes issues de ménages pauvres sont moins susceptibles que celles des ménages plus riches d'exprimer une préférence pour le début de matinée.

Télévision

Dans l'ensemble, seulement un cinquième environ des hommes et des femmes des régions étudiées déclarent regarder la télévision régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par semaine. L'absence de téléviseur est la principale raison pour laquelle la plupart des personnes ne regardent pas régulièrement la télévision. Parmi les hommes et les femmes des ménages disposant d'un téléviseur, 70,9 % déclarent regarder régulièrement la télévision dans le Nord et 77,3 % dans l'Extrême-Nord. Si l'on se penche sur la télévision au sein de la population générale, les données révèlent que les seuls groupes de population qui peuvent être atteints de façon significative sont les hommes et les femmes ayant reçu un enseignement secondaire ou supérieur, les résidents urbains et les personnes des trois quintiles de richesse supérieurs (**Tableau H en annexe**). Parmi les ménages disposant d'un téléviseur, en ce qui concerne le fait de regarder régulièrement la télévision, on ne constate pas de différence entre les hommes et les femmes ou entre les tranches d'âge dans les deux régions. On note cependant de nettes différences selon le lieu de résidence et le niveau de vie dans les deux régions. Concernant le lieu de résidence, les résidents ruraux disposant d'un téléviseur sont moins susceptibles que les résidents urbains de regarder régulièrement des émissions télévisées. Les différences par niveau d'études sont significatives dans la région de l'Extrême-Nord, mais pas dans la région du Nord.

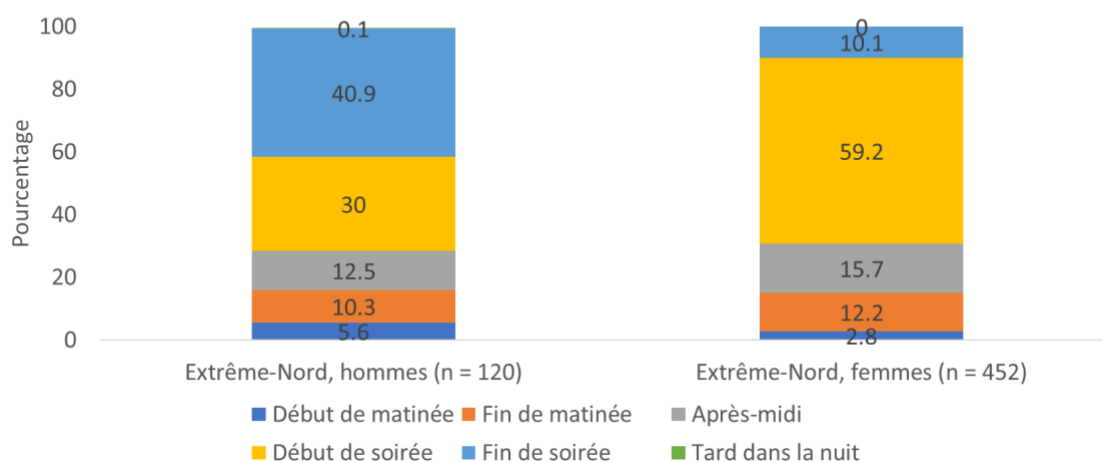
Figure 6 : Pourcentage d'hommes ou de femmes qui préfèrent regarder la télévision à une certaine heure, parmi ceux qui la regardent au moins une fois par semaine dans le Nord, Cameroun 2019



Comme le montrent les Figures 6 et 7, la plupart des répondants préfèrent regarder la télévision en début de soirée (de 16 h à 20 h) ou en fin de soirée (de 20 h à minuit). Dans la région Nord, 41 % des hommes et 49 % des femmes préfèrent regarder la télévision en début de soirée. Les hommes (28 %) sont plus nombreux que les femmes (13 %) à exprimer une préférence pour la fin de soirée. En revanche, les femmes (17 %) sont plus nombreuses que les hommes (11 %) à préférer regarder la télévision l'après-midi. Dans l'Extrême-Nord, 59 % des femmes déclarent préférer le début de soirée, contre 30 % des hommes. D'autre part, dans cette région, la préférence pour la fin de soirée est plus marquée chez les hommes (41 %) que chez les femmes (10 %) (Figure 7).

Les horaires préférés pour regarder la télévision varient également selon la tranche d'âge, le lieu de résidence, le niveau d'études et le niveau de vie dans les deux régions (**Tableaux I et J en annexe**). Les jeunes (53,2 % dans le Nord et 61,5 % dans l'Extrême-Nord) sont plus susceptibles que les répondants les plus âgés (41 % dans le Nord et 37,1 % dans l'Extrême-Nord) d'exprimer une préférence pour le début de soirée. Dans l'Extrême-Nord, mais pas dans le Nord, la préférence pour la fin de soirée est moins fréquente chez les jeunes que chez les participants plus âgés. Dans la région Nord, les personnes ayant fait des études secondaires ou supérieures sont moins susceptibles que les personnes ayant un niveau d'études inférieur de préférer la fin de matinée et l'après-midi, et plus susceptibles de préférer le début de soirée. Dans l'Extrême-Nord, les personnes ayant fait des études secondaires ou supérieures sont plus susceptibles de préférer la fin de soirée et moins susceptibles de préférer l'après-midi que les personnes ayant reçu un enseignement primaire ou n'ayant reçu aucun enseignement. Enfin, les personnes issues de ménages pauvres sont moins susceptibles de préférer regarder la télévision l'après-midi et plus susceptibles de préférer la fin de matinée que les personnes issues de ménages plus riches (c'est-à-dire des trois quintiles de richesse supérieurs). En outre, dans la région du Nord, les hommes et les femmes des ménages pauvres (55,4 %) sont plus susceptibles de préférer le début de soirée que ceux des ménages plus riches (44,9 %) ; l'inverse est vrai dans l'Extrême-Nord.

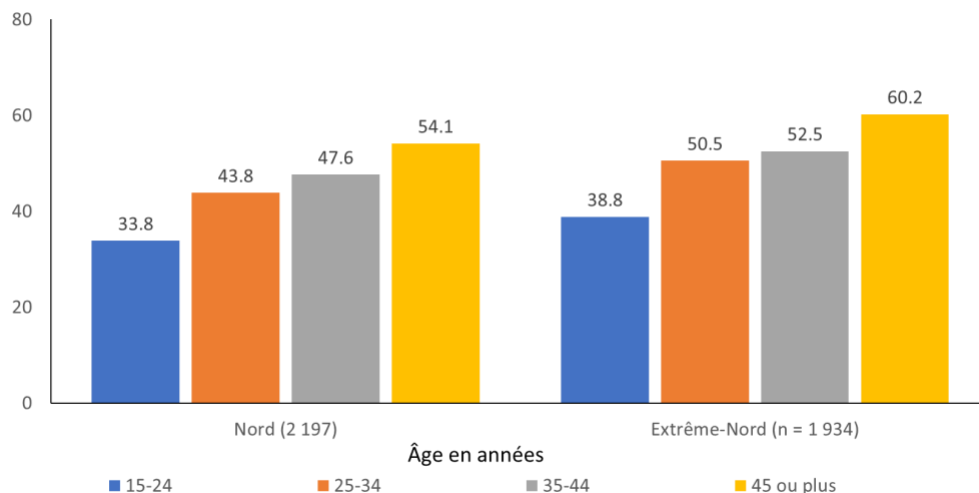
Figure 7 : Pourcentage d'hommes ou de femmes qui préfèrent regarder la télévision à une certaine heure, parmi ceux qui la regardent au moins une fois par semaine dans l'Extrême-Nord, Cameroun 2019



Possession de téléphones portables et médias associés

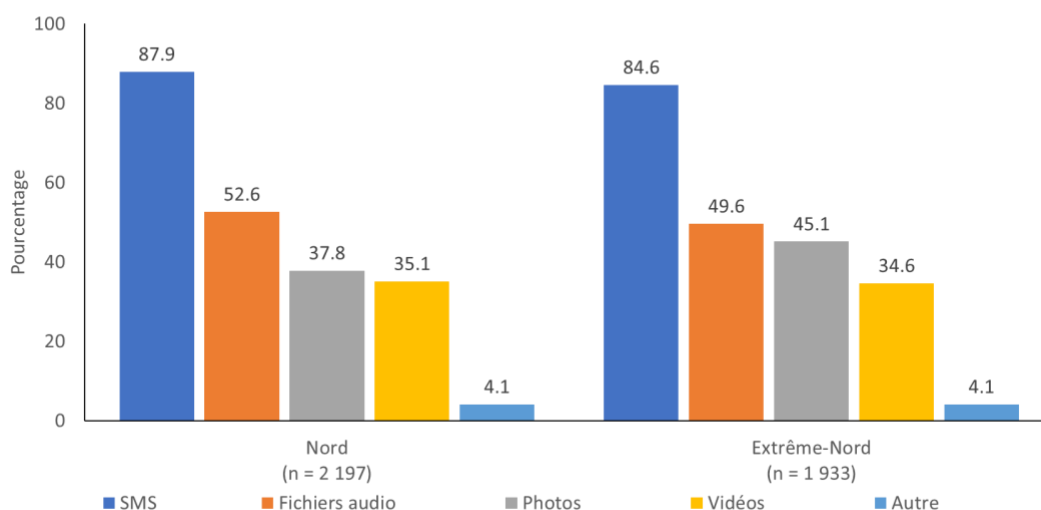
La possession de téléphones portables est loin d'être universelle dans les régions étudiées : 50,6 % des répondants de la région du Nord et 56,3 % de ceux de l'Extrême-Nord déclarent posséder un téléphone portable. Dans les deux régions, les femmes sont moins susceptibles que les hommes de posséder un téléphone portable. Dans certains cas (12 % des personnes possédant un téléphone), les répondants partagent les téléphones portables disponibles avec d'autres utilisateurs. Dans l'ensemble, 44,1 % des répondants dans le Nord et 49,9 % dans l'Extrême-Nord possèdent un téléphone portable qu'ils ne partagent avec personne. La possession d'un téléphone portable non partagé est nettement plus répandue chez les hommes (61,7 % dans la région du Nord ; 65,1 % dans l'Extrême-Nord) que chez les femmes (31,6 % dans la région du Nord ; 35,6 % dans l'Extrême-Nord). Le taux de possession varie selon la tranche d'âge dans les deux régions (Figure 8). Plus précisément, les hommes et les femmes de moins de 25 ans sont nettement moins nombreux que les hommes et les femmes plus âgés à déclarer posséder un téléphone non partagé. Dans les deux régions, les répondants les plus âgés sont les plus susceptibles de déclarer être propriétaires d'un téléphone. On constate également des différences significatives dans la possession de téléphones entre les zones urbaines et rurales dans chaque région (**Tableau K en annexe**).

Figure 8 : Pourcentage de répondants possédant un téléphone portable non partagé, par tranche d'âge et par région, Cameroun 2019



La plupart des téléphones portables des répondants permettent de recevoir des SMS ou des messages écrits : 87,9 % des personnes possédant un téléphone portable dans la région du Nord et 84,6 % dans l'Extrême-Nord déclarent que leur téléphone portable est capable de recevoir des messages écrits (Figure 9). En revanche, une plus petite proportion de ces personnes possèdent un téléphone capable de recevoir des photos (37,8 % dans la région du Nord ; 45,1 % dans l'Extrême-Nord), des vidéos (35,1 % dans la région du Nord ; 34,6 % dans l'Extrême-Nord) ou des fichiers audio (52,6 % dans la région du Nord ; 49,6 % dans l'Extrême-Nord).

Figure 9 : Pourcentage de répondants pouvant recevoir différents types de contenu par téléphone ou tablette, Cameroun 2019



Exposition aux messages sur le paludisme

Plus de la moitié (51,5 %) des répondants déclarent avoir été exposés à un message lié au paludisme, quelle qu'en soit la source, au cours des six derniers mois. L'exposition aux messages liés au paludisme est nettement plus fréquente dans la région de l'Extrême-Nord (61,2 %) que dans la région du Nord (39,6 %) (**Tableau 5**). Dans les deux régions, l'exposition aux messages sur le paludisme est plus fréquente dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Les hommes sont également plus susceptibles que les femmes d'être exposés aux messages liés au paludisme. Par exemple, dans la région Nord, 46,4 % des hommes déclarent avoir vu ou entendu un message lié au paludisme au cours des six derniers mois, contre 34,6 % des femmes ($p < 0,001$). De même, dans l'Extrême-Nord, 65,9 % des hommes déclarent avoir vu ou entendu un message lié au paludisme, contre 57,4 % des femmes. Dans les deux régions, l'exposition augmente régulièrement avec le niveau d'études et s'avère plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales.

TABLEAU 5. EXPOSITION AUX MESSAGES SUR LE PALUDISME, CAMEROUN 2019¹

POURCENTAGE DE RÉPONDANTS SE SOUVENANT D'AVOIR VU OU ENTENDU UN MESSAGE LIÉ AU PALUDISME AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS, PAR CARACTÉRISTIQUE CONTEXTUELLE

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 225)	Zones urbaines (1 007)	Total ¹ (n = 2 232)	Zones rurales (n = 997)	Zones urbaines (n = 2 000)	Total ¹ (n = 2 997)
Sexe						
Hommes	43,8	53,1	46,4	63,5	70,3	65,9
Femmes	28,0	50,4	34,6***	53,5	64,8	57,4*
Âge (années)						
15-24	20,9	44,6	27,0***	51,6	61,5	54,8
25-34	35,8	54,3	41,1**	52,2	68,6	59,3*
35-44	37,9	54,1	43,9*	67,1	70,6	68,4
45 ou plus	47,2	49,4	47,6	58,7	67,5	61,7
Niveau d'études						
Aucun	31,6	44,5	34,3*	54,1	53,9	54,1
Primaire	37,5	50,3	40,7	58,2	70,4	62,7
Secondaire ou supérieur	40,9	60,4	50,1***	74,4	77,5	76,2
Total	34,9	51,5	39,6	57,9	67,3	61,2
Remarques :						
¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'exposition aux messages sur le paludisme entre les répondants urbains et ruraux présentant des caractéristiques similaires (par exemple, l'enseignement primaire) dans chaque lieu de résidence et région.						
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$						

Pour les personnes déclarant avoir été exposées à des messages liés au paludisme, les sources d'exposition les plus courantes sont globalement les agents de santé communautaires (53,2 %), les établissements de santé (41,2 %) et les amis ou la famille (32,1 % ; **Tableau L en annexe**). Un nombre relativement faible de personnes ont été exposées aux messages par la radio (13,5 %), la télévision (6 %), les médias imprimés tels que les journaux, les magazines et les affiches (6 %) ou les responsables communautaires (2 %). Il existe quelques différences entre les régions en ce qui concerne la source des messages relatifs au paludisme. Par exemple, les établissements de santé sont une source plus fréquente de messages dans la région de l'Extrême-Nord (49,7 %) que dans celle du Nord (24,6 %) : $p < 0,001$. De même, les agents de santé communautaires sont plus souvent cités dans l'Extrême-Nord (60 %) que dans la région du Nord (40,3 %) : $p < 0,001$. En revanche, la radio et la télévision sont des sources plus souvent citées dans le Nord que dans l'Extrême-Nord. Le nombre moyen de sources d'exposition est de 1,6 ; cet indicateur est plus faible dans la région du Nord (1,4) que dans l'Extrême-Nord (1,7) : $p < 0,001$.

Les messages auxquels les répondants déclarent avoir été le plus souvent exposés portent sur l'utilisation des moustiquaires ; globalement, 40 % de l'ensemble des répondants déclarent avoir été exposés à des messages sur les moustiquaires. Les autres thèmes courants dont les répondants se souviennent sont la CSP (18,9 %), les SPN (10,6 %), la gestion des cas (10,5 %) et le TPIg (6,2 %). Les messages dont les répondants se souviennent varient selon la région et le sexe. Par exemple, les hommes (42,2 %) sont plus susceptibles que les femmes (38,2 %) de se souvenir d'avoir entendu des messages relatifs à l'utilisation de moustiquaires ($p < 0,05$). L'exposition aux messages liés aux moustiquaires est également plus fréquente dans la région de l'Extrême-Nord (46,6 %) que dans celle du Nord (31,8 %) : $p < 0,001$. De même, les messages liés à la CSP sont plus répandus dans l'Extrême-Nord (28,5 %) que dans la région du Nord (7,2 %) : $p < 0,001$. En revanche, les messages liés aux SPN sont plus susceptibles d'être cités dans la région du Nord (13,6 %) que dans l'Extrême-Nord (8,6 %) : $p < 0,01$.

3.3. Déterminants idéationnels transversaux

Cette partie présente des données sur les variables psychosociales qui sont associées aux comportements transversaux liés au paludisme. Ces données couvrent les connaissances sur le paludisme, la gravité perçue du paludisme, la vulnérabilité perçue au paludisme, l'auto-efficacité perçue pour la prévention du paludisme et la communication interpersonnelle sur le paludisme. Cette partie comprend également les résultats de l'enquête sur les comportements face au paludisme (MBS) concernant les normes sexospécifiques et la perception des professionnels de la santé.

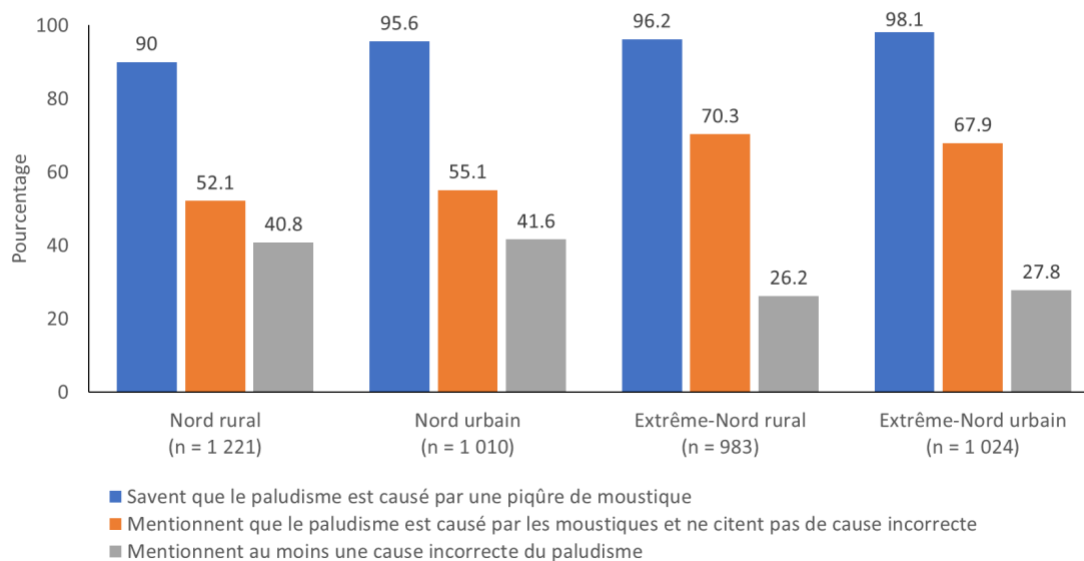
Connaissances sur le paludisme

Les connaissances sur le paludisme sont évaluées au moyen de questions sur ses symptômes et ses causes (Figure 10 ; **Tableau M en annexe**). La majorité des répondants (Nord 87,1 % ; Extrême-Nord 92,7 %) mentionnent la fièvre comme symptôme du paludisme. De même, plus de 90 % des répondants

Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme : Cameroun (septembre 2020) | 23

des deux régions savent que les moustiques transmettent le paludisme. En ce qui concerne cet indicateur, des différences significatives entre les zones urbaines et rurales ont été observées dans le Nord, mais pas dans l'Extrême-Nord. Par rapport aux habitants des zones rurales du Nord (90 %), environ 95,6 % des citadins savent que les piqûres de moustiques transmettent le paludisme ($p < 0,01$). De nombreux répondants ont mentionné une ou plusieurs causes incorrectes du paludisme. Notamment, 41,1 % des habitants du Nord et 26,8 % de ceux de l'Extrême-Nord ont cité au moins une cause incorrecte du paludisme, par exemple la consommation d'aliments sales, de fruits pas mûrs ou d'eau souillée, la malnutrition, l'exposition prolongée au soleil, etc. Concernant les fausses idées sur les causes du paludisme, aucune différence significative entre les zones urbaines et rurales n'a été constatée dans les deux régions. Globalement, 62,1 % des répondants ont mentionné les piqûres de moustiques comme cause du paludisme et n'ont pas cité de cause incorrecte. Cet indicateur de connaissance adéquate de la cause du paludisme est plus élevé dans la région de l'Extrême-Nord (69,5 %) que dans la région du Nord (53 %) : $p < 0,001$. On ne note pas de différences selon le sexe.

Figure 10 : Pourcentage de répondants ayant des connaissances précises sur la cause du paludisme, Cameroun 2019



Vulnérabilité perçue

La vulnérabilité perçue fait référence à la perception qu'a une personne du risque qu'elle contracte une maladie ou une affection. Ce déterminant psychosocial a été évalué en demandant aux répondants s'ils étaient d'accord avec quatre énoncés relatifs à leur perception de leur vulnérabilité au paludisme (**Tableau 6**). La majorité (91,6 % dans le Nord et 95,3 % dans l'Extrême-Nord) affirment qu'ils s'inquiètent chaque jour pendant la saison des pluies qu'un membre de leur famille puisse attraper le paludisme. De même, 87,3 % des répondants du Nord et 90,3 % de ceux de l'Extrême-Nord craignent qu'un enfant ayant de la fièvre puisse avoir le paludisme. Ces deux idées sont plus répandues dans les zones rurales que dans les zones urbaines dans la région du Nord ; aucune différence entre les zones urbaines et rurales n'a été observée dans l'Extrême-Nord. En outre, environ 90 % des répondants

Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme : Cameroun (septembre 2020) | 24

pensent que, presque chaque année, un membre de leur communauté est atteint d'une forme grave de paludisme. Par ailleurs, 71,2 % des répondants dans la région du Nord et plus de la moitié (56,2 %) dans l'Extrême-Nord sont d'avis que les membres de leur communauté ne contractent le paludisme que pendant la saison des pluies. On ne note aucune différence selon le sexe pour tous ces items.

TABLEAU 6. VULNÉRABILITÉ PERÇUE AU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondANTS QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 231)	Zones urbaines (1 014)	Total ¹ (n = 2 245)	Zones rurales (n = 982)	Zones urbaines (n = 1 022)	Total ¹ (n = 2 004)
Pendant la saison des pluies, vous craignez presque chaque jour qu'un membre de votre famille ne souffre du paludisme.	92,2	90,1	91,6	95,4	95,0	95,3
Quand votre enfant a de la fièvre, vous avez presque toujours peur que ce soit le paludisme.	88,8	83,6	87,3*	91,6	88,0	90,3
Presque chaque année, une personne de cette communauté souffre d'une forme grave de paludisme.	90,5	83,3	88,4**	88,7	87,9	88,4
Les personnes de cette communauté ne contractent le paludisme qu'au cours de la saison des pluies.	71,8	69,7	71,2	59,0	51,0	56,2
Pourcentage de répondants percevant une vulnérabilité au paludisme ²	87,1	82,7	85,8	91,0	91,0	91,0
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 ² D'après la variable composite qui a été créée à partir des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

Comme expliqué dans la partie Méthodologies, les réponses qui reflétaient une forte vulnérabilité perçue ont reçu un score de 1 pour cet énoncé, les réponses qui reflétaient une faible vulnérabilité perçue ont reçu un score de -1 et les réponses qui reflétaient un point de vue neutre ont reçu un score

de 0. Les scores des répondants pour les quatre énoncés ont été additionnés pour calculer leur score total pour la vulnérabilité perçue ; le score total a ensuite été divisé à 0 pour indiquer une forte vulnérabilité perçue (score total de un et plus) ou une faible vulnérabilité perçue (score total de zéro et moins). Dans l'ensemble, la plupart des répondants déclarent une forte vulnérabilité perçue au paludisme (Nord 85,8 % ; Extrême-Nord 91 %). Aucune différence significative dans la perception de la vulnérabilité au paludisme n'a été observée entre les lieux de résidence urbains et ruraux ni entre les sexes dans les deux régions.

Gravité perçue

La gravité perçue fait référence à la perception que l'on a de la gravité potentielle d'une maladie. Ce déterminant psychosocial a été évalué au moyen de quatre énoncés relatifs à la gravité perçue du paludisme. Le **Tableau 7** ci-dessous résume la perception de la personne interrogée quant à la gravité potentielle du paludisme. Les perceptions de la gravité du paludisme sont mitigées et varient selon les régions. Les données montrent qu'environ un cinquième des répondants dans le Nord (21 %) et 15,6 % dans l'Extrême-Nord n'ont pas peur du paludisme parce qu'il se soigne facilement. De même, 23,1 % des habitants du Nord et 14,5 % des habitants de l'Extrême-Nord estiment que seuls les enfants fragiles peuvent mourir du paludisme. Proportionnellement, plus de répondants de l'Extrême-Nord (85,3 %) que du Nord (64,6 %) pensent que chaque cas de paludisme peut facilement entraîner la mort. Si cette idée ne varie pas en fonction du lieu de résidence dans l'Extrême-Nord, les répondants du Nord sont nettement plus nombreux à penser que chaque cas de paludisme peut potentiellement entraîner la mort dans les zones urbaines (72,5 %) que dans les zones rurales (61,4 %) ($p < 0,05$).

TABLEAU 7. GRAVITÉ PERÇUE DU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondANTS QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 231)	Zones urbaines (n = 1 014)	Total ¹ (n = 2 245)	Zones rurales (n = 982)	Zones urbaines (n = 1 022)	Total ¹ (n = 2 004)
Vous n'avez pas peur du paludisme, car il se soigne facilement.	20,0	23,5	21,0	15,3	16,2	15,6
Seuls les enfants fragiles peuvent mourir des suites du paludisme.	23,4	22,3	23,1	14,9	13,7	14,5
Chaque cas de paludisme peut potentiellement entraîner la mort.	61,4	72,6	64,6*	84,2	87,4	85,3
Lorsqu'une personne que vous connaissez contracte le paludisme, vous vous attendez généralement à ce qu'elle se	74,1	75,6	74,5	74,5	71,7	73,5

TABLEAU 7. GRAVITÉ PERÇUE DU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 231)	Zones urbaines (n = 1 014)	Total ¹ (n = 2 245)	Zones rurales (n = 982)	Zones urbaines (n = 1 022)	Total ¹ (n = 2 004)
rétablis totallement en quelques jours.						
Pourcentage de répondants qui perçoivent le paludisme comme une maladie grave ²	55,6	62,3	57,5	76,2	80,2	77,6
Remarques :						
¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région.						
* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001						
² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée à partir des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

Comme pour la vulnérabilité perçue, les réponses à ces questions ont été notées, agrégées et dichotomisées ; un score total de un et plus indique une forte perception de la gravité du paludisme, et un score total de zéro et moins représente une faible perception de la gravité du paludisme. Plus de la moitié (57,5 %) des répondants du Nord et 77,6 % de ceux de l'Extrême-Nord ont une forte perception de la gravité du paludisme. On ne constate pas de différence significative dans la proportion de répondants qui perçoivent le paludisme comme une maladie grave selon le lieu de résidence (urbain ou rural) dans les deux régions. Dans la région Nord, les femmes sont légèrement plus nombreuses (60,7 %) que les hommes à percevoir le paludisme comme une maladie grave (55,2 %, $p < 0,01$), une différence que l'on ne constate pas dans l'Extrême-Nord.

Communication interpersonnelle sur le paludisme

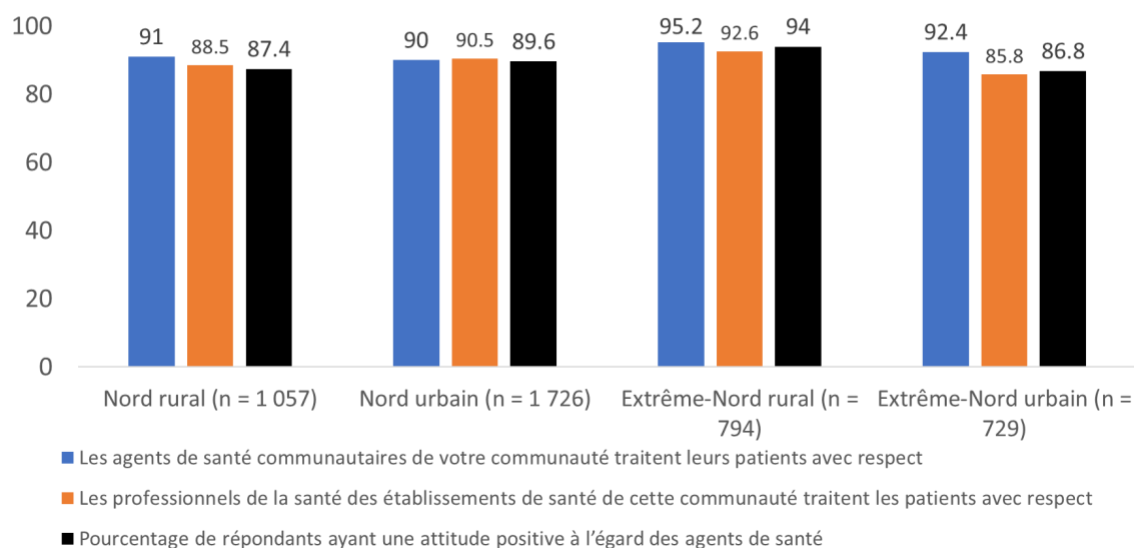
Une corrélation a été établie entre les discussions interpersonnelles sur un comportement spécifique en matière de santé et la probabilité d'adopter ce comportement (Kilian et al., 2016 ; Babalola et al., 2018). Les discussions sur le paludisme sont courantes parmi les participants (**Tableau N en annexe**). De nombreux participants discutent du paludisme avec leur conjoint(e)/partenaire ou avec un autre membre de la famille ou un(e) ami(e) (Nord, 76,7 % ; Extrême-Nord, 82 %). Aucune différence entre les zones urbaines et rurales n'a été constatée dans la proportion de personnes ayant déjà eu une discussion sur le paludisme dans les deux régions. De nombreux participants (74,4 % dans le Nord et 73,9 % dans l'Extrême-Nord) déclarent avoir communiqué avec leur conjoint(e) au sujet du paludisme au cours des six derniers mois. Aucune différence significative n'a été constatée entre les zones urbaines et rurales en ce qui concerne la proportion de participants qui parlent du paludisme avec leur conjoint(e) ou partenaire. De même, environ 73,1 % des participants du Nord et 77,4 % de ceux de l'Extrême-Nord

déclarent avoir discuté du paludisme avec un(e) ami(e) ou un membre de leur famille au cours des six mois précédant l'enquête.

Perception des agents de santé

Dans l'ensemble, les participants ont une bonne image des agents de santé (Nord, 87,9 % ; Extrême-Nord, 91,8 %) (Figure 11, **Tableau O en annexe**). En ce qui concerne le respect des patients, la plupart des participants indiquent que les agents de santé des établissements de santé sont respectueux (Nord, 89 % ; Extrême-Nord, 90,5 %), tout comme les agents de santé communautaires (Nord, 90,8 % ; Extrême-Nord, 93,9 %). En notant et en combinant ces deux items comme décrit dans la partie Méthodologies, les résultats montrent que la majorité des répondants (89 % dans le Nord ; 90,5 % dans l'Extrême-Nord) ont une bonne image des agents de santé. Les perceptions ne varient pas en fonction du lieu de résidence dans les deux régions. Cependant, on note quelques différences selon le sexe. Une proportion significativement plus élevée de femmes que d'hommes pensent que les agents de santé des établissements de santé (hommes, 88,6 % ; femmes, 90,9 % ; $p < 0,05$) et les agents de santé communautaires (hommes, 91,4 % ; femmes, 93,9 % ; $p < 0,05$) traitent leurs patients avec respect. Dans l'ensemble, une plus grande proportion de femmes (91,6 %) que d'hommes (88,3 %) ont une attitude positive à l'égard des agents de santé ($p < 0,001$).

Figure 11 : Pourcentage de répondants qui sont d'accord avec les énoncés utilisés pour mesurer les attitudes envers les agents de santé, Cameroun 2019



Normes sexospécifiques

L'évaluation des concepts d'égalité des sexes en matière de prévention et de traitement du paludisme (**Tableau 8**) révèle des attitudes qui favorisent les filles. Environ un quart des répondants dans le Nord affirment que, lorsqu'il n'y a pas assez de moustiquaires, il faut privilégier les enfants de sexe féminin (27,1 %). Une proportion similaire est d'accord pour dire que lorsque l'argent manque, les enfants de sexe féminin ayant de la fièvre doivent être prioritaires par rapport aux enfants de sexe masculin pour

Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme : Cameroun (septembre 2020) | 28

les médicaments (24,5 %). En comparaison, dans l'Extrême-Nord, 19,2 % des répondants sont d'accord pour dire que les enfants de sexe féminin doivent être prioritaires lorsque les moustiquaires sont rares, et 17,6 % sont d'accord pour dire que les enfants de sexe féminin ayant de la fièvre doivent être prioritaires pour les médicaments par rapport aux enfants de sexe masculin lorsque l'argent manque. Peu de répondants dans les deux régions pensent que les enfants de sexe masculin doivent être privilégiés par rapport aux enfants de sexe féminin lorsqu'il n'y a pas assez de moustiquaires (Nord, 7,4 % ; Extrême-Nord, 8,3 %). De même, peu de répondants sont d'accord pour dire que les enfants de sexe masculin devraient être traités en priorité pour le paludisme lorsque les ressources sont insuffisantes pour payer les médicaments (Nord, 8,1 % ; Extrême-Nord, 8,6 %).

En combinant les réponses exprimant un accord ou un désaccord avec ces quatre énoncés, les données montrent que plus des trois quarts (70,8 %) des participants (Nord, 67,4 % ; Extrême-Nord, 73,7 %) sont favorables à un traitement égalitaire des garçons et des filles. Cet indicateur ne varie pas de manière significative selon le lieu de résidence ou le niveau d'études dans les deux régions. Dans la région de l'Extrême-Nord, cependant, les personnes issues de ménages plus riches (81,1 %) sont plus susceptibles de faire preuve d'attitudes égalitaires que les personnes plus pauvres (67 %) : $p < 0,05$. Les femmes des deux régions sont plus susceptibles de privilégier un traitement égalitaire des garçons et des filles (Nord, 83,7 % ; Extrême-Nord, 75,2 %) que les hommes (Nord, 70 % ; Extrême-Nord, 63 %).

TABEAU 8. NORMES SEXOSPÉCIFIQUES LIÉES AU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondANTS QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 246)	Zones urbaines (n = 1 036)	Total ¹ (n = 2 282)	Zones rurales (n = 990)	Zones urbaines (n = 1 047)	Total ¹ (n = 2 037)
Lorsqu'il n'y a pas assez de moustiquaires, il est plus important que les enfants de sexe féminin dorment sous les moustiquaires disponibles plutôt que les enfants de sexe masculin.	27,2	26,8	27,1	20,9	15,5	19,2
Lorsqu'il n'y a pas assez de moustiquaires, il est plus important que les enfants de sexe masculin dorment sous les moustiquaires disponibles plutôt que les enfants de sexe féminin.	7,3	7,6	7,4	10,1	4,3	8,3*
Lorsqu'il n'y a pas assez d'argent, il est plus important que les enfants de sexe masculin ayant de la fièvre	7,9	8,6	8,1	10,3	4,8	8,6

TABLEAU 8. NORMES SEXOSPÉCIFIQUES LIÉES AU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REPONDANTS QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 246)	Zones urbaines (n = 1 036)	Total ¹ (n = 2 282)	Zones rurales (n = 990)	Zones urbaines (n = 1 047)	Total ¹ (n = 2 037)
reçoivent des médicaments plutôt que les enfants de sexe féminin.						
Lorsqu'il n'y a pas assez d'argent, il est plus important que les enfants de sexe féminin ayant de la fièvre reçoivent des médicaments plutôt que les enfants de sexe masculin.	24,5	24,7	24,5	20,0	12,3	17,6
Pourcentage de répondants ayant des attitudes égalitaires entre les sexes en ce qui concerne le paludisme ²	67,3	67,7	67,4	71,9	77,6	73,7

Remarques :

¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région.

* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.

3.4. Moustiquaires imprégnées d'insecticide

L'efficacité des moustiquaires comme moyen de prévention du paludisme n'est plus à démontrer. Comme dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne, la distribution massive de MII au Cameroun et la promotion de leur utilisation au sein de la population jouent un rôle clé dans la lutte nationale contre le paludisme. Si l'accès à une moustiquaire au sein du ménage est essentiel pour l'utilisation des moustiquaires, d'autres facteurs, notamment les variables psychosociales, sont également importants. Cette partie du rapport se penche sur la disponibilité des moustiquaires dans les ménages, l'utilisation des moustiquaires par les individus et les déterminants de leur utilisation. Il est pertinent de noter que la collecte de données coïncide avec la campagne de distribution massive de MII dans la région du Nord mais précède la distribution dans la région de l'Extrême-Nord.

Déterminants comportementaux

Connaissances

Ce rapport utilise deux variables pour évaluer les connaissances relatives aux moustiquaires : la connaissance des moustiquaires comme méthode de prévention du paludisme et la connaissance d'un endroit où acheter des moustiquaires. Lorsqu'on leur demande comment prévenir le paludisme, la

majorité (89,8 %) des hommes et des femmes mentionnent l'utilisation d'une moustiquaire. Les hommes (92,1 %) sont plus nombreux que les femmes (88,1 %) à mentionner l'utilisation de moustiquaires comme méthode de prévention. Il est pertinent de noter que, globalement, seulement 59,1 % des personnes interrogées citent spécifiquement les MII (par opposition à n'importe quel type de moustiquaire) comme méthode préventive. Proportionnellement, plus de personnes du Nord (65,6 %) que de l'Extrême-Nord (53,9 %) mentionnent spécifiquement les MII.

Attitudes à l'égard de l'utilisation des moustiquaires

Cette étude a évalué les attitudes à l'égard de l'utilisation des moustiquaires en utilisant neuf énoncés avec échelle de Likert (**Tableau 9**). Les données montrent que les attitudes sont généralement positives à l'égard des moustiquaires parmi les personnes interrogées. Plus de neuf dixièmes des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête estiment qu'il est plus facile de passer une nuit agréable lorsqu'on dort sous une moustiquaire (90,6 %) et que les moustiquaires sont utiles (95,6 %). De même, plus des trois quarts de la population pense que les moustiquaires sont généralement faciles à utiliser (86,3 %) et que dormir sous une MII est sûr (83,6 %).

Néanmoins, on note que certaines attitudes négatives à l'égard des moustiquaires sont courantes. Par exemple, 44,8 % des personnes interrogées déclarent qu'elles n'aiment pas dormir sous une moustiquaire lorsqu'il fait chaud, 44 % estiment que les moustiquaires coûteuses sont plus efficaces que les moustiquaires bon marché, et 39,1 % déclarent que l'insecticide contenu dans les moustiquaires les gêne. On constate quelques variations régionales dans ces attitudes. Par exemple, le nombre de personnes qui estiment que dormir sous une moustiquaire chaque nuit est problématique en raison de la difficulté à la déplier est plus élevé dans le Nord (27 %) que dans l'Extrême-Nord (18,4 %). De même, les résidents de la région Nord (42,5 %) sont plus nombreux que ceux de la région Extrême-Nord (22 %) à penser que dormir sous une moustiquaire n'est pas pratique pour un couple qui souhaite avoir des enfants : $p < 0,001$. Le nombre de personnes qui estiment que l'odeur d'insecticide contenu dans une moustiquaire est désagréable est plus élevé dans la région du Nord (45,3 %) que dans la région de l'Extrême-Nord (35 %) : $p < 0,01$. La notion que dormir sous une moustiquaire est sûr est plus courante dans la région du Nord (88,8 %) que dans l'Extrême-Nord (79,5 %) : $p < 0,001$. Proportionnellement, plus de personnes du Nord (55,5 %) que de l'Extrême-Nord (34,8 %) pensent que les moustiquaires plus chères sont plus efficaces que les moustiquaires bon marché : $p < 0,001$.

TABLEAU 9. ATTITUDES À L'ÉGARD DE L'UTILISATION DES MII, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 246)	Zones urbaines (n = 1 036)	Total ¹ (n = 2 282)	Zones rurales (n = 990)	Zones urbaines (n = 1 047)	Total ¹ (n = 2 037)
Il est plus facile de bien dormir lorsque je dors sous une moustiquaire	90,1	90,6	90,2	90,5	91,8	91,0
Il n'est pas facile de dormir sous une moustiquaire, car il faut la déplier et couvrir l'espace de couchage toutes les nuits	25,6	30,9	27,0	18,2	18,9	18,4
Je n'aime pas dormir sous une moustiquaire quand il fait trop chaud	43,5	47,2	44,5	45,8	44,6	45,4
Dormir sous une moustiquaire n'est pas pratique pour un couple qui veut faire des enfants	44,3	37,8	42,5	24,7	16,6	22,0*
L'odeur de l'insecticide me dérange lorsque je dors sous une moustiquaire	46,4	42,2	45,3	36,3	32,3	35,0
Les moustiquaires sont généralement faciles à utiliser pour dormir	88,0	81,8	86,3	86,7	85,6	86,3
Les moustiquaires imprégnées d'insecticide ne présentent aucun risque pour la santé	89,2	87,9	88,8	78,4	81,7	79,5
Les moustiquaires sont très utiles	93,6	93,3	93,5	96,8	98,4	97,3
Les moustiquaires plus chères sont plus efficaces que les moustiquaires moins chères ou gratuites	59,6	44,7	55,5**	37,4	29,5	34,8
Pourcentage de répondants ayant une attitude favorable à l'égard de l'utilisation des moustiquaires ²	70,0	66,0	68,8	75,9	69,5	73,6

Remarques :

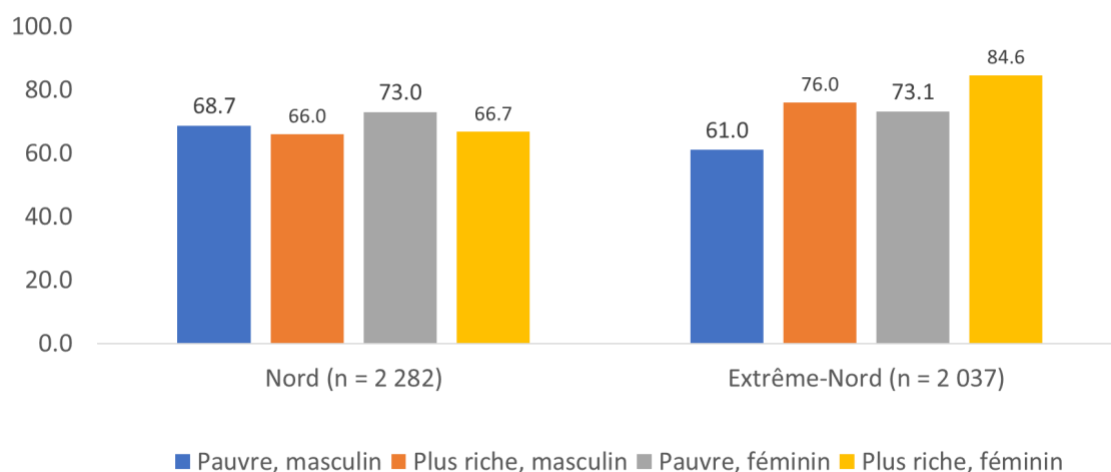
¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région.

* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.

Les neuf items attitudinaux ont été utilisés pour créer une variable dichotomique reflétant les attitudes positives à l'égard de l'utilisation des moustiquaires, comme l'explique la partie Méthodologies. Les données montrent que, globalement, 71,5 % des personnes interrogées ont une attitude positive à l'égard de l'utilisation des moustiquaires. Les attitudes positives sont plus répandues chez les femmes (74,6 %) que chez les hommes (67,5 %), mais ne varient pas selon les régions (Nord, 68,8 % ; Extrême-Nord, 73,6 %) ni selon le lieu de résidence dans l'une ou l'autre des régions. Les données montrent également que l'indicateur diffère entre les répondants des ménages pauvres et des ménages plus riches, mais uniquement dans l'Extrême-Nord (Figure 12). Dans cette région, les répondants vivant dans des ménages relativement plus riches sont moins susceptibles d'avoir des attitudes positives à l'égard des moustiquaires (67,5 %) que ceux des ménages pauvres (80,8 %) : ($p < 0,001$).

Figure 12 : Pourcentage de répondants ayant une attitude positive à l'égard de l'utilisation des moustiquaires, par sexe et par catégorie de richesse du ménage, Cameroun 2019



Attitudes à l'égard de l'entretien des moustiquaires

Deux questions attitudinales ont permis d'évaluer les attitudes à l'égard de l'entretien des moustiquaires ou des mesures qui prolongent leur durée de vie. La première question portait sur l'idée selon laquelle une personne peut prendre des mesures pour que les moustiquaires durent plus longtemps et la seconde sur l'idée selon laquelle le fait de bien entretenir les moustiquaires du ménage peut protéger la famille du paludisme. La majorité (92,5 %) des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête estiment qu'il existe des mesures qu'elles peuvent prendre pour prolonger la durée de vie de leurs moustiquaires. Plus de neuf dixièmes (93,4 %) des personnes interrogées estiment que le fait de bien entretenir leurs moustiquaires peut contribuer à prévenir le paludisme. Ces idées ne varient pas en fonction du sexe, du lieu de résidence ni de la région.

Efficacité perçue

L'efficacité perçue des moustiquaires (ou la confiance dans leur efficacité) a été évaluée à l'aide de trois items avec échelle de Likert : l'idée que les moustiquaires ne préviennent les piqûres de moustiques que lorsqu'elles sont utilisées au-dessus d'un lit, l'idée que les risques de contracter le paludisme sont les mêmes que l'on dorme ou non sous une moustiquaire et l'idée que dormir sous une moustiquaire toutes les nuits est un bon moyen d'éviter le paludisme (**Tableau 10**). Les perceptions de l'efficacité des moustiquaires sont mitigées. Plus de la moitié (54,4 %) de la population pense que les moustiquaires ne sont efficaces que lorsqu'elles sont utilisées au-dessus d'un lit (par opposition à leur utilisation au-dessus du sol ou d'un tapis), tandis que 35,5 % des répondants estiment que les risques de contracter le paludisme sont les mêmes, que l'on dorme ou non sous une moustiquaire. Néanmoins, la majorité (92,5 %) de la population pense que l'utilisation systématique de moustiquaires est le meilleur moyen de prévenir le paludisme. En combinant ces trois items pour créer un indicateur de l'efficacité perçue, les données montrent que, globalement, plus des deux tiers (68,8 %) des répondants croient en l'efficacité des moustiquaires. On ne constate pas de variations significatives dans l'efficacité perçue selon les principales caractéristiques sociodémographiques.

TABLEAU 10. EFFICACITÉ PERÇUE DES MII, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondANTS QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 246)	Zones urbaines (n = 1 036)	Total ¹ (n = 2 282)	Zones rurales (n = 990)	Zones urbaines (n = 1 047)	Total ¹ (n = 2 037)
Les moustiquaires ne préviennent les piqûres de moustiques que lorsqu'elles sont utilisées sur un lit	51,5	55,9	52,7	56,6	54,2	55,8
Le risque que je cours de contracter le paludisme est le même, que je dorme ou non sous une moustiquaire	32,4	34,5	33,0	38,3	36,4	37,7
Dormir sous une moustiquaire chaque nuit est le meilleur moyen d'éviter de contracter le paludisme	90,2	89,9	90,1	94,5	94,3	94,4
Pourcentage de répondants qui considèrent que les moustiquaires sont efficaces pour prévenir le paludisme ²	68,3	64,7	68,8	72,3	65,7	70,0
Remarques :						
¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. Aucune des différences n'est significative.						
² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

Auto-efficacité perçue

L'auto-efficacité perçue fait référence au niveau de confiance qu'une personne a dans sa capacité à mettre en œuvre avec succès une mesure spécifique. Quatre items avec échelle de Likert ont été utilisés pour évaluer l'auto-efficacité perçue en matière d'utilisation des moustiquaires. Ces items sont les suivants : auto-efficacité perçue à dormir sous une moustiquaire lorsqu'il y a beaucoup de moustiques, auto-efficacité perçue à dormir sous une moustiquaire lorsqu'il y a peu de moustiques, auto-efficacité perçue à dormir sous une moustiquaire chaque nuit de l'année et auto-efficacité perçue à faire dormir ses enfants sous une moustiquaire chaque nuit de l'année (**Tableau 11**). La majorité des répondants déclarent avoir confiance en leur capacité à dormir sous une moustiquaire lorsqu'il y a beaucoup de moustiques (96,6 %) ou lorsqu'il y a peu de moustiques (87 %). De même, la plupart (81,4 %) s'estiment en mesure de faire dormir leurs enfants sous une moustiquaire tout au long de l'année. En revanche, seulement deux tiers (66,7 %) des répondants s'estiment en mesure de dormir sous une moustiquaire toute l'année. Aucun de ces indicateurs ne varie de manière significative selon le lieu de résidence dans les deux régions. On note toutefois quelques différences entre les hommes et les femmes. Dans la région du Nord, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de déclarer avoir confiance en leur capacité à dormir sous une moustiquaire lorsqu'il y a peu de moustiques ou toutes les nuits de l'année. En outre, proportionnellement, plus de femmes de l'Extrême-Nord que d'hommes déclarent être en mesure de dormir sous une moustiquaire lorsqu'il y a peu de moustiques.

TABLEAU 11. AUTO-EFFICACITÉ PERÇUE POUR L'UTILISATION DES MII, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants QUI DECLARENT ETRE EN MESURE DE FAIRE CE QUI SUIT :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Hommes (n = 1 246)	Femmes (n = 1 036)	Total ¹ (n = 2 282)	Hommes (n = 990)	Femmes (n = 1 047)	Total ¹ (n = 2 037)
Dormir sous une moustiquaire toute la nuit lorsqu'il y a beaucoup de moustiques	94,7	96,3	95,6	97,2	97,5	97,4
Dormir sous une moustiquaire toute la nuit lorsqu'il y a peu de moustiques	86,4	90,7	88,9*	81,9	88,0	85,4**
Dormir sous une moustiquaire chaque nuit de l'année	68,4	74,0	71,6*	60,4	64,5	62,7
Faire en sorte que vos enfants dorment sous une moustiquaire chaque nuit de l'année	77,6	78,8	78,2	84,4	83,8	84,0
Pourcentage de répondants qui déclarent pouvoir dormir sous une moustiquaire de façon systématique ²	77,5	73,2	76,3	83,4	67,9	77,8

Remarques :

¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer le pourcentage d'hommes et de femmes qui étaient d'accord avec chaque énoncé dans chaque région.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.

L'indicateur d'auto-efficacité perçue dérivé de ces quatre items montre que 77,1 % des répondants déclarent une auto-efficacité élevée pour l'utilisation systématique de MII. Cet indicateur ne varie pas selon les régions. S'il ne varie pas selon le lieu de résidence dans la région du Nord, dans l'Extrême-Nord, les répondants sont proportionnellement plus nombreux à affirmer qu'ils peuvent dormir sous une moustiquaire de façon systématique dans les zones rurales (83,4 %) que dans les zones urbaines (67,9 %) : $p < 0,001$. Dans les deux régions, cet indicateur est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Dans la région Nord, 72,8 % des hommes affichent une forte auto-efficacité perçue pour l'utilisation des moustiquaires, contre 78,8 % des femmes ($p < 0,05$). En comparaison, dans l'Extrême-Nord, l'indicateur est de 71,3 % pour les hommes et 83,2 % pour les femmes : $p < 0,001$.

Normes descriptives

L'utilisation de moustiquaires est généralement perçue comme une norme communautaire : 73,2 % des répondants estiment qu'au moins la moitié des membres de leur communauté qui disposent de moustiquaires dorment sous celles-ci chaque nuit. On ne note pas de différences selon la région, le lieu de résidence ou le quintile de richesse des ménages. En revanche, il existe des différences significatives entre les hommes et les femmes. Dans la région Nord, les hommes (75,9 %) sont plus nombreux que les femmes (69,7 %) à avoir cette opinion ($p < 0,01$). Dans la région de l'Extrême-Nord, cette perception est plus fréquente chez les femmes (75,9 %) que chez les hommes (71,6 %) : $p < 0,05$ (**Tableau P en annexe**).

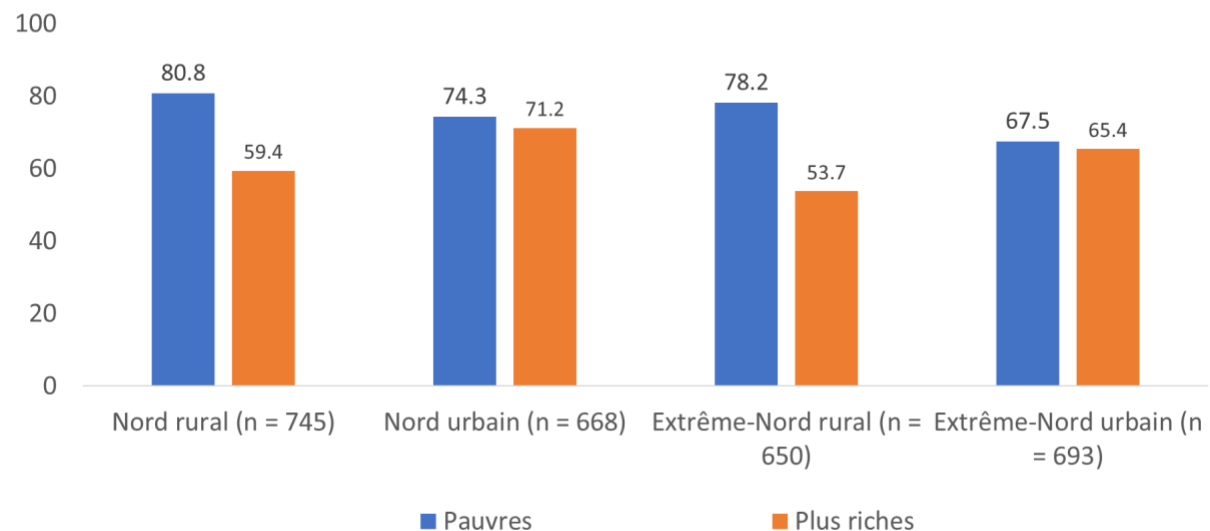
Pratiques et comportements

Accès et possession de MII dans les ménages

Plus de deux tiers (69,9 %) des ménages disposent d'au moins une moustiquaire, généralement une MII. Cet indicateur ne varie pas significativement selon les régions ou le lieu de résidence urbain/rural. On constate toutefois des différences significatives entre les ménages pauvres (deux quintiles inférieurs) et les ménages plus riches (trois quintiles supérieurs) dans les deux régions, la possession étant moins courante chez les ménages plus riches que chez les plus pauvres, surtout dans les zones rurales

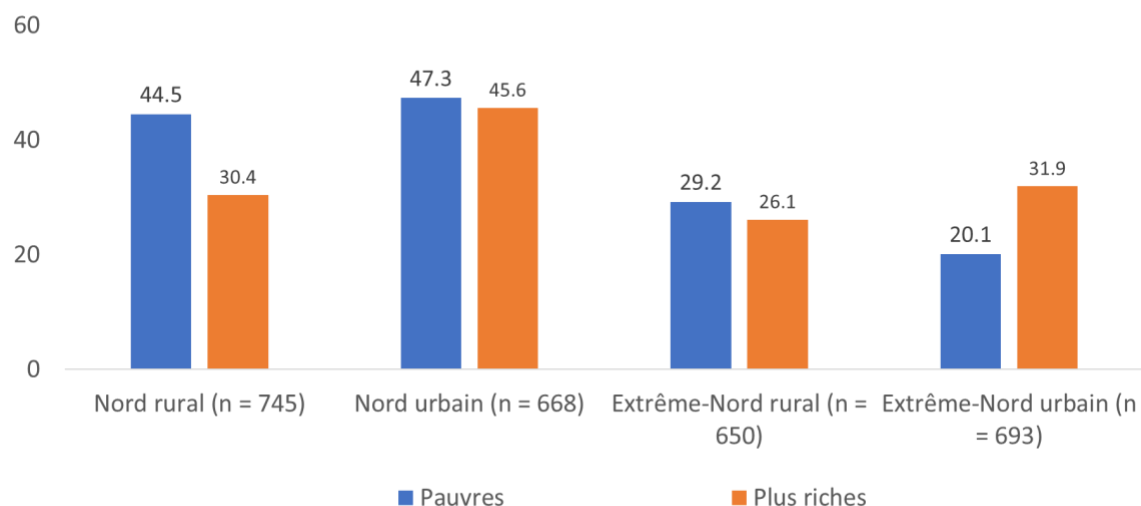
(Figure 13, **Tableau Q en annexe**).

Figure 13 : Pourcentage de ménages disposant d'au moins une moustiquaire, Cameroun 2019



Le nombre moyen de moustiquaires dans les ménages disposant d'au moins une moustiquaire est de 2,1. Dans l'ensemble, 34,2 % des ménages disposent d'un nombre suffisant de moustiquaires (couverture des ménages en moustiquaires), c'est-à-dire au moins une moustiquaire pour deux membres du ménage. La possession de MII en quantité suffisante est nettement plus répandue dans la région du Nord (41,5 %) que dans celle de l'Extrême-Nord (28,7 %) : $p < 0,001$. Au sein de chaque région, on ne constate pas de différences significatives entre les zones urbaines et rurales, mais on note des différences significatives en fonction du niveau de vie des ménages. Dans le Nord rural, davantage de ménages pauvres que de ménages plus riches disposent d'un nombre suffisant de moustiquaires, tandis que dans l'Extrême-Nord urbain, les ménages plus riches sont plus susceptibles que les ménages pauvres de déclarer avoir suffisamment de moustiquaires (**Figure 14, Tableau R en annexe**).

Figure 14 : Pourcentage de ménages disposant d'au moins une moustiquaire pour deux personnes ayant dormi dans le ménage la nuit précédant l'entretien, Cameroun 2019

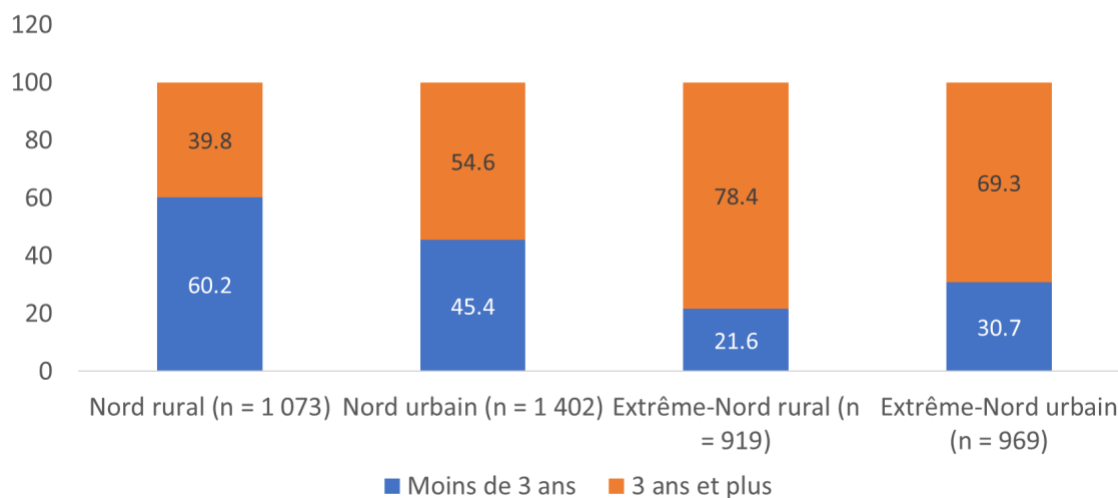


La proportion de la population ayant accès à une MII (c'est-à-dire la population qui pourrait dormir sous une MII si chaque MII du ménage était utilisée par deux personnes) est de 54,3 % au total. Cet indicateur est de 55,4 % dans la région Nord et de 53,3 % dans l'Extrême-Nord. Dans les deux régions, l'indicateur ne varie pas de manière significative selon le lieu de résidence, mais on note des variations significatives selon le quintile de richesse des ménages dans le Nord.

Caractéristiques des moustiquaires disponibles dans les ménages

Au total, 4 363 moustiquaires ont été recensées dans les ménages de l'enquête. La majorité (99 %) de ces moustiquaires sont des MII. La plupart des moustiquaires (98,2 %) ont été obtenues gratuitement ; les sources de ces moustiquaires sont principalement les campagnes de distribution massive (84,1 %) et les soins prénatales (12,6 %). Très peu de moustiquaires ont été obtenues auprès d'agents de santé communautaires (1,2 %) ou d'autres sources (2,1 %). Proportionnellement, plus de moustiquaires de la région Nord (89,1 %) que de l'Extrême-Nord (77,4 %) proviennent d'une campagne de distribution massive : $p < 0,001$. Le calendrier de l'enquête MBS par rapport à la campagne de distribution massive de MII peut expliquer cette différence. Une grande proportion (63,8 %) des moustiquaires recensées ont trois ans ou plus (**Figure 15, Tableau S en annexe**). Proportionnellement, plus de moustiquaires de l'Extrême-Nord (78,9 %) que du Nord (52,3 %) ont trois ans ou plus. La collecte de données de l'enquête MBS coïncidait avec la dernière campagne de distribution massive de MII dans la région du Nord, mais elle précédait la campagne de quelques semaines dans l'Extrême-Nord.

Figure 15 : Répartition des moustiquaires des ménages par âge, Cameroun 2019



Dans l'ensemble, la plupart (80,3 %) des moustiquaires recensées ont été utilisées pour dormir la nuit précédant l'enquête. Une proportion nettement plus importante de moustiquaires dans l'Extrême-Nord (90,8 %) que dans le Nord (72,4 %) ont été utilisées la nuit précédant l'enquête ($p < 0,001$). Les moustiquaires des ménages plus riches (82,7 %) sont plus susceptibles que celles des ménages pauvres (77,5 %) d'avoir été utilisées la nuit précédente ($p < 0,001$).

Habitudes en matière d'entretien et de réparation des moustiquaires

Replier ou attacher les moustiquaires suspendues lorsqu'elles ne sont pas utilisées peut contribuer à préserver leur qualité et leur durée de vie (Koenker et al., 2015). Parmi les moustiquaires utilisées la nuit précédant l'enquête, un tiers environ (34,2 %) étaient suspendues, repliées ou attachées, tandis que plus de la moitié (57,1 %) étaient suspendues et détachées. Cet indicateur de comportement en matière d'entretien des moustiquaires ne varie pas selon les régions ou selon que les ménages sont pauvres ou riches. On note cependant des différences significatives selon l'âge des MII. Les moustiquaires plus anciennes (trois ans ou plus) sont plus susceptibles que les plus récentes d'être trouvées suspendues et détachées (52,5 % contre 35 % ; $p < 0,001$) ou suspendues et attachées/repliées (33,5 % contre 21,9 % ; $p < 0,001$). En revanche, les moustiquaires plus récentes sont plus susceptibles que les plus anciennes d'être rangées, soit emballées (16,3 % contre 2,8 % ; $p < 0,001$), soit déballées (15,2 % contre 3,7 % ; $p < 0,001$).

La puissance de l'insecticide contenu dans les MII diminue avec le temps si les lavages sont trop fréquents, c'est pourquoi il est recommandé de laver les MII délicatement et pas plus d'une fois tous les trois mois avec du savon doux (Hunter, Acosta et Koenker, 2016). Environ la moitié (52,3 %) des moustiquaires de la région du Nord, contre plus des deux tiers (70,1 %) de celles de l'Extrême-Nord, ont déjà été lavées (**Tableau 12**). Une plus grande proportion de moustiquaires du Nord urbain (65,3 %) que

du Nord rural (42,5 %) et de l'Extrême-Nord urbain (72,6 %) que de l'Extrême-Nord rural (67,5 %) n'ont jamais été lavées. Dans environ deux tiers des cas (69,8 % dans la région du Nord et 67,7 % dans l'Extrême-Nord), les moustiquaires ont été lavées avec du savon doux universel en barre (Macabo), conformément aux recommandations de l'OMS. Il est intéressant de noter qu'environ un quart des moustiquaires lavées dans la région du Nord et 15,6 % dans l'Extrême-Nord l'ont été avec de la lessive en poudre ou liquide, ce qui est contraire aux recommandations de l'OMS.

L'OMS recommande de laisser les moustiquaires lavées sécher dehors à l'ombre (OMS, 2002). Il est intéressant de noter qu'environ trois quarts (76 %) des moustiquaires lavées ont séché au soleil. Cette pratique est plus courante dans l'Extrême-Nord (80,4 %) que dans la région du Nord (70,2 %) : $p < 0,001$. Les données révèlent en outre que les ménages pauvres (80,5 %) ont davantage tendance à laisser les moustiquaires sécher au soleil que les ménages plus riches (71,7 %) : $p < 0,001$.

TABLEAU 12. ENTRETIEN DES MII, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE MII QUI ONT ETE ENTRETENUES DE DIVERSES MANIERES						
CARACTÉRISTIQUES DES MII	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 399)	Zones urbaines (n = 1 066)	Total ¹ (n = 2 465)	Zones rurales (n = 911)	Zones urbaines (n = 963)	Total ¹ (n = 1 874)
% de MII qui ont été lavées	42,5	65,3	52,3***	67,5	72,6	70,1*
Produit utilisé pour laver les MII						
Savon en barre Macabo	76,6	64,1	69,8	63,4	71,5	67,7
Autre savon en barre	2,9	3,0	3,0	16,5	10,3	13,2
Lessive en poudre ou liquide	17,7	31,0	24,9	15,3	15,9	15,6
Autre	2,9	1,9	2,3***	4,9	2,3	3,5***
Lieu de séchage des MII						
Dehors, à l'ombre	30,0	28,1	29,0	16,1	21,7	19,1
Dehors, au soleil	69,9	71,9	71,0	83,9	78,3	80,9
Autre	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0**
Remarques :						
¹ Un test de signification a été effectué pour comparer le pourcentage de MII présentant chaque caractéristique dans les ménages urbains par rapport aux ménages ruraux dans chaque région.						
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$						

Utilisation des MII par les membres des ménages

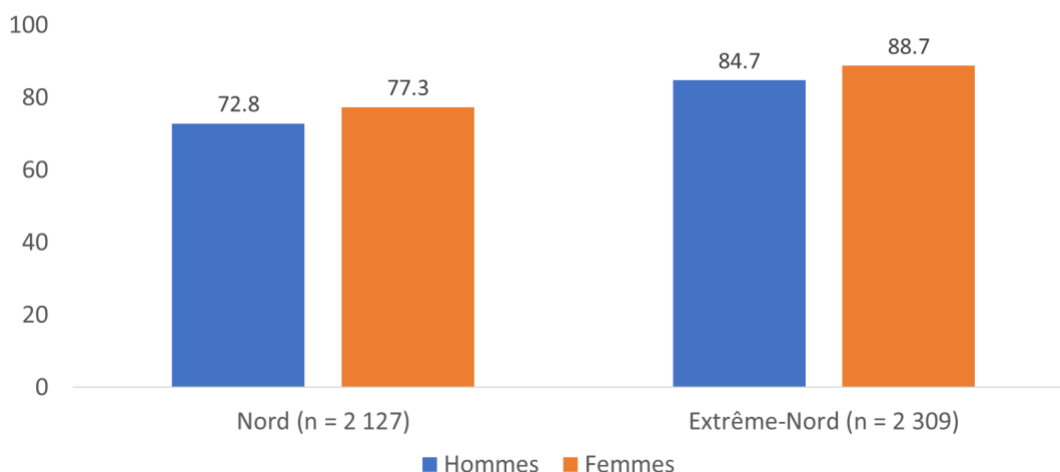
Les données sur l'utilisation des moustiquaires par les membres des ménages la nuit précédant l'enquête proviennent de l'outil d'enquête auprès des ménages. Dans l'ensemble, moins de la moitié (48,4 %) de tous les membres des ménages ont dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête. Cet indicateur est plus élevé dans la région Nord (43,1 %) que dans la région Extrême-Nord (52,8 %) :

$p < 0,01$. Les données montrent également qu'environ deux tiers (68,1 %) des membres des ménages dorment sous une moustiquaire dans les ménages disposant d'au moins une moustiquaire, contre plus des trois quarts (80,9 %) dans les ménages disposant d'un nombre suffisant de moustiquaires.

On constate que, dans les ménages disposant d'au moins une moustiquaire, l'utilisation varie selon le sexe et l'âge (**Tableau T en annexe**). L'utilisation de moustiquaires est plus répandue dans la région de l'Extrême-Nord (74,2 %) que dans celle du Nord (60,7 %). Dans chaque région, si l'utilisation des moustiquaires ne varie pas en fonction du quintile de richesse des ménages ou du lieu de résidence, on observe des variations significatives en fonction du sexe et de l'âge. Dans les deux régions, la proportion de personnes ayant dormi sous une moustiquaire est plus faible chez les enfants et les adolescents de 5 à 17 ans que chez les enfants de moins de 5 ans. Dans la région de l'Extrême-Nord, l'utilisation est plus fréquente chez les enfants de moins de 5 ans que chez les adultes, tandis que dans la région du Nord, il n'y a pas de différence entre ces deux tranches d'âge. Dans les deux régions, les hommes ont moins tendance que les femmes à dormir sous une moustiquaire.

Lorsque l'analyse se limite aux ménages disposant d'un nombre suffisant de moustiquaires, les différences sociodémographiques persistent, bien qu'atténuées dans certains cas, ce qui indique que la priorisation due à l'insuffisance de moustiquaires ne suffit pas à expliquer les différences d'utilisation des moustiquaires entre les groupes sociodémographiques. Lorsqu'un ménage dispose d'un nombre suffisant de moustiquaires, les femmes sont toujours plus susceptibles de dormir sous une moustiquaire (**Figure 16**). De même, les enfants de moins de 5 ans sont toujours plus susceptibles que les enfants plus âgés, les adolescents ou les adultes de dormir sous une moustiquaire.

Figure 16 : Utilisation des MII par les membres des ménages disposant d'un nombre suffisant de moustiquaires, Cameroun 2019



Rapport utilisation/accès

Le rapport utilisation/accès reflète le rapport entre l'utilisation des moustiquaires et l'accès aux moustiquaires dans la population. L'indicateur porte sur la proportion de personnes qui utilisent des

moustiquaires parmi les personnes qui ont accès à des moustiquaires. L'indicateur varie généralement entre 0,00 et 1,00, ce qui indiquerait que toute personne ayant accès à une moustiquaire dans un ménage utilise la moustiquaire à laquelle elle a accès (en supposant que deux personnes dorment sous une moustiquaire). Le rapport utilisation/accès est supérieur à 1,00 lorsque la population a tendance à dormir à plus de deux personnes sous une moustiquaire. Le rapport utilisation/accès permet aux responsables des programmes de CSC de mieux comprendre les comportements d'utilisation des moustiquaires. Il est particulièrement utile pour déterminer si la non-utilisation des moustiquaires est davantage liée à un comportement d'utilisation des moustiquaires qu'à un nombre insuffisant de moustiquaires. Les calculs présentés dans ce rapport utilisent la méthodologie proposée par Koenker et Killian, 2014.

Le rapport utilisation/accès global est de 0,91, ce qui suggère que la plupart des personnes ayant accès à une moustiquaire dans les régions étudiées l'utilisent. On note des différences significatives entre les deux régions : Nord : 0,83 ; Extrême-Nord : 1,00 : $p < 0,001$ (**Tableau 13**). La situation dans la région du Nord suggère que les personnes qui ont accès à une moustiquaire ne l'utilisent pas toutes pour dormir. Dans l'Extrême-Nord, l'utilisation est en revanche plus en adéquation avec l'accès. Dans les deux régions, le rapport utilisation/accès est comparable entre les zones urbaines et rurales. Les données révèlent que, dans la région Nord, le rapport utilisation/accès est plus faible dans les quintiles de richesse inférieurs que dans les quintiles de richesse supérieurs. En revanche, dans la région de l'Extrême-Nord, l'indicateur est plus élevé dans les quintiles de richesse inférieurs que dans le quintile de richesse supérieur. Les données montrent que dans les quintiles inférieurs de richesse de l'Extrême-Nord, l'indicateur est supérieur à 1,00, ce qui suggère que plus de deux personnes dorment sous la même moustiquaire.

TABLEAU 13. RAPPORT UTILISATION/ACCÈS DES MII, CAMEROUN 2019

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 3 115)	Zones urbaines (n = 2 127)	Total (n = 5 242)	Zones rurales (n = 2 328)	Zones urbaines (n = 2 309)	Total (n = 4 637)
Quintile de richesse des ménages						
Le plus bas	0,79	0,73	0,76	1,05	1,12	1,09
Deuxième	0,75	0,79	0,77	1,06	1,05	1,06
Intermédiaire	0,82	0,86	0,84	1,05	1,04	1,04
Quatrième	0,96	0,84	0,90	1,06	0,96	1,01
Le plus haut	0,95	0,82	0,88	0,65	0,92	0,79
Total	0,85	0,81	0,83	0,97	1,02	1,00

Utilisation des moustiquaires chez les hommes et les femmes interrogés

Parmi les hommes et les femmes interrogés qui vivent dans des ménages disposant d'au moins une moustiquaire, 77,2 % (80 % des femmes contre 73,6 % des hommes : $p < 0,01$) ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Dans les ménages disposant d'un nombre suffisant de moustiquaires, on ne note pas de différence entre les hommes (85,8 %) et les femmes (86,4 %). L'utilisation de moustiquaires est plus répandue dans la région de l'Extrême-Nord (80,6 %) que dans la région du Nord (73,1 %) dans les ménages disposant d'au moins une moustiquaire et dans les ménages disposant d'un nombre suffisant de moustiquaires (80,2 % dans la région du Nord, 93,3 % dans l'Extrême-Nord : $p < 0,001$). 72,9 % des hommes et des femmes interrogés dans les ménages disposant d'au moins une moustiquaire déclarent utiliser régulièrement une moustiquaire (c'est-à-dire chaque nuit), contre 75,6 % dans les ménages disposant d'un nombre suffisant de moustiquaires.

Le **Tableau 29** présente les résultats des modèles de régression logistique multivariable de l'utilisation régulière des moustiquaires sur certaines variables sociodémographiques, psychosociales, domestiques et autres parmi les répondants des ménages possédant au moins une moustiquaire. Les données révèlent des différences et des points communs dans les facteurs associés à l'utilisation régulière de moustiquaires dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord.

Dans la région du Nord, les femmes sont 51 % plus susceptibles que les hommes de déclarer utiliser régulièrement des moustiquaires. On constate également une corrélation positive avec l'âge, chaque année de plus étant associée à une augmentation de 3 % de la probabilité d'utiliser régulièrement des moustiquaires. Ces deux variables n'ont pas été associées de manière significative à une utilisation régulière dans la région de l'Extrême-Nord. En outre, la corrélation avec le niveau d'études est positive dans la région du Nord mais négative dans l'Extrême-Nord. Dans la région Nord, la probabilité d'utiliser régulièrement une moustiquaire est environ deux fois plus élevée chez les personnes ayant reçu un enseignement secondaire ou supérieur que chez les personnes n'ayant pas reçu d'enseignement. À l'inverse, dans l'Extrême-Nord, la probabilité est 63 % plus faible chez les personnes ayant reçu un enseignement secondaire que chez les personnes n'ayant pas reçu d'enseignement. Curieusement, l'exposition aux messages liés au paludisme présente une corrélation négative avec l'utilisation régulière de moustiquaires dans la région du Nord. Dans l'Extrême-Nord, la corrélation n'est pas significative. Bien qu'on ignore la raison de cette corrélation inattendue, elle soulève des inquiétudes quant à la qualité des activités de CSC mises en œuvre au cours des six mois précédant l'enquête MBS. Ces activités comprennent : (1) le recours aux mobilisateurs communautaires, aux radios communautaires et aux crieurs publics pour expliquer comment obtenir des moustiquaires et préparer les nouvelles moustiquaires pour les installer ; (2) le recours aux mobilisateurs communautaires et aux radios communautaires pour expliquer l'importance de la CSP, sa procédure d'administration et la posologie ; et (3) le recours aux mobilisateurs communautaires et aux radios communautaires pour expliquer pourquoi il est important de dormir sous une MII chaque nuit, de soigner rapidement un enfant fiévreux, de prévenir le paludisme pendant la grossesse et d'assainir l'environnement pour éliminer les sites de reproduction des moustiques.

Les données révèlent l'importance des variables psychosociales dans l'utilisation régulière de moustiquaires dans les deux régions, bien qu'il y ait des différences selon les régions. Sur les huit variables psychosociales évaluées, trois sont corrélées de manière similaire et positive à une utilisation régulière des moustiquaires dans les deux régions : l'auto-efficacité perçue pour l'utilisation des moustiquaires, la vulnérabilité perçue au paludisme et les normes descriptives concernant l'utilisation des moustiquaires. Plus précisément, l'auto-efficacité perçue pour l'utilisation de moustiquaires est associée à une utilisation régulière presque quadruplée dans la région du Nord et presque doublée dans l'Extrême-Nord. De même, le fait de percevoir les moustiquaires comme un moyen efficace de prévenir le paludisme multiplie par plus de deux la probabilité d'une utilisation régulière dans l'Extrême-Nord et la fait augmenter de 40 % dans la région du Nord. Par rapport aux personnes qui ne considèrent pas l'utilisation régulière de moustiquaires comme une norme communautaire, celles qui perçoivent l'utilisation de moustiquaires comme une norme communautaire sont deux fois plus susceptibles de déclarer une utilisation régulière dans l'Extrême-Nord et 34 % plus susceptibles dans le Nord. Les attitudes positives à l'égard de l'utilisation des moustiquaires sont associées de manière positive à une utilisation régulière dans la région du Nord, mais la corrélation n'est pas significative dans l'Extrême-Nord. Curieusement, les discussions sur le paludisme et l'efficacité perçue des moustiquaires sont négativement corrélées avec l'utilisation régulière dans la région du Nord. Ces deux variables ne sont pas corrélées de manière significative dans l'Extrême-Nord.

Comme on pouvait s'y attendre, la présence d'un nombre suffisant de moustiquaires dans les ménages est un corrélat important de l'utilisation des moustiquaires, augmentant la probabilité d'utilisation de 48 % dans la région du Nord et de 50 % dans l'Extrême-Nord, par rapport aux ménages ne disposant pas d'un nombre suffisant de moustiquaires. De même, la présence d'un enfant de moins de 5 ans dans le ménage est associée à une augmentation de 43 % de la probabilité d'utiliser régulièrement des moustiquaires dans

TABLEAU 14. RÉSULTATS DE LA RÉGRESSION LOGISTIQUE DE L'UTILISATION RÉGULIÈRE DES MOUSTIQUAIRES SUR CERTAINES VARIABLES, PAR RÉGION, CAMEROUN 2019

CORRÉLATS	NORD		EXTRÊME-NORD	
	RAPPORT DE COTES	ERREUR TYPE	RAPPORT DE COTES	ERREUR TYPE
Sexe (CR = hommes) Femmes	1,51**	0,23	1,33	0,26
Âge en années	1,03***	0,01	0,99	0,01
Niveau d'études (CR = aucun) Primaire	1,38*	0,19	0,51***	0,10
Secondaire ou supérieur	1,98***	0,34	0,37***	0,08
Exposition aux messages relatifs au paludisme au cours des 6 derniers mois	0,68**	0,08	0,79	0,13

TABLEAU 14. RÉSULTATS DE LA RÉGRESSION LOGISTIQUE DE L'UTILISATION RÉGULIÈRE DES MOUSTIQUAIRES SUR CERTAINES VARIABLES, PAR RÉGION, CAMEROUN 2019

CORRÉLATS	NORD		EXTRÊME-NORD	
	RAPPORT DE COTES	ERREUR TYPE	RAPPORT DE COTES	ERREUR TYPE
Attitudes positives à l'égard de l'utilisation des moustiquaires	2,14***	0,36	1,34	0,35
Gravité perçue du paludisme	1,05	0,13	1,33	0,26
Vulnérabilité perçue au paludisme	1,40*	0,24	2,31***	0,53
A discuté du paludisme avec d'autres personnes au cours des 12 derniers mois	0,64**	0,10	1,12	0,25
Efficacité perçue des moustiquaires	0,65***	0,09	0,74	0,15
Auto-efficacité perçue pour l'utilisation des moustiquaires	3,78***	0,52	1,78**	0,34
Perception de l'utilisation des moustiquaires comme une norme communautaire	1,34*	0,18	2,45***	0,41
Le ménage comprend un enfant de moins de 5 ans	1,43**	0,18	1,45*	0,22
Quintile de richesse des ménages (CR = le plus bas)	1,75***	0,30	0,99	0,21
Deuxième	1,61*	0,32	1,81*	0,47
Intermédiaire	1,81**	0,37	2,34**	0,65
Quatrième	1,60	0,41	0,95	0,27
Le plus haut				
Tous les plafonds sont complètement fermés	0,77	0,18	1,36	0,36
Toutes les fenêtres de l'habitation sont équipées de moustiquaires	1,47	0,38	5,18***	2,39
Le ménage dispose d'au moins une moustiquaire pour deux personnes (CR = le ménage dispose d'au moins une moustiquaire, mais de moins d'une moustiquaire pour deux personnes)	1,48**	0,18	1,50**	0,24
Résidence urbaine (CR = rurale)	0,90	0,15	0,78	0,14
Pseudo-R ²	11,7 %		12,0 %	
Nombre d'observations	1 626		1 368	

le Nord et 45 % dans l'Extrême-Nord. Dans les deux régions, la corrélation avec le niveau de vie des ménages est curviligne : on ne note aucune différence entre le quintile de richesse le plus bas et le quintile de richesse le plus élevé. Dans la région du Nord, les personnes des deuxième, troisième et quatrième quintiles sont plus susceptibles de déclarer une utilisation régulière que leurs pairs des quintiles inférieurs ; dans l'Extrême-Nord, on observe des différences significatives uniquement en comparant le quintile inférieur au troisième ou au quatrième quintile. Enfin, par rapport à leurs pairs des ménages dont les fenêtres ne sont pas, ou pas toutes, équipées de moustiquaires, les membres des ménages dont toutes les fenêtres sont protégées sont plus de cinq fois plus susceptibles de déclarer une utilisation régulière dans l'Extrême-Nord ; cette variable n'est pas significative dans la région du Nord.

Lorsque l'analyse de régression logistique se limite aux ménages disposant d'un nombre suffisant de moustiquaires, les données révèlent que des différences significatives par âge, sexe et quintile de richesse persistent dans la région du Nord, alors que dans la région de l'Extrême-Nord, on ne note plus de différences significatives selon les caractéristiques sociodémographiques. En outre, la seule variable idéationnelle qui est positivement corrélée à l'utilisation régulière de moustiquaires est la perception de l'utilisation régulière de moustiquaires comme une norme communautaire. Cette variable est associée à une probabilité 50 % plus élevée d'utilisation régulière de moustiquaires dans la région du Nord et à une probabilité 150 % plus élevée dans la région de l'Extrême-Nord. En outre, dans le Nord, la corrélation avec l'auto-efficacité perçue ($OR = 3,73$; $p < 0,001$) et les attitudes favorables à l'utilisation des moustiquaires ($OR = 2,21$; $p < 0,001$) est positive, tandis que la corrélation avec les discussions sur le paludisme avec d'autres personnes est négative ($OR = 0,45$; $p < 0,001$). Dans l'Extrême-Nord, la seule autre variable idéationnelle significative est la vulnérabilité perçue ($OR = 2,15$; $p < 0,05$).

3.5. Chimioprévention saisonnière du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans

La chimioprévention saisonnière du paludisme est un outil de prévention du paludisme recommandé par l'OMS et utilisé dans les pays à forte transmission saisonnière, comme ceux de l'Afrique centrale et occidentale sahélienne. Les enfants de moins de cinq ans reçoivent chaque mois une dose de trois jours de traitement prophylactique, administrée par des agents de santé communautaires, pendant la saison de forte transmission

. En général, le ménage est responsable de l'administration des doses le deuxième et le troisième jour du cycle de trois doses. Cette partie décrit les résultats comportementaux liés à la CSP et aux variables idéationnelles pertinentes.

Facteurs idéationnels

L'acceptation et l'observance du traitement de CSP sont essentielles pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé chez les enfants de moins de cinq ans. Comme pour d'autres interventions sanitaires, les variables idéationnelles (notamment les connaissances, les attitudes, la confiance en l'efficacité et les normes) sont essentielles à l'adoption de la CSP et à la réussite du programme.

Connaissances

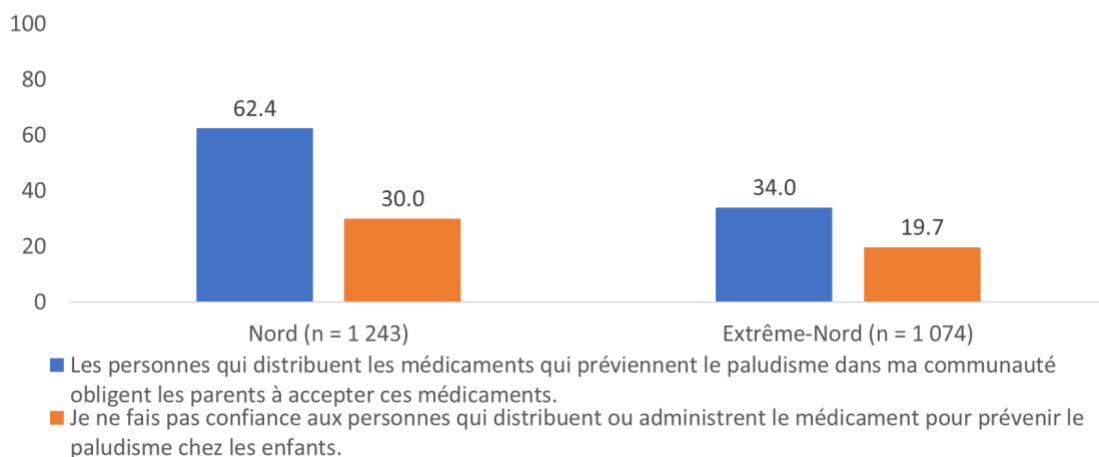
La majorité des hommes et des femmes interrogées ont entendu parler du programme qui protège les jeunes enfants du paludisme pendant la saison des pluies en leur donnant des médicaments préventifs (**Tableau U en annexe**). Dans l'ensemble, les hommes (88,3 %) sont nettement plus nombreux que les femmes (83,9 %) à avoir entendu parler de la CSP : $p < 0,001$. La proportion de répondants ayant entendu parler de la CSP est nettement plus élevée dans l'Extrême-Nord (88,9 %) que dans le Nord (81,9 %). En ce qui concerne l'administration de la CSP, environ la moitié des répondants (46,2 % dans le Nord ; 54,9 % dans l'Extrême-Nord) savent que les enfants prennent le médicament pendant trois jours au cours d'un mois donné. Moins d'un cinquième (18,5 %) des répondants savent que les enfants prennent le médicament quatre mois pendant la saison des pluies. Un indicateur de connaissances approfondies sur la CSP a été établi pour désigner la connaissance du nombre de mois par an et du nombre de jours par mois pendant lesquels un enfant devrait prendre le traitement de CSP. Cet indicateur révèle un très faible niveau global de connaissances sur la CSP. En effet, moins d'un dixième des répondants dans la région du Nord et à peine un cinquième dans l'Extrême-Nord ont des connaissances adéquates sur la CSP selon cet indicateur ($p < 0,001$). Dans le Nord, cet indicateur est particulièrement faible dans les zones urbaines (5,7 %), surtout chez les hommes urbains (3,5 %) et les personnes qui ne sont pas allées à l'école (2,7 %). Dans la région de l'Extrême-Nord, l'indicateur est plus faible chez les personnes âgées de 45 ans ou plus dans les zones urbaines (13,9 %) et chez les personnes appartenant à des ménages plus riches dans les zones rurales. Même parmi les hommes et les femmes des ménages comptant au moins un enfant de moins de cinq ans, 9,1 % (10 % des hommes et 7,9 % des femmes) dans la région Nord et 26,3 % (19,9 % des hommes et 34,5 % des femmes) dans l'Extrême-Nord ont des connaissances approfondies sur la CSP.

Attitudes liées à la chimioprévention saisonnière du paludisme

Les attitudes liées à la CSP peuvent influencer sur le recours à l'intervention et l'observance du traitement médicamenteux. Les attitudes à l'égard de la CSP parmi les répondants sont mitigées. La majorité des répondants estiment que le système du porte-à-porte de la CSP est plus pratique que la distribution en établissement de santé (87,6 %), que les responsables communautaires soutiennent la CSP (91,8 %) et que les chefs religieux soutiennent la CSP (91,2 %). Néanmoins, il est pertinent de noter que 46,8 % des répondants pensent que les distributeurs de CSP forcent les parents à accepter la CSP, tandis que 37,9 % estiment que les enfants en bonne santé n'ont pas besoin de prendre de CSP. De même, 45 % des répondants pensent que la CSP peut nuire aux enfants et 24,4 % ne font pas confiance aux distributeurs de CSP. On note des différences significatives dans certaines de ces idées selon la région (**Tableau V en annexe**). Par exemple, les répondants de la région Nord (62,4 %) sont plus susceptibles de penser que les distributeurs de CSP forcent les parents à accepter le médicament que leurs pairs de l'Extrême-Nord (34 %) (Figure 17). De même, l'opinion que les enfants en bonne santé n'ont pas besoin de prendre de CSP est plus répandue dans la région du Nord (50,6 %) que dans l'Extrême-Nord (27,5 %). Le manque de confiance dans les distributeurs de CSP est plus fréquent dans la région du Nord (30 %) que dans

l'Extrême-Nord (19,7 %).

Figure 17 : Attitudes relatives à la fiabilité des distributeurs de CSP, régions du Nord et de l'Extrême-Nord, Cameroun 2019



L'indicateur composite dérivé de ces sept mesures nous a permis de classer chaque individu dans la catégorie « attitudes positives » s'il avait un score total supérieur à zéro ou dans la catégorie « attitudes négatives » dans le cas contraire. Cet indicateur révèle que les attitudes positives sont courantes dans les régions étudiées : 77,1 % des répondants du Nord et 82,6 % de ceux de l'Extrême-Nord font preuve d'une attitude positive à l'égard de la CSP. Les attitudes positives sont plus répandues chez les femmes que chez les hommes dans les deux régions : $p < 0,01$. La prévalence des attitudes positives liées à la CSP ne diffère pas selon le lieu de résidence, la tranche d'âge ou le niveau d'études dans les deux régions.

Efficacité perçue de la chimioprévention saisonnière du paludisme

Les parents auxquels on propose de donner à leurs enfants un traitement de CSP peuvent être moins susceptibles d'accepter s'ils ne croient pas à l'efficacité du médicament. Les répondants ont été invités à exprimer leur accord ou leur désaccord avec trois énoncés afin de déterminer s'ils croyaient en l'efficacité de la CSP (**Tableau W en annexe**). Deux des trois énoncés font l'objet d'un accord quasi universel : 1) les médicaments donnés aux enfants pendant la saison des pluies pour prévenir le paludisme permettent effectivement de prévenir le paludisme et 2) si tous les enfants d'une communauté donnée prennent les médicaments, il y aura moins de cas de paludisme. En revanche, contre toute attente, environ la moitié des répondants (46,6 % dans le Nord, 46,7 % dans l'Extrême-Nord) déclarent qu'un enfant a la même probabilité de contracter le paludisme, qu'il prenne ou non le médicament pour le prévenir. Cet énoncé n'a peut-être pas été bien compris si le concept de probabilité n'a pas été bien traduit en fulfulde, la langue dans laquelle la plupart des entretiens a été réalisés. En combinant les trois énoncés comme expliqué dans la partie Méthodologies, les données montrent que 77,1 % des répondants dans la région Nord et 82,6 % dans l'Extrême-Nord estiment que la CSP est efficace pour prévenir le paludisme. L'efficacité perçue de la CSP ne diffère pas de manière significative selon la région, le lieu de résidence, le niveau d'études ou le quintile de richesse du ménage.

Auto-efficacité perçue

Pour que l'administration de la CSP soit efficace, il faut que les personnes qui s'occupent d'enfants de moins de cinq ans aient confiance en leur capacité à respecter le schéma posologique de trois jours prescrit par les agents de la campagne de CSP. Les questions relatives à l'auto-efficacité perçue pour les mesures liées à la CSP n'ont été posées qu'aux femmes qui s'occupent des enfants, car elles jouent généralement un rôle plus important dans la prise en charge des enfants. Les résultats montrent que presque toutes les femmes qui s'occupent d'enfants sont convaincues qu'elles peuvent adopter des comportements liés à la CSP, comme veiller à ce que leurs enfants prennent toutes les doses de médicaments qui leur sont remises, obtenir l'autorisation de leur conjoint pour que leur enfant prenne la CSP et trouver de l'argent pour emmener leurs enfants dans un établissement de santé pour la CSP si elles manquent la visite à domicile (**Tableau X en annexe**). L'auto-efficacité perçue est également élevée dans les deux régions et dans tous les groupes sociodémographiques de chaque région.

Normes descriptives

La perception qu'a une personne des comportements normatifs qui l'entourent peut fortement influencer ses propres comportements. Dans cette étude, les répondants ont été interrogés sur diverses normes descriptives liées à la CSP, y compris les enfants de moins de cinq ans recevant une CSP, les personnes responsables d'un enfant demandant le traitement de prévention du paludisme auprès d'un établissement de santé après avoir manqué une visite à domicile des distributeurs de CSP en porte-à-porte, et les enfants prenant le traitement complet qu'ils ont reçu. Environ trois quarts (78,5 %) des répondants estiment que la moitié ou plus des enfants de leur communauté prennent les médicaments pour prévenir le paludisme pendant la saison des pluies (**Tableau 15**). Deux éléments sont moins susceptibles d'être perçus comme une norme dans la communauté : le fait de rechercher un traitement de CSP dans un établissement de santé si une personne manque la distribution en porte-à-porte et le fait d'administrer le traitement complet aux enfants. Moins de deux tiers (64,4 %) des répondants des deux régions considèrent que les enfants qui prennent la totalité du médicament sont la norme. En outre, seulement la moitié (49,9 %) des répondants dans les deux régions estiment que la recherche de médicaments dans un établissement de santé est la norme s'ils manquent une visite à domicile des agents de la campagne de CSP. La prévalence de ces perceptions ne varie pas de manière significative selon les régions. En revanche, tant la perception selon laquelle la CSP est la norme (82,9 % pour les femmes et 76,3 % pour les hommes : $p < 0,001$) que celle selon laquelle les enfants prenant la totalité de la CSP sont la norme (68,7 % pour les femmes et 62,4 % pour les hommes : $p < 0,01$) sont plus répandues chez les femmes que chez les hommes.

TABLEAU 15. NORMES PERÇUES LIÉES À LA CHIMIOPRÉVENTION SAISONNIÈRE DU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondANTS QUI PERÇOIVENT CE QUI SUIT :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 570)	Zones urbaines (n = 454)	Total ¹ (n = 1 024)	Zones rurales (n = 478)	Zones urbaines (n = 465)	Total ¹ (n = 943)
Au moins la moitié des enfants de ma communauté prennent les médicaments pour prévenir le paludisme pendant la saison des pluies.	78,2	71,5	76,5	78,0	84,3	80,0
Au moins la moitié des gens de ma communauté emmènent leurs enfants dans un établissement de santé pour qu'ils reçoivent les médicaments qui préviennent le paludisme s'ils manquent la visite à domicile.	53,9	49,5	52,7	46,6	49,7	47,6
Au moins la moitié des personnes de ma communauté, après avoir reçu une dose de la part d'un agent de la campagne de CSP ou d'un professionnel de la santé, donnent le médicament pendant deux jours supplémentaires.	68,8	67,4	68,4	60,1	63,7	61,3
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de chaque norme descriptive entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. Aucune différence significative n'a été observée.						

Attitudes à l'égard des distributeurs de chimioprévention saisonnière du paludisme

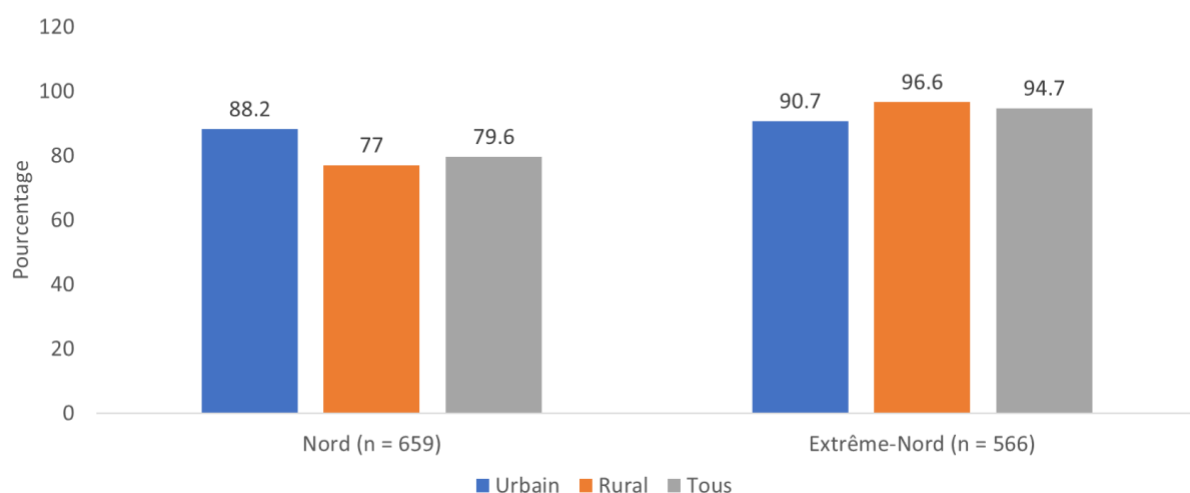
En général, la disponibilité et la portée des médicaments de CSP sont perçues favorablement par les répondants. Environ neuf répondants sur dix (87,8 %) dans les deux régions estiment que les distributeurs de CSP viennent dans leur communauté plusieurs fois pendant la saison des pluies pour donner des médicaments qui préviennent le paludisme chez les enfants. Un grand nombre de répondants (81,2 %) estiment également que les médicaments donnés pour la CSP sont disponibles dans les établissements de santé de leur communauté pendant la saison des pluies (**Tableau Y en annexe**). La perception selon laquelle les médicaments de CSP sont toujours disponibles dans les établissements de santé est moins répandue dans l'Extrême-Nord (75,4 %) que dans le Nord (88,1 %). Les deux indicateurs sont plus élevés dans le Nord rural que dans le Nord urbain, mais on ne note pas de différences entre les Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme : Cameroun (septembre 2020) | 50

zones urbaines et rurales dans la région de l'Extrême-Nord. Un indicateur des attitudes à l'égard des agents de santé concernant la distribution et la disponibilité des médicaments de CSP, dérivé de ces deux items comme expliqué dans la partie Méthodologies, révèle que les attitudes favorables à l'égard des agents de santé dans ce domaine sont plus fréquentes dans le Nord (90,9 %) que dans l'Extrême-Nord (82 %). Les femmes des deux régions (94,4 % dans le Nord, 87,4 % dans l'Extrême-Nord) sont nettement plus susceptibles d'avoir une perception positive des agents de santé concernant l'administration de la CSP que les hommes (87 % dans le Nord, 76,7 % dans l'Extrême-Nord). En outre, la prévalence de ces attitudes positives semble diminuer à mesure que l'âge augmente dans les deux régions : de 95,8 % chez les 15-24 ans à 87,5 % chez les 45 ans ou plus dans la région Nord ($p < 0,01$), et de 88,8 % chez les 15-24 ans à 77,8 % chez les 45 ans ou plus dans la région de l'Extrême-Nord ($p < 0,01$).

Intention

Dans de nombreuses théories sur le changement de comportement, l'intention d'adopter un comportement est reconnue comme le meilleur indicateur prédictif du comportement en question (Fishbein et al., 2001). Dans cette étude, la majorité (87,2 %) des femmes qui s'occupent d'enfants déclarent qu'elles accepteront volontiers que leur enfant reçoive le médicament qui prévient le paludisme pendant la saison des pluies l'année suivante. L'intention d'accepter la CSP est plus répandue dans l'Extrême-Nord que dans le Nord : $p < 0,001$ (Figure 18). Dans la région Nord, les femmes des zones urbaines sont plus susceptibles que celles des zones rurales d'exprimer leur intention d'accepter la CSP l'année suivante ($p < 0,01$). Dans l'Extrême-Nord, c'est l'inverse qui se produit : $p < 0,01$.

Figure 18 : Pourcentage de femmes déclarant avoir l'intention d'obtenir une CSP pour leurs enfants au cours de la prochaine saison des pluies, Cameroun 2019



Comportements

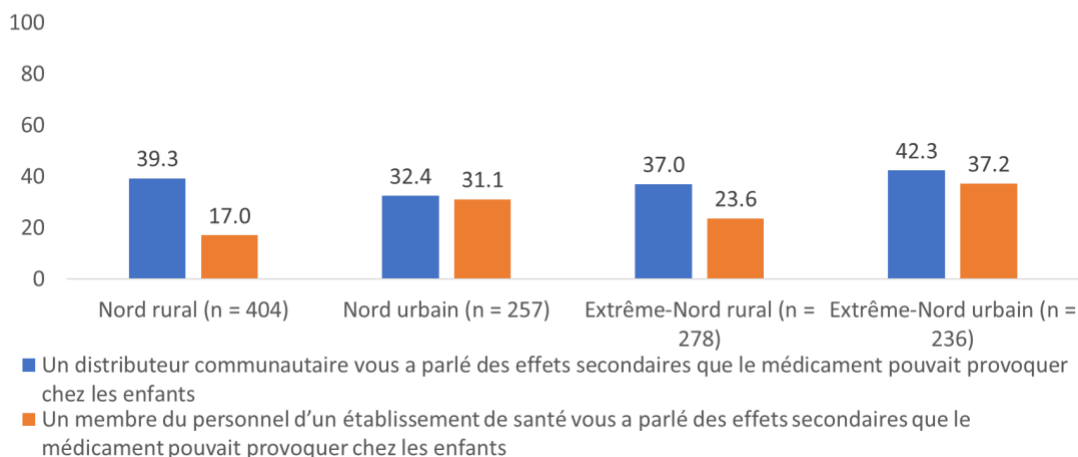
Pour comprendre l'accès de la population à la CSP du point de vue de la communauté, les femmes ayant au moins un enfant de moins de cinq ans ont été interrogées sur leurs interactions avec le personnel chargé de la distribution de la CSP dans les ménages ou les établissements de santé. Au Cameroun, la politique en matière de CSP prévoit la distribution de médicaments en établissement comme solution de secours pour les personnes dont les enfants ne reçoivent pas de CSP lors de la distribution à domicile. L'outil d'enquête comprenait donc également des questions sur la réception de la CSP dans les établissements de santé pour les personnes ayant manqué la visite du distributeur de CSP à leur domicile.

Comportements des ASC lors de la distribution de CSP en porte-à-porte

D'après les réponses des personnes s'occupant d'enfants de moins de cinq ans, la grande majorité (97 %) des ménages interrogés dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord ont reçu au moins une fois la visite d'un distributeur de CSP faisant du porte-à-porte pendant la saison des pluies de 2019 pour distribuer le médicament qui prévient le paludisme chez les enfants. La proportion de femmes s'occupant d'enfants qui déclarent avoir reçu des visites de CSP à domicile ne varie pas selon le lieu de résidence (urbain/rural) ou la région.

Environ deux femmes s'occupant d'enfants sur cinq dans les régions du Nord (37,7 %) et de l'Extrême-Nord (38,7 %) qui étaient présentes lors de la dernière visite à domicile déclarent que l'ASC leur a parlé des effets secondaires que le médicament pouvait provoquer chez les enfants (Figure 19). La probabilité que les effets secondaires soient abordés ne varie pas selon le lieu de résidence dans les deux régions.

Figure 19 : Discussion sur les effets secondaires chez les distributeurs de la chimioprévention saisonnière du paludisme, d'après les femmes responsables d'un enfant, Cameroun 2019



Les effets secondaires que les distributeurs de CSP sont le plus susceptibles d'aborder avec les personnes s'occupant d'enfants sont les vomissements (66,5 % dans la région du Nord et 56,8 % dans l'Extrême-Nord, $p < 0,05$), la fièvre (62,8 % dans la région du Nord et 51,9 % dans l'Extrême-Nord, $p < 0,05$) et la fatigue (12,4 % dans la région du Nord et 25,4 % dans l'Extrême-Nord, $p < 0,001$). Certaines personnes qui déclarent avoir été informées des effets secondaires déclarent également que le distributeur a parlé de diarrhée (21,2 % dans la région du Nord et 15,9 % dans l'Extrême-Nord) et de maux de tête (21,2 % dans la région du Nord et 3,4 % dans l'Extrême-Nord). D'autres effets secondaires possibles (quoique rares) de la CSP, comme les démangeaisons, les légères douleurs abdominales et les éruptions cutanées, n'ont apparemment pas été mentionnés par les distributeurs.

Parmi les quelques femmes ($n = 298$) qui n'ont pas pu obtenir le traitement de CSP pour un ou plusieurs de leurs enfants lors de la distribution en porte-à-porte et qui ont cherché le médicament dans un établissement de santé, moins d'un tiers (29,5 %) déclarent que le professionnel de la santé leur a parlé des effets secondaires. Les professionnels des établissements de santé de l'Extrême-Nord (33 %) sont plus susceptibles que ceux du Nord (23,1 %) de discuter des effets secondaires avec les personnes s'occupant d'enfants.

Les directives relatives à la CSP au Cameroun précisent que le professionnel de la santé ou le distributeur doit regarder l'enfant avaler la première dose du médicament de CSP. La grande majorité (Nord : 94,4 %, Extrême-Nord : 98,9 %) des personnes présentes lors de la dernière visite de CSP à domicile déclarent avoir obtenu le médicament de CSP auprès d'un ASC lors de la dernière distribution en porte-à-porte (**Tableau 16**). Dans l'ensemble, dans environ trois quarts (72,3 %) des cas, la personne interrogée déclare que le distributeur a vérifié que les enfants avalaient bien le médicament. Cet indicateur est nettement plus élevé dans l'Extrême-Nord (83,7 %) que dans le Nord (60,8 %), $p < 0,001$. Dans l'ensemble, la majorité (94,6 %) des enfants ont pris la première dose administrée par l'ASC, soit directement devant lui, soit plus tard sous la surveillance de la personne qui s'occupe d'eux. Proportionnellement, plus d'enfants de l'Extrême-Nord (97,6 %) que du Nord (91,5 %) auraient pris la première dose de CSP ($p < 0,001$).

TABLEAU 16. COMPORTEMENTS LIÉS À LA DISTRIBUTION DE LA CHIMIOPRÉVENTION SAISONNIÈRE DU PALUDISME AU PORTE-À-PORTE, D'APRÈS LES DÉCLARATIONS DES FEMMES S'OCCUPANT D'ENFANTS, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REPONDANTES AYANT DECLARE CE QUI SUIT :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales ($n = 419$)	Zones urbaines ($n = 261$)	Total ¹ ($n = 680$)	Zones rurales ($n = 278$)	Zones urbaines ($n = 237$)	Total ¹ ($n = 515$)
Lors de la dernière visite à domicile, le distributeur de CSP a fourni des doses de CSP pour l'enfant	94,6	93,8	94,4	99,3	97,8	98,9

TABLEAU 16. COMPORTEMENTS LIÉS À LA DISTRIBUTION DE LA CHIMIOPRÉVENTION SAISONNIÈRE DU PALUDISME AU PORTE-À-PORTE, D'APRÈS LES DÉCLARATIONS DES FEMMES S'OCCUPANT D'ENFANTS, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondantes AYANT DECLARE CE QUI SUIT :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 419)	Zones urbaine s (n = 261)	Total ¹ (n = 680)	Zones rurales (n = 278)	Zones urbaine s (n = 237)	Total ¹ (n = 515)
Lors de la dernière visite à domicile, le distributeur de CSP a observé l'enfant prendre les médicaments	61,4	59,0	60,8	88,4	72,8	83,7
Lors de la dernière visite à domicile, l'enfant a pris la première dose de médicament, soit directement sous la surveillance du distributeur, soit plus tard sous celle de la personne qui s'occupe de lui	92,2	89,2	91,5	98,8	94,8	97,6
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de chaque comportement des ASC entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001						

Les femmes de l'Extrême-Nord sont nettement plus nombreuses (34,8 %) que celles du Nord (13,3 %) à déclarer que l'un de leurs enfants a été emmené dans un établissement de santé pour obtenir un traitement de CSP pendant cette saison des pluies ($p < 0.001$). Parmi les quelques femmes ($n = 298$) qui ont demandé un traitement de CSP dans un établissement de santé parce qu'elles avaient manqué la distribution au porte-à-porte, seulement la moitié environ (51,4 %) déclarent avoir pu obtenir le médicament auprès de l'établissement de santé. Les personnes qui ont emmené leurs enfants dans les établissements de santé pour un traitement de CSP dans le Nord (33 %) sont moins susceptibles que dans l'Extrême-Nord (61,1 %) d'avoir obtenu le médicament ($p < 0,001$). La proportion d'enfants qui ont reçu un traitement de CSP dans un établissement de santé et qui ont pris la première dose sous la surveillance d'un professionnel de la santé de l'établissement est de 72,1 % (48,9 % dans le Nord, 83,6 % dans l'Extrême-Nord). Au total, 83,4 % (62,5 % dans le Nord et 93,8 % dans l'Extrême-Nord, $p < 0,001$) des enfants emmenés dans un établissement de santé pour la CSP ont pris la première dose du médicament, soit directement sous la surveillance du professionnel de la santé, soit plus tard sous la surveillance de la personne qui s'occupe d'eux.

Prévalence des effets secondaires

Les effets secondaires, tels que les vomissements et la diarrhée, qui peuvent résulter de la prise de médicaments de CSP sont rares mais peuvent être graves. Les précédentes campagnes de CSP au Cameroun ont identifié les systèmes de pharmacovigilance comme un domaine à améliorer. Dans cette optique, les enquêteurs ont demandé aux femmes qui s'occupent d'enfants quels étaient les effets secondaires éventuels des derniers médicaments de CSP obtenus. Peu de femmes déclarent avoir constaté des effets secondaires. Parmi les femmes dont l'enfant a pris au moins la première dose fournie par un ASC, 12,5 % déclarent que leur enfant a ressenti des effets secondaires après avoir pris ces médicaments. Parmi les femmes qui ont sollicité un traitement de CSP auprès d'un établissement de santé, 8,4 % déclarent avoir constaté des effets secondaires chez leur enfant. Les effets secondaires signalés sont principalement des vomissements et de la fièvre.

3.6. Gestion des cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans

On recommande un diagnostic précoce et un traitement rapide du paludisme dans les 48 heures suivant l'apparition de la fièvre. Au Cameroun, les tests de diagnostic rapide du paludisme sont effectués à la fois par les ASC et les professionnels des établissements de santé. Les ASC orientent les patients vers un établissement de santé pour qu'ils y reçoivent un traitement si nécessaire. Cette partie étudie les variables idéationnelles et comportementales liées à la gestion du paludisme chez les enfants.

Facteurs idéationnels

De plus en plus de données démontrent le lien entre les facteurs idéationnels et les comportements de recours aux soins, de dépistage et de traitement du paludisme. Les facteurs idéationnels liés à la gestion des cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans comprennent la connaissance du moment où il faut chercher à soigner la fièvre, les attitudes envers le recours rapide aux soins pour la fièvre, l'efficacité perçue des tests de diagnostic, l'efficacité perçue des solutions de traitement du paludisme, l'auto-efficacité perçue pour le recours rapide aux soins, les normes descriptives et la perception des agents de santé concernant le traitement du paludisme chez les enfants. Ces variables idéationnelles sont examinées en détail dans les parties suivantes.

Connaissances

Cette partie traite de la connaissance des comportements de recours aux soins recommandés en cas de fièvre ainsi que du diagnostic et du traitement du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans. La majorité (90,2 % dans la région du Nord, 86,2 % dans l'Extrême-Nord) des répondants dans les deux régions estiment que l'analyse sanguine est le meilleur moyen de diagnostiquer le paludisme (**Tableau 17**). Lorsqu'on leur demande à quel moment il faut chercher des conseils ou un traitement pour un enfant ayant de la fièvre, la plupart des personnes (79,9 % dans la région du Nord, 85,8 % dans l'Extrême-Nord) répondent qu'il faut le faire le jour même ou le jour suivant l'apparition de la fièvre. Dans l'ensemble, près de trois quarts des répondants (72,2 % dans l'ensemble ; Nord : 76,5 %, Extrême-Nord : 68,7 %, $p < 0,01$) savent que les ACT sont un moyen de traiter le paludisme. Aucun de ces trois indicateurs de connaissances ne varie de manière significative selon le lieu de résidence (urbain/rural)

dans la région Nord. En revanche, les connaissances sur les analyses sanguines comme moyen de diagnostiquer le paludisme et les connaissances sur les ACT comme traitement efficace contre le paludisme sont nettement plus répandues dans l'Extrême-Nord urbain que dans l'Extrême-Nord rural.

TABLEAU 18. CONNAISSANCES SUR LA GESTION DES CAS DE PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondANTS QUI DECLARENT CE QUI SUIIT :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 710)	Zones urbaines (n = 533)	Total ¹ (n = 1 243)	Zones rurales (n = 545)	Zones urbaines (n = 529)	Total ¹ (n = 1 074)
Lorsqu'un enfant de moins de cinq ans a de la fièvre, il faut demander des conseils ou un traitement le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre	61,4	59,0	60,8	88,4	72,8	83,7
Mentionnent la prise de sang comme le meilleur moyen de savoir si une personne est atteinte de paludisme	92,2	89,2	91,5	98,8	94,8	97,6
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de chaque item entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001						

Par ailleurs, la connaissance des ACT en tant que traitement efficace contre le paludisme varie considérablement selon le sexe et le niveau d'études dans la région du Nord. Plus précisément, les hommes (80,5 %) sont plus susceptibles que les femmes (73,5 %) de posséder ces connaissances, et la proportion de personnes qui possèdent ces connaissances augmente régulièrement avec le niveau d'études. Dans l'Extrême-Nord, en plus du lieu de résidence, la connaissance des ACT varie également en fonction du niveau d'études : les connaissances sont meilleures chez les personnes qui ont reçu un enseignement post-primaire que chez celles qui ne sont pas allées à l'école.

Attitudes à l'égard du recours aux soins appropriés et du traitement efficace du paludisme

L'évaluation de sept énoncés attitudinaux donne un aperçu des attitudes à l'égard du recours aux soins appropriés pour la fièvre et du traitement du paludisme (**Tableau Z en annexe**). L'accord avec ces énoncés varie selon la région et le lieu de résidence. La majorité des répondants estiment que les professionnels de la santé sont les meilleures personnes à qui parler lorsqu'un enfant a de la fièvre (93,3 % dans le Nord, 94,3 % dans l'Extrême-Nord), et qu'il est important de prendre tous les antipaludiques prescrits pour assurer un rétablissement complet (92,9 % dans le Nord, 93,6 % dans l'Extrême-Nord). De même, une très grande proportion de personnes interrogées estiment qu'une personne ne doit prendre des médicaments contre le paludisme que si un professionnel de la santé lui

dit qu'elle est atteinte de paludisme (85,4 % dans le Nord, 86,8 % dans l'Extrême-Nord). Toutefois, certaines attitudes préjudiciables sont également répandues. Par exemple, les attitudes sont favorables à l'automédication et à l'utilisation des établissements de santé en dernier recours en cas de fièvre chez un enfant. Plus de trois quarts des répondants (81,9 % dans le Nord, 75,7 % dans l'Extrême-Nord) estiment qu'il vaut mieux commencer par donner à un enfant qui a de la fièvre tout médicament disponible à la maison. De même, globalement, plus de la moitié des répondants (60,6 % dans le Nord, 47,3 % dans l'Extrême-Nord) admettent qu'ils n'emmèneraient pas directement un enfant ayant de la fièvre dans un établissement de santé, mais qu'ils iraient d'abord acheter des médicaments pour l'enfant. En outre, de nombreux répondants (51,4 % dans le Nord et 44,9 % dans l'Extrême-Nord) estiment que la personne responsable d'un enfant devrait toujours demander des médicaments antipaludiques même si le test indique que la fièvre n'est pas due au paludisme. Certaines différences entre les zones urbaines et rurales apparaissent concernant ces attitudes dans les deux régions. Par exemple, par rapport aux résidents urbains (52,9 %), les personnes du Nord rural (64,2 %) sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer qu'elles demanderaient des antipaludiques même si le professionnel de la santé affirmait que la fièvre n'était pas due au paludisme. Dans l'Extrême-Nord, la seule différence significative entre les zones urbaines et rurales concerne l'utilisation des services de santé en dernier recours pour le traitement de la fièvre chez les enfants de moins de cinq ans. Proportionnellement, plus de personnes de l'Extrême-Nord rural (53,3 %) que de l'Extrême-Nord urbain (34,6 %) déclarent qu'elles chercheraient d'abord à acheter des médicaments pour leur enfant ayant de la fièvre ($p < 0,01$).

L'indicateur des attitudes positives à l'égard du recours rapide aux soins pour la fièvre dans un établissement de santé ou auprès d'un ASC est dérivé de sept items (**Tableau Z en annexe**), comme l'explique la partie Méthodologies. Cet indicateur révèle des tendances intéressantes. Dans l'ensemble, environ deux tiers des hommes et des femmes du Nord et 76,2 % de ceux de l'Extrême-Nord manifestent une attitude positive à l'égard du recours aux soins appropriés pour la fièvre ($p < 0,05$). Cet indicateur est nettement plus élevé dans les zones urbaines que dans les zones rurales dans les deux régions. De plus, les attitudes positives augmentent avec l'âge et sont plus fréquentes dans les quintiles de richesse supérieurs que dans les quintiles inférieurs de la région Nord. Dans l'Extrême-Nord, les attitudes positives augmentent avec le niveau d'études, et les femmes sont plus susceptibles que les hommes de faire état d'attitudes positives concernant la gestion des cas.

Attitudes à l'égard des antipaludiques injectables

Dans les deux régions, les personnes interrogées préfèrent largement les antipaludiques injectables aux comprimés. Près de trois quarts (72,5 %) des hommes et des femmes du Nord et environ deux tiers (64,5 %) de ceux de l'Extrême-Nord pensent qu'il faut qu'un parent demande une injection au professionnel de la santé s'ils pensent que leur enfant a le paludisme. De même, environ quatre cinquièmes (79,4 %) des habitants du Nord et 63,1 % des habitants de l'Extrême-Nord préfèrent que leur enfant fiévreux soit traité par injection plutôt que par comprimés. Dans l'ensemble, 63,7 % des habitants du Nord et 62,9 % des habitants de l'Extrême-Nord affichent une attitude favorable aux injections. La préférence pour les injections est similaire dans les zones rurales et les zones urbaines (**Tableau 19**),

Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme : Cameroun (septembre 2020) | 57

chez les hommes et les femmes et dans les deux régions. Il en va de même pour les répondants des ménages pauvres et des ménages plus riches, sauf dans le Nord, où les répondants pauvres sont plus susceptibles de préférer les injections (68,1 %) que les répondants plus riches (59,2 %, $p < 0,05$).

TABLEAU 19. PRÉVALENCE DES ATTITUDES À L'ÉGARD DES TRAITEMENTS INJECTABLES CONTRE LE PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondANTS AYANT DECLARE CE QUI SUIIT :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 710)	Zones urbaines (n = 533)	Total ¹ (n = 1 243)	Zones rurales (n = 545)	Zones urbaines (n = 529)	Total ¹ (n = 1 074)
Un parent devrait demander une injection au professionnel de la santé ou à l'agent de santé communautaire s'il pense que son enfant a le paludisme.	74,2	67,7	72,5	64,3	64,9	64,5
Je préfère que mon enfant reçoive le médicament pour traiter le paludisme par injection plutôt que de l'avaler.	81,3	73,7	79,4	62,6	64,1	63,1
Attitudes favorables aux injections pour traiter les enfants atteints de paludisme ²	65,3	59,2	63,7	62,7	63,3	62,9
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

Efficacité perçue des tests de diagnostic du paludisme

Trois items avec échelle de Likert ont permis d'évaluer l'efficacité perçue des tests de diagnostic (**Tableau 20**). Les résultats sont mitigés. La majorité (93,5 % dans le Nord, 90,5 % dans l'Extrême-Nord) des répondants pensent qu'une analyse sanguine est le seul moyen de savoir si une personne est réellement atteinte de paludisme ou non.

TABLEAU 20. ACCORD AVEC DES ÉNONCÉS RELATIFS À L'EFFICACITÉ PERÇUE DES TESTS DE DÉPISTAGE DU PALUDISME, CAMEROUN, 2019

POURCENTAGE DE REpondANTS QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 710)	Zones urbaines (n = 533)	Total ¹ (n = 1 243)	Zones rurales (n = 545)	Zones urbaines (n = 529)	Total ¹ (n = 1 074)
L'analyse sanguine est le meilleur moyen de savoir si une personne a vraiment le paludisme ou non.	93,3	94,3	93,6	88,9	93,9	90,5
Une personne doit prendre des médicaments contre le paludisme même si le résultat du test de dépistage du paludisme indique que la fièvre n'est pas due au paludisme.	64,4	51,8	61,2*	32,3	32,6	37,1
En observant les symptômes de leur enfant, les parents sont aussi efficaces qu'une analyse sanguine pour diagnostiquer le paludisme.	70,4	62,5	68,4	73,8	67,5	71,8
Pourcentage de répondants qui pensent que les tests de dépistage du paludisme sont efficaces ²	38,6	51,9	42,0	52,3	65,4	56,5
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < ,05 ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

Malgré tout, une grande partie des répondants (68,4 % dans le Nord, 71,8 % dans l'Extrême-Nord) pensent également que les parents sont aussi efficaces qu'un test pour diagnostiquer le paludisme à partir des symptômes de leurs enfants. Par ailleurs, 61,2 % des habitants du Nord et 37,1 % de ceux de l'Extrême-Nord estiment qu'une personne ayant de la fièvre doit prendre des médicaments antipaludiques même si le test de dépistage du paludisme est négatif.

L'indicateur de l'efficacité perçue dérivé de ces trois items, comme expliqué dans la partie Méthodologies, révèle que globalement, 50 % de la population croit en l'efficacité des tests de diagnostic (**Tableau 20**). L'efficacité perçue des tests de diagnostic est plus élevée dans la région de l'Extrême-Nord (56,5 %) que dans le Nord (42 % ; p < 0,001). Dans les deux régions, l'efficacité perçue

varie en fonction des variables sociodémographiques. Dans le Nord, l'indicateur est plus élevé pour les résidents urbains que pour les résidents ruraux, il augmente avec l'âge et il est plus élevé pour les personnes issues de ménages plus aisés que pour celles issues de ménages pauvres. Dans l'Extrême-Nord, la confiance dans l'efficacité des tests de diagnostic augmente avec le niveau d'études, et les résidents urbains sont plus susceptibles que les résidents ruraux de croire en l'efficacité des tests (**Tableau AA en annexe**).

Efficacité perçue du traitement contre le paludisme

L'efficacité perçue du traitement peut influencer sur la volonté d'un individu de prendre ce traitement. Deux questions nous ont permis d'évaluer l'efficacité perçue du traitement du paludisme dans les établissements de santé (**Tableau 21**). Les répondants sont presque unanimes sur l'efficacité des médicaments antipaludiques (injectables ou non) obtenus auprès des établissements de santé : 95,3 % de ceux du Nord et 93,4 % de ceux de l'Extrême-Nord estiment que les médicaments antipaludiques obtenus dans les établissements de santé sont efficaces pour traiter le paludisme. Néanmoins, environ la moitié des hommes et des femmes (55,7 % dans la région du Nord, 47,9 % dans l'Extrême-Nord) estiment que les médicaments antipaludiques obtenus sur les marchés sont aussi efficaces que ceux obtenus dans les établissements de santé. Dans la région du Nord, les résidents ruraux (59,3 %) sont plus susceptibles que les résidents urbains (45,1 %) de partager cette opinion ; la différence entre les zones urbaines et rurales sur ce point n'est pas significative dans l'Extrême-Nord. En résumé, les perceptions sur l'efficacité des traitements médicamenteux ne favorisent pas particulièrement les établissements de santé par rapport aux autres sources de soins. En combinant les deux variables, seulement 41,4 % des répondants dans la région du Nord et 47,2 % dans l'Extrême-Nord croient en l'efficacité des médicaments antipaludiques obtenus dans les établissements de santé. Dans la région Nord, l'efficacité perçue varie considérablement selon la tranche d'âge (prévalence plus faible chez les jeunes répondants par rapport à leurs pairs plus âgés) et s'avère plus fréquente dans le quintile de richesse le plus élevé par rapport aux autres quintiles de richesse. Dans l'Extrême-Nord, l'indicateur est plus élevé pour les femmes que pour les hommes et il varie quelque peu selon le quintile de richesse.

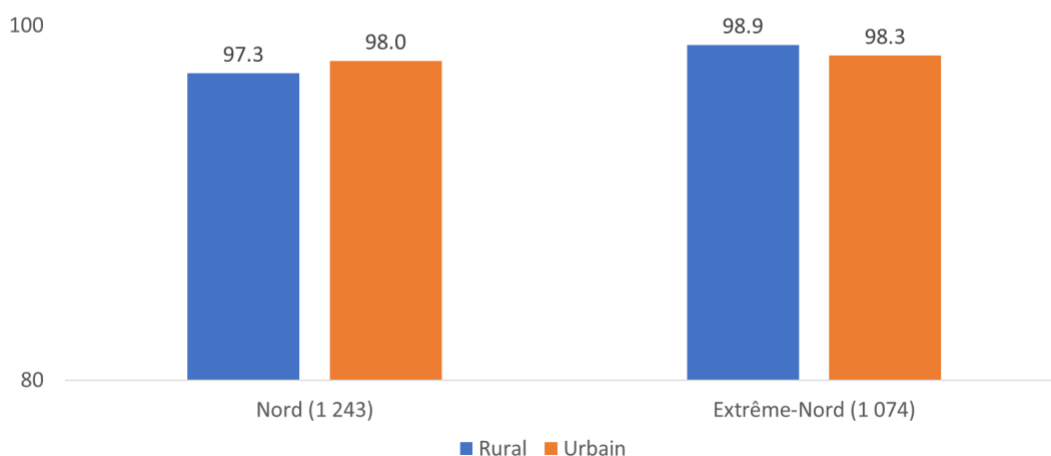
TABLEAU 21. EFFICACITÉ PERÇUE DU TRAITEMENT CONTRE LE PALUDISME, RÉGIONS DU NORD ET DE L'EXTRÊME-NORD, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 710)	Zones urbaines (n = 533)	Total ¹ (n = 1 243)	Zones rurales (n = 545)	Zones urbaines (n = 529)	Total ¹ (n = 1 074)
Les médicaments contre le paludisme obtenus auprès de l'établissement de santé sont	95,8	94,0	95,3	92,5	95,2	93,4

TABLEAU 21. EFFICACITÉ PERÇUE DU TRAITEMENT CONTRE LE PALUDISME, RÉGIONS DU NORD ET DE L'EXTRÊME-NORD, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondANTS QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 710)	Zones urbaines (n = 533)	Total ¹ (n = 1 243)	Zones rurales (n = 545)	Zones urbaines (n = 529)	Total ¹ (n = 1 074)
efficaces pour traiter le paludisme.						
Les médicaments contre le paludisme que vous achetez au marché sont aussi bons que ceux qui sont distribués dans les établissements de santé.	59,3	45,1	55,7*	51,3	40,9	47,9
Pourcentage de répondants qui pensent que les traitements contre le paludisme sont efficaces ²	37,7	52,4	41,4*	43,5	54,8	47,2
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

Figure 20 : Pourcentage de répondants ayant une auto-efficacité perçue pour la pratique des comportements relatifs au dépistage et au traitement du paludisme, Cameroun 2019



Auto-efficacité perçue pour obtenir un test de dépistage du paludisme et un traitement

La confiance d'une personne dans sa capacité à adopter un comportement en matière de santé, ou auto-efficacité perçue, a une influence sur la probabilité qu'elle adopte ce comportement (Kincaid, 2000 ; Fishbein et al., 2001 ; Babalola et al., 2018). Six items ont été utilisés pour évaluer ce concept au cours de l'enquête (**Tableau AB en annexe**). L'accord avec les items est presque universel : plus de 90 % des répondants sont d'accord avec chaque énoncé sur l'auto-efficacité (Figure 20). Dans l'ensemble, l'indicateur d'auto-efficacité perçue obtenu en combinant ces six items indique un niveau très élevé d'auto-efficacité perçue pour prendre des mesures liées à la gestion des cas de paludisme : 97,5 % de répondants dans la région du Nord et 98,7 % dans l'Extrême-Nord manifestent ce concept.

Normes descriptives

La documentation montre que les personnes sont plus susceptibles d'adopter des comportements liés au paludisme si elles estiment que d'autres personnes comme elles ont adopté ces comportements (Babalola et al., 2018 ; Perkins et al., 2019 ; Storey et al., 2018). Les normes descriptives favorables liées au recours rapide aux soins et au dépistage du paludisme ne sont que modérément courantes dans les deux régions étudiées. La proportion de répondants qui perçoivent le recours rapide aux soins auprès d'un agents de santé comme une norme dans leur communauté est de 59,5 % dans le Nord et 60,6 % dans l'Extrême-Nord (**Tableau AC en annexe**). Cet indicateur ne varie pas selon le lieu de résidence dans les deux régions. En revanche, des différences significatives existent selon le sexe dans les deux régions. Dans le Nord, les femmes (63,4 %) sont plus susceptibles que les hommes (57 %) de déclarer que le recours rapide aux soins est une norme communautaire ($p < 0,05$) ; on constate l'inverse dans l'Extrême-Nord (63,3 % des hommes contre 55,7 % des femmes, $p < 0,01$). Cet indicateur ne varie pas de manière significative en fonction d'autres variables sociodémographiques dans l'Extrême-Nord, mais des différences existent en fonction du niveau d'études dans le Nord.

Les perceptions concernant la prévalence des tests de diagnostic du paludisme pour les enfants emmenés dans un établissement de santé ou auprès d'un ASC dans la communauté suivent un schéma similaire à celui observé pour les normes descriptives concernant le recours rapide aux soins. Plus de la moitié des répondants dans la région du Nord (53,3 %) et dans la région de l'Extrême-Nord (58,9 %) voient les tests de diagnostic du paludisme comme une norme communautaire. L'indicateur ne varie pas de manière significative selon le lieu de résidence dans les deux régions. Proportionnellement, plus de femmes que d'hommes dans le Nord et plus d'hommes que de femmes dans l'Extrême-Nord perçoivent le dépistage comme une norme communautaire. Dans l'Extrême-Nord, cette perception est plus répandue dans les quintiles supérieurs de richesse que dans les quintiles inférieurs.

Perceptions sur la disponibilité des services de diagnostic et de traitement du paludisme

La perception de la disponibilité des services dans un lieu de soins peut influencer sur la décision d'une personne de se faire soigner à cet endroit. L'outil d'enquête comprenait quatre questions attitudinales conçues pour évaluer les perceptions sur la disponibilité des services de dépistage et de traitement dans les établissements de santé et auprès des agents de santé communautaires. Ces questions ont été posées à tous les répondants, quel que soit leur lieu de résidence.

Près de trois quarts (73,2 %) des répondants dans la région Nord et 59,7 % dans l'Extrême-Nord estiment que les ASC disposent toujours des médicaments nécessaires pour traiter le paludisme (**Tableau 22**). Par rapport à la perception de la disponibilité des médicaments, proportionnellement, moins de répondants pensent que des kits de dépistage sont disponibles auprès des ASC : 61,4 % dans le Nord et 44,7 % dans l'Extrême-Nord. Ces deux indicateurs ne varient pas de manière significative selon le lieu de résidence dans la région du Nord ; dans l'Extrême-Nord, les répondants ruraux (63,3 %) sont plus susceptibles que les répondants urbains (51,9 %) de penser que des kits de dépistage sont toujours disponibles auprès des ASC. L'étude ne révèle aucune variation significative par sexe dans les deux régions. Un indicateur de la perception de la disponibilité des services de lutte contre le paludisme auprès des ASC, dérivé de ces deux items, montre que 62,9 % des hommes et des femmes du Nord et 55,5 % de ceux de l'Extrême-Nord croient en la disponibilité des services de lutte contre le paludisme auprès des ASC.

TABLEAU 22. PERCEPTION DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES CONCERNANT LA DISPONIBILITÉ DES SERVICES DE SOINS CONTRE LE PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants QUI SONT D'ACCORD AVEC CE QUI SUIVIT :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 057)	Zones urbaines (n = 726)	Total ¹ (n = 1 783)	Zones rurales (n = 794)	Zones urbaines (n = 728)	Total ¹ (n = 1 522)
Les agents de santé communautaires ont toujours les médicaments nécessaires pour traiter le paludisme.	74,8	68,3	73,2	63,3	51,9	59,7*
Les agents de santé communautaires de cette communauté ont toujours le kit d'analyse sanguine qui permet de savoir si une personne est atteinte de paludisme.	61,4	61,5	61,4	47,8	38,1	44,7
Pourcentage de répondants ayant une perception favorable de la disponibilité des services auprès des ASC ²	63,1	62,4	62,9	59,2	47,3	55,5
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

90 % des répondants dans la région du Nord et 77,4 % dans l'Extrême-Nord pensent que les antipaludiques sont toujours disponibles dans les établissements de santé, et 88,1 % des répondants

dans la région du Nord et 77,6 % dans l'Extrême-Nord pensent la même chose en ce qui concerne les kits de dépistage (**Tableau 23**). Ces perceptions ne varient pas en fonction du lieu de résidence dans les deux régions. Dans l'Extrême-Nord, les femmes (79,8 %) sont plus susceptibles que les hommes (75,1 %) de penser que les kits de diagnostic du paludisme sont toujours disponibles dans les établissements de santé. En combinant ces deux items pour obtenir un indicateur de la disponibilité perçue des services de lutte contre le paludisme dans les établissements de santé, les résultats montrent que 87,3 % des habitants du Nord et 77,4 % des habitants de l'Extrême-Nord croient en la disponibilité permanente des services de lutte contre le paludisme dans les établissements de santé. On ne constate pas de différences significatives dans cet indicateur selon le lieu de résidence ou le sexe.

TABLEAU 23. PERCEPTION DES ÉTABLISSEMENTS CONCERNANT LA DISPONIBILITÉ DES SERVICES DE SOINS CONTRE LE PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 057)	Zones urbaines (n = 726)	Total ¹ (n = 1 783)	Zones rurales (n = 794)	Zones urbaines (n = 728)	Total ¹ (n = 1 522)
Les établissements de santé disposent toujours des médicaments nécessaires pour traiter le paludisme.	90,4	88,6	90,0	79,8	72,3	77,4
Les établissements de santé de cette communauté disposent toujours du kit d'analyse sanguine qui permet de savoir si une personne est atteinte de paludisme.	88,8	85,9	88,1	77,6	77,6	77,6
Pourcentage de répondants ayant une perception favorable de la disponibilité des services dans les établissements de santé ²	87,5	86,8	87,3	80,0	71,8	77,4
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. Aucune différence significative n'a été observée. ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

Attitudes à l'égard des agents de santé concernant le diagnostic et le traitement des enfants ayant de la fièvre

L'attitude de la communauté envers les agents de santé communautaires et les professionnels des établissements de santé peut influencer les comportements de recours aux soins. Les agents de santé communautaires sont la principale source de soins pour la majorité de la population des zones rurales, tandis que les populations urbaines ont généralement un meilleur accès aux établissements de santé secondaires et tertiaires. Cette partie examine séparément la perception des agents de santé communautaires et des professionnels des établissements de santé, en raison de leurs rôles distincts dans la gestion des cas de paludisme. Trois items ont servi à évaluer les attitudes envers chacune de ces catégories de professionnels de la santé.

Environ trois quarts (72,6 % dans le Nord et 74,2 % dans l'Extrême-Nord) des répondants estiment que les ASC connaissent bien le traitement du paludisme (**Tableau AD en annexe**). Toutefois, il est pertinent de noter que de nombreux répondants pensent que les ASC font payer à leurs clients les tests de dépistage du paludisme (51,6 % dans la région du Nord, 32 % dans l'Extrême-Nord) et les médicaments antipaludiques (38,9 % dans la région du Nord, 28,1 % dans l'Extrême-Nord) pour les enfants qui ont de la fièvre. Ces attitudes ne varient pas de manière significative selon le lieu de résidence dans les deux régions. L'indicateur global des attitudes à l'égard des ASC, dérivé de ces trois items, montre qu'environ la moitié (50,6 %) des hommes et des femmes de la région du Nord et environ deux tiers (65,7 %) de ceux de l'Extrême-Nord ont une attitude positive à l'égard des ASC en ce qui concerne les services de santé liés au paludisme. On ne relève pas de différences significatives entre les zones urbaines et rurales dans l'attitude positive envers les ASC dans les deux régions. En revanche, dans la région du Nord, les femmes (52,6 %) sont plus susceptibles que les hommes (48,4 %) d'afficher une attitude positive à l'égard des ASC, ce qui n'est pas le cas dans l'Extrême-Nord. En outre, dans la région Nord, on constate une corrélation curviligne avec le quintile de richesse des ménages, les personnes du quintile intermédiaire étant plus susceptibles que celles des autres quintiles d'afficher une attitude favorable à l'égard des ASC. Dans l'Extrême-Nord, les hommes et les femmes du quintile de richesse supérieur semblent avoir une attitude moins favorable envers les ASC que ceux des quintiles de richesse inférieurs.

En ce qui concerne les attitudes à l'égard des professionnels des établissements de santé, les résultats sont tout aussi mitigés. La majorité des répondants dans les deux régions estiment que les professionnels des établissements de santé de leur communauté savent comment traiter le paludisme chez les enfants (93,2 % dans le Nord et 90,9 % dans l'Extrême-Nord ; **Tableau AE en annexe**). Les données révèlent toutefois que certaines perceptions négatives sont courantes. Par exemple, 67,1 % des habitants du Nord et 56,5 % de ceux de l'Extrême-Nord sont d'accord pour dire que les professionnels des établissements de santé font payer aux parents les tests de diagnostic du paludisme pour leurs enfants. Dans le même ordre d'idées, 57 % des habitants du Nord et 43,8 % de ceux de l'Extrême-Nord sont d'accord pour dire que les professionnels des établissements de santé font payer à leurs patients les médicaments antipaludiques destinés à leurs enfants. Globalement, selon l'indicateur qui combine ces trois items, 39,6 % des hommes et des femmes du Nord contre 51,8 % de ceux de l'Extrême-Nord

Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme : Cameroun (septembre 2020) | 65

ont une attitude positive à l'égard des professionnels des établissements de santé ($p < 0,001$). Cet indicateur ne varie pas selon le lieu de résidence ou le sexe dans les deux régions. En revanche, dans le Nord, il est plus élevé pour les hommes et les femmes ayant suivi un enseignement post-primaire que pour les personnes analphabètes, et plus élevé dans les quintiles de richesse supérieurs que dans les quintiles de richesse inférieurs.

Participation à la prise de décisions concernant le recours aux soins

L'autonomie décisionnelle, ou la mesure dans laquelle un individu est impliqué dans les décisions le concernant ou concernant son ménage, est associée à des comportements positifs en matière de santé dans de nombreux contextes (Callahan et Becker 2012 ; Saleem et Bobak 2005). Au cours de l'enquête, les répondants ont dû indiquer qui, dans leur ménage, prend des décisions concernant le recours aux soins pour leur enfant malade. Les données montrent que 59,7 % des femmes de la région Nord et 60,1 % de celles de l'Extrême-Nord prennent la décision de faire soigner leur enfant en cas de fièvre, seules ou avec leur conjoint. Les femmes sont moins nombreuses (37,5 % dans la région du Nord et 44,7 % dans l'Extrême-Nord) à contribuer aux décisions du ménage concernant l'achat de médicaments pour un enfant malade.

Comportements

Prévalence de la fièvre

Pour replacer les comportements dans leur contexte, il est utile d'examiner le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui sont soit des enfants biologiques des femmes interrogées, soit des enfants à la charge de celles-ci, et qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédentes. Dans l'ensemble, 20,3 % des enfants de moins de 5 ans du Nord et 19,9 % de ceux de l'Extrême-Nord auraient eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines (**Tableau AF en annexe**). Dans les deux régions, la prévalence de la fièvre ne varie pas en fonction du niveau de vie des ménages ou du niveau d'études des femmes. Dans la région du Nord, la fièvre est plus répandue dans les zones urbaines que dans les zones rurales.

Recours aux soins en cas de fièvre

Une proportion nettement plus importante de femmes de l'Extrême-Nord (81,8 %) que du Nord (51,8 %) déclarent avoir cherché rapidement des soins, c'est-à-dire avoir demandé un traitement ou des conseils pour leur enfant fiévreux le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête (**Tableau AG en annexe**). Cette proportion ne varie pas en fonction du lieu de résidence dans les deux régions. En ce qui concerne le pourcentage de femmes qui ont sollicité des soins dans un établissement de santé à tout moment pendant la maladie de l'enfant, là encore, les femmes de l'Extrême-Nord sont nettement plus nombreuses (71,6 %) que celles du Nord (41,9 %) à déclarer avoir eu ce comportement. Aucune différence entre les zones urbaines et rurales n'a été observée pour cet indicateur.

Parmi les femmes ayant eu un enfant fiévreux, 62,2 % dans l'Extrême-Nord et 41 % dans le Nord déclarent avoir sollicité des soins dans un établissement de santé ou auprès d'un agent de santé

communautaire en premier recours. Là encore, on ne note pas de différences entre les zones urbaines et rurales pour cet indicateur dans les deux régions. Le recours aux soins appropriés pour un enfant ayant de la fièvre (c'est-à-dire le fait d'emmener l'enfant dans un établissement de santé ou auprès d'un ASC en premier recours dans les 48 heures suivant l'apparition de la fièvre) n'est pas très courant, en particulier dans le Nord. Seulement 32,9 % des personnes interrogées dans la région du Nord et 57,4 % dans l'Extrême-Nord déclarent avoir eu ce comportement.

Pour mieux comprendre les facteurs associés au recours aux soins appropriés (c'est-à-dire le fait de solliciter en premier recours des soins dans un établissement de santé en cas de fièvre), nous avons estimé un modèle de régression logistique multivariable. Le modèle multivariable estimé dans le **Tableau 24** tient compte des variables idéationnelles et contextuelles qui, dans les modèles bivariés, sont associées à un recours aux soins appropriés à hauteur de $p < 0,2$. Les résultats montrent que le fait de regarder régulièrement la télévision double les chances de manifester un comportement approprié de recours aux soins. Les données révèlent trois variables idéationnelles fortement associées au recours aux soins appropriés : la connaissance de l'ACT en tant que médicament antipaludique efficace, la connaissance du délai dans lequel la personne responsable d'un enfant doit rechercher des soins après un début de fièvre et la préférence pour les antipaludiques administrés sous forme d'injections. Plus précisément, le fait de savoir qu'il faut se faire soigner le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre augmente de près de quatre fois les chances de se faire soigner correctement, et le fait de savoir que les ACT sont des antipaludiques efficaces augmente de plus de trois fois les chances de se faire soigner correctement.

En outre, les personnes responsables d'un enfant qui expriment une préférence pour les antipaludiques injectables sont 84 % plus susceptibles de manifester un comportement approprié de recours aux soins que les personnes qui n'expriment pas cette préférence. On note également une corrélation positive, mais marginale, entre un comportement approprié de recours aux soins et le fait d'être d'accord pour dire que les antipaludiques sont toujours disponibles dans les établissements de santé de la communauté et de ne pas être d'accord pour dire que les agents de santé des établissements de santé font payer à leurs patients les médicaments antipaludiques pour leurs enfants. Enfin, les personnes responsables d'un enfant de la région de l'Extrême-Nord sont trois fois plus susceptibles que celles de la région du Nord de manifester un comportement approprié de recours aux soins.

TABLEAU 24. RÉSULTATS DE LA RÉGRESSION LOGISTIQUE DU RECOURS AUX SOINS APPROPRIÉS¹ POUR LA FIÈVRE SUR CERTAINES VARIABLES, CAMEROUN 2019

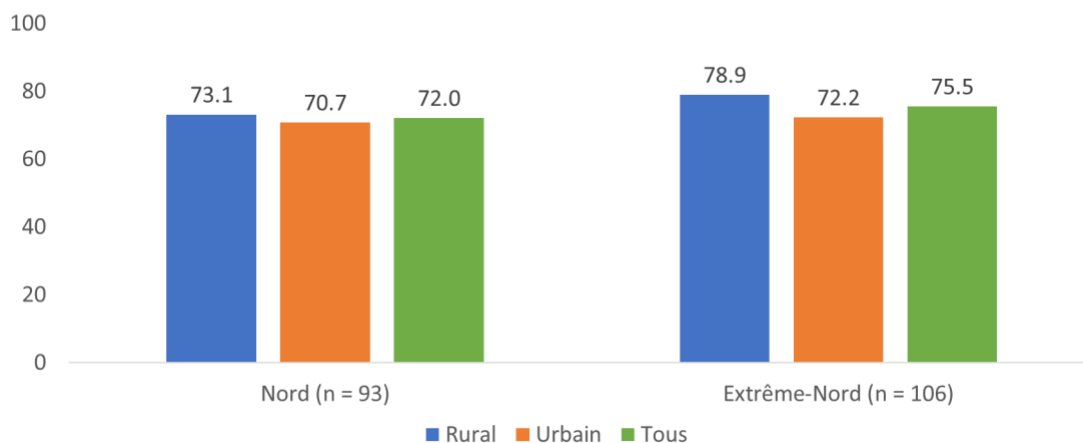
CORRÉLATS	RÉGIONS DU NORD ET DE L'EXTRÊME-NORD	
	RAPPORT DE COTES	ERREUR TYPE
Regarde la télévision au moins une fois par semaine	2,302**	0,743
Pense que les antipaludiques sont toujours disponibles dans les établissements de santé de la communauté	2,410 ‡	1,148
Ne pense pas que les agents de santé des établissements de santé font payer à leurs patients les médicaments antipaludiques pour leurs enfants	1,872 ‡	0,620
Estime que le test de diagnostic est la norme dans l'établissement de santé de sa communauté	1,519	0,645
Sait qu'il faut faire soigner un enfant qui a de la fièvre le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre	3,938**	2,058
Sait que l'ACT est un médicament efficace contre le paludisme chez les enfants	3,363***	1,248
Pense que le recours rapide aux soins en cas de fièvre est la norme dans sa communauté	1,433	0,571
Exprime une préférence pour les antipaludiques injectables	1,841*	0,550
N'est pas d'accord pour dire que, lorsque son enfant a de la fièvre, il/elle commence par lui donner les médicaments disponibles à la maison	1,940	0,789
Région de l'Extrême-Nord (CR = région du Nord)	2,923***	0,902
Pseudo R ²	18,2 %	
Nombre d'observations	278	
Remarques :		
¹ Il s'agit d'emmener l'enfant dans un établissement de santé ou auprès d'un ASC en premier recours dans les 48 heures suivant l'apparition de la fièvre.		
CR = Catégorie de référence		
‡ p < 0,1 ; * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001		

Diagnostic et traitement de la fièvre chez les enfants

Le diagnostic et le traitement rapides des enfants de moins de cinq ans qui ont de la fièvre peuvent réduire la gravité de l'infection par le paludisme et sauver des vies. Parmi les enfants qui ont eu de la fièvre et ont été emmenés dans un établissement de santé ou auprès d'un ASC, 72 % dans le Nord et 75,5 % dans l'Extrême-Nord ont fait l'objet d'une prise de sang pour dépister le paludisme (Figure 21). Cet indicateur ne varie pas beaucoup en fonction des caractéristiques contextuelles. La seule exception se situe dans la région du Nord, où les femmes sans instruction sont moins susceptibles que celles ayant

suivi un enseignement post-primaire de déclarer que leur enfant a subi un test de diagnostic (**Tableau 25**).

Figure 21 : Pourcentage d'enfants fiévreux emmenés dans un établissement de santé/auprès d'un ASC et ayant reçu un test de diagnostic, Cameroun 2019



Pour connaître les médicaments administrés aux enfants ayant de la fièvre, les enquêteurs ont demandé aux personnes qui s'occupent de ces enfants le nom du médicament qui leur a été administré. Ils ont ensuite vérifié le nom donné par rapport à une liste de marques d'ACT disponibles au Cameroun. Les ACT, dont l'artésunate-amodiaquine (ASAQ) et l'artéméther-luméfantrine (AL), sont les médicaments recommandés pour traiter le paludisme sans complications. Pour les enfants dont la fièvre a été confirmée, 65 % des personnes interrogées dans la région Nord et 70,8 % de celles de l'Extrême-Nord déclarent que leur enfant a reçu un ACT lors de la visite dans un établissement/auprès d'un ASC. Cet indicateur ne varie pas de manière significative entre les groupes sociodémographiques (**Tableau 25**).

TABLEAU 25. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS AYANT EU DE LA FIÈVRE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, CAMEROUN 2019

	Pourcentage d'enfants ayant eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines qui ont été emmenés dans un établissement de santé/auprès d'un ASC et qui ont fait l'objet d'un prélèvement sanguin de dépistage du paludisme (n = 199)	Pourcentage d'enfants atteints d'un paludisme confirmé qui ont reçu des ACT dans un établissement de santé/auprès d'un ASC (n = 127)		
	NORD	EXTRÊME-NORD ¹	NORD	EXTRÊME-NORD ¹
Niveau d'études de la mère				
Aucun	66,7**	80,8	63,3	80,0
Primaire	68,0	70,3	52,9	60,0
Secondaire ou supérieur	94,1	70,6	84,6	60,0
Lieu de résidence				
Zones rurales	73,1	78,8	64,7	69,4
Zones urbaines	70,7	72,2	65,4	72,4
Total	72,0	75,5	65,0	70,8
¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de chaque résultat dans les différents groupes sociodémographiques de chaque région. *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001				

3.7. Paludisme pendant la grossesse

Facteurs idéationnels

Cette partie contient des informations sur les variables idéationnelles qui peuvent influencer sur le recours aux soins prénatals (SPN) et au traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg). L'enquête a mesuré les variables idéationnelles suivantes relatives à la grossesse et aux soins pendant la grossesse : connaissances, attitudes, gravité perçue du paludisme pendant la grossesse, efficacité perçue du TPIg, auto-efficacité perçue, normes descriptives relatives au TPIg, perception des professionnels de la santé, communication entre époux et prise de décisions concernant les SPN.

Connaissances

Les enquêteurs ont demandé aux répondants s'ils savaient quand une femme enceinte devait commencer les SPN et s'ils connaissaient le nombre recommandé de consultations de SPN auxquelles une femme enceinte devait assister et le nombre recommandé de doses de sulfadoxine-pyriméthamine qu'une femme devait recevoir au cours de sa grossesse (**Tableau 26**).

TABLEAU 26. POURCENTAGE DE RÉPONDANTS AYANT CERTAINES CONNAISSANCES SUR LES SPN ET LE TPIg, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondANTS AYANT CERTAINES CONNAISSANCES SUR LES SPN OU LE TPIg	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 230)	Zones urbaines (n = 1 013)	Total ¹ (n = 2 243)	Zones rurales (n = 98 1)	Zones urbaines (n = 1 019)	Total ¹ (n = 2 000)
Savent qu'une femme enceinte doit commencer les SPN au cours du premier trimestre ou dès qu'elle sait qu'elle est enceinte	43,3	54,8	46,6**	46,7	57,8	50,6*
Savent qu'une femme enceinte doit se rendre à au moins quatre consultations de SPN pendant sa grossesse	52,3	54,4	52,9	36,5	44,3	39,2
Savent qu'une femme enceinte doit recevoir un traitement préventif contre le paludisme à trois reprises pendant sa grossesse	38,7	43,2	40,0	27,9	33,5	29,9
Ont répondu correctement à deux des trois questions ci- dessus	44,9	52,5	47,1*	34,8	42,4	37,5
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de chaque connaissance entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001						

Seulement la moitié environ des répondants dans les deux régions (46,6 % dans le Nord, 50,6 % dans l'Extrême-Nord) savent qu'une femme doit commencer les SPN dès qu'elle sait qu'elle est enceinte ou au cours du premier trimestre. Dans chaque région, ces connaissances restent faibles et varient considérablement selon le lieu de résidence, les répondants des zones urbaines (54,8 % dans le Nord, 57,8 % dans l'Extrême-Nord) affichant un niveau de connaissance plus élevé que ceux des zones rurales (43,3 % dans le Nord, 46,7 % dans l'Extrême-Nord). Les femmes ont un niveau de connaissance légèrement plus élevé (50,3 %) que les hommes (46,8 %). Dans l'ensemble, peu de personnes savent que les femmes enceintes doivent se rendre à au moins quatre consultations de SPN. La connaissance du nombre de visites de SPN recommandées est beaucoup plus faible dans l'Extrême-Nord (39,2 %) que dans le Nord (52,9 %) et ne varie pas de manière significative selon le lieu de résidence. Les femmes ont un niveau de connaissance des recommandations relatives aux SPN nettement plus élevé (52,2 %) que les hommes (36,6 %). De même, les répondants ont un niveau de connaissance très faible en ce qui concerne le nombre de doses de SP/Fansidar recommandées pour une femme enceinte. Seulement

Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme : Cameroun (septembre 2020) | 71

40 % des répondants du Nord et 29,9 % des répondants de l'Extrême-Nord savent que les femmes doivent recevoir au moins trois doses de SP/Fansidar pendant leur grossesse. Là encore, les femmes ont un niveau de connaissance plus élevé (41,9 %) que les hommes (25,2 %).

Un score global de connaissance a été créé à partir des trois items de connaissance mentionnés ci-dessus. On considère que les répondants qui ont répondu correctement pour deux des trois items ont des connaissances de base sur les SPN et le TPIg. Les résultats indiquent que moins de la moitié des répondants ont des connaissances de base sur les SPN et le TPIg (47,1 % dans le Nord, 37,1 % dans l'Extrême-Nord). Dans chaque région, les connaissances de base varient considérablement selon le sexe, l'âge et le quintile de richesse des ménages dans les groupes sociodémographiques. Dans le Nord, les connaissances de base varient également de manière significative selon le niveau d'études et le lieu de résidence : les répondants ayant reçu un enseignement secondaire et provenant de zones urbaines ont des niveaux de connaissance proportionnellement plus élevés.

Gravité perçue

Le paludisme pendant la grossesse constitue une grave menace pour la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant (**Tableau 27**). Les répondants sont bien conscients de ces risques, comme en témoignent les niveaux élevés de gravité perçue dans les deux régions. La plupart des hommes et des femmes (88,8 % dans le Nord, 85,3 % dans l'Extrême-Nord) sont d'accord pour dire que les effets du paludisme peuvent être graves pour la femme et son enfant à naître. L'accord avec cet énoncé ne varie pas selon les régions ni selon le lieu de résidence au sein de chaque région. En revanche, les personnes de la région Nord (88,1 %) sont proportionnellement plus nombreuses que celles de l'Extrême-Nord (78,4 %) à être d'accord pour dire que les femmes enceintes sont plus susceptibles de mourir du paludisme que les femmes qui ne sont pas enceintes.

TABLEAU 27. POURCENTAGE DE RÉPONDANTS QUI CONSIDÈRENT QUE LE PALUDISME EST GRAVE POUR LES FEMMES ENCEINTES, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 229)	Zones urbaines (n = 1 013)	Total ¹ (n = 2 242)	Zones rurales (n = 981)	Zones urbaines (n = 1 019)	Total ¹ (n = 2 000)
Lorsqu'une femme enceinte contracte le paludisme, les conséquences pour elle et son enfant à naître sont très graves	88,1	90,5	88,8	84,7	86,4	85,3
Les femmes enceintes sont plus susceptibles de mourir du paludisme que les autres	87,8	88,9	88,1	77,8	79,6	78,4

¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. Aucune différence significative n'a été observée.

Attitudes

Les données indiquent que les attitudes envers les SPN précoces ne sont généralement pas très positives, ce qui peut avoir un impact sur le recours aux SPN et le moment de la première consultation. Environ la moitié des répondants (54,1 % dans le Nord et 40,8 % dans l'Extrême-Nord) estiment qu'une femme devrait attendre quelques mois avant de consulter un professionnel de la santé, même si elle pense être enceinte. De plus, environ un tiers des répondants estiment qu'une femme n'a pas besoin de consulter un professionnel de la santé dès qu'elle pense être enceinte si elle a déjà eu un enfant (36,4 % dans le Nord, 31,6 % dans l'Extrême-Nord). La combinaison de ces deux items permet de créer un indicateur des attitudes positives envers les SPN précoces. Dans l'ensemble, 29,3 % des habitants du Nord et 36 % de ceux de l'Extrême-Nord ont une attitude positive à l'égard des SPN (**Tableau 28**).

TABLEAU 28. ATTITUDES ENVERS LES SOINS PRÉNATALS PRÉCOCES, CAMEROUN 2019						
POURCENTAGE DE REpondANTS QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 229)	Zones urbaines (n = 983)	Total ¹ (n = 2 212)	Zones rurales (n = 981)	Zones urbaines (n = 973)	Total ¹ (n = 1 954)
Même si une femme pense être enceinte, elle doit attendre quelques mois avant de consulter un professionnel de la santé.	54,6	52,6	54,1	43,2	35,9	40,8
Une femme qui a déjà eu un enfant n'a pas besoin de consulter un professionnel de la santé dès qu'elle pense être enceinte.	37,1	34,5	36,4	34,8	25,0	31,6*
Pourcentage de répondants ayant une attitude favorable à l'égard des SPN précoces ²	28,5	31,2	29,3	33,0	41,6	36,0
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

Pour évaluer les attitudes des répondants à l'égard du TPIg, les enquêteurs leur ont demandé dans quelle mesure ils étaient d'accord avec trois énoncés attitudinaux (**Tableau AH en annexe**). La majorité des répondants s'accordent à dire que les médicaments donnés à une femme enceinte pour prévenir le

paludisme sont sans danger pour la mère et le bébé (81 % dans le Nord, 74,8 % dans l'Extrême-Nord). De même, la plupart des répondants estiment qu'une femme enceinte doit prendre plusieurs doses du médicament pour prévenir le paludisme pendant la grossesse (77,6 % dans le Nord, 67,1 % dans l'Extrême-Nord). En revanche, peu de répondants estiment qu'une femme enceinte peut prendre des médicaments de prévention du paludisme à jeun (28,3 % dans le Nord, 23,2 % dans l'Extrême-Nord).

Un indicateur d'attitudes favorables à l'égard du TPIg a été créé à partir de ces trois énoncés attitudinaux. Deux tiers des répondants ont une attitude favorable à l'égard du TPIg (65 % dans le Nord, 67,8 % dans l'Extrême-Nord). Dans les deux régions, les attitudes favorables à l'égard du TPIg augmentent avec l'âge. L'indicateur ne varie pas selon le sexe ou la catégorie de richesse du ménage dans les deux régions (**Tableau A1 en annexe**).

Efficacité perçue

La plupart des répondants estiment que l'utilisation des services de TPIg est un moyen efficace de prévenir le paludisme pendant la grossesse (**Tableau 29**). La majorité des répondants (92,1 % dans le Nord, 87,8 % dans l'Extrême-Nord) estiment que le fait de consulter des professionnels de la santé pendant la grossesse est un moyen de faire en sorte que la mère et le bébé soient en bonne santé. Cette idée est plus répandue chez les hommes (92,2 %) que chez les femmes (87,9 %). La plupart des répondants estiment également que les médicaments destinés à prévenir le paludisme pendant la grossesse sont efficaces pour maintenir les femmes en bonne santé (Nord 86,8 %, Extrême-Nord 83 %).

TABLEAU 29. EFFICACITÉ PERÇUE DES SPN ET DU TPIg, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondANTS QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 229)	Zones urbaines (n = 982)	Total ¹ (n = 2 211)	Zones rurales (n = 981)	Zones urbaines (n = 972)	Total ¹ (n = 1 953)
Consulter les professionnels des établissements de santé pendant la grossesse est un moyen de faire en sorte que le bébé et la mère soient en bonne santé	92,1	92,3	92,1	86,1	91,3	87,8*
Le médicament que l'on donne aux femmes enceintes pour prévenir le paludisme fonctionne bien et leur permet de rester en bonne santé	86,1	88,7	86,8	80,4	88,1	83,0*
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001						

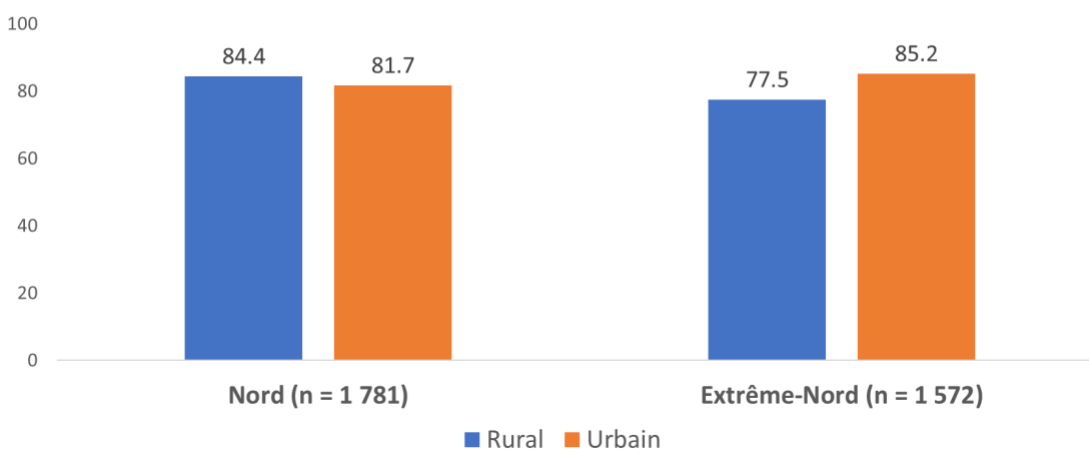
Auto-efficacité perçue

Cette partie résume les données sur l'auto-efficacité des répondants (c'est-à-dire leur confiance dans leur capacité à agir) pour les mesures liées aux SPN et au TPIg. Les questions étant formulées différemment pour les femmes et les hommes, les résultats sont présentés séparément.

Dans l'ensemble, l'auto-efficacité perçue pour participer aux SPN est élevée chez les femmes (**Tableau AJ en annexe**). Les femmes du Nord sont plus susceptibles que celles de l'Extrême-Nord d'être d'accord avec des énoncés précis sur l'auto-efficacité perçue. Plus précisément, les femmes du Nord sont proportionnellement plus nombreuses à penser qu'elles peuvent se rendre aux consultations de SPN dès qu'elles sont enceintes (81,5 %) et se rendre aux quatre visites recommandées (86,8 %) que les femmes résidant dans l'Extrême-Nord (69,9 % et 81,7 %). Plus de trois quarts des femmes du Nord (78,8 %) estiment qu'elles peuvent convaincre leur mari de les accompagner dans un établissement de santé, contre seulement deux tiers environ dans l'Extrême-Nord (65 %). La plupart des femmes estiment qu'elles pourraient se présenter aux consultations de SPN même si leur chef religieux n'était pas d'accord (76,7 % dans le Nord, 71,5 % dans l'Extrême-Nord). Un indicateur dérivé de la combinaison de ces quatre items révèle une meilleure auto-efficacité perçue pour les mesures liées aux SPN dans la région du Nord que dans l'Extrême-Nord : 85,5 % des femmes de la région Nord font preuve d'une auto-efficacité perçue pour les mesures liées aux SPN, contre 77,7 % dans l'Extrême-Nord ($p < 0,001$).

En ce qui concerne l'auto-efficacité perçue pour recevoir un TPIg (**Tableau AK en annexe**), la plupart des femmes se sentent en mesure de demander le médicament pour prévenir le paludisme (87,8 % dans le Nord, 81,3 % dans l'Extrême-Nord) lors d'une consultation de SPN et de prendre le médicament au moins trois fois pendant leur grossesse (83,3 % dans le Nord, 74,7 % dans l'Extrême-Nord). L'indicateur d'auto-efficacité perçue pour les mesures liées au TPIg, dérivé de ces deux items, montre que 83,6 % des femmes de la région du Nord et 80,2 % de celles de l'Extrême-Nord affichent une auto-efficacité perçue (Figure 22).

Figure 22 : Pourcentage de femmes ayant une auto-efficacité perçue pour la pratique des comportements liés au TPIg, Cameroun 2019



Les données concernant les hommes révèlent des niveaux encore plus élevés d'auto-efficacité perçue (**Tableau AL en annexe**). Comme pour les données relatives aux femmes, le degré d'accord avec certains des énoncés sur l'auto-efficacité perçue est plus élevé dans la région du Nord que dans l'Extrême-Nord. La majorité des hommes estiment qu'ils peuvent soutenir leur épouse pour qu'elle se présente à une consultation de SPN dès qu'elle sait qu'elle est enceinte (95,6 % dans le Nord, 89,3 % dans l'Extrême-Nord) et l'encourager à se rendre à au moins quatre consultations de SPN (95,1 % dans le Nord, 89,3 % dans l'Extrême-Nord). La plupart des hommes déclarent également avoir confiance en leur capacité à accompagner leur femme dans un établissement de santé pour des SPN (82,4 % dans le Nord, 77,9 % dans l'Extrême-Nord) et à encourager leur femme à se rendre aux consultations de SPN même si leur chef religieux n'est pas d'accord (87,8 % dans le Nord, 83,2 % dans l'Extrême-Nord). Le niveau global d'auto-efficacité perçue pour les mesures liées aux SPN est élevé chez les hommes : 93,6 % dans la région du Nord et 89,2 % dans l'Extrême-Nord.

En ce qui concerne l'auto-efficacité perçue pour les mesures liées au TPIg (**Tableau AM en annexe**), les données montrent que la majorité des hommes pensent pouvoir encourager leur conjointe à demander des médicaments préventifs contre le paludisme lors de ses consultations de SPN (94 % dans le Nord, 85,1% dans l'Extrême-Nord) et à prendre les médicaments au moins trois fois pendant sa grossesse (94,9 % dans le Nord, 89,8 % dans l'Extrême-Nord).

Prise de décisions concernant les soins prénatals

Il existe des différences régionales dans la proportion de femmes qui ont eu un enfant au cours des deux dernières années et qui déclarent avoir décidé, avec leur conjoint ou de leur propre chef, de recourir aux SPN pendant leur grossesse. Dans le Nord, un peu plus d'un tiers (37,6 %) des femmes déclarent être impliquées dans la décision de recourir ou non aux SPN, contre deux tiers (67,6 %) dans l'Extrême-Nord ($p < ,001$). Dans le Nord, la participation des femmes à la prise de décisions concernant les SPN est plus

Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme : Cameroun (septembre 2020) | 76

élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales (**Tableau 30**). Dans l'Extrême-Nord, la participation des femmes à la prise de décisions est plus élevée chez les femmes ayant reçu un enseignement primaire (81,3 %) que chez celles n'ayant pas reçu d'enseignement (61,4 %) ou ayant reçu un enseignement post-primaire (53,6 %). La différence entre les personnes sans instruction et celles ayant suivi un enseignement post-primaire n'est pas significative d'un point de vue statistique. En outre, dans la région de l'Extrême-Nord, la participation des femmes à la prise de décisions est plus élevée chez les femmes des deux quintiles de richesse les plus bas (76,5 %) que chez les femmes des trois quintiles supérieurs (60,5 %).

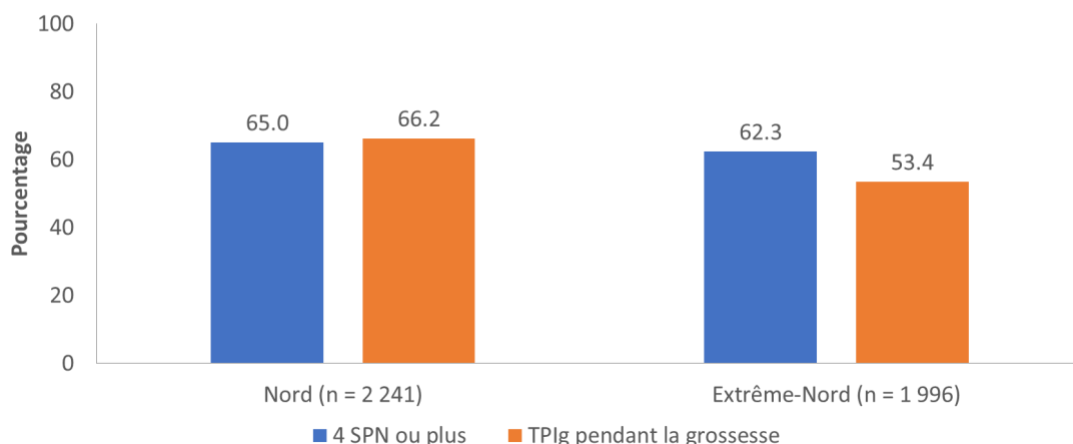
TABLEAU 30. POURCENTAGE DE FEMMES AYANT PARTICIPÉ À LA PRISE DE DÉCISIONS CONCERNANT LES SOINS PRÉNATALS, CAMEROUN 2019		
PARMI LES FEMMES MARIEES/EN COUPLE AYANT DONNE NAISSANCE A UN ENFANT VIVANT AU COURS DES DEUX DERNIERES ANNEES		
CARACTÉRISTIQUES CONTEXTUELLES	NORD (n = 567)	EXTRÊME-NORD (n = 351)
Âge		
15-29	37,7	70,6
30 et plus	37,4	59,8
Niveau d'études		
Aucun	32,7	61,4***
Primaire	40,1	81,1
Enseignement secondaire ou supérieur	59,7	53,6
Quintile de richesse		
Pauvre (deux quintiles inférieurs)	34,2	76,5**
Plus riche (trois quintiles supérieurs)	41,2	60,5
Lieu de résidence		
Zones rurales	32,3***	71,1
Zones urbaines	55,3	61,5
Total (%)	37,6	67,6
Remarques :		
Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de la participation à la prise de décisions relatives aux SPN entre les femmes interrogées dans différents groupes sociodémographiques de chaque région.		
p < 0,01, *p < 0,001		

Normes descriptives

Environ deux tiers des répondants (65,9 % dans le Nord, 66,2 % dans l'Extrême-Nord) estiment que la majorité des femmes de leur communauté se rendent à quatre consultations de SPN pendant leur grossesse (Figure 23). Ce résultat varie considérablement selon le lieu de résidence, mais uniquement

dans l'Extrême-Nord, où les résidents urbains (72,2 %) sont plus nombreux à estimer que cette pratique est la norme que les résidents ruraux (62,9 %). Dans les deux régions, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes (62,8 %) à considérer que quatre consultations de SPN sont la norme (68 %).

Figure 23 : Pourcentage de répondants percevant les soins prénatals et le TPIg comme des normes dans leur communauté, par région, Cameroun 2019



En ce qui concerne les normes descriptives relatives au TPIg, moins de deux tiers des répondants de la région Nord (62,3 %) estiment que la majorité des femmes enceintes de leur communauté prennent des médicaments pour prévenir le paludisme pendant leur grossesse, contre seulement la moitié environ des répondants de la région Extrême-Nord (52,4 %). La norme descriptive de l'utilisation du TPIg pendant la grossesse ne varie de manière significative selon le lieu de résidence que dans l'Extrême-Nord. Proportionnellement, plus de résidents urbains (60,7 %) que de résidents ruraux (49,5 %) pensent que le recours au TPIg pendant la grossesse est la norme. Cet indicateur est plus élevé pour les femmes que pour les hommes : 60,6 % des femmes voient le TPIg comme une norme communautaire, contre 53,4 % des hommes ($p < 0,01$).

Perception des agents de santé qui assurent les SPN et fournissent le TPIg

Six items avec échelle de Likert ont permis d'évaluer la façon dont les répondants perçoivent les agents de santé qui assurent les SPN et fournissent le TPIg aux femmes enceintes. La perception des agents de santé est quelque peu mitigée (**Tableau AN en annexe**).

Sur une note positive, la majorité des répondants estiment que les professionnels de la santé traitent les femmes enceintes avec respect (85,8 % dans le Nord, 78,5 % dans l'Extrême-Nord). La plupart des répondants du Nord (86,8 %) et près de deux tiers de ceux de l'Extrême-Nord (60,5 %) estiment que les professionnels de la santé de leur communauté proposent toujours aux femmes enceintes des médicaments pour prévenir le paludisme. Cette perception diffère sensiblement entre les résidents ruraux (57,1 %) et urbains (67,8 %) de l'Extrême-Nord uniquement. Dans les deux régions, les femmes (75,8 %) sont plus convaincues que les hommes (69,3 %).

Il existe toutefois certaines perceptions négatives des agents de santé, qui semblent plus prononcées dans le Nord. Par exemple, près de trois quarts des répondants dans le Nord (73,2 %) et la moitié dans l'Extrême-Nord (50,3 %) pensent que les professionnels de la santé ne donnent aux femmes enceintes des médicaments pour prévenir le paludisme que si elles ont mangé au préalable. Des différences entre les hommes et les femmes apparaissent également ici, 67 % des femmes ayant cette perception des agents de santé, contre 54,4 % des hommes. Près d'un tiers (30 %) des répondants dans le Nord estiment que les professionnels de la santé refuseraient les services à une femme enceinte si elle était dans les deux premiers mois de sa grossesse, contre seulement 12,7 % des répondants dans l'Extrême-Nord. Proportionnellement, plus de femmes (22,3 %) que d'hommes (18,9 %) sont d'accord avec cet énoncé, une différence qui est significative d'un point de vue statistique. Par ailleurs, environ un quart (24,7 %) des répondants dans le Nord et environ un cinquième (18,7 %) dans l'Extrême-Nord pensent que les professionnels de la santé font payer aux femmes enceintes les médicaments pour prévenir le paludisme. Une proportion non négligeable de femmes ont le sentiment que les professionnels de la santé refuseraient une femme enceinte si elle n'était pas accompagnée de son mari (20,9 % dans le Nord, 11,2 % dans l'Extrême-Nord).

Un indicateur global des perceptions à l'égard des agents de santé assurant les SPN et fournissant le TPIg a été créé à partir de six items. Dans les deux régions, environ trois quarts des répondants (78,1 % dans le Nord, 76,7 % dans l'Extrême-Nord) ont une perception favorable des agents de santé. La perception globale ne varie pas beaucoup. Dans le Nord, les perceptions sont plus favorables parmi les répondants des troisième et quatrième quintiles. En revanche, les perceptions varient selon le sexe dans l'Extrême-Nord : 78,1 % des femmes ont une perception favorable des agents de santé, contre 71,4 % des hommes.

Pratiques et comportements

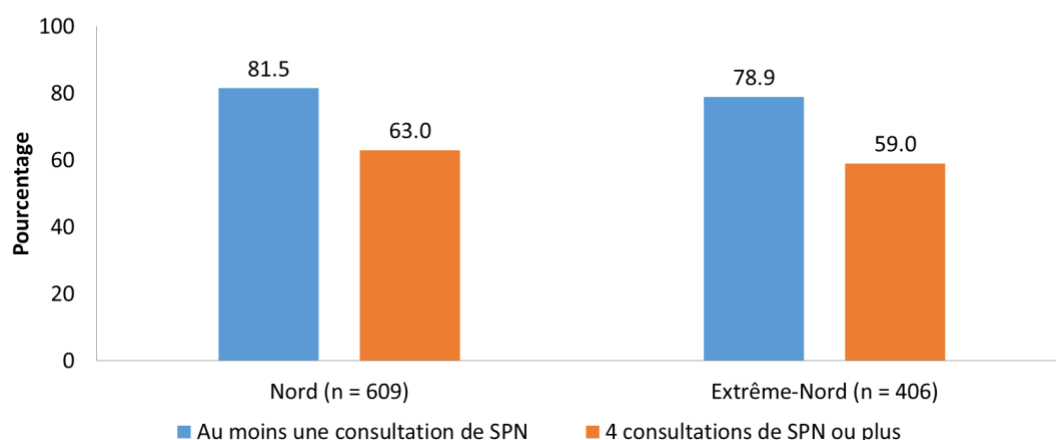
Soins prénatals

Dans les deux régions, la plupart des femmes qui ont donné naissance à au moins un enfant vivant au cours des deux dernières années ont assisté à au moins une consultation de SPN (Figure 24). Un peu plus de femmes du Nord (81,5 %) que de l'Extrême-Nord (78,9 %) déclarent avoir assisté à au moins une consultation de SPN. Dans les deux régions, les femmes ayant récemment vécu une grossesse qui résident dans des zones urbaines et ont un niveau d'études plus élevé sont nettement plus susceptibles de déclarer avoir bénéficié de SPN au moins une fois (**Tableau AO en annexe ; Figure 24**). Dans le Nord, les femmes ayant récemment vécu une grossesse qui appartiennent aux quintiles de richesse des ménages supérieurs sont également beaucoup plus susceptibles d'avoir assisté à au moins une consultation de SPN : 81,6 % dans le quintile inférieur contre 94,1 % dans le quintile supérieur.

Les résultats indiquent une baisse considérable du recours aux SPN si l'on considère la proportion de femmes qui ont assisté à au moins quatre consultations de SPN, soit le nombre recommandé par la politique camerounaise (Figure 24). Dans le Nord, 63 % des femmes ayant récemment vécu une

grossesse ont assisté à quatre consultations de SPN ou plus et, dans l'Extrême-Nord, seulement 59 % des femmes déclarent l'avoir fait. Dans le Nord, la proportion de femmes qui déclarent avoir assisté à quatre consultations de SPN ou plus augmente avec le niveau d'études, et elle est plus élevée chez les femmes des zones urbaines. Le nombre de femmes des deux régions ayant assisté à quatre consultations de SPN ou plus varie selon le quintile de richesse du ménage (**Tableau AO en annexe**).

Figure 24 : Pourcentage de femmes ayant assisté à au moins une consultation de SPN ou à au moins quatre consultations pendant leur grossesse, par région, Cameroun 2019



En plus d'assister au nombre recommandé de consultations de SPN, il est essentiel que les femmes enceintes commencent les SPN tôt, c'est-à-dire au cours du premier trimestre. Cependant, les résultats indiquent que le recours aux SPN au début de la grossesse n'est pas courant. Seulement un tiers (32,7 %) des femmes du Nord déclarent avoir commencé les SPN au cours des trois premiers mois de leur grossesse. Dans l'Extrême-Nord, près de la moitié (48,3 %) des femmes récemment enceintes ont commencé à bénéficier de SPN au cours du premier trimestre. Dans les deux régions, le nombre de femmes ayant rapidement eu recours aux SPN varie considérablement en fonction du niveau d'études et du lieu de résidence. Dans les deux régions également, cet indicateur varie considérablement selon les quintiles de richesse (**Tableau AO en annexe**).

Présence du conjoint lors des SPN

Dans les deux régions, un peu plus d'un tiers (37,5 % dans le Nord, 37,2 % dans l'Extrême-Nord) des femmes ayant accouché au cours des deux dernières années déclarent que leur conjoint les accompagne aux consultations de SPN. La présence du conjoint varie considérablement selon le niveau de vie du ménage dans la région du Nord, mais pas dans la région de l'Extrême-Nord. Les femmes plus riches de la région Nord (44,8 %) sont plus nombreuses que les femmes plus pauvres (29,2 %) à déclarer que leur conjoint les accompagne : $p < 0,05$. On ne note pas de différences entre les tranches d'âge dans la région du Nord ; dans l'Extrême-Nord, les femmes de moins de 30 ans (44,9 %) sont significativement

plus susceptibles de déclarer que leur conjoint les accompagne aux consultations de SPN que les femmes de 30 ans et plus (26 % : $p < 0,05$). Le fait d'être mère pour la première fois semble faire une différence dans l'Extrême-Nord, où 49,4 % des primipares déclarent que leur conjoint les accompagne aux consultations de SPN, contre 33,8 % des autres femmes, $p < 0,05$. Aucune différence entre les zones urbaines et rurales n'a été observée dans les deux régions.

Recours au TPIg

Au Cameroun, la politique de santé recommande aux femmes enceintes de prendre au moins trois doses de SP pendant leur grossesse pour prévenir le paludisme. Proportionnellement, plus de femmes du Nord (72,7 %) que de l'Extrême-Nord (65,3 %) déclarent avoir pris au moins une dose de SP (Figure 25). Dans les deux régions, encore moins de femmes déclarent avoir reçu au moins trois doses de SP : 43 % dans le Nord et 45 % dans l'Extrême-Nord.

Dans les deux régions, on constate une différence significative dans le recours au TPIg selon la présence aux consultations de SPN et le niveau d'études. Parmi les femmes qui ont assisté à quatre consultations de SPN ou plus, plus de la moitié (58,6 % dans le Nord, 61,9 % dans l'Extrême-Nord) ont reçu au moins trois doses de SP. De même, les femmes ayant reçu un enseignement secondaire sont plus susceptibles que les femmes sans instruction d'avoir pris au moins trois doses de SP au cours de leur dernière grossesse (55,1 % dans le Nord, 50,6 % dans l'Extrême-Nord). En outre, les femmes résidant dans les zones urbaines de l'Extrême-Nord (54,8 %) sont plus susceptibles de déclarer avoir pris au moins trois doses de SP que celles résidant dans les zones rurales (39,4 %).

Figure 25 : Pourcentage de femmes ayant donné naissance à un enfant vivant au cours des deux dernières années qui ont reçu au moins une ou au moins trois doses de SP/Fansidar, par région, Cameroun 2019

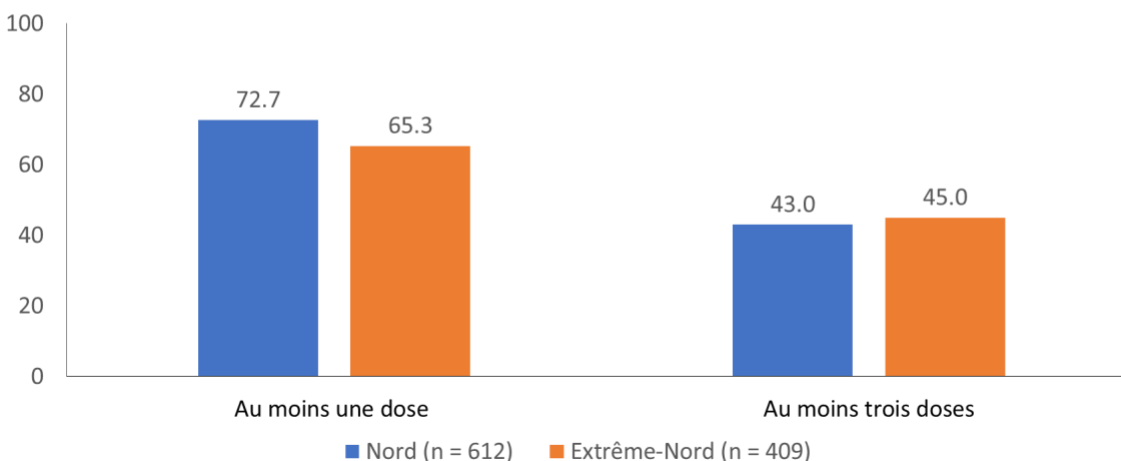


TABLEAU 31. RÉSULTATS DE LA RÉGRESSION LOGISTIQUE DE L'ADMINISTRATION D'AU MOINS TROIS DOSES DE TPIg SUR CERTAINES VARIABLES, CAMEROUN 2019

PARMI LES FEMMES AYANT DONNÉ NAISSANCE À UN ENFANT VIVANT AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES

CORRÉLATS	NORD (n = 605)		EXTRÊME-NORD (n = 405)	
	RAPPORT DE COTES	ERREUR TYPE	RAPPORT DE COTES	ERREUR TYPE
Niveau d'études (CR = aucun)				
Primaire	1,025	0,218	1,658*	0,425
Secondaire ou supérieur	1,839*	0,552	1,297	0,465
Religion chrétienne (CR = non chrétienne)	1,144	0,227	0,850	0,206
Âge actuel	0,772**	0,076	0,976	0,138
Carré de l'âge	1,004**	0,002	1,000	0,002
Mariée ou en concubinage (CR = ni mariée ni en concubinage)	0,866	0,360	0,607	0,302
Déjà quatre enfants ou plus (CR = trois ou moins)	0,933	0,214	1,685 ‡	0,476
Résidence urbaine (CR = rurale)	0,692	0,159	1,274	0,334
Deux quintiles de richesse inférieurs (CR = trois quintiles supérieurs)	0,692	0,159	0,983	0,266
A bénéficié d'au moins quatre consultations de SPN (CR = trois consultations ou moins)	4,302***	0,913	3,726***	0,914
A assisté à sa première consultation de SPN au cours du premier trimestre (CR = a assisté à sa première consultation de SPN au cours du deuxième ou troisième trimestre)	1,767**	0,363	2,329***	0,562
Femme accompagnée de son mari/partenaire lors des SPN	1,147	0,236	0,909	0,562
Pseudo-R ²	13,3 %		15,3 %	
Remarques :				
CR = catégorie de référence				
‡ p < 0,1 ; * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001				

Comme le montrent les résultats de la régression logistique présentés dans le **Tableau 31**, il existe à la fois des différences et des points communs entre la région du Nord et la région de l'Extrême-Nord en ce qui concerne les variables sociodémographiques et comportementales associées de manière significative à l'administration de trois doses ou plus de TPIg. Commencer les SPN au début de la grossesse et assister au nombre recommandé de consultations de SPN sont des comportements importants dans le recours au TPIg dans les deux régions. Les femmes qui commencent les SPN au cours du premier trimestre de leur grossesse sont 77 % plus susceptibles dans le Nord et plus de deux fois plus susceptibles dans l'Extrême-Nord d'obtenir le nombre de doses de TPIg requis, par rapport à celles qui commencent les SPN à un stade plus avancé de leur grossesse. De même, le fait d'assister à au moins quatre consultations de SPN augmente la probabilité de recevoir trois doses ou plus de TPIg de plus de quatre fois dans la région du Nord et de 273 % dans l'Extrême-Nord. Le niveau d'études est un corrélât significatif dans les deux régions, mais la corrélation n'est pas la même. Dans le Nord, les femmes ayant reçu un enseignement post-primaire sont 84 % plus susceptibles que les femmes sans instruction de déclarer avoir reçu le nombre recommandé de doses de TPIg. Dans l'Extrême-Nord, la différence se situe principalement entre les femmes sans instruction et les femmes ayant reçu un enseignement primaire. En ce qui concerne l'âge, la corrélation est curviligne dans le Nord, les chances de recevoir le nombre recommandé de doses de TPIg diminuant jusqu'à l'âge de 30 ans environ, puis augmentant par la suite. L'âge n'est pas significatif dans l'Extrême-Nord.

Sources du TPIg

Dans les deux régions, presque toutes les femmes qui ont pris au moins une dose de SP au cours de leur dernière grossesse déclarent avoir obtenu le médicament lors d'une consultation de SPN (92,2 % dans le Nord, 98,7 % dans l'Extrême-Nord). Environ 10 % des femmes disent avoir obtenu de la SP dans un centre de santé en dehors d'une consultation de SPN programmée (10,1 % dans le Nord, 11,9 % dans l'Extrême-Nord). Dans l'Extrême-Nord, 10 % des femmes déclarent également avoir obtenu de la SP dans une pharmacie, contre seulement 3 % des femmes dans la région du Nord.

Intention d'obtenir un TPIg lors de futures grossesses

Les enquêteurs ont demandé à toutes les femmes si elles avaient l'intention d'obtenir un TPIg si elles tombaient enceintes dans les deux années à venir. Dans l'ensemble, 81 % des femmes répondent par l'affirmative ; on ne note pas de différence significative entre les régions du Nord (81,4 %) et de l'Extrême-Nord (80,6%) pour cet indicateur. En revanche, dans chaque région, l'indicateur est plus faible chez les femmes sans instruction (78,2 % dans le Nord, 75,3 % dans l'Extrême-Nord) que chez les femmes ayant reçu un enseignement primaire (87,5 % dans le Nord, 87,8 % dans l'Extrême-Nord) ou un enseignement secondaire et supérieur (87,9 % dans le Nord, 92,3 % dans l'Extrême-Nord).

Le **Tableau 32** présente les résultats d'un modèle de régression logistique qui met en relation les intentions liées au TPIg et des variables sociodémographiques et idéationnelles. Les données révèlent des similitudes et des différences dans les corrélations. Par exemple, le niveau d'études est positivement et significativement corrélé à l'intention dans l'Extrême-Nord, mais pas dans le Nord. Si la corrélation avec l'âge est négative dans la région du Nord, elle est curviligne dans l'Extrême-Nord, la probabilité de

déclarer une intention d'obtenir un TPIg augmentant avec l'âge jusqu'à environ 25 ans et diminuant ensuite. Dans les deux régions, la corrélation avec l'exposition aux messages liés au paludisme, bien que marginalement significative, est positive.

TABLEAU 32. RÉSULTATS DE LA RÉGRESSION LOGISTIQUE DE L'INTENTION DE PRENDRE UN TPIg SI LA FEMME TOMBE ENCEINTE DANS UN AVENIR PROCHE SUR CERTAINES VARIABLES, CAMEROUN 2019				
CORRÉLATS	NORD (n = 1 249)		EXTRÊME-NORD (n = 1 062)	
	RAPPORT DE COTES	ERREUR TYPE	RAPPORT DE COTES	ERREUR TYPE
Niveau d'études (CR = aucun)				
Primaire	1,104	0,261	1,961**	0,473
Secondaire ou supérieur	1,355	0,471	2,931**	1,251
Religion chrétienne (CR = religion musulmane et autres)	1,203	0,228	0,888	0,184
Âge actuel	0,910***	0,011	1,203*	0,113
Carré de l'âge	S.O.	S.O.	0,996**	0,001
Quatre naissances ou plus (CR = 3 naissances ou moins)	1,045	0,212	0,852	0,203
Exposition aux messages relatifs au paludisme au cours des 6 derniers mois	1,515 ‡	0,325	1,457 ‡	0,299
Résidence urbaine (CR = résidence rurale)	1,128	0,255	0,903	0,194
Deux quintiles de richesse inférieurs (CR = trois quintiles supérieurs)	0,752	0,167	1,883**	0,435
Auto-efficacité perçue pour les SPN	0,816	0,246	1,584	0,448
Auto-efficacité perçue pour le TPIg	1,157	0,335	2,843***	0,920
Efficacité perçue du TPIg	2,327**	0,707	1,445	0,532
Connaît le nombre de doses de TPIg recommandées	1,917***	0,352	3,169***	0,703
Perception positive des services de SPN/TPIg	1,965***	0,409	0,874	0,220
Perception du TPIg comme une norme communautaire	1,635**	0,311	1,646*	0,360
A discuté du paludisme avec d'autres personnes au cours des six derniers mois	2,178***	0,461	0,958	0,258
Gravité perçue du paludisme	0,682*	0,126	0,945	0,231
Attitudes positives à l'égard des SPN/du TPIg	1,074	0,202	2,974***	0,633
Pense que les femmes enceintes sont plus susceptibles de contracter le paludisme que les autres	1,130	0,238	0,949	0,158

TABLEAU 32. RÉSULTATS DE LA RÉGRESSION LOGISTIQUE DE L'INTENTION DE PRENDRE UN TPIg SI LA FEMME TOMBE ENCEINTE DANS UN AVENIR PROCHE SUR CERTAINES VARIABLES, CAMEROUN 2019

CORRÉLATS	NORD (n = 1 249)		EXTRÊME-NORD (n = 1 062)	
	RAPPORT DE COTES	ERREUR TYPE	RAPPORT DE COTES	ERREUR TYPE
Gravité perçue du paludisme pendant la grossesse	0,971	0,242	0,825	0,170
Vulnérabilité perçue au paludisme	1,401	0,376	0,771	0,279
Pseudo-R ²	19,4 %		30,6 %	
Remarques :				
CR = Catégorie de référence				
‡ p < 0,1 ; * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001				

Deux variables idéationnelles étaient significatives dans les deux régions : la connaissance du nombre de doses de TPIg recommandées et la perception du TPIg comme une norme communautaire. Plus précisément, le fait de connaître le nombre de doses de TPIg recommandées augmente de 92 % la probabilité de l'intention de recourir à un TPIg dans la région du Nord et la multiplie par 3 dans l'Extrême-Nord. La perception du TPIg comme une norme communautaire est corrélée à une augmentation de 64 % de la probabilité de déclarer une intention de recourir au TPIg dans la région du Nord et de 65 % dans l'Extrême-Nord. En plus de ces deux variables idéationnelles, d'autres montrent une corrélation significative avec l'intention, mais uniquement dans l'une des deux régions. Par exemple, l'auto-efficacité perçue pour obtenir un TPIg et les attitudes positives envers le TPIg sont significatives dans l'Extrême-Nord, mais pas dans la région Nord. En revanche, l'efficacité perçue du TPIg, la perception positive des services de SPN/TPIg et les discussions sur le paludisme avec d'autres personnes ne sont des corrélats significatifs que dans la région Nord. Par ailleurs, la gravité perçue du paludisme n'est un corrélat significatif que dans la région Nord, bien que cette corrélation soit négative.

Obtenir une moustiquaire pendant la grossesse

Dans l'ensemble, environ deux tiers des femmes qui ont été enceintes récemment et qui ont assisté aux SPN ont reçu une moustiquaire imprégnée d'insecticide lors d'une consultation de SPN. Ce pourcentage est plus élevé dans l'Extrême-Nord (72,9 %) que dans le Nord (62,6 %) : p < 0,05. La réception d'une moustiquaire lors d'une consultation de SPN varie considérablement selon le lieu de résidence et le quintile de richesse du ménage pour les femmes de la région Nord (**Tableau AP en annexe**).

Proportionnellement, plus de femmes résidant dans les zones rurales (66,6 %) que dans les zones urbaines (51,3 %) du Nord reçoivent une MII. En outre, la proportion de femmes des deux régions ayant reçu une MII lors d'une consultation de SPN est légèrement plus élevée chez les femmes des ménages pauvres que chez celles des ménages plus riches.

3.8. Pulvérisation intra-domiciliaire

L'OMS recommande la PID comme principal outil de lutte antivectorielle pouvant être déployé dans des environnements à forte, moyenne et faible transmission. Les agents de PID appliquent une ou deux fois par an de l'insecticide sur les murs des habitations des communautés ciblées. L'insecticide reste généralement efficace pendant environ six mois. Après s'être nourris de sang, les moustiques *anophèles* femelles se reposent sur les murs voisins et sont exposés à l'insecticide. La PID peut rapidement réduire la transmission du paludisme dans les zones ciblées lorsqu'elle est bien utilisée. À l'heure actuelle, la PID ne fait pas partie de la stratégie nationale de lutte contre le paludisme du Cameroun. La PMI et le PNLP considèrent cependant les régions du Nord et de l'Extrême-Nord comme des sites potentiels prometteurs pour la PID. La PID est ainsi incluse dans la stratégie nationale de lutte contre le paludisme du Cameroun 2019-2023.

Déterminants idéationnels

Bien que la PID n'ait pas encore été mise en œuvre dans ces régions, l'enquête a permis de recueillir les déterminants idéationnels suivants afin de préparer la mise en œuvre éventuelle de ces activités : connaissances, attitudes et efficacité perçue de la PID.

Connaissances

Les répondants ont très peu de connaissances sur la PID. Seulement 5,7 % des répondants de l'Extrême-Nord et 9 % de ceux de la région Nord connaissent les programmes de PID. Étant donné que le programme n'a pas encore été mis en œuvre au Cameroun, il est possible que ces personnes confondent la PID avec une autre intervention. Les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'avoir entendu parler de la PID, mais la différence n'est significative que dans la région de l'Extrême-Nord (hommes 7,7 %, femmes 4 %, $p < 0,05$). Les résidents urbains des deux régions sont plus susceptibles que les résidents ruraux de connaître la PID, avec une plus grande disparité dans la région du Nord (18,6 % en milieu urbain, 5,2 % en milieu rural ; $p < 0,001$) que dans l'Extrême-Nord (7,1 % en milieu urbain, 4,9 % en milieu rural). Dans les deux régions, les répondants ayant un meilleur niveau d'études et faisant partie d'un quintile de richesse des ménages plus élevé sont généralement plus au fait de la PID, avec une différence significative entre les quintiles de richesse (Nord $p < 0,001$, Extrême-Nord $p < 0,01$) dans les deux régions et entre les niveaux d'études ($p < 0,05$ pour les deux régions).

Acceptation potentielle de la PID

Les enquêteurs ont interrogé tous les répondants sur leur volonté d'accepter la PID, qu'ils aient ou non entendu parler de l'intervention avant l'enquête. Pour ceux qui n'en avaient pas entendu parler avant l'enquête, les enquêteurs leur ont d'abord décrit le programme. Les données révèlent que l'acceptation potentielle de la PID parmi tous les répondants est élevée dans les deux régions (Nord 91,1 %, Extrême-Nord 88,9 %). Dans le Nord, les répondants ayant déjà entendu parler de la PID sont plus ouverts à l'idée d'accepter la pulvérisation dans leur foyer que ceux qui n'avaient pas entendu parler du programme avant l'enquête (97,8 % contre 90,5 % ; $p < 0,001$). On constate l'inverse dans l'Extrême-Nord : 58,5 % des personnes ayant déjà entendu parler de l'intervention déclarent qu'elles seraient prêtes à accepter la PID, contre 90,7 % de celles n'en ayant pas entendu parler : $p < 0,001$.

Attitudes

Parmi les personnes ayant déjà entendu parler de la PID ($n = 339$), un peu plus de la moitié (57,7 %) des habitants de la région Nord, contre 75,1 % de ceux de l'Extrême-Nord ($p < 0,05$), estiment qu'il est sans danger de toucher les murs de la maison une fois que l'insecticide pulvérisé est sec (**Tableau 33**). La PID est plus fortement associée aux punaises de lit et aux puces après la pulvérisation dans la région de l'Extrême-Nord (39 %) que dans le Nord (20,4 %, $p < 0,05$). Cette idée ne varie pas entre les hommes (27,9 %) et les femmes (29,6 %). À noter pour toute future campagne de pulvérisation : 40,5 % des habitants de l'Extrême-Nord et 28,3 % de ceux du Nord seraient embêtés de devoir laisser leurs affaires à l'extérieur pendant la pulvérisation. La différence milieu urbain/milieu rural est significative dans la région Nord (17,1 % en milieu rural, 37,7 % en milieu urbain, $p < 0,05$). Les femmes (76,7 %) sont beaucoup plus nombreuses que les hommes (27,9 %) à déclarer que la PID vaut la peine de déplacer ses effets personnels. Dans l'ensemble, le pourcentage de répondants qui ont déjà entendu parler de la PID et ont une attitude positive à son égard est significativement plus élevé dans la région du Nord (73,8 %) que dans la région de l'Extrême-Nord (49,9 %, $p < 0,05$).

TABLEAU 34. ATTITUDES À L'ÉGARD DE LA PULVÉRISATION INTRA-DOMICILIAIRE, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondANTS QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 45)	Zones urbaines (n = 168)	Total ¹ (n = 213)	Zones rurales (n = 45)	Zones urbaines (n = 67)	Total ¹ (n = 112)
De nombreuses personnes ont des problèmes de peau (éruptions cutanées, démangeaisons) après une pulvérisation d'insecticide sur les murs de leur maison.	21,8	38,5	30,9	45,8	44,6	45,3
Une fois que l'insecticide pulvérisé a séché, on peut toucher les murs en toute sécurité.	61,0	54,8	57,7	77,0	72,1	75,1
Les gens ont des problèmes de punaises de lit ou de puces après la pulvérisation d'insecticide sur les murs.	23,1	18,1	20,4	43,7	31,4	39,0
Les avantages de la pulvérisation d'insecticide dans ma maison valent la peine que je sorte mes affaires pour permettre la pulvérisation.	43,2	66,3	55,7	44,8	51,9	47,5
Cela me dérangerait de laisser mes affaires à l'extérieur de ma maison pendant que l'insecticide est pulvérisé sur les murs.	17,1	37,7	28,3	41,8	38,5	40,5
Pulvériser de l'insecticide sur les murs intérieurs d'une maison pour éliminer les moustiques à l'origine du paludisme n'entraîne aucun problème de santé chez les personnes vivant dans la maison.	84,2	83,8	84,0	66,7	85,7	74,0
Pourcentage de répondants ayant une attitude positive à l'égard de l'IRS ²	75,4	72,4	73,8	42,5	60,3	49,4
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001						

² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.

Efficacité perçue

Les répondants qui connaissent la PID estiment généralement que la pulvérisation des murs intérieurs d'une maison est un moyen efficace de prévenir le paludisme (Nord 92,8 %, Extrême-Nord 82,1 %) et que les personnes qui vivent dans des maisons qui ont été pulvérisées sont moins susceptibles de contracter le paludisme (Nord 91,2 %, Extrême-Nord 70,3 %, $p < 0,01$). On ne constate pas de différences significatives dans la perception de l'efficacité de la PID selon les principales données démographiques dans la région Nord. En revanche, dans la région de l'Extrême-Nord, les hommes (92 %) sont plus susceptibles que les femmes (72,9 %) de penser que la PID est un outil de lutte antivectorielle efficace ($p < 0,01$). Un meilleur niveau d'études est également associé à une augmentation de l'efficacité perçue de la PID dans l'Extrême-Nord (pas d'instruction, 76,7 % ; école primaire, 87,2 % ; secondaire ou supérieur, 95 %, $p < 0,05$).

Auto-efficacité perçue

La majorité des personnes connaissant la PID estiment qu'elles seraient en mesure de sortir leurs meubles de la maison pour se préparer à la pulvérisation (Nord 90,6 %, Extrême-Nord 81 %). On ne constate aucune différence entre les deux régions et les milieux urbains/ruraux lorsqu'on demande aux répondants s'ils pourraient dormir dans leur maison la nuit suivant la pulvérisation (Nord 88,2 %, Extrême-Nord 79,1 %). Au total, plus de trois quarts des répondants des deux régions ont une auto-efficacité perçue pour s'adapter à la PID (82,7 % dans le Nord, 79,6 % dans l'Extrême-Nord). Comme pour l'efficacité perçue, dans l'Extrême-Nord, l'auto-efficacité perçue est plus élevée chez les personnes ayant fait des études secondaires ou supérieures (94,9 %) que chez celles ayant reçu un enseignement primaire (71,7 %) ou n'ayant pas reçu d'enseignement (72,6 %, $p < 0,05$).

4. Résumé et recommandations

Cette enquête a permis de recueillir de précieuses informations sur les différents comportements liés au paludisme et leurs déterminants dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord. Les données proviennent de 2 756 ménages, 3 565 femmes en âge de procréer et 949 de leurs conjoints/partenaires masculins. Ces informations, représentatives des populations urbaines et rurales des deux régions, servent de base pour mieux identifier, prioriser et atteindre les publics cibles grâce à des messages de CSC adaptés et efficaces. Cette partie résume les principales conclusions et souligne leurs implications pour les programmes de lutte contre le paludisme dans ces régions.

Recommandations générales

Habitudes en matière de médias

La portée potentielle de la radio et de la télévision est limitée dans les zones urbaines et rurales des deux régions étudiées. La faible portée de la radio est en partie due au fait que peu de ménages possèdent un poste de radio. Par ailleurs, même dans les ménages disposant d'un poste de radio, l'écoute reste faible. Les seules exceptions à cette tendance sont les hommes et les femmes des ménages urbains plus aisés, et les hommes de la région de l'Extrême-Nord, en particulier les hommes plus âgés. En ce qui concerne la télévision, bien que seulement un cinquième des ménages possèdent un téléviseur, les ménages disposant de cet appareil regardent régulièrement des émissions télévisées. En résumé, à elles seules, la radio et la télévision n'ont qu'un intérêt limité pour fournir à la population un accès aux messages de prévention et de gestion des cas de paludisme. L'accès aux téléphones portables est limité dans les zones rurales mais relativement courant dans les zones urbaines. En outre, la plupart des personnes possédant un téléphone portable déclarent pouvoir recevoir des SMS, tandis qu'une proportion notable déclare que leur téléphone permet de recevoir des photos, des vidéos et des fichiers audio. D'après ces conclusions, nous formulons les recommandations suivantes :

- Dans l'ensemble, une stratégie qui repose sur une combinaison de canaux est idéale pour la population visée dans la région étudiée. La stratégie doit inclure une combinaison d'interventions interpersonnelles et communautaires, de radio, de télévision et de technologie mobile, et tenir compte des limites de chaque intervention tout en se concentrant sur les horaires d'écoute/de visionnage les plus fréquents du public cible.
- La radio est particulièrement adaptée pour atteindre les hommes urbains plus aisés de 35 ans et plus dans les deux régions, et généralement les hommes plus âgés dans la région de l'Extrême-Nord.
- Les messages sur le paludisme diffusés à la radio doivent l'être le matin ou en début de soirée, les moments préférés de la plupart des gens pour écouter la radio.
- La diffusion de messages de CSC à la télévision n'est pas adaptée aux zones rurales, mais pourrait être envisagée dans les zones urbaines, où environ la moitié des ménages disposent

d'un téléviseur. Dans les zones urbaines, la télévision est un moyen plus équitable que la radio d'atteindre la population indépendamment de son sexe et de son âge.

- Les téléphones portables offrent un meilleur moyen d'atteindre la population que la radio ou la télévision, car les répondants sont plus susceptibles de posséder un téléphone portable que de vivre dans un foyer disposant d'une radio ou d'un téléviseur. Les messages écrits et audio sont les plus à même d'atteindre la population, puisque près de la moitié des répondants disposent d'un téléphone portable pouvant recevoir ce type de contenu. Les initiatives impliquant l'utilisation de messages écrits doivent tenir compte du faible niveau d'alphabétisation de la population, en particulier dans les zones rurales, où plus de la moitié de la population n'est pas allée à l'école. Les messages audio et vidéo pourraient être plus appropriés pour ces groupes de population peu alphabétisés.
- Compte tenu des limites des médias pour atteindre les femmes rurales en âge de procréer, la mobilisation sociale, ainsi que la communication interpersonnelle avec les agents de santé communautaires et les professionnels des établissements santé, devraient faire partie intégrante de toute initiative visant à sensibiliser les populations de ces régions à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme.

Possession et utilisation de MII

La possession de moustiquaires par les ménages n'est pas universelle ; près d'un tiers des ménages des deux régions n'en possèdent pas. Les ménages plus riches ont un taux de possession de moustiquaires inférieur à celui des ménages pauvres. À respectivement 34,2 % et 54,3 %, les taux de couverture des ménages en moustiquaires et d'accès de la population aux moustiquaires sont plutôt faibles.

Néanmoins, l'indicateur du rapport utilisation/accès indique que la plupart des personnes qui ont accès à une moustiquaire l'utilisent. Les données suggèrent que, dans la région de l'Extrême-Nord, plus de deux personnes partagent généralement une moustiquaire. Parmi la population des ménages disposant d'au moins une moustiquaire, l'utilisation la nuit précédente est plus faible chez les enfants et les adolescents de 5 à 17 ans que chez les jeunes enfants ou les adultes. Parmi les hommes et les femmes interrogés, les variables idéationnelles positivement associées à une utilisation systématique des moustiquaires dans les deux régions comprennent la vulnérabilité perçue au paludisme, l'auto-efficacité perçue pour l'utilisation des moustiquaires et la perception de l'utilisation des moustiquaires comme une norme communautaire. En outre, dans la région du Nord, on note une corrélation positive avec les attitudes à l'égard de l'utilisation des moustiquaires et une corrélation négative avec la perception de l'efficacité des moustiquaires, les discussions sur le paludisme avec d'autres personnes et l'exposition aux messages sur le paludisme. Ces corrélations n'ont pas été observées dans la région de l'Extrême-Nord. Dans les deux régions, la couverture en moustiquaires des ménages est positivement associée à une utilisation régulière. On note également une corrélation significative avec le niveau d'études, bien que cette corrélation n'aille pas dans le même sens dans les deux régions. Compte tenu de ces résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

- Il est nécessaire d'encourager l'utilisation systématique des moustiquaires par tous les membres du ménage, chaque nuit, tout au long de l'année. Des messages de CSC appropriés doivent

présenter l'utilisation des moustiquaires comme une nécessité pour tous les membres du ménage, indépendamment de l'âge, du sexe, du niveau d'études et du niveau de vie du ménage. Dans les deux régions, il faut remédier à la faible utilisation des moustiquaires chez les grands enfants et les adolescents à l'aide de messages de CSC appropriés qui soulignent la nécessité de protéger cette population du paludisme. En outre, il est important de comprendre les raisons de la faible prévalence de l'utilisation systématique des moustiquaires chez les personnes instruites de la région de l'Extrême-Nord. Dans le Nord, les programmes pourraient se concentrer sur les hommes, non seulement parce que ce sont principalement eux qui prennent les décisions dans le ménage, mais aussi parce qu'ils sont moins susceptibles que les femmes de cette région d'utiliser régulièrement des moustiquaires.

- Compte tenu de la forte corrélation entre l'utilisation systématique des moustiquaires et la vulnérabilité perçue au paludisme, l'auto-efficacité pour l'utilisation des moustiquaires et la perception de l'utilisation des moustiquaires comme une norme communautaire, les messages qui abordent ces concepts sont pertinents. Pour faire de l'utilisation des moustiquaires une norme communautaire, les messages de CSC peuvent s'appuyer sur un membre lambda de la communauté ou sur un modèle qui explique pourquoi et comment il utilise les moustiquaires de façon systématique et détaille les conséquences positives de l'utilisation des moustiquaires pour lui et sa famille. Selon Bandura (1977), ce type d'expérience par procuration peut également contribuer à renforcer l'auto-efficacité perçue pour l'utilisation régulière des moustiquaires. Parmi les autres stratégies visant à renforcer l'auto-efficacité perçue, citons la suppression des obstacles psychologiques, logistiques et structurels à l'utilisation des moustiquaires, l'accès à des possibilités de sensibilisation de la population aux avantages de l'utilisation des moustiquaires, la promotion des discussions sur les avantages de l'utilisation des moustiquaires avec d'autres personnes et la correction des idées fausses sur les effets secondaires négatifs des moustiquaires imprégnées d'insecticide. Dans le Nord, les initiatives visant à promouvoir des attitudes positives à l'égard des moustiquaires sont également pertinentes. Plus précisément, les messages de CSC qui mettent l'accent sur la facilité d'utilisation des moustiquaires, qui font la promotion des avantages de l'utilisation des moustiquaires par temps chaud, qui insistent sur l'innocuité des moustiquaires imprégnées d'insecticide et qui établissent un lien entre les moustiquaires et une bonne nuit de sommeil sont pertinents.
- Il est curieux que l'exposition aux messages de CSC sur le paludisme présente une corrélation négative avec l'utilisation de moustiquaires dans le Nord. Même si l'on ignore les raisons de ce constat inhabituel, il soulève des questions sur la qualité des informations diffusées sur les moustiquaires. Il pourrait être utile pour les partenaires de mise en œuvre de soumettre les messages et les supports proposés au Programme national intégré de lutte contre le paludisme ou aux délégations régionales de la santé concernées pour examen avant diffusion. Cette démarche contribuera à harmoniser les messages et à garantir que les informations transmises à la population soient toujours de qualité.

Attitudes et comportements en matière d'entretien des MII

La majorité des personnes interrogées estiment qu'une personne peut prendre des mesures pour assurer la durabilité des moustiquaires et peut protéger la santé des membres de sa famille en prenant soin de ses moustiquaires. Néanmoins, la plupart des comportements observés en matière d'entretien des moustiquaires ne sont pas propices à la durabilité de ces dernières. Seulement un tiers environ des moustiquaires recensées dans les ménages et utilisées pour dormir la nuit précédant l'enquête sont suspendues, pliées et attachées au-dessus de l'espace de couchage. De plus, alors que les directives de l'OMS concernant le lavage des moustiquaires avec un savon doux sont généralement respectées par la population, la majorité des moustiquaires lavées sont mises à sécher au soleil plutôt qu'à l'ombre. D'après ces résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

- Les programmes pourraient diffuser à grande échelle des conseils sur l'entretien des moustiquaires, ce qui pourrait se faire par la diffusion de messages de CSC dans le cadre de la distribution de moustiquaires, des événements communautaires, des brochures, des programmes de radio et de télévision et de la technologie mobile.
- Il est nécessaire de mieux comprendre les facteurs, autres que le manque de connaissances, qui empêchent les gens de faire sécher leurs moustiquaires à l'ombre. Ces facteurs peuvent être structurels, c'est-à-dire liés aux conditions de vie, ou culturels, c'est-à-dire liés aux normes communautaires. Une recherche qualitative bien conçue ou une activité de type HCD pourrait être utile pour comprendre exactement comment les moustiquaires sont séchées et pour identifier les obstacles et proposer des solutions.

Chimioprévention saisonnière du paludisme

La CSP est très connue dans les régions étudiées, mais relativement peu de personnes qui s'occupent d'un enfant ont des connaissances de base sur le programme, notamment sur le nombre de mois par an et le nombre de jours par mois où le médicament doit être administré. La plupart des adultes ont entendu parler de la CSP et ont l'impression que la plupart des enfants de leur communauté en prennent pendant la saison des pluies. Si les attitudes à l'égard de la CSP sont généralement positives, certaines perceptions négatives concernant sa distribution et son intérêt pour protéger des enfants en bonne santé sont courantes dans les régions étudiées. Par exemple, l'idée selon laquelle la CSP ne change rien au risque qu'un enfant contracte le paludisme est assez courante. De nombreux répondants estiment que les enfants en bonne santé n'ont pas besoin de prendre de CSP et que la CSP peut nuire aux enfants. En outre, de nombreuses personnes responsables d'un enfant pensent que les distributeurs de CSP imposent les médicaments aux parents, tandis qu'environ un cinquième d'entre elles expriment leur manque de confiance dans ces distributeurs de CSP. Les fournisseurs de soins ne suivraient pas toujours les protocoles établis lors de la distribution des médicaments. Bien que la CSP soit censée être prise par les enfants sous l'observation directe du fournisseur de soins, les résultats indiquent que ce n'est pas le cas pour de nombreux enfants. Dans pas moins de deux cinquièmes des cas dans le Nord, les distributeurs de CSP ont donné le médicament à une personne responsable de l'enfant, mais n'ont pas vu l'enfant le prendre. Par ailleurs, une grande partie des personnes responsables d'un enfant déclarent

que le professionnel de la santé ne leur a pas parlé des effets secondaires du médicament. Dans les deux régions, les canaux de distribution de CSP dans les ménages et les établissements réussissent largement à garantir qu'au moins neuf enfants cibles sur dix prennent la première dose du traitement de CSP. L'auto-efficacité perçue pour compléter trois jours de prophylaxie est presque universelle mais, dans les faits, la prise des trois doses semble être beaucoup moins fréquente. Les recommandations découlant de ces conclusions sont les suivantes :

- Les programmes doivent élaborer de manière appropriée des supports de CSC qui expliquent la fréquence et la durée de l'administration de la CSP.
- La correction des perceptions négatives concernant le médicament nécessitera une stratégie comportant plusieurs volets. Les messages diffusés par les médias et les canaux communautaires peuvent cibler les personnes qui s'occupent des enfants et qui prennent les décisions dans les ménages pour leur transmettre des informations correctes sur les avantages de la CSP et les effets secondaires possibles du médicament. En outre, les distributeurs communautaires de CSP et les professionnels des établissements de santé devraient être formés et habilités à expliquer de manière adéquate les avantages et les effets secondaires du médicament aux personnes qui s'occupent des enfants. Il est essentiel de disposer d'aide-mémoire pour aider les distributeurs, les fournisseurs de soins et les autres communicateurs des campagnes de CSP.
- La perception négative des agents de distribution de la campagne de CSP 2019 est inquiétante. L'acceptation de la CSP par la population pourrait être renforcée en remédiant à cette perception négative et en améliorant l'image des distributeurs de CSP ou en choisissant un autre type de personnel de campagne de CSP mieux connu de la communauté pour administrer le médicament. En tout état de cause, une intervention efficace dans ce domaine peut consister à renforcer les compétences des distributeurs de CSP en matière de communication interpersonnelle, à faire appel à des distributeurs qui connaissent la culture des communautés dans lesquelles ils travaillent, à impliquer les responsables communautaires et à donner de la visibilité aux agents qui excellent dans leur travail.

Gestion des cas de paludisme

La connaissance des analyses sanguines comme méthode précise de diagnostic du paludisme, des ACT comme traitement efficace du paludisme et de la rapidité avec laquelle il faut soigner la fièvre est relativement courante. Dans l'ensemble, les connaissances sont meilleures dans la région du Nord que dans l'Extrême-Nord. Les attitudes positives liées au recours aux soins et au traitement du paludisme sont répandues, mais certaines attitudes négatives persistent. Les attitudes favorables à l'automédication restent très répandues et les personnes interrogées préfèrent largement les antipaludiques injectables aux comprimés. L'indicateur de l'efficacité perçue du test de diagnostic du paludisme révèle que les personnes interrogées sont moyennement convaincues de l'efficacité du test. Beaucoup pensent que les parents sont capables de diagnostiquer le paludisme aussi bien qu'un test et que les gens devraient prendre des antipaludiques même si le test est négatif. Les données montrent également que de nombreuses personnes doutent que les médicaments antipaludiques obtenus auprès

Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme : Cameroun (septembre 2020) | 94

d'un établissement de santé ou d'un ASC soient de meilleure qualité que ceux obtenus sur le marché. La perception selon laquelle le recours rapide aux soins et aux tests de diagnostic du paludisme sont des normes communautaires n'est que modérément répandue. Les femmes ne sont pas toujours impliquées dans les décisions du ménage liées au recours aux soins pour un enfant ayant de la fièvre.

Les répondants estiment généralement que les tests et les traitements contre le paludisme sont toujours disponibles dans les établissements de santé ; proportionnellement, moins d'hommes et de femmes pensent que ces services sont toujours disponibles auprès des ASC. Même si une grande partie des répondants ont confiance dans les compétences techniques et interpersonnelles du personnel des établissements et des ASC qui fournissent des services liés au paludisme, une grande proportion d'entre eux est d'avis que ces fournisseurs de soins font payer aux parents les tests et le traitement du paludisme.

Le recours rapide aux soins pour les enfants ayant de la fièvre est relativement courant dans l'Extrême-Nord, mais nettement moins dans la région du Nord. Il est beaucoup moins fréquent d'emmener un enfant ayant de la fièvre dans un établissement de santé ou auprès d'un ASC en premier recours le jour de l'apparition de la fièvre ou le lendemain dans la région du Nord, où seulement un tiers environ des femmes ayant un enfant malade signalent ce comportement. Parmi les variables idéationnelles associées au recours rapide aux soins dans un établissement de santé ou auprès d'un ASC en premier recours, on peut citer la connaissance de l'ACT en tant que médicament antipaludique efficace, la connaissance du délai dans lequel la personne qui s'occupe de l'enfant doit le faire soigner après l'apparition de la fièvre, la préférence pour les antipaludiques administrés par injection, le fait d'être d'accord avec l'affirmation « les antipaludiques sont toujours disponibles dans l'établissement de santé de la communauté » et le fait de ne pas être d'accord avec les affirmations « les agents de santé de l'établissement de santé font payer à leurs patients les médicaments antipaludiques pour les enfants » et « lorsque mon enfant a de la fièvre, je commence par lui donner les médicaments que j'ai à la maison ».

Les recommandations découlant de ces conclusions sont les suivantes :

- Les programmes devraient remédier au problème de la préférence pour l'automédication par le biais de supports de CSC soigneusement élaborés qui soulignent la nécessité d'amener rapidement et directement un enfant fiévreux dans un établissement de santé ou auprès d'un ASC. Les messages qui font valoir la précision des tests de diagnostic du paludisme et l'efficacité des médicaments antipaludiques obtenus auprès des établissements de santé et des ASC sont également pertinents.
- Les initiatives visant à faire du recours rapide aux soins et aux tests de diagnostic du paludisme des normes communautaires sont pertinentes. Les supports de CSC qui montrent des membres ordinaires de la communauté ou des modèles adoptant fièrement ces comportements sont pertinents.
- L'idée courante selon laquelle les fournisseurs de soins font payer aux patients les tests et le traitement du paludisme doit être abordée du point de vue de la demande et de l'offre. La

population a besoin de mieux comprendre ce que les frais liés à la gestion des cas dans l'établissement de santé ou auprès d'un ASC sont censés couvrir (c'est-à-dire les consommables tels que les gants, les cartes de santé, le coton, etc. par rapport aux TDR ou aux ACT en eux-mêmes). Les fournisseurs de soins doivent être formés pour communiquer efficacement à leurs clients le détail des tarifs, et les cliniques doivent annoncer clairement leurs prix. Les programmes peuvent également renforcer la supervision et le contrôle afin que les fournisseurs de soins n'abusent pas de leur position.

- Il faut s'efforcer d'accroître la participation des femmes aux décisions du ménage concernant le recours aux soins. À cet égard, une meilleure compréhension qualitative des normes culturelles et sexospécifiques limitant la participation des femmes à la prise de décisions au sein du ménage peut être justifiée. Les programmes devraient également envisager d'utiliser des stratégies de modélisation pour encourager la communication entre les conjoints sur la santé de leurs enfants en général, et sur le traitement du paludisme en particulier. Il convient de poursuivre les efforts visant à favoriser l'implication des hommes dans le recours aux soins pour les enfants de moins de cinq ans ayant de la fièvre.
- Il faut s'efforcer d'encourager le recours rapide aux soins en cas de fièvre dans un établissement de santé ou auprès d'un ASC. Ces initiatives seront probablement plus efficaces si elles portent sur les variables idéationnelles associées à ce comportement. À ce titre, les programmes devraient envisager des stratégies appropriées pour mieux faire connaître les ACT en tant que médicament antipaludique efficace et insister sur la nécessité de se faire soigner dès que l'on constate de la fièvre. Il est également pertinent de faire du recours rapide aux soins une norme communautaire. Il convient par ailleurs d'assurer la disponibilité systématique de tests de dépistage et de traitements contre le paludisme dans les établissements de santé et auprès des ASC, et de faire savoir à la population que ces tests et traitements sont disponibles.
- La corrélation positive entre un comportement approprié de recours aux soins et la préférence pour les antipaludiques injectables justifie des interventions programmatiques appropriées en matière de CSC, tant du point de vue de la demande que de l'offre. Plus précisément, il faut convaincre la population de l'efficacité des médicaments recommandés pour le traitement du paludisme (ACT) administrés sous forme de comprimés et lui expliquer dans quelles situations des antipaludiques injectables pourraient être nécessaires (par exemple, pour traiter les formes graves de paludisme). Les programmes devraient renforcer la capacité des fournisseurs de soins à expliquer à leurs clients l'efficacité des antipaludiques administrés sous forme de comprimés.

Paludisme pendant la grossesse

Les connaissances relatives au moment de la première consultation de SPN, au nombre de consultations de SPN qu'une femme devrait faire pendant sa grossesse et au nombre recommandé de doses de TPIg sont généralement faibles. Pourtant, la plupart des personnes interrogées sont conscientes de la gravité du paludisme pendant la grossesse. Les attitudes ne sont généralement pas très positives envers les SPN et le TPIg. Les attitudes favorisant le recours tardif aux soins prénatals, surtout si la femme n'est pas primipare, sont relativement courantes. Beaucoup de personnes interrogées pensent également qu'une

femme ne doit pas prendre de TPIg à jeun. La perception de l'efficacité du TPIg et de l'auto-efficacité à prendre des mesures liées aux SPN et au TPIg est bonne dans les deux régions. La participation à la prise de décisions concernant le recours aux soins de grossesse est modérée dans l'Extrême-Nord, mais particulièrement faible dans la région du Nord. Dans l'Extrême-Nord, il semble exister une corrélation inverse entre la participation aux décisions concernant les SPN et le niveau d'études et le quintile de richesse. Les SPN et le TPIg sont perçus comme des normes communautaires par environ deux tiers des personnes interrogées. La perception des agents de santé est quelque peu mitigée. La majorité des personnes interrogées dans les deux régions estiment que les agents de santé traitent leurs patients avec respect. Dans la région Nord, la plupart des personnes interrogées pensent que les agents de santé proposent généralement le TPIg à leurs patientes, mais cette impression est moins répandue dans l'Extrême-Nord. Les personnes interrogées des deux régions sont nombreuses à penser que les agents de santé ne donnent pas de TPIg à leurs patientes si elles n'ont pas mangé. On remarque également une prévalence notable de perceptions négatives précises, notamment le fait que les agents de santé renvoient une femme chez elle si elle demande des soins prénatals en début de grossesse, font payer le TPIg aux femmes et refusent à une femme des SPN si son mari ne l'accompagne pas aux consultations de SPN. Ces attitudes négatives sont plus répandues dans la région du Nord que dans l'Extrême-Nord.

Même si la plupart des femmes ont assisté à au moins une consultation de SPN, assister au nombre recommandé de consultations de SPN est loin d'être une pratique universelle dans les deux régions. La présence du conjoint lors des consultations de SPN n'est pas courante. Moins de la moitié des femmes ayant donné naissance à un enfant vivant au cours des deux dernières années ont reçu au moins trois doses de TPIg. Même parmi les femmes qui ont assisté à une consultation de SPN quatre fois ou plus, moins des deux tiers ont obtenu le nombre recommandé de doses de TPIg. Les données montrent qu'après prise en compte des comportements sociodémographiques et autres comportements liés au milieu de vie, l'obtention du nombre recommandé de consultations de SPN et le début précoce des soins de grossesse sont des comportements essentiels pour le recours au TPIg. Environ quatre cinquièmes des femmes déclarent avoir l'intention d'obtenir un TPIg si elles tombent enceintes dans un avenir proche. Dans les deux régions, les variables idéationnelles fortement et positivement associées à cette intention sont la connaissance du nombre de doses de TPIg recommandées et la perception du TPIg comme une norme communautaire. D'autres variables idéationnelles montrent une corrélation significative avec l'intention, mais uniquement dans l'une des deux régions. L'auto-efficacité perçue pour obtenir un TPIg et les attitudes positives envers le TPIg sont significatives dans l'Extrême-Nord, mais pas dans la région Nord. En revanche, l'efficacité perçue du TPIg, la perception positive des services de SPN/TPIg et les discussions sur le paludisme avec d'autres personnes ne sont fortement corrélées que dans la région Nord.

D'après ces conclusions, nous formulons les recommandations suivantes :

- Il est nécessaire d'accroître les connaissances de la population sur les recommandations en matière de comportements liés aux SPN et au TPIg. Les programmes devraient envisager une stratégie multicanal ciblant divers segments de la population, notamment les hommes et les

femmes en âge de procréer, les responsables communautaires et religieux, et les grands-mères. Des messages de CSC soigneusement élaborés doivent chercher à mieux faire connaître le moment idéal de la première consultation de SPN, le nombre de consultations de SPN qu'une femme devrait faire pendant sa grossesse et le nombre recommandé de doses de TPIg.

- Les efforts pour améliorer les attitudes en vue d'obtenir le nombre recommandé de consultations de SPN et de doses de TPIg sont pertinents dans les deux régions. Il est notamment nécessaire d'encourager des attitudes positives concernant le début précoce des soins pendant la grossesse, quel que soit le nombre d'enfants qu'une femme a déjà.
- Ces régions ont besoin d'initiatives programmatiques de CSC qui s'attaquent aux normes sexospécifiques et culturelles limitant la participation des femmes aux décisions du ménage concernant leur santé en général, et les SPN en particulier.
- Les messages expliquant comment et quand prendre le TPIg sont importants pour les fournisseurs de soins, les femmes enceintes et leurs personnes d'influence. Bien que les messages de CSC soient utiles pour communiquer ces informations aux patientes et à leurs personnes d'influence, les fournisseurs de soins devraient être formés, munis d'aide-mémoire et tenus responsables de discuter de ces points avec leurs patientes.
- Ces régions doivent s'efforcer d'améliorer la perception de la population à l'égard des agents de santé en ce qui concerne les SPN et le TPIg. Plus précisément, les idées selon lesquelles les agents de santé ne donneraient pas de TPIg à leurs patientes à jeun, renverraient une femme chez elle si elle demandait des SPN en début de grossesse, feraient payer le TPIg à une femme et refuseraient une femme non accompagnée de son mari lors des SPN doivent être démenties par des supports de CSC qui recadrent les idées communes entourant ces services. Les supports de CSC visant à modifier le comportement des professionnels de la santé devraient encourager ces derniers à revoir leurs préjugés sur ces points, et le fait d'expliquer clairement à la population les comportements que les professionnels de la santé doivent avoir en la matière pourrait contribuer à changer ces attitudes. Des recherches qualitatives plus poussées pourraient être utiles pour évaluer la prévalence de ces pratiques et en identifier les causes profondes dans les cas où ces idées sont fondées, du côté des fournisseurs de soins.
- Les deux régions ont besoin d'interventions pour résoudre le problème du faible recours aux SPN et au TPIg. La recherche qualitative peut permettre de mieux comprendre les facteurs de l'offre et de la demande associés à la faible prévalence du comportement recommandé en matière de SPN et de TPIg. Néanmoins, étant donné le lien étroit entre le moment de la première consultation de SPN, le nombre de visites et l'obtention du nombre requis de doses de TPIg, cette enquête montre que les initiatives visant à favoriser l'obtention du nombre recommandé de consultations de SPN et le début précoce des soins pendant la grossesse sont essentielles pour améliorer le recours au TPIg.
- En plus de favoriser l'obtention du nombre recommandé de consultations de SPN et le début précoce des soins pendant la grossesse, les stratégies d'amélioration du recours au TPIg dans les deux régions devraient viser à sensibiliser davantage au nombre recommandé de doses de TPIg et à la perception du TPIg comme une norme communautaire.

- Dans la région de l'Extrême-Nord en particulier, la promotion de l'auto-efficacité perçue pour l'obtention du TPIg et des attitudes positives envers le TPIg peut faire partie d'une stratégie efficace pour accroître le recours au TPIg.
- Dans la région du Nord, les initiatives devraient également se concentrer sur l'amélioration de l'efficacité perçue du TPIg, sur les perceptions positives des services de SPN/TPIg et sur le fait de discuter du paludisme avec d'autres personnes.
- Dans le Nord, les femmes qui se situent dans le milieu de la tranche d'âge des femmes en âge de procréer devraient être un public prioritaire, car elles sont moins susceptibles que les autres femmes de recevoir le nombre recommandé de doses de TPIg. Il est nécessaire de mieux comprendre les raisons pour lesquelles les personnes de cette tranche d'âge sont désavantagées dans le recours au TPIg pour élaborer une stratégie adéquate. La recherche qualitative peut être utile à cet égard.

Pulvérisation intra-domiciliaire

Très peu de répondants avaient entendu parler de la PID avant l'enquête. L'acceptation potentielle du programme est très élevée dans les deux régions. Parmi les personnes ayant entendu parler de la PID avant l'enquête, certaines expriment des inquiétudes concernant ce programme. De nombreuses personnes, en particulier dans la région Nord, estiment qu'il est dangereux de toucher les murs des maisons après séchage de l'insecticide pulvérisé, associent la PID à l'apparition de punaises de lit et de puces et craignent de devoir sortir leurs affaires de chez elles pour permettre aux agents de PID de pulvériser l'insecticide. L'efficacité perçue de l'intervention et l'auto-efficacité perçue pour préparer leur habitation à la pulvérisation sont bonnes. Les recommandations découlant de ces conclusions sont les suivantes :

- La population n'est pas opposée au programme de PID. Néanmoins, toute tentative de déploiement du programme sera probablement plus efficace si elle est précédée d'efforts visant à améliorer les connaissances sur les procédures que les ménages devront suivre pour préparer leur habitation à la pulvérisation et à répondre aux préoccupations concernant le déplacement des biens du ménage pour accueillir les pulvérisateurs. Il est également important de sensibiliser le public visé aux avantages et aux effets secondaires de la stratégie afin de promouvoir une attitude positive à son égard.
- Les programmes doivent trouver des moyens efficaces de répondre aux préoccupations de la population concernant le programme, en particulier celles liées à l'innocuité de l'insecticide utilisé pour la pulvérisation, à l'association de la PID avec l'apparition de punaises de lit et aux craintes concernant la vie privée et la sécurité lorsque les gens doivent laisser leurs affaires à l'extérieur pour que les agents de PID puissent travailler.

Références

- Babalola, S., Adedokun, S. T., McCartney-Melstad, A., Okoh, M., Asa, S., Tweedie, I., & Tompsett, A. (2018). Factors associated with caregivers' consistency of use of bed nets in Nigeria: A multilevel multinomial analysis of survey data. *Malaria Journal*, 17(1), 280. <https://doi.org/10.1186/s12936-018-2427-x>
- Bandura, A. (1977). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. 1986, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Callahan R. L. & Becker, S. (2013). Contraceptive intentions and use in rural Bangladesh. Resource document. Population Association of America; <http://paa2013.princeton.edu/papers/130056>. Accessed 17 June 2020.
- Fishbein, M., Triandis, H.C., Kanfer, F. H., Becker, M., Middlestadt, S. E., & Eichler, A. (2001). Factors influencing behavior and behavior change. *Handbook of health psychology*, 3, 17.
- Hunter, G. C., Acosta, A., & Koenker, H. (2016). Incorporating net care into malaria SBCC strategies: A step-by-step guide. VectorWorks Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs.
- Institut National de la Statistique (INS) and ICF International. (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun, 2011*. Calverton, Maryland, USA.
- Institut National de la Statistique (INS) and ICF International. (2019). *Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2018. Indicateurs Clés*. Yaoundé, Cameroon and Rockville, Maryland, USA.
- Kilian, A., Lawford, H., Ujuju, C. N., Abeku, T. A., Nwokolo, E., Okoh, F., & Baba, E. (2016). The impact of behaviour change communication on the use of insecticide treated nets: a secondary analysis of ten post-campaign surveys from Nigeria. *Malaria Journal*, 15(1), 422.
- Kincaid, D. L. (2000). Mass media, ideation, and behavior: a longitudinal analysis of contraceptive change in the Philippines. *Communication Research*, 27(6):723-763. <https://doi.org/10.1177/009365000027006003>
- Koenker, H., Kilian, A., Hunter, G., Acosta, A., Scandurra, L., Fagbemi, B., ... & Lynch, M. (2015). Impact of a behaviour change intervention on long-lasting insecticidal net care and repair behaviour and net condition in Nasarawa State, Nigeria. *Malaria journal*, 14(1), 18.
- Malaria No More (2012). *Cameroon malaria knowledge, attitudes, and practices; progress from 2011 to 2012*. New York, New York, USA.

- Perkins, J. M., Krezanoski, P., Takada, S., Kakuhikire, B., Batwala, V., Tsai, A. C., . . . Bangsberg, D. R. (2019). Social norms, misperceptions, and mosquito net use: A population-based, cross-sectional study in rural Uganda. *Malaria Journal*. <https://doi.org/10.1186/s12936-019-2798-7>
- Ministère de la Santé Publique - Cameroun (2019), Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme au Cameroun 2019-2023. Ministère de la Santé Publique, Yaoundé. Online at: <https://pnlp-cameroun.org/wp-content/uploads/2020/05/PSNLP-2019-2023-CONSOLIDE-TRANSMIS.pdf>
- RBM Partnership to End Malaria. 2017. *Malaria Social and Behavior Change Communication Indicator Reference Guide: Second Edition*. Venier, Switzerland: RBM
- Saleem, S. & Bobak, M. (2005) Women's autonomy, education and contraception use in Pakistan: A national study. *Reproductive Health*, 2(8).
- Storey, J. D., Babalola, S. O., Ricotta, E. E., Fox, K. A., Toso, M., Lewicky, N., & Koenker, H. (2018). Associations between ideational variables and bed net use in Madagascar, Mali, and Nigeria. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5372-2>
- World Health Organization (WHO) (2002). Instructions for treatment and use of insecticide-treated mosquito nets. Geneva, Switzerland: WHO.

5. Annexes

TABEAU A. CARACTÉRISTIQUES DES HABITATIONS, RÉGIONS DU NORD ET DE L'EXTRÊME-NORD, CAMEROUN 2019

CARACTÉRISTIQUE	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 745)	Zones urbaines (n = 668)	Total ¹ (n = 1 413)	Zones rurales (n = 650)	Zones urbaines (n = 693)	Total ¹ (n = 1 343)
Nombre moyen de pièces utilisées pour dormir dans l'habitation	2,5	2,2	2,4**	2,5	2,2	2,4
Nombre de personnes par pièce utilisée pour dormir	2,6	2,3	2,5**	2,3	2,3	2,3
Ménages ayant l'électricité	13,0	72,4	30,8***	13,0	72,4	30,6***
Matériaux du sol						
Terre/Sable/Boue/Argile	87,1	39,8	72,7***	88,5	53,3	76,2***
Ciment	12,0	52,1	24,2***	11,0	40,0	21,2***
Autre	0,9	8,1	3,1***	0,5	6,7	2,7**
Matériaux des murs						
Argile/Terre/Boue/Bambou	66,6	24,8	54,2***	63,4	30,6	51,9***
Ciment	8,1	60,5	23,7***	10,9	41,8	21,8***
Brique	8,8	9,0	8,9	15,0	17,5	15,9
Autre	16,4	5,8	13,3***	10,7	10,2	10,5
Avant-toit						
Partiellement ou totalement ouvert	58,1	38,7	52,2**	67,7	57,5	47,8*
Complètement fermé	41,9	61,3	64,1**	32,3	42,5	35,9*
Remarques :						
¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de chaque caractéristique des ménages entre les ménages urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001						

TABLEAU B. BIENS DURABLES APPARTENANT AUX MÉNAGES, CAMEROUN 2019

BIENS DES MÉNAGES	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 745)	Zones urbaines (n = 668)	Total ¹ (n = 1 413)	Zones rurales (n = 650)	Zones urbaines (n = 693)	Total ¹ (n = 1 343)
Radio	18,1	44,8	26,1***	25,1	49,3	33,6***
Télévision	8,2	50,5	20,9***	6,6	45,2	20,2***
Réfrigérateur	5,1	16,7	5,4***	2,2	11,5	4,2***
Connexion Internet	0,4	8,5	2,9***	0,0	12,1	4,3***
Vélo	10,7	5,7	9,2*	24,6	22,2	23,1
Moto	15,9	21,1	17,5	11,5	29,3	17,8***
Voiture	0,7	3,5	1,5**	0,3	3,7	1,5*
Ordinateur	0,5	7,7	2,7***	0,5	7,4	2,9***
Montre	25,2	53,4	33,7***	29,4	51,5	37,2***
Smartphone ou tablette	4,1	28,6	11,5***	3,9	26,5	11,9***
Téléphone portable simple	68,5	87,7	74,2***	58,9	82,5	67,2***
Remarques :						
¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de la possession de chaque bien entre les répondants urbains et ruraux de chaque région.						
* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001						

TABLEAU C. CARACTÉRISTIQUES DES MEMBRES DES MÉNAGES, CAMEROUN 2019

CARACTÉRISTIQUE	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 4 353)	Zones urbaines (n = 3 019)	Total ¹ (n = 7 372)	Zones rurales (n = 3 357)	Zones urbaines (n = 3 329)	Total ¹ (n = 6 686)
Sexe						
Hommes	47,6	45,4	47,0	52,1	51,0	51,7
Femmes	52,4	54,6	53,0	47,9	49,0	48,3
Âge (années)						
Moyenne	19,0***	23,1	20,0***	20,0	21,7	20,6***
0-4	18,9	13,1	17,5***	12,7	11,5	12,3
5-14	32,8	27,3	31,4***	34,0	30,2	32,7*
15-24	14,3	16,4	14,8	18,1	19,3	18,5

TABLEAU C. CARACTÉRISTIQUES DES MEMBRES DES MÉNAGES, CAMEROUN 2019

CARACTÉRISTIQUE	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 4 353)	Zones urbaines (n = 3 019)	Total ¹ (n = 7 372)	Zones rurales (n = 3 357)	Zones urbaines (n = 3 329)	Total ¹ (n = 6 686)
25-34	14,7	17,1	15,3*	15,2	16,1	15,5
35-44	10,0	13,5	10,9***	11,8	12,4	12,0
45 ou plus	9,3	12,7	10,2***	8,2	10,5	9,0**
Remarques :						
¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence des caractéristiques entre les répondants urbains et ruraux de chaque région.						
* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001						

TABLEAU D. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES HOMMES ET DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants PAR CARACTERISTIQUE SOCIODEMOGRAPHIQUE, PAR REGION

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 046)	Zones urbaines (n = 1 029)	Total ¹ (n = 2 075)	Zones rurales (n = 989)	Zones urbaines (n = 1 243)	Total ¹ (n = 2 232)
Âge (années)						
15-24	22,5	20,8	22,0	22,4	20,2	21,6
25-34	36,5	35,3	36,1	34,3	34,4	34,3
35-44	24,5	28,8	25,7	28,4	30,8	29,2
45 ou plus	16,6	15,2	16,2	14,9	14,6	14,8
Niveau d'études						
Aucun	55,3	40,9	51,2**	57,4	33,5	48,9***
Primaire	28,4	22,8	26,8	29,3	32,2	30,3
Secondaire ou supérieur	16,3	36,3	22,0***	13,3	34,4	20,8***
Religion						
Christianisme	58,1	36,0	51,7***	61,1	36,9	52,4***
Islam	37,5	63,0	44,3***	34,1	62,5	44,3***
Traditionnelle/Sans religion	4,4	1,0	3,4	4,8	0,6	3,3
Total	71,0	29,0	100,0	64,0	36,0	100,0
Remarques :						

¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence des caractéristiques (p. ex. « musulman ») entre les répondants urbains et ruraux de chaque région.

* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

TABLEAU E. ÉCOUTE HEBDOMADAIRE DE LA RADIO, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE RÉPONDANTS QUI ÉCOUTENT LA RADIO AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE¹

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	NORD		EXTRÊME-NORD	
	Parmi tous les répondants (n = 2 282)	Dans les foyers équipés d'une radio (n = 727)	Parmi tous les répondants (n = 2 037)	Dans les foyers équipés d'une radio (n = 805)
Sexe				
Hommes	25,0***	49,0***	36,1***	70,4***
Femmes	11,7	27,6	13,7	30,5***
Âge (années)				
15-24	11,3***	23,7***	13,3***	30,8***
25-34	15,1	34,9	23,9	45,8
35-44	22,2	43,2	26,9	56,4
45 ou plus	23,7	50,5	32,3	70,8
Niveau d'études				
Aucun	10,2***	25,6***	13,6***	37,6***
Primaire	15,9	32,0	26,5	51,7
Secondaire ou supérieur	36,5	54,6	44,3	59,8
Lieu de résidence				
Zones rurales	10,7***	26,8***	16,6***	47,0
Zones urbaines	34,0	47,9	36,7	51,9
Catégorie de richesse des ménages				
Pauvre (deux quintiles inférieurs)	7,7	30,5	9,0	39,9
Plus riche (trois quintiles supérieurs)	26,6	38,6	36,2	51,4
Total	17,4	37,1	23,8	49,6
Remarques :				
¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'écoute de la radio dans chaque région parmi tous les répondants et parmi ceux qui ont une radio dans le ménage. Une différence significative entre deux catégories sociodémographiques (par exemple, différents niveaux d'études) est indiquée par des astérisques à la première ligne de ce groupe sociodémographique.				
* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001				

TABLEAU F. HEURE PRÉFÉRÉE POUR ÉCOUTER LA RADIO DANS LA RÉGION NORD, CAMEROUN 2019

PARMI LES RÉPONDANTS QUI ÉCOUTENT LA RADIO AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	Début de matinée (4- 8 h ; n = 136)	Fin de matinée (8- 12 h ; n = 144)	Après-midi (12- 16 h ; n = 4 2)	Début de soirée (16- 20 h ; n = 108)	Fin de soirée (20 h- minuit ; n = 51)	Tard dans la nuit (minuit- 4 h ; n = 4)
Sexe						
Hommes	32,3	25,4	4,5	20,9	16,6	0,4
Femmes	22,2	33,9	10,6	22,8	9,4	1,1
Âge (années)						
15-24	17,7	35,1	6,5	29,1	10,8	0,8
25-34	28,5	29,9	10,6	19,3	10,8	0,9
35-44	30,1	29,4	6,8	15,6	18,0	0,0
45 ou plus	32,6	21,7	1,9	28,5	14,2	1,0
Niveau d'études						
Aucun	21,9	35,8	8,7	18,2	15,1	0,4
Primaire	22,6	30,6	9,3	22,6	12,8	2,1
Secondaire ou supérieur	35,6	23,1	4,5	23,5	13,3	0,0
Lieu de résidence						
Zones rurales	24,8	30,2	3,8	25,9	14,7	0,7
Zones urbaines	31,4	27,5	9,6	18,2	12,8	0,6
Catégorie de richesse des ménages						
Pauvre (deux quintiles inférieurs)	24,8	29,2	1,0	23,1	21,0	8,4
Plus riche (trois quintiles supérieurs)	29,3	28,6	8,7	21,3	11,6	5,9
Total	28,3	28,8	6,9	21,7	13,7	0,2

TABLEAU G. HEURE PRÉFÉRÉE POUR ÉCOUTER LA RADIO DANS LA RÉGION DE L'EXTRÊME-NORD, CAMEROUN 2019

PARMI LES RÉPONDANTS QUI ÉCOUTENT LA RADIO AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE

	Début de matinée (4- 8 h ; n = 136)	Fin de matinée (8- 12 h ; n = 144)	Après-midi (12- 16 h ; n = 4 2)	Début de soirée (16- 20 h ; n = 108)	Fin de soirée (20 h- minuit ; n = 51)	Tard dans la nuit (minuit- 4 h ; n = 4)
Sexe						
Hommes	28,9	25,8	6,6	30,1	8,2	0,4
Femmes	28,8	29,6	8,8	26,7	5,4	0,6
Âge (années)						
15-24	21,4	27,4	13,1	25,4	12,7	0,0
25-34	28,6	29,1	5,6	31,6	4,9	0,0
35-44	29,8	27,6	9,1	21,6	10,7	1,3
45 ou plus	31,4	22,0	3,4	41,0	2,2	0,0
Niveau d'études						
Aucun	26,3	35,0	7,5	24,3	5,3	1,6
Primaire	26,7	23,6	5,2	38,0	6,5	-
Secondaire ou supérieur	32,7	23,8	9,0	24,9	9,6	-
Lieu de résidence						
Zones rurales	29,6	26,6	6,2	28,7	8,0	0,9
Zones urbaines	28,2	27,4	8,2	29,4	6,7	0,1
Catégorie de richesse des ménages						
Pauvre (deux quintiles inférieurs)	9,7	35,7	5,7	39,6	9,3	-
Plus riche (trois quintiles supérieurs)	33,1	25,1	7,7	26,7	6,9	0,6
Total	28,8	27,0	7,3	29,1	7,3	0,5

TABLEAU H. VISIONNAGE RÉGULIER DE LA TÉLÉVISION, CAMEROUN 2019

PARMIS CEUX QUI REGARDENT LA TÉLÉVISION AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	NORD		EXTRÊME-NORD	
	Parmi tous les répondants (n = 2 282)	Dans les ménages disposant d'un téléviseur (n = 644)	Parmi tous les répondants (n = 2 037)	Dans les ménages disposant d'un téléviseur (n = 563)
Sexe				
Hommes	18,9	69,2	21,2	75,6
Femmes	19,5	72,1	20,7	78,6
Âge (années)				
15-24	18,4	63,3	20,6	80,6
25-34	19,1	72,1	21,4	76,7
35-44	21,2	70,8	19,2	77,4
45 ou plus	17,7	79,9	23,9	74,4
Niveau d'études				
Aucun	10,2	68,9	8,3	58,8
Primaire	18,6	63,5	21,2	82,0
Secondaire ou supérieur	41,2	77,4	50,2	83,4
Lieu de résidence				
Zones rurales	6,8	52,9	6,4	56,0
Zones urbaines	49,8	77,9	46,9	83,9
Catégorie de richesse des ménages				
Pauvre (deux quintiles inférieurs)	1,3	0,0	1,1	4,4
Plus riche (trois quintiles supérieurs)	36,1	72,6	37,6	78,8
Total	19,2	70,9	20,9	77,3

TABLEAU I. HEURE PRÉFÉRÉE POUR REGARDER LA TÉLÉVISION DANS LA RÉGION DU NORD, CAMEROUN 2019

NE COMPREND QUE LES REpondANTS QUI ECOUTENT LA RADIO AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE

	Début de matinée (4- 8 h ; n = 28)	Fin de matinée (8- 12 h ; n = 95)	Après-midi (12- 16 h ; n = 1 06)	Début de soirée (16- 20 h ; n = 321)	Fin de soirée (20 h- minuit ; n = 108)	Tard dans la nuit (minuit- 4 h ; n = 0)
Sexe						
Hommes	4,4	15,1	11,2	41,0	28,3	-
Femmes	3,9	17,0	17,4	49,3	12,5	-
Âge (années)						
15-24	4,1	13,2	13,8	53,2	15,8	-
25-34	3,4	12,5	17,8	46,0	20,4	-
35-44	5,6	21,7	11,1	42,3	19,3	-
45 ou plus	3,3	18,5	14,7	41,0	22,5	-
Niveau d'études						
Aucun	2,3	22,1	16,5	40,4	18,6	-
Primaire	5,5	21,5	21,0	40,3	11,6	-
Secondaire ou supérieur	4,4	9,4	9,7	51,9	24,6	-
Lieu de résidence						
Zones rurales	2,7	23,1	14,0	47,3	12,9	-
Zones urbaines	4,7	13,3	14,9	44,9	22,2	-
Catégorie de richesse des ménages						
Pauvre (deux quintiles inférieurs)	0,0	29,5	7,5	55,4	7,6	-
Plus riche (trois quintiles supérieurs)	4,4	15,2	15,2	44,9	20,3	-
Total	4,1	16,2	14,6	45,6	19,5	0,0

TABLEAU J. HEURE PRÉFÉRÉE POUR REGARDER LA TÉLÉVISION DANS LA RÉGION DE L'EXTRÊME-NORD, CAMEROUN 2019

NE COMPREND QUE LES REpondants QUI REGARDENT LA TELEVISION AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE

	Début de matinée (4- 8 h ; n = 136)	Fin de matinée (8- 12 h ; n = 144)	Après-midi (12- 16 h ; n = 4 2)	Début de soirée (16- 20 h ; n = 108)	Fin de soirée (20 h- minuit ; n = 51)	Tard dans la nuit (minuit- 4 h ; n = 4)
Sexe						
Hommes	5,6	10,3	12,5	30,0	40,9	5,6
Femmes	2,8	12,2	15,7	59,2	10,1	2,8
Âge (années)						
15-24	2,0	14,2	10,1	61,5	10,8	2,0
25-34	4,3	6,4	18,4	43,7	27,1	4,3
35-44	1,7	12,0	16,1	42,1	28,2	1,7
45 ou plus	10,3	17,0	7,4	37,1	28,2	10,3
Niveau d'études						
Aucun	1,9	13,2	22,9	48,1	12,4	1,9
Primaire	1,6	8,4	14,4	52,5	23,2	1,6
Secondaire ou supérieur	6,6	12,3	10,5	40,8	29,8	6,6
Lieu de résidence						
Zones rurales	7,5	16,3	18,6	31,4	24,7	7,5
Zones urbaines	3,2	10,1	13,1	49,5	24,1	3,2
Catégorie de richesse des ménages						
Pauvre (deux quintiles inférieurs)	24,0	19,2	6,4	24,8	25,6	24,0
Plus riche (trois quintiles supérieurs)	3,5	11,1	14,5	46,4	24,2	3,5
Total	4,1	11,3	14,2	45,9	24,2	4,1

TABLEAU K. POSSESSION D'UN TÉLÉPHONE OU D'UNE TABLETTE, CAMEROUN 2019¹

Pourcentage de répondants qui possèdent un téléphone ou une tablette	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 225)	Zones urbaines (n = 972)	Total ¹ (n = 2 197)	Zones rurales (n = 977)	Zones urbaines (n = 959)	Total ¹ (n = 1 936)
Possèdent un téléphone (partagé ou non)	42,1	74,1	50,7***	46,9	75,5	56,3***
Possèdent un téléphone non partagé avec d'autres	36,1	65,9	44,2***	41,7	66,8	49,9***
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de la possession de téléphones ou de tablettes entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001						

TABLEAU L. SOURCES D'EXPOSITION AUX MESSAGES LIÉS AU PALUDISME, CAMEROUN, 2019

NE COMPREND QUE LES RÉPONDANTS QUI ONT ÉTÉ EXPOSÉS À AU MOINS UN MESSAGE

SOURCE	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 366)	Zones urbaines (n = 521)	Total ¹ (n = 887)	Zones rurales (n = 517)	Zones urbaines (n = 631)	Total ¹ (n = 1 148)
Établissement de santé	23,9	25,9	24,6	51,8	46,6	49,7
Agent de santé communautaire	48,9	25,1	40,0***	66,1	50,4*	60,0
Amis/Famille	34,5	27,7	33,0	35,3	26,2*	31,8
Événement communautaire	2,1	0,2	1,4*	0,1	0,2	0,2
Presse papier	3,1	9,9	5,5**	6,1	7,9	6,7
Télévision	3,2	21,9	10,2***	0,9	8,4***	3,8
Radio	14,3	26,0	18,7**	8,4	13,9*	10,9
Responsable communautaire	0,6	3,2	1,6	0,1	2,6	2,3
Total	366	521	887	517	631	1 148
Remarques :						

¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'exposition entre les répondants urbains et ruraux de chaque région.

* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

TABLEAU M. INDICATEURS DE CONNAISSANCES SUR LE PALUDISME, CAMEROUN 2019

Pourcentage de répondants qui :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 221)	Zones urbaines (n = 1 010)	Total ¹ (n = 2 231)	Zones rurales (n = 983)	Zones urbaines (n = 1 024)	Total ¹ (n = 2 007)
Savent que la fièvre est un symptôme du paludisme	85,8	90,2	87,1	93,8	90,7	92,7
Savent que le paludisme est causé par une piqûre de moustique	90,0	95,6	91,6**	96,2	98,1	96,9
Mentionnent au moins une cause incorrecte du paludisme	40,8	41,6	41,1	26,2	27,8	26,8
Mentionnent que le paludisme est causé par les moustiques et ne citent pas de cause incorrecte	52,1	55,1	53,0	70,3	67,9	69,5
Remarques :						
¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région.						
* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001						

TABLEAU N. COMMUNICATION INTERPERSONNELLE SUR LE PALUDISME, RÉGIONS DU NORD ET DE L'EXTRÊME-NORD, CAMEROUN 2019

Pourcentage de répondants qui sont d'accord avec les énoncés suivants :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 246)	Zones urbaines (n = 1 036)	Total ¹ (n = 2 282)	Zones rurales (n = 990)	Zones urbaines (n = 1 047)	Total ¹ (n = 2 037)
Ont parlé du paludisme avec leur conjoint(e)/partenaire au cours des six derniers mois	74,7	73,4	74,3	74,6	72,6	73,9
Ont parlé du paludisme avec un(e) ami(e) ou un membre de la famille au cours des six derniers mois	73,1	73,2	73,1	78,4	75,5	77,4
Ont parlé du paludisme avec leur conjoint(e)/partenaire, un(e)	77,4	75,1	76,7	83,7	78,9	82,0

TABLEAU N. COMMUNICATION INTERPERSONNELLE SUR LE PALUDISME, RÉGIONS DU NORD ET DE L'EXTRÊME-NORD, CAMEROUN 2019

Pourcentage de répondants qui sont d'accord avec les énoncés suivants :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 246)	Zones urbaines (n = 1 036)	Total ¹ (n = 2 282)	Zones rurales (n = 990)	Zones urbaines (n = 1 047)	Total ¹ (n = 2 037)
ami(e) ou un membre de la famille au cours des six derniers mois ²						
Remarques :						
¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de la communication entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. Aucune différence significative n'a été observée.						
² La dernière ligne représente une combinaison des réponses aux énoncés ci-dessus.						

TABLEAU O. PERCEPTION DES AGENTS DE SANTÉ, CAMEROUN 2019

Pourcentage de répondants qui sont d'accord avec les énoncés suivants :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 057)	Zones urbaines (n = 726)	Total ¹ (n = 1 783)	Zones rurales (n = 794)	Zones urbaines (n = 729)	Total ¹ (n = 1 523)
Les agents de santé communautaires de votre communauté traitent leurs patients avec respect	91,0	90,0	90,8	95,2	92,4	94,3
Les professionnels des établissements de santé de cette communauté traitent les patients avec respect	88,5	90,5	89,0	92,6	85,8	90,5
Pourcentage de répondants ayant une attitude positive à l'égard des agents de santé ²	87,4	89,6	87,9	94,0	86,8	91,8
Remarques :						
¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. Aucune différence significative n'a été observée.						
* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001						
² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

TABLEAU P. PERCEPTION DES NORMES CONCERNANT L'UTILISATION DES MII, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants qui pensent que plus de la moitié des membres de leur communauté qui possèdent une moustiquaire dorment sous une moustiquaire chaque nuit

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 246)	Zones urbaines (n = 1 036)	Total ¹ (n = 2 282)	Zones rurales (n = 990)	Zones urbaines (n = 1 047)	Total ¹ (n = 2 037)
Sexe						
Hommes	79,2	66,6	75,7	72,5	70,1	71,6
Femmes	71,1	66,6	69,7**	76,9	74,1	75,9*
Âge (années)						
15-24	66,8	63,1	65,8	74,1	71,6	73,3
25-34	77,3	70,5	75,4	76,9	73,0	75,5
35-44	76,8	70,0	74,6	76,7	72,9	75,2
45 ou plus	76,6	57,8	71,5**	68,5	69,9	69,0
Remarques :						
¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence des normes perçues liées à l'utilisation des MII entre les groupes sociodémographiques des zones rurales et urbaines de chaque région.						
* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001						

TABLEAU Q. MÉNAGES POSSÉDANT AU MOINS UNE MOUSTIQUAIRE, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE MENAGES DISPOSANT D'AU MOINS UNE MII

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 745)	Zones urbaines (n = 668)	Total ¹ (n = 1 413)	Zones rurales (n = 650)	Zones urbaines (n = 693)	Total ¹ (n = 1 343)
Catégorie de richesse des ménages						
Pauvre (deux quintiles inférieurs)	80,8	74,3	80,5	78,2	67,5	76,8
Plus riche (trois quintiles supérieurs)	59,4***	71,2	65,7***	53,7***	65,4	60,0***
Total	73,5	71,4	72,9	68,6	65,8	67,6
Remarques :						
¹ Un test de Wald ajusté a été effectué pour comparer la possession de moustiquaires par les ménages pauvres et les ménages plus riches dans chaque région.						
* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001						

TABLEAU R. MÉNAGES POSSÉDANT AU MOINS UNE MOUSTIQUAIRE POUR DEUX PERSONNES, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE MENAGES DISPOSANT D'AU MOINS UNE MOUSTIQUAIRE POUR DEUX PERSONNES AYANT PASSE LA NUIT PRECEDENTE DANS LE MENAGE

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 745)	Zones urbaines (n = 668)	Total ¹ (n = 1 413)	Zones rurales (n = 650)	Zones urbaines (n = 693)	Total ¹ (n = 1 343)
Catégorie de richesse des ménages						
Pauvre (deux quintiles inférieurs)	44,5	47,3	44,6	29,2	20,1	28,0
Plus riche (trois quintiles supérieurs)	30,4***	45,6	38,4	26,1	31,9*	29,2
Total	39,6	45,7	41,5	28,0	29,8	28,7
Remarques :						
¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la possession de moustiquaires dans les ménages pauvres et les ménages plus riches de chaque région.						
* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001						

TABLEAU S. CARACTÉRISTIQUES DES MII, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE MII PRESENTANT CERTAINES CARACTERISTIQUES DISPONIBLES DANS LES MENAGES

CARACTÉRISTIQUES DES MII	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 073)	Zones urbaines (n = 1 402)	Total ¹ (n = 2 475)	Zones rurales (n = 919)	Zones urbaines (n = 969)	Total ¹ (n = 1 888)
% de MII obtenues gratuitement	100,0	98,1	99,2	98,9	95,1	96,9
Source des MII						
Campagne de distribution massive	90,1	87,8	89,1	77,2	77,9	77,6
SPN	9,6	9,5	9,6	18,5	14,7	16,6
Agent de santé communautaire/ASC	0,1	0,3	0,2	2,9	2,2	2,6
Autre	0,2	2,4	1,2	1,3	5,2	3,3
Âge des MII						

TABLEAU S. CARACTÉRISTIQUES DES MII, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE MII PRESENTANT CERTAINES CARACTERISTIQUES DISPONIBLES DANS LES MENAGES

CARACTÉRISTIQUES DES MII	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 073)	Zones urbaines (n = 1 402)	Total ¹ (n = 2 745)	Zones rurales (n = 919)	Zones urbaines (n = 969)	Total ¹ (n = 1 888)
< 3 ans	60,2	45,4	53,9	21,6	30,7	26,3
3 ans ou plus	39,8	54,6	46,1***	78,4	69,3	73,7***
Emplacement des MII						
Suspendues au-dessus du couchage	40,6	43,0	41,7	51,6	54,2	52,9
Suspendues, repliées et attachées	25,2	27,1	26,0	32,5	30,2	31,3
Non suspendues mais non rangées	3,1	4,3	3,6	2,7	2,3	2,5
Sorties de l'emballage mais rangées	12,1	7,2	10,0	4,2	7,8	6,0
Rangées et toujours dans leur emballage	10,6	9,6	10,2	6,2	2,4	4,2
Autre	8,4	8,8	8,5	2,9	3,0	2,9
Remarques :						
¹ Un test de signification a été effectué pour comparer le pourcentage de moustiquaires présentant différentes caractéristiques dans les ménages urbains et ruraux de chaque région.						
* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001						

TABLEAU T. UTILISATION DES MII PAR LES MEMBRES DES MÉNAGES DISPOSANT D'AU MOINS UNE MII ET DES MÉNAGES DISPOSANT D'UN NOMBRE SUFFISANT DE MII, CAMEROUN 2019

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	NORD ¹		EXTRÊME-NORD ¹	
	Ménages disposant d'au moins une moustiquaire (n = 3 115)	Ménages disposant d'un nombre suffisant de moustiquaires (n = 2 127)	Ménages disposant d'au moins une moustiquaire (n = 2 328)	Ménages disposant d'un nombre suffisant de moustiquaires (n = 2 309)
Sexe				
Hommes	55,9	72,8	70,7	84,7
Femmes	65,4***	77,3*	78,1***	88,7*
Âge (années) ²				

< 5 ans	65,9	84,4	89,4	94,3
5-17 ans	53,3***	69,5***	69,9***	85,8***
18 ans ou plus	64,4	75,9***	73,2***	85,5***
Catégorie de richesse des ménages				
Pauvre (deux quintiles inférieurs)	58,5	73,6	75,2	88,5
Plus riche (trois quintiles supérieurs)	63,6	77,3	72,9	85,0
Type de résidence				
Zones rurales	59,5	73,4	75,5	88,0
Zones urbaines	64,5	79,7	71,4	84,1
Total	60,7	75,2	74,2	86,6
Remarques :				
¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'utilisation de moustiquaires dans chaque région parmi les ménages disposant d'au moins une moustiquaire et parmi les ménages disposant d'un nombre suffisant de moustiquaires dans différentes catégories sociodémographiques. ² Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la tranche d'âge des 5-17 ans et celle des 18 ans ou plus avec les enfants de moins de 5 ans dans chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001				

TABLEAU U. CONNAISSANCE DU PROGRAMME DE CHIMIOPRÉVENTION SAISONNIÈRE DU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants QUI :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 710)	Zones urbaines (n = 533)	Total ¹ (n = 1 243)	Zones rurales (n = 545)	Zones urbaines (n = 529)	Total ¹ (n = 1 074)
Ont entendu parler d'un médicament donné aux enfants de moins de 5 ans pour prévenir le paludisme pendant la saison des pluies	83,6	77,4	81,9	88,8	89,1	88,9
Savent que pendant la saison des pluies, les enfants doivent prendre le médicament pendant quatre mois pour prévenir le paludisme	14,5	7,6	12,7*	24,0	21,8	23,3
Savent combien de jours par mois les enfants doivent prendre le médicament pendant la saison des pluies pour prévenir le paludisme	44,5	51,1	46,2	55,2	54,3	54,9

TABLEAU U. CONNAISSANCE DU PROGRAMME DE CHIMIOPRÉVENTION SAISONNIÈRE DU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants QUI :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 710)	Zones urbaines (n = 533)	Total ¹ (n = 1 243)	Zones rurales (n = 545)	Zones urbaines (n = 529)	Total ¹ (n = 1 074)
Savent à la fois combien de jours par mois et combien de mois par saison un enfant doit prendre un traitement de CSP	9,8	5,7	8,7	23,2	21,1	22,5
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence des connaissances pour chaque item entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001						

TABLEAU V. ATTITUDES À L'ÉGARD DE LA CHIMIOPRÉVENTION SAISONNIÈRE DU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE RÉPONDANTS QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 710)	Zones urbaines (n = 533)	Total ¹ (n = 1 243)	Zones rurales (n = 545)	Zones urbaines (n = 529)	Total ¹ (n = 1 074)
La distribution en porte-à-porte des médicaments pour prévenir le paludisme chez les enfants pendant la saison des pluies est plus pratique pour moi que la distribution en établissement de santé.	91,5	85,4	90,0*	86,4	84,3	85,7
Les responsables de ma communauté soutiennent la distribution des médicaments qui préviennent le paludisme chez les enfants pendant la saison des pluies.	92,3	88,7	91,4	91,6	93,5	92,2
Les chefs religieux de ma communauté soutiennent la distribution de médicaments pour prévenir le paludisme chez les enfants pendant la saison des pluies.	94,4	85,7	92,2***	89,6	91,8	90,3
Les personnes qui distribuent les médicaments qui préviennent le paludisme chez	64,8	55,3	62,4*	38,0	25,8	34,0

TABLEAU V. ATTITUDES À L'ÉGARD DE LA CHIMIOPRÉVENTION SAISONNIÈRE DU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE RÉPONDANTS QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 710)	Zones urbaines (n = 533)	Total ¹ (n = 1 243)	Zones rurales (n = 545)	Zones urbaines (n = 529)	Total ¹ (n = 1 074)
les enfants dans ma communauté obligent les parents à accepter ces médicaments.						
Je ne fais pas confiance aux personnes qui distribuent ou administrent le médicament pour prévenir le paludisme chez les enfants.	31,0	27,0	30,0	20,6	17,9	19,7
Les enfants en bonne santé n'ont pas besoin de prendre de médicaments pour prévenir le paludisme pendant la saison des pluies.	54,1	40,1	50,6*	29,8	22,8	27,5
Les médicaments administrés pour prévenir le paludisme pendant la saison des pluies peuvent nuire aux enfants.	47,9	36,6	45,1	46,9	37,0	43,7*
Pourcentage de répondants ayant une attitude favorable à l'égard de la CSP ²	76,4	79,1	77,1	80,7	86,6	82,6
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

TABLEAU W. EFFICACITÉ PERÇUE DE LA CHIMIOPRÉVENTION SAISONNIÈRE DU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE RÉPONDANTS QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 710)	Zones urbaines (n = 533)	Total ¹ (n = 1 243)	Zones rurales (n = 545)	Zones urbaines (n = 529)	Total ¹ (n = 1 074)
Les médicaments donnés aux enfants pour prévenir le paludisme pendant la saison	96,2	90,7	94,8***	91,9	93,3	92,3

TABLEAU W. EFFICACITÉ PERÇUE DE LA CHIMIOPRÉVENTION SAISONNIÈRE DU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE RÉPONDANTS QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 710)	Zones urbaines (n = 533)	Total ¹ (n = 1 243)	Zones rurales (n = 545)	Zones urbaines (n = 529)	Total ¹ (n = 1 074)
des pluies sont efficaces pour prévenir le paludisme.						
Si tous les enfants de ma communauté prennent les médicaments pour prévenir le paludisme, il y aura moins de cas de paludisme.	90,2	88,8	89,9	93,6	93,8	93,7
Un enfant a les mêmes risques de contracter le paludisme, qu'il prenne ou non les médicaments prescrits pour prévenir le paludisme pendant la saison des pluies	48,9	39,8	46,6	48,3	43,4	46,7
Pourcentage de répondants qui considèrent que la CSP est efficace pour prévenir le paludisme ²	76,4	79,1	77,1	80,7	86,6	82,6
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

TABLEAU X. AUTO-EFFICACITÉ PERÇUE POUR LA CHIMIOPRÉVENTION SAISONNIÈRE DU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants qui DECLARENT ETRE EN MESURE DE FAIRE CE QUI SUIT :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 317)	Zones urbaines (n = 279)	Total ¹ (n = 596)	Zones rurales (n = 274)	Zones urbaines (n = 291)	Total ¹ (n = 565)
Faire en sorte que vos enfants de moins de cinq ans prennent les médicaments qui préviennent le paludisme pendant la saison des pluies.	97,4	89,3	95,0**	96,3	93,6	95,3
Trouver l'argent nécessaire pour emmener votre enfant	89,1	86,8	88,5	91,5	84,4	89,0*

TABLEAU X. AUTO-EFFICACITÉ PERÇUE POUR LA CHIMIOPRÉVENTION SAISONNIÈRE DU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants QUI DECLARENT ETRE EN MESURE DE FAIRE CE QUI SUIT :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 317)	Zones urbaines (n = 279)	Total ¹ (n = 596)	Zones rurales (n = 274)	Zones urbaines (n = 291)	Total ¹ (n = 565)
dans un établissement de santé lorsque vous avez manqué la distribution en porte-à-porte des médicaments qui préviennent le paludisme chez les enfants.						
Obtenir l'autorisation de votre mari ou d'un autre membre de la famille pour donner à vos enfants les médicaments qui préviennent le paludisme.	95,2	83,9	91,8**	88,7	87,0	88,1
Faire en sorte que votre enfant prenne toutes les doses des médicaments administrés pour prévenir le paludisme le deuxième et troisième jour.	97,5	91,4	95,7**	96,7	94,0	95,7
Pourcentage de répondants qui déclarent pouvoir adopter des comportements liés à la CSP ²	97,4	92,7	96,0*	96,8	95,4	96,3
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

TABLEAU Y. PERCEPTION DES AGENTS DE SANTÉ CONCERNANT LA DISTRIBUTION DE LA CHIMIOPRÉVENTION SAISONNIÈRE DU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondANTS QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ÉNONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 057)	Zones urbaines (n = 726)	Total ¹ (n = 1 783)	Zones rurales (n = 794)	Zones urbaines (n = 727)	Total ¹ (n = 1 521)
Les agents de santé communautaires de votre communauté viennent plusieurs fois pendant la saison des pluies pour distribuer les médicaments qui préviennent le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.	90,9	84,4	89,3**	86,1	87,8	86,6
Dans votre communauté, les établissements de santé disposent toujours des médicaments qui préviennent le paludisme chez les enfants pendant la saison des pluies.	89,8	83,1	88,2**	75,7	74,8	75,4
Pourcentage de répondants ayant une perception positive des agents de santé impliqués dans la distribution de la CSP ²	92,8	84,9	90,9***	81,9	82,1	84,7
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

TABLEAU Z. ATTITUDES À L'ÉGARD DU RECOURS AUX SOINS ET DU TRAITEMENT DU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 710)	Zones urbaines (n = 533)	Total ¹ (n = 1 243)	Zones rurales (n = 545)	Zones urbaines (n = 529)	Total ¹ (n = 1 074)
Les professionnels de la santé sont toujours les meilleures personnes à qui parler lorsque vous pensez que votre enfant peut être atteint de paludisme.	93,3	93,3	93,3	93,9	95,5	94,5
Il n'est pas nécessaire qu'un patient continue à prendre toutes les doses de médicaments contre le paludisme s'il est déjà guéri.	39,2	39,9	39,4	37,7	29,8	35,1
Une personne ne doit prendre des médicaments contre le paludisme que si un professionnel de la santé confirme que sa fièvre est réellement due au paludisme.	84,7	87,4	85,4	87,5	85,3	86,8
Si un professionnel de la santé affirme qu'un patient n'est pas atteint de paludisme, ce patient doit demander un médicament contre le paludisme au cas où il en aurait besoin.	64,2	52,9	61,4	45,5	43,5	44,9
Lorsque mon enfant a de la fièvre, il est préférable de commencer par lui donner les médicaments contre le paludisme que j'ai à la maison.	83,6	76,2	81,7*	78,3	70,2	75,7
Il est important de prendre tous les médicaments antipaludiques prescrits pour garantir un rétablissement complet.	92,9	93,1	92,9*	92,7	95,5	93,6
Lorsque mon enfant a de la fièvre, je ne vais pas directement dans un établissement de santé : je vais d'abord ailleurs pour acheter des médicaments pour mon enfant.	62,4	55,5	60,7	53,3	34,6	47,3**

TABLEAU Z. ATTITUDES À L'ÉGARD DU RECOURS AUX SOINS ET DU TRAITEMENT DU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondANTS QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 710)	Zones urbaines (n = 533)	Total ¹ (n = 1 243)	Zones rurales (n = 545)	Zones urbaines (n = 529)	Total ¹ (n = 1 074)
Pourcentage de répondants ayant une attitude favorable au recours aux soins et au traitement du paludisme ²	65,9	72,7	67,6	73,4	82,0	76,2
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

TABLEAU AA. EFFICACITÉ PERÇUE DES TESTS DE DÉPISTAGE DU PALUDISME, PAR CARACTÉRISTIQUE CONTEXTUELLE ET PAR RÉGION, CAMEROUN 2019¹

CARACTÉRISTIQUES CONTEXTUELLES	NORD (n = 1 243)	EXTRÊME-NORD (n = 1 074)
Sexe		
Hommes	42,9	54,2
Femmes	40,6	60,4
Tranche d'âge		
15-24	34,2	53,4
25-34	42,3	63,5
35-44	41,9	50,8
45 et plus	46,8**	55,3
Lieu de vie		
Zones rurales	38,6	52,3
Zones urbaines	51,9*	65,4*
Niveau d'études		
Aucun	40,8	49,2
Primaire	39,7	63,0
Secondaire ou supérieur	47,3	65,4**
Catégorie de richesse des ménages		

TABLEAU AA. EFFICACITÉ PERÇUE DES TESTS DE DÉPISTAGE DU PALUDISME, PAR CARACTÉRISTIQUE CONTEXTUELLE ET PAR RÉGION, CAMEROUN 2019¹

CARACTÉRISTIQUES CONTEXTUELLES	NORD (n = 1 243)	EXTRÊME-NORD (n = 1 074)
Pauvre (deux quintiles inférieurs)	36,6	53,5
Plus riche (trois quintiles supérieurs)	47,6**	59,3
Tous les répondants	42,0	56,5
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'efficacité perçue des tests de dépistage du paludisme entre les groupes sociodémographiques de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001		

TABLEAU AB. AUTO-EFFICACITÉ PERÇUE POUR DÉPISTER ET SOIGNER LE PALUDISME, RÉGIONS DU NORD ET DE L'EXTRÊME-NORD, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 710)	Zones urbaines (n = 533)	Total1 (n = 1 243)	Zones rurales (n = 545)	Zones urbaines (n = 529)	Total1 (n = 1 074)
Trouver l'argent nécessaire pour emmener votre enfant dans un établissement de santé dès les premiers symptômes du paludisme.	97,4	97,0	97,3	95,6	95,5	95,6
Obtenir la permission de votre mari ou d'un autre membre de la famille pour emmener votre enfant dans un établissement de santé/auprès d'un professionnel de la santé lorsqu'il a de la fièvre.	94,4	91,0	93,5	96,1	95,1	95,8
Emmener votre enfant dans un établissement de santé le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre.	93,6	95,4	94,1	96,7	96,2	96,5
Demander une analyse sanguine dans l'établissement de santé lorsque vous pensez que votre enfant pourrait avoir le paludisme.	93,5	94,2	93,7	91,0	95,8	92,5*

TABLEAU AB. AUTO-EFFICACITÉ PERÇUE POUR DÉPISTER ET SOIGNER LE PALUDISME, RÉGIONS DU NORD ET DE L'EXTRÊME-NORD, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants QUI SONT D'ACCORD AVEC LES énoncés SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 710)	Zones urbaines (n = 533)	Total ¹ (n = 1 243)	Zones rurales (n = 545)	Zones urbaines (n = 529)	Total ¹ (n = 1 074)
Veiller à ce que votre enfant prenne tout le médicament qui lui est prescrit pour le paludisme.	97,8	98,6	98,0	96,5	98,3	97,1
Trouver l'argent nécessaire pour payer les médicaments que le professionnel de la santé recommande pour traiter le paludisme.	96,2	96,9	96,4	95,6	95,1	95,4
Pourcentage de répondants ayant une perception d'auto-efficacité pour le dépistage et le traitement du paludisme ²	97,3	98,0	97,5	98,9	98,3	98,7
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

TABLEAU AC. PERCEPTION DES NORMES COMMUNAUTAIRES, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants AYANT DECLARE CE QUI SUIIT :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 246)	Zones urbaines (n = 1036)	Total ¹ (n = 1 162)	Zones rurales (n = 990)	Zones urbaines (n = 1047)	Total ¹ (n = 2 037)
Au moins la moitié des gens emmènent leurs enfants voir un agent de santé communautaire le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre.	59,4	59,6	59,5	58,9	63,5	60,6

TABLEAU AC. PERCEPTION DES NORMES COMMUNAUTAIRES, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants AYANT DECLARE CE QUI SUIT :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 246)	Zones urbaines (n = 1036)	Total ¹ (n = 1 162)	Zones rurales (n = 990)	Zones urbaines (n = 1047)	Total ¹ (n = 2 037)
Au moins la moitié des enfants de votre communauté qui ont de la fièvre et qui sont emmenés chez un agent de santé communautaire ou dans un établissement de santé passent un test de dépistage du paludisme.	61,5	67,9	63,3	57,0	62,4	58,9
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence des normes communautaires entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. Aucune différence significative n'a été observée.						

TABLEAU AD. PERCEPTION DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES CONCERNANT LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 057)	Zones urbaines (n = 726)	Total ¹ (n = 1 783)	Zones rurales (n = 794)	Zones urbaines (n = 728)	Total ¹ (n = 1 522)
Les agents de santé communautaires de cette communauté savent comment traiter le paludisme chez les enfants.	73,9	68,6	72,6	74,9	72,8	74,2
Les agents de santé communautaires de ma communauté font payer aux parents d'enfants de moins de cinq ans l'analyse sanguine pour savoir si un enfant a le paludisme.	52,2	49,5	51,6	31,3	33,6	32,0
Les agents de santé communautaires de ma communauté font payer aux parents les médicaments pour traiter le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.	37,8	42,3	38,9	28,9	26,4	28,1

TABLEAU AD. PERCEPTION DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES CONCERNANT LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 057)	Zones urbaines (n = 726)	Total ¹ (n = 1 783)	Zones rurales (n = 794)	Zones urbaines (n = 728)	Total ¹ (n = 1 522)
Pourcentage de répondants ayant une perception favorable des agents de santé communautaires en ce qui concerne le diagnostic et le traitement du paludisme ²	53,0	43,4	50,6	65,0	67,2	65,7
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. Aucune différence significative n'a été observée. ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

TABLEAU AE. PERCEPTION DES AGENTS DE SANTÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ CONCERNANT LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 057)	Zones urbaines (n = 726)	Total ¹ (n = 1 783)	Zones rurales (n = 794)	Zones urbaines (n = 728)	Total ¹ (n = 1 522)
Les professionnels des établissements de santé de ma communauté font payer aux parents d'enfants de moins de cinq ans l'analyse sanguine pour savoir si un enfant a le paludisme.	69,4*	60,0	67,1	57,9	53,5	56,5
Les professionnels des établissements de santé de cette communauté savent comment traiter le paludisme chez les enfants.	93,1	93,3	93,2	90,6	91,4	90,9
Les professionnels des établissements de santé de ma communauté font payer aux parents les médicaments pour	57,8	54,6	57,0	44,3	42,8	43,8

TABLEAU AE. PERCEPTION DES AGENTS DE SANTÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ CONCERNANT LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DU PALUDISME, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ENONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 057)	Zones urbaines (n = 726)	Total ¹ (n = 1 783)	Zones rurales (n = 794)	Zones urbaines (n = 728)	Total ¹ (n = 1 522)
traiter le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.						
Pourcentage de répondants ayant une perception favorable des établissements/professionnels de santé en ce qui concerne le diagnostic et le traitement du paludisme ²	38,4	43,2	39,6	50,9	53,8	51,8
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

TABLEAU AF. POURCENTAGE D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS AYANT EU DE LA FIÈVRE AU COURS DES DEUX SEMAINES PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, PAR RÉGION ET AUTRES CARACTÉRISTIQUES, CAMEROUN 2019

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	NORD ¹ (n = 1 273)	EXTRÊME-NORD ¹ (n = 825)
Lieu de vie		
Zones rurales	18,0	20,0
Zones urbaines	24,0*	19,9
Quintile de richesse		
Pauvre (deux quintiles inférieurs)	17,8	21,2
Plus riche (trois quintiles supérieurs)	22,3	18,2
Niveau d'études		
Aucune éducation officielle	20,0	19,7
Primaire	20,0	21,3
Secondaire ou supérieur	22,4	17,4
Total	20,3	19,9
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de cinq ans entre les groupes sociodémographiques de chaque région.		

* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

TABLEAU AG. PRÉVALENCE DES COMPORTEMENTS DE RECOURS AUX SOINS, DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT POUR LES ENFANTS ATTEINTS DE FIÈVRE, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondANTS AYANT DECLARE CE QUI SUIT :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 125)	Zones urbaines (n = 97)	Total ¹ (n = 222)	Zones rurales (n = 75)	Zones urbaines (n = 73)	Total ¹ (n = 148)
Ont cherché des conseils ou un traitement pour un enfant ayant de la fièvre le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre	52,8	50,5	51,8	84,0	79,5	81,8
Ont emmené un enfant ayant de la fièvre dans un établissement de santé ou auprès d'un ASC à tout moment pendant la maladie	41,6	42,3	41,9	69,3	74,0	71,6
Ont emmené un enfant ayant de la fièvre dans un établissement de santé ou auprès d'un ASC en premier recours pendant la maladie	41,6	40,2	41,0	61,3	63,0	62,2
Ont emmené un enfant ayant de la fièvre dans un établissement de santé ou auprès d'un ASC en premier recours, le jour même ou le lendemain de l'apparition de la fièvre	33,6	32,0	32,9	56,0	58,9	57,4
Remarques :						
¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de chaque comportement entre les femmes s'occupant d'enfants qui vivent dans les zones urbaines et rurales de chaque région. Aucune différence significative n'a été observée.						

TABLEAU AH. ATTITUDES À L'ÉGARD DU TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondants QUI SONT D'ACCORD AVEC LES éNONCES SUIVANTS :	NORD			EXTRêME-NORD		
	Zones rurales (n = 1 229)	Zones urbaines (n = 983)	Total ¹ (n = 2 212)	Zones rurales (n = 981)	Zones urbaines (n = 973)	Total ¹ (n = 1 954)
Les femmes enceintes peuvent prendre le médicament pour prévenir le paludisme à jeun.	28,9	26,6	28,3	24,5	20,5	23,2
Les médicaments administrés aux femmes enceintes pour les empêcher de contracter le paludisme sont sans danger pour elles et leurs bébés.	80,4	82,8	81,0	72,8	79,0	74,8
Une femme enceinte doit prendre plusieurs doses de médicaments pour se protéger du paludisme pendant sa grossesse.	78,5	75,1	77,6	67,2	67,0	67,1
Pourcentage de répondants ayant une attitude favorable à l'égard du TPIg ²	64,2	67,3	65,0	65,2	73,0	67,8
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. Aucune différence significative n'a été observée. ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

TABLEAU AI. ATTITUDES À L'ÉGARD DU TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE, PAR CARACTÉRISTIQUE CONTEXTUELLE ET PAR RÉGION, CAMEROUN 2019¹

CARACTÉRISTIQUES CONTEXTUELLES	NORD (n = 1 243)	EXTRêME-NORD (n = 1 074)
Sexe		
Hommes	64,9	69,6
Femmes	65,1	66,4
Tranche d'âge		

TABLEAU AI. ATTITUDES À L'ÉGARD DU TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE, PAR CARACTÉRISTIQUE CONTEXTUELLE ET PAR RÉGION, CAMEROUN 2019¹

CARACTÉRISTIQUES CONTEXTUELLES	NORD (n = 1 243)	EXTRÊME-NORD (n = 1 074)
15-24	57,7	61,1
25-34	66,5	72,0
35-44	66,8	71,1
45 et plus	69,0*	61,1**
Niveau d'études		
Aucun	63,9	65,9
Primaire	64,6	67,4
Secondaire ou supérieur	68,1	73,3
Catégorie de richesse des ménages		
Pauvre (deux quintiles inférieurs)	64,9	66,1
Plus riche (trois quintiles supérieurs)	68,5	69,3
Pourcentage de répondants ayant une attitude favorable à l'égard du TPIg	65,0	67,8
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence des attitudes favorables entre ou parmi les groupes sociodémographiques au sein de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001		

TABLEAU AJ. AUTO-EFFICACITÉ PERÇUE POUR LES SOINS PRÉNATALS CHEZ LES FEMMES INTERROGÉES, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondantes QUI ESTIMENT QU'ELLES POURRAIENT FAIRE CE QUI SUIIT :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 975)	Zones urbaines (n = 806)	Total ¹ (n = 1 781)	Zones rurales (n = 775)	Zones urbaines (n = 797)	Total ¹ (n = 1 572)
Se rendre à une consultation prénatale dès qu'elles pensent être enceintes	81,6	81,4	81,5	67,7	74,2	69,9
Convaincre leur époux/partenaire de les accompagner dans un établissement de santé pour les soins prénatals	79,1	78,1	78,8	64,8	65,3	65,0

TABLEAU AJ. AUTO-EFFICACITÉ PERÇUE POUR LES SOINS PRÉNATALS CHEZ LES FEMMES INTERROGÉES, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondantes QUI ESTIMENT QU'ELLES POURRAIENT FAIRE CE QUI SUIIT :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 975)	Zones urbaines (n = 806)	Total ¹ (n = 1 781)	Zones rurales (n = 775)	Zones urbaines (n = 797)	Total ¹ (n = 1 572)
Se rendre à au moins quatre consultations prénatales dans un établissement de santé	87,1	86,0	86,8	80,4	84,2	81,7
Assister à des consultations prénatales même si leur chef religieux n'est pas d'accord	78,4	72,6	76,7	71,3	71,7	71,5
Pourcentage de femmes ayant une perception d'auto-efficacité pour assister aux consultations de SPN ²	85,8	84,8	85,5	76,5	79,1	77,4
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. Aucune différence significative n'a été observée. ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

TABLEAU AK. AUTO-EFFICACITÉ PERÇUE POUR LE TPIg PARMI LES FEMMES INTERROGÉES, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE REpondantes QUI SONT D'ACCORD POUR DIRE QU'ELLES POURRAIENT FAIRE CE QUI SUIT :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 975)	Zones urbaines (n = 806)	Total ¹ (n = 1 78 1)	Zones rurales (n = 775)	Zones urbaines (n = 797)	Total ¹ (n = 1 572)
Prendre le médicament pour prévenir le paludisme au moins trois fois pendant leur grossesse	87,8	87,9	87,8	79,3	85,0	81,3
Demander le médicament qui aide à prévenir le paludisme lorsqu'elles se rendent aux soins prénatals	83,7	82,6	83,3	72,0	79,7	74,7
Pourcentage de femmes qui sont d'accord pour dire qu'elles pourraient recevoir un TPIg ²	84,4	81,7	83,6	77,5	85,2	80,2*
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

TABLEAU AL. AUTO-EFFICACITÉ PERÇUE DES RÉPONDANTS MASCULINS POUR SOUTENIR LEUR ÉPOUSE/PARTENAIRE DANS LEUR PARTICIPATION AUX SPN, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE D'HOMMES QUI ESTIMENT POUVOIR FAIRE CE QUI SUIT :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 254)	Zones urbaines (n = 176)	Total ¹ (n = 430)	Zones rurales (n = 206)	Zones urbaines (n = 175)	Total ¹ (n = 381)
Soutenir mon épouse/partenaire pour qu'elle puisse bénéficier de soins prénatals dès qu'elle pense être enceinte	95,5	95,7	95,6	86,6	95,4	89,3*
Accompagner mon épouse dans un établissement de santé pour les soins prénatals	81,5	85,1	82,4	78,4	76,7	77,9
Aider mon épouse/ma partenaire à se rendre à au moins quatre consultations prénatales dans un établissement de santé pendant sa grossesse	94,5	97,1	95,1	87,4	93,6	89,3
Soutenir mon épouse/ma partenaire pour qu'elle puisse bénéficier de soins prénatals, même si mon chef religieux n'est pas d'accord	85,8	93,9	87,8	81,9	86,0	83,2
Pourcentage d'hommes qui sont d'accord pour dire qu'ils sont en mesure de soutenir leur épouse/partenaire dans sa participation aux SPN ²	92,9	95,9	93,6	87,7	92,4	89,2
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

TABLEAU AM. AUTO-EFFICACITÉ PERÇUE DES RÉPONDANTS MASCULINS POUR SOUTENIR LEUR ÉPOUSE/PARTENAIRE AFIN QU'ELLE REÇOIVE OU DEMANDE UN TPIg, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE D'HOMMES QUI ESTIMENT POUVOIR FAIRE CE QUI SUIT :	NORD			EXTRÊME-NORD		
	Zones rurales (n = 254)	Zones urbaines (n = 176)	Total ¹ (n = 430)	Zones rurales (n = 206)	Zones urbaines (n = 175)	Total ¹ (n = 381)
Soutenir mon épouse/ma partenaire pour qu'elle prenne le médicament pour prévenir le paludisme au moins trois fois pendant sa grossesse	94,1	97,1	94,9	88,9	91,9	89,8
Soutenir mon épouse/ma partenaire pour qu'elle demande le médicament qui aide à prévenir le paludisme lorsqu'elle se rend aux soins prénatals	93,3	96,4	94,0	82,7	90,6	85,1
Pourcentage d'hommes qui sont d'accord pour dire qu'ils sont en mesure de soutenir leur épouse/partenaire afin qu'elle reçoive un TPIg ²	93,2	95,8	93,9	89,1	92,2	90,1
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de l'accord avec chaque énoncé entre les répondants urbains et ruraux de chaque région. Aucune différence significative n'a été observée. ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.						

TABLEAU AN. PERCEPTION DES AGENTS DE SANTÉ FOURNISSANT LES SPN ET LE TPIg, CAMEROUN 2019

POURCENTAGE DE RÉPONDANTS QUI SONT D'ACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS :	NORD (n = 1 783)	EXTRÊME-NORD ¹ n = 1 520)
Les fournisseurs de soins prénatals de cette communauté traitent généralement les femmes enceintes avec respect	85,8	78,5
Si une femme se rend dans un établissement de santé pendant les deux premiers mois de sa grossesse, les professionnels de la santé la renverront chez elle	30,0	12,7*
Si une femme enceinte se rend dans un établissement de santé sans son mari/partenaire, les professionnels de la santé la renverront chez elle.	20,9	11,2
Dans votre communauté, les professionnels de la santé font payer aux femmes enceintes le médicament (SP/Fansidar/Maloxine) pour prévenir le paludisme.	24,7	18,7
Les professionnels des établissements de santé de cette communauté proposent toujours aux femmes enceintes les médicaments nécessaires pour prévenir le paludisme	86,8	60,5*
Les professionnels des établissements de santé de cette communauté ne donnent aux femmes enceintes le médicament pour prévenir le paludisme que si elles ont mangé au préalable.	73,2	50,3
Pourcentage de répondants ayant une perception favorable des agents de santé ²	78,1	76,7
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de chaque énoncé entre les répondants du Nord et de l'Extrême-Nord. *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001 ² La dernière ligne représente la variable composite qui a été créée sur la base des scores correspondant à chacun des énoncés ci-dessus.		

TABLEAU AO. PRÉVALENCE DE TROIS RÉSULTATS DES SOINS PRÉNATALS PAR CARACTÉRISTIQUE CONTEXTUELLE, CAMEROUN 2019

CARACTÉRISTIQUES CONTEXTUELLES	AU MOINS UNE CONSULTATION DE SPN ¹		4 CONSULTATIONS DE SPN OU PLUS ¹		SPN PRECOCES ¹	
	NORD (n = 609)	EXTRÊME-NORD (n = 406)	NORD (n = 609)	EXTRÊME-NORD (n = 406)	NORD (n = 609))	EXTRÊME-NORD (n = 406)
Tranche d'âge						
15-24	82,4	79,3	65,3	60,7	28,5	38,7
25-34	82,2	79,5	62,9	60,1	25,1	41,2
35-44	80,6	75,3	60,4	49,8	32,0	24,7
45 et plus	61,4	73,8	51,6	48,0	-	25,8
Niveau d'études						
Aucun	77,4	71,3	57,2	46,2	22,9	25,7
Primaire	86,2	86,9	69,4	74,2	30,7	54,4
Enseignement secondaire ou supérieur	93,4	88,1	81,3	69,7	38,7	43,5
Lieu de résidence						
Zones rurales	79,1	73,5	63,1	53,0	24,4	31,7
Zones urbaines	89,2	88,6	62,6	70,0	33,6	49,5
Quintiles de richesse des ménages						
Le plus bas	81,6	77,0	58,6	65,7	22,2	21,8
Deuxième	67,5	85,7	49,8	54,1	21,5	43,0
Intermédiaire	85,5	74,9	74,0	52,6	31,5	34,0
Quatrième	90,4	70,2	73,1	56,9	28,8	44,7
Le plus haut	94,1	86,9**	70,4	70,6*	37,3	53,7**
Total	81,5	78,9	63,0	59,0	26,6	38,1
Remarques : ¹ Des tests de Wald ajustés ont été effectués pour comparer la prévalence de chaque comportement dans chaque région en fonction de différentes caractéristiques contextuelles. *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001						

TABLEAU AP. RÉCEPTION DE MII PENDANT LA GROSSESSE PAR CARACTÉRISTIQUE CONTEXTUELLE, CAMEROUN 2019

CARACTÉRISTIQUES CONTEXTUELLES	NORD (n = 1 783)	EXTRÊME-NORD ¹ n = 1 520)
Tranche d'âge		
15-24	61,0	78,1
25-34	62,8	69,9
35-44	64,7	67,2
45 et plus	66,5	65,0
Niveau d'études		
Aucun	62,5	74,3
Primaire	61,8	70,4
Enseignement secondaire ou supérieur	64,6	75,5
Lieu de résidence		
Zones rurales	66,6	71,0
Zones urbaines	51,3	75,9
Catégorie de richesse des ménages		
Pauvre (deux quintiles inférieurs)	69,3	71,1
Plus riche (trois quintiles supérieurs)	64,0	68,2
Total	62,6	72,9