



ES – REALISATIONS – CONSEILS

REPUBLIQUE DU SENEGAL

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE



PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME
(PNLP)



ENQUETE NATIONALE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME AU SENEGAL

RAPPORT FINAL

GROUPE SOTERCO

Etudes – Réalisations – Ingénierie -- Conseil

NINEA: 004020616.2C2 – Cité Immo 2000, R31 Hann Maristes 2 Dakar
Sénégal –BP: 27289 DakarTél : + (221) 33832 26 35 - Fax : + (221) 33832 26
35 -GSM : +(221) 77 519 39 07

MAI 2017

Email: soterco@orange.sn – Site Web: www.groupeoterco.com

SIGLES ET ABREVIATIONS

AAC	Association des acteurs communautaires
ACS	Agent communautaire de santé
ACT	Artemisinin combined Therapy
ADEMAS	Agence de Développement pour le Marketing Social
AID	Aspersions Intra Domiciliaire
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la démographie
AQ	Amodiaquine
ASBEF	Association Sénégalaise pour le bien être familiale
ASC	Agent de santé communautaire
BREIPS	Bureau Régional de l'Education pour la santé
CAP	Connaissance Attitudes Pratiques
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNERS	Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé
CPN	Consultation Périnatale
CPON	Consultations Post-Natales
CPS	Chimio prévention saisonnière
CSS	Compagnie Sucrière Sénégalaise
CTA	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine
CU	Couverture Universelle
DPRS	Directe planification de la recherche et des statistiques
DR	District de Recensement
DS	District Sanitaire
DSDOM	Distributeurs de soins à domicile
DSRSE	Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant
EDS	Enquête Démographique et de santé
EIPS	Education et Information pour la santé
ENPS	Enquête Nationale sur les Indicateurs du Paludisme
ENSAE	Ecole Nationale de Statistiques appliquées et d'Economie
EPS	Education pour la santé
FGD	Focus group discussion
ICP	Infirmier Chef de Poste
IDI	Indepth interview
IEC	Information, Education et Communication
ITECOM	Institut Technique de Commerce
MGE	Mère Gardienne d'enfant
MI	Moustiquaire Imprégnée
MICS	Multiple indicateurs de couverture sanitaire
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILDA	Moustiquaires imprégnées à longue durée d'action

MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MYF	Médina Yoro Foula
NSP	Ne Sait Pas
OCB	Organisation Communautaire de base
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEC	Prise en charge
PECADOM	Prise en charge à domicile
PID	Pulvérisation Intra domiciliaire
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNLP	Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme
PPS	Points de prestation de santé
PUF	Presse universitaire de France
RBM	Roll Back Malaria
RGPHAE	Recensement général de la population et de l'Habitat, de l'agriculture et de l'élevage
SF	Sage-femme
SMN	Santé maternelle et néonatale
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
TDR	Termes de Référence
TIC	Technologies de l'information et de la communication
TPI	Traitement préventif intermittent
USA	United States of America
VAD	Visites à domicile
ZR	Zone rurale
ZU	Zone urbaine

TABLE DES MATIERES

RESUME EXECUTIF.....	9
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE, OBJECTIFS ET METHODOLOGIE	13
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA MISSION	14
1.2. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE NATIONALE SUR LES INDICATEURS DE PALUDISME	16
1.3. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	19
1.3.1. Portée de l'étude	19
1.3.2. Type d'étude.....	19
1.3.3. Cibles des investigations	19
1.3.4. Echantillonnage	19
1.3.5. Techniques et outils de collecte mobilisés.....	27
1.3.6. Autres documents.....	28
1.3.7. Organisation pratique et stratégie pour la collecte des données	28
1.3.8. Procédures de gestion et de traitement des données	30
1.4. ASPECTS ETHIQUES.....	32
1.5. LIMITES DE L'ETUDE	33
DEUXIEME PARTIE : CARACTERISTIQUES DES MENAGES ET DES FEMMES ENQUETES	34
2.1. CARACTERISTIQUES DES FEMMES ENQUETEES.....	35
2.2. STRUCTURE PAR AGE ET PAR SEXE DE LA POPULATION.....	36
2.3. TAILLE ET COMPOSITION DES MENAGES.....	38
2.4. COMMODITE ET BIENS POSSEDES PAR LES MENAGES.....	39
TROISIEME PARTIE : CARTOGRAPHIE DES ACTEURS ET DES ACTIVITES DE COMMUNICATION SUR LE PALUDISME.....	41
3.1. ACTEURS ET PARTENAIRES DE LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES DE COMMUNICATION POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU SENEGAL... 	42
3.1.1. Cartographie des acteurs de la promotion des activités de communication sur le paludisme	42
3.1.2. Types d'intervention et modalités d'organisation des activités de communication	43
3.2. ACTIVITES DE COMMUNICATION SUR LE PALUDISME ET PREFERENCES DES POPULATIONS.....	45
3.2.1. Principaux messages retenus et sources d'information de la population sur le paludisme	45
3.2.2. Préférences des populations en matière de communication sur le paludisme ...	47
QUATRIEME PARTIE : CONNAISSANCES, PERCEPTIONS RELATIVES AU PALUDISME DANS LES MENAGES.....	49

4.1. PERCEPTIONS ET REPRESENTATIONS SOCIALES DU PALUDISME	50
4.1.1. Causes associées au paludisme.....	50
4.1.2. Signes, manifestations du paludisme et perceptions de la gravité	51
4.1.3. Risques associés au paludisme et catégories plus exposées au risque	54
4.1.4. Perception des différents moyens de prévention de la maladie	56
4.2. CONNAISSANCES ET PERCEPTIONS RELATIVES AUX DIFFERENTES MESURES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	60
4.2.1. Connaissances et perceptions relatives au Traitement Préventif Intermittent (TPI)60	
4.2.2. Perceptions et connaissances relatives à la Chimio prévention saisonnière du paludisme (CPS).....	62
4.2.3. Connaissances et attitudes relatives à l'Aspersion Intra domiciliaire (AID).....	63
4.2.4. Connaissances, perceptions relatives aux moustiquaires en particulier les MILDA64	
CINQUIEME PARTIE : ACCES, POSSESSION ET UTILISATION DES MILDA AU NIVEAU DES MENAGES	72
5.1. ACCES ET POSSESSION DES MOUSTIQUAIRES PAR LES MENAGES.....	73
5.1.1. Possession de moustiquaires par les ménages enquêtés.....	73
5.1.2. Modalités d'accès des ménages aux moustiquaires	78
5.1.3. Durée moyenne (en mois) de possession des moustiquaires dans les ménages de l'enquête.	81
5.2. NIVEAUX ET MODALITES D'UTILISATION DES MOUSTIQUAIRES POSSEDEES PAR LES MENAGES	83
5.2.1. Taux d'utilisation des moustiquaires par la population générale.....	83
5.2.2. Utilisation des moustiquaires par les catégories vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans).....	87
5.2.3. Usages sociaux des moustiquaires possédées par les ménages.....	89
5.2.4. Rationalités entourant l'utilisation et la non utilisation des moustiquaires imprégnées90	
SIXIEME PARTIE : EXPOSITION ET PRATIQUES D'UTILISATION DES AUTRES MESURES PREVENTIVES DU PALUDISME (AID, TPI) AU NIVEAU DES MENAGES	96
6.1. EXPOSITION ET ACCEPTABILITE DE LA PULVERISATION INTRA DOMICILIAIRE A EFFET REMANENT DANS LES REGIONS ELIGIBLES.....	97
6.2. EXPOSITION ET ATTITUDES DES FEMMES ENCEINTES RELATIVES AU TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT (TPI).....	98
SEPTIEME PARTIE : PRISE EN CHARGE DES CAS DE FIEVRE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ AU NIVEAU DES MENAGES	102
7.1. ATTITUDES DE PRISE EN CHARGE DES CAS DE FIEVRE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS AU SEIN DES MENAGES.....	103
7.2. TYPES DE PRISE EN CHARGE DE LA FIEVRE PRESUMEE PALUSTRE OFFERTS AU NIVEAU DES SERVICES DE SANTE BIOMEDICAUX.....	106
7.3. CONTRAINTES ET DIFFICULTES POUR LA PRISE EN CHARGE DES CAS DE FIEVRE D'ORIGINE PALUSTRE	108
REFERENCES.....	111

ANNEXES.....	112
Annexe 1 : Perception du mode de transmission du paludisme par région, milieu de résidence et DS.....	112
Annexe 2 : Perceptions de la gravité du Paludisme par région, milieu de résidence et par DS.....	116
Annexe 3 : Perception des moyens de prévention du paludisme par région, milieu de résidence et par DS.....	121
Annexe 4 : Raisons évoquées pour l'utilisation de la moustiquaire par région, milieu de résidence et par DS.....	125
Annexe 5 : Perception sur la prévention du paludisme par région, milieu de résidence et par DS.....	129
Annexe 6 : Perception de la période de prévalence de la maladie par région, milieu de résidence et par DS.....	134
Annexe 8 : Perception sur l'efficacité des moustiquaires imprégnées par région, milieu de résidence et par DS.....	141
Annexe 9 : Possession de n'importe quel type de moustiquaire par région, milieu de résidence et par DS.....	145
Annexe 10 : Durée moyenne de possession de moustiquaire en mois par région, milieu de résidence et DS.....	150
Annexe 12 : Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire pour deux personnes (parmi ceux ayant passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage).....	157
Annexe 13 : Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une moustiquaire, une MII ou une MILDA si chaque moustiquaire du ménage était utilisée par deux personnes au maximum (accès).....	162
Annexe 14 : Médicaments utilisés contre le paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans par DS.....	167
Annexe 13 : OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES.....	171

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Evolution de la performance des différentes interventions.....	20
Tableau 2: Répartition DR selon le milieu de résidence.....	22
Tableau 3: Répartition DR échantillon selon le milieu de résidence	22
Tableau 4: Répartition de l'échantillon grappes et de l'échantillon ménages par région et selon le type de résidence, ENPS 2016	23
Tableau 5: Répartition des grappes par région médicale et par district sanitaire, ENPS 2016	23
Tableau 6: Types d'intervention de lutte contre le palu suivant les zones écogéographiques	26
Tableau 7: Résultats des enquêtes ménage et individuelle.....	31
Tableau 8: Caractéristiques des femmes enquêtées	35
Tableau 9: Population Sénégalaise par âge, sexe et milieu de résidence	37
Tableau 10 : Composition des ménages en pourcentage	39
Tableau 11 : Biens durables, confort et animaux possédés par les ménages.....	40
Tableau 12: Modes de communications suivant les acteurs	43
Tableau 13: Perception du mode de transmission du paludisme	50
Tableau 14: Perceptions de la gravité du Paludisme	53
Tableau 15: Perception des moyens de prévention du paludisme.....	56
Tableau 16: Raisons évoquées pour l'utilisation de la moustiquaire	57
Tableau 17: Perception sur la prévention du paludisme.....	58
Tableau 18: Causes évoquées et moyens de prévention préconisés	59
Tableau 19: Perception de la période de prévalence de la maladie	65
Tableau 20: Perception de l'efficacité de la moustiquaire.....	66
Tableau 21: Perception sur l'efficacité des moustiquaires imprégnées.....	67
Tableau 22 : Possession de n'importe quel type de moustiquaire par région et milieu de résidence.....	74
Tableau 23: Possession de moustiquaires imprégnées par région et milieu de résidence	76
Tableau 24 : Mode d'acquisition des moustiquaires et prix des moustiquaires achetées.....	78
Tableau 25: Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une moustiquaire, une MII ou une MILDA si chaque moustiquaire du ménage était utilisée par deux personnes au maximum (accès)	81
Tableau 26 : Durée moyenne de possession des moustiquaires en nombre de mois par région et Milieu de résidence	81
Tableau 27 : Utilisation des moustiquaires par la population la nuit précédent l'enquête	83
Tableau 28: Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire pour deux personnes (parmi ceux ayant passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage).....	84
Tableau 29: Pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit dernière au niveau de la population des ménages avec au moins une MII.....	85
Tableau 30: Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire pour deux personnes qui y ont passé la nuit précédant l'enquête.....	86
Tableau 31 : Utilisation des moustiquaires par les femmes enceintes.....	87

Tableau 32 : Utilisation des moustiquaires par les enfants de moins de 5 ans	88
Tableau 33: Raisons de non utilisation des moustiquaires en %	93
Tableau 34: Pulvérisation intra domiciliaire (PID)	97
Tableau 35: Taux de couverture en une dose de TPI	98
Tableau 36: Taux de couverture en deux doses de TPI	99
Tableau 37: Taux de couverture en trois doses de TPI par région	100
Tableau 38: Médicaments utilisés contre le paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.	107

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Pyramide des âges de la population	38
Graphique 2 : Pourcentage de ménage disposant d'au moins une moustiquaire	73
Graphique 3 : Pourcentage de ménage disposant d'au moins deux moustiquaires par région	74
Graphique 4: Nombre moyen de moustiquaire par ménage et par région au Sénégal	75
Graphique 5: Pourcentage de ménages disposant d'au moins une MII selon l'ENPS-I 2006, l'ENPS-II 2008-2009 et l'ENPS 2016	78

RESUME EXECUTIF

L'enquête ENPS 2016 avait pour objectif de mesurer la situation des indicateurs d'accessibilité et d'utilisation des moyens préventifs et curatifs définis dans le cadre des directives du PNLN au Sénégal. Elle entre dans le cadre de l'évaluation périodique du niveau de réalisation des objectifs et des résultats attendus à partir de données du terrain afin d'adapter continuellement les décisions aux réalités du terrain. En particulier, cette étude s'est intéressée à documenter la situation des indicateurs de couverture et d'utilisation des différentes interventions de lutte contre le paludisme. En particulier, la couverture et l'utilisation ou exposition des moyens préventifs (MI, TPI chez la femme enceinte, AID et CPS dans les zones ciblées) ont été documentés ainsi que les types et modalités de la prise en charge des cas de fièvre chez l'enfant et la femme enceinte. Par ailleurs, ces indicateurs ont été renseignés en tenant compte des variations régionales, de districts et du milieu de résidence (urbain et rural). L'analyse a aussi tenu compte des variations liées aux faciès épidémiologiques et des zones d'intervention couvertes par les différentes stratégies.

Du point de vue méthodologique, L'ENPS est une enquête par sondage, de nature quantitative et qualitative. Sur le plan quantitatif, l'étude a porté sur un échantillon aléatoire stratifié à deux degrés avec des niveaux d'analyse du national (urbain/rural), du régional (14 régions), et du district Sanitaire (76). L'unité primaire de sondage est le DR tel que défini pour le recensement en 2013. Chaque région est séparée en parties urbaine et rurale pour former les strates d'échantillonnage et l'échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate. Au total, vingt-huit (28) strates d'échantillonnage ont été créées. À l'intérieur de chaque strate, les DR ont été triés selon en tenant compte de l'ensemble des districts sanitaires, avec une allocation de l'échantillon proportionnelle à leur taille. La taille totale de l'échantillon est de 14 336 ménages pour avoir 2 580 femmes enceintes à interroger (soit 0,18 femme enceinte par ménage), 15 770 femmes mères ou gardiennes d'enfants de moins de 5 ans (soit 1,1 femme par ménage) et couvrir 21504 enfants de moins de 5 ans, (soit 1,5 enfants par ménage). Tous les membres de ces ménages ont été identifiés à l'aide d'un questionnaire ménage, et chaque femme enceinte, mère/gardiennne d'enfant de moins de 5 ans identifiée a été enquêtée avec un questionnaire individuel femme. Au sein du ménage tiré, le chef de ménage ou son représentant a été interviewé pour les sections qui le concernent (caractéristiques du ménage, liste ménage, possession et utilisation de moustiquaires).

Dans le cadre des enquêtes qualitatives, nous avons procédé à un échantillonnage à plusieurs degrés, afin de collecter les données. A un premier degré, les zones d'enquête concernées ont toutes été considérées comme des strates qui ont toutes été représentées, afin de tenir compte de la diversité des réalités ethno-culturelles du Sénégal. Chaque zone géographique étant considérée comme une strate, toutes les quatre (04) strates ont été représentées dans l'enquête qualitative. Dans chaque strate, toutes les régions ont été représentées. A un deuxième degré, nous avons sélectionné de manière raisonnée, un département dans chaque région faisant partie d'une des zones de l'enquête. Le choix du département dans la région a tenu compte de la représentativité des types d'interventions de lutte contre le paludisme qui sont mises en œuvre dans la région. Au total, 14 départements ou districts sanitaires ont été concernés par la collecte de données. A un troisième degré, trois (03) localités ont été choisies dans chaque district sanitaire de manière raisonnée, en tenant compte des zones urbaines/ rurales, et les différentes composantes de la pyramide sanitaire au niveau périphérique : au niveau urbain, la localité abritant le centre de santé et au niveau rural, une localité abritant le poste de santé et une autre avec ou sans case de santé. Au total, 42 localités ont été visitées dans le cadre de la collecte des données qualitatives. Dans chacune de ces localités, les cibles de l'enquête ont été sélectionnées, soit de manière aléatoire (du côté des ménages, femmes enceintes, mères ou gardiennes d'enfants, soit de manière raisonnée (pour les autres cibles secondaires). Pour les enquêtes au niveau ménage, un seul critère d'inclusion a été observé : avoir à charge, dans le ménage, un enfant de moins de cinq ans ou une femme enceinte durant la période de l'enquête. Dans la mesure où nous souhaitons diversifier les cas (en évitant d'enquêter les ménages déjà tirés ou concernés par les enquêtes quantitatives), les accouchées récentes (dans les trois (03) mois précédant l'enquête) ont aussi été ciblées pour combler le gap. Les outils mobilisés pour la collecte des données étaient les entretiens individuels, les focus group, et la cartographie des acteurs impliqués dans les activités de communication sur le paludisme, afin d'en faire un audit des forces et faiblesses, des opportunités et contraintes.

Les résultats obtenus indiquent de manière générale que le paludisme reste encore, dans les perceptions populaires, une maladie à étiologie complexe et diversifiée, mais avec une meilleure connaissance et reconnaissance de ses dimensions biomédicales. 57,7% des femmes et chefs de ménages interrogés (65% en milieu rural et 55% en zone urbaine) ont au moins retenu un message de communication sur le paludisme, en particulier les messages portant sur les causes du paludisme (moustiques), sur la moustiquaire. Le moustique reste bien connu comme le principal responsable de la transmission du paludisme (93%), mais les parents citent aussi les médiateurs qui favorisent la reproduction de ces moustiques : eaux stagnantes et insalubrité. Par ailleurs, il persiste encore des perceptions plus subjectives ou plus indirectes des causes de la maladie, telles que l'absence de propreté, la nourriture, le soleil, voire des conceptions relevant de rationalités surnaturelles de la maladie (génies). Ces différentes étiologies socio-culturelles ont des incidences importantes sur les perceptions, les attitudes et pratiques populaires préventives de la maladie. 75% des répondants pensent que le paludisme reste une maladie grave, même si les perceptions autour de la virulence connaissent des variations régionales. En conclusion, le paludisme est mieux connu dans sa causalité, sa symptomatologie et sa prévention, sa gravité est devenue mieux intégrée, occasionnant un recours plus précoce aux services de prise en charge biomédicale.

Concernant la prévention du paludisme, les populations ont des connaissances assez variables des différents moyens préventifs proposés dans le cadre de la lutte antipaludique : Globalement, 98% des enquêtés ont cité la moustiquaire comme un moyen efficace de prévention, parmi lesquels 77% pensent que cet outil sert à éviter les piqûres de moustiques, cause du paludisme. Plus spécifiquement, 86% des personnes interrogées considèrent la MILDA comme plus efficace, avec des variations régionales. 80% pensent que l'insecticide est efficace pour chasser les moustiques. Si les MILDA sont bien connus, l'AID et le TPI ne le sont pas toujours. Cette situation s'explique par les défis de la communication entourant particulièrement ces stratégies préventives. Les femmes enceintes prennent des médicaments lors des CPN, mais ne savent pas à quoi ils servent. Dans la même perspective, la recommandation des « 3 toutes » n'est pas bien connue des populations. Le paludisme reste perçu comme une maladie saisonnière, une situation entretenue par les stratégies de communication organisées par les différents acteurs qui investissent ce domaine au niveau des districts sanitaires. Des sensibilisations sont organisées à l'approche de l'hivernage, mais à la fin de la saison des pluies, on se focalise sur d'autres pathologies. Par ailleurs, les populations sont restées dans l'idée que seules les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq (05) ans étaient sujets à paludisme, dans la mesure où on a longtemps distribué à ces catégories prioritairement les MILDA. La présente étude a permis d'informer sur les défis importants autour de la couverture universelle en moustiquaires. Les résultats renseignent des attitudes singulières amenant les populations à douter de la pertinence et l'utilité de dormir toutes les nuits, toute l'année sous MILDA pour toute la famille. Par ailleurs, en ce qui concerne le TPI, les femmes enceintes reçoivent les comprimés, mais ne savent pas quelques fois dans quelle perspective elles les consomment.

Les perceptions et attitudes relatives aux différentes recommandations préventives inscrites dans les directives du PNLN indiquent que la moustiquaire imprégnée reste l'outil le plus connu et cité (86%), toutefois, son utilisation n'est pas envisagée de manière exclusive. Les MI, utiles pour la protection contre la nuisance des moustiques, sont concurrencées par d'autres moyens d'usage courant, auxquels les populations accordent une valeur positive : sprays insecticides, spirales fumigènes répulsives, encens, lotions ou crèmes corporels, fumigation par des plantes, eau de Javel... Cette situation est l'expression d'une évolution des attitudes relatives aux différentes mesures préventives promues par le PNLN : s'il y a quelques années, la MI pouvait être utilisée seule, aujourd'hui il est apparu que les parents souhaitent l'utiliser avec d'autres moyens préventifs pour mieux se protéger soit du paludisme, soit de la nuisance ou des gênes occasionnées par les moustiques. Toutefois, cela n'empêche pas que chaque mesure préventive fasse l'objet de critiques ou d'appréciations positives, en fonction des expériences sociales des parents : l'AID est apprécié du fait de l'insecticide qui tue les moustiques (80%), mais occasionne des gênes relatives au dérangement des bagages ou aux tâches sur les murs. Dans certaines zones, on pense même que cela ne fait que réveiller et augmenter les moustiques, considérés comme devenus plus résistants à ces insecticides. La CPS est appréciée parce qu'elle correspondait à une pratique de chimio-prévention connue dans le passé, mais les effets secondaires découragent les parents. Les populations gardent encore des traces des politiques du passé, qui peuvent être convoquées dans l'appropriation de certaines mesures de santé actuelles. Cette information est à considérer dans les campagnes

d'information pour le changement de comportements. La moustiquaire est appréciée pour sa capacité à éloigner les moustiques, ce qui améliore le confort du sommeil et du repos, mais peut avoir l'inconvénient de la chaleur et de la difficulté d'accrochage dans certaines conditions. Ces différentes perceptions et attitudes ont fondamentalement une influence sur les modalités de l'utilisation des différents moyens préventifs proposés par le PNLN au Sénégal. L'analyse des perceptions et attitudes relatives aux différents moyens préventifs renseigne sur une attitude consistant à ne pas envisager la prévention du paludisme par le biais d'un outil exclusif. Si certaines catégories ont un préjugé favorable sur la MILDA, elles ont aussi une attitude qui consiste à associer aussi d'autres moyens de prévention. Il s'agit d'une bonne pratique qui doit être promue, au-delà de la promotion singulière pour chaque moyen de prévention.

En ce qui concerne les indicateurs d'accès, d'exposition et d'utilisation des moyens préventifs, les résultats indiquent que l'accès au TPI chez la femme enceinte a connu aussi des évolutions assez significatives : si la couverture en une (01) dose de TPI est devenue moins importante en 2016 (68,8%) en comparaison avec la situation des années précédentes, celle de couverture en deux (02) doses, en baisse par rapport à l'indicateur précédent est devenue meilleure (53,4%) que pour les années précédentes. Toutefois, la couverture en trois (03) doses est de 32%, ce qui pose des problèmes de couverture et de protection effective des femmes enceintes et de leurs futurs enfants contre le paludisme. Si on tient compte des régions, Ziguinchor s'est illustrée par les bonnes performances, contrairement à Dakar qui a eu les scores les plus faibles, tous indicateurs de TPI confondus. Le problème du TPI nécessite une meilleure analyse de la situation des CPN qui sont le service par lequel la prescription du TPI doit nécessairement se faire. Les femmes prennent des médicaments SP sans savoir quelques fois ce à quoi ils servent.

Dans les zones où l'aspersion intra-domiciliaire a été réalisée, la couverture a été plus importante à Koungheul (63,6%) et à Koumpentoum (79%). Dans les trois (03) autres districts, les taux ne dépassent pas 20%, la raison étant liée au fait que dans certaines localités, certains ménages en ont bénéficié et d'autres n'ont pas pu être couverts. Un des enjeux de l'AID est la communication pour mieux informer les populations et dissiper certaines représentations négatives. Il faudrait aussi travailler à augmenter la couverture de cette stratégie en collaborant mieux avec les services régionaux ou départementaux de l'hygiène et les autorités sanitaires.

Les résultats informent aussi que la MI est accessible dans la grande majorité des ménages enquêtés : environ plus de 94% possèdent au moins une moustiquaire MILDA, dans des proportions plus importantes que celles des années précédentes. La moyenne de MILDA par ménage est de 5. Par ailleurs, le nombre de MILDA disponible pour deux (02) personnes est en moyenne de 1,09. Les régions du Sud du Sénégal et du Sud-Est ont présenté les meilleurs taux d'accès à ces outils. Parmi les 94% de ménages possédant au moins une MILDA, 93% l'ont obtenu gratuitement, principalement lors des distributions gratuites de la Couverture Universelle ou des partenaires ONG. Si on tient compte des régions, Dakar et Saint-Louis ont eu moins accès à ces MILDA en raison du fait qu'au moment de l'enquête, la distribution de la Couverture Universelle n'avait pas encore eu lieu. Toutefois, les conditions d'accès en particulier lors de la distribution CU ont fait l'objet de critiques, les besoins des ménages n'ayant pas été couverts (miradors, tous les espaces de couchage recensés) en raison de la stratégie de remplacement utilisée pour faire face à l'insuffisance des stocks de MILDA rendus disponibles au niveau des districts sanitaires. Par ailleurs, les moustiquaires possédées ont été utilisées dans leur grande majorité par les ménages : 86% des ménages l'ont utilisé la nuit précédant l'enquête. Si on tient compte des catégories vulnérables, 85% des femmes enceintes ont dormi sous moustiquaires, dont 67% étaient des MILDA. Chez les enfants de moins de cinq ans, 88% ont bénéficié de la moustiquaire, dont 77% étaient MILDA. Cependant, si on tient compte de la recommandation des « 3 toutes », elle a été faiblement observée, la durée moyenne d'utilisation de la MILDA durant l'année précédente ayant été mesurée à environ trois (03) mois. Si on tient compte du milieu de résidence, on pourra constater que la moyenne est plus élevée en zone rurale (3,20 mois) que celle urbaine (2,28 mois). Les districts de Joal-Fadiouth, Gossas, Guinguinéo sont ceux où les moustiquaires MILDA ont été utilisées en moyenne 7 mois durant l'année précédant l'enquête. Les raisons de non utilisation des MILDA évoquées sont la chaleur à l'intérieur (19%) et leurs difficultés d'utilisation et inadaptation aux conditions de vie (8%). Malgré la grande distribution, la perception de la saisonnalité du paludisme a eu une influence sur les modes d'utilisation des MILDA. Enfin, pour que les membres des ménages puissent dormir toute la nuit

sous MILDA, il est nécessaire que les stratégies de distribution tiennent compte des spécificités de leurs conditions de couchage en certains moments de l'année où la chaleur les amène à passer plus de temps au niveau des miradors avant de rejoindre les chambres (quelques fois pas). Par ailleurs, l'ENPS 2016 a permis de noter des défis importants relatifs aux modes de distribution des MILDA de la CU, qui ont eu une influence sur l'accessibilité de ces moyens préventifs par les ménages et la satisfaction de leurs besoins. Il faut continuer à améliorer le système de distribution des MILDA pour réduire les inégalités sociales, tout en diversifiant l'information, plus seulement focalisées sur les conditions de leur entretien, mais aussi sur les recommandations portant sur les « 3 toutes ». Dans le même temps, les usages sociaux des MILDA sont une réalité et ne concernent pas seulement les moustiquaires détériorées. Il est apparu que la moustiquaire neuve avec l'insecticide encore efficace pouvait aussi avoir une autre utilité (jardinage par exemple). Ces dynamiques sont à capter et doivent être gérées par une communication de proximité. Il est utile de bien « protéger la MILDA » neuve pour que son usage soit plus dédié aux espaces de couchage et éviter qu'elle ne soit détournée en raison de son insecticide jugé utile pour la protection des plantes par exemple.

En ce qui concerne les indicateurs de prise en charge des cas de fièvre chez les enfants et les femmes enceintes, on remarquera de plus en plus, que le recours aux services de santé est devenu précoce. Cette situation est justifiée à la fois par la meilleure prise de conscience de la gravité du paludisme et de ses dimensions biomédicales par les parents, par l'amélioration de l'accessibilité géographique (DSDOM) et financière (gratuité et CMU) des services de prise en charge dans les PPS. Toutefois, le syncrétisme reste encore en vigueur, le recours aux PPS étant mis en œuvre de manière simultanée à d'autres formes de recours (automédication, médecine traditionnelle etc.).

Dans les zones où les DSDOM sont présents, ces derniers sont sollicités de manière relative, en raison d'un déni de légitimité induit par leur niveau de formation, l'absence d'équipement pour faire leur travail et les ruptures régulières d'ACT pour leur permettre d'être utile et d'offrir le service de traitement de la fièvre palustre après le diagnostic. Lors des recours aux PPS ou aux DSDOM, les cas de fièvre ont été diagnostiqués effectivement par les TDR et traités par prescription/administration d'ACT (environ dans plus de 80% des cas). Les cas résiduels ont été traités avec des médicaments comme le paracétamol ou la chloroquine qui coûtent moins chers. En définitive, la prise en charge des cas de paludisme au niveau des services de santé est fortement influencée par le contexte de la gratuité et de la couverture universelle qui soumet les services de santé à une pression financière qu'ils ont du mal à soutenir de manière continue. Il est utile de tenir compte de cette situation, avant qu'elle n'altère la qualité de la prise en charge de cette pathologie.

Au terme de cette étude, il apparaît donc que les populations ont suffisamment maîtrisé la connaissance biomédicale relative à l'étiologie de la maladie et à ses moyens préventifs. Il n'est donc pas utile de se limiter à cette activité qui consiste à partager de la connaissance. Il faut plutôt mener une communication interpersonnelle et des mobilisations sociales soutenues pour agir sur les visions négatives que les populations ont des MI, de l'AID, de la CPS et pour lever les incompréhensions relatives aux « 3 Toutes ». Pour aller vers une pré-élimination du paludisme et maintenir le niveau des indicateurs, il est nécessaire de mieux monitorer la question de la gratuité et de la CMU qui sont utiles socialement, mais peuvent avoir des effets pervers.

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE, OBJECTIFS ET METHODOLOGIE

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA MISSION

Le paludisme est un problème de santé qui a conduit le Sénégal à définir des politiques de lutte ayant évolué dans l'histoire sociopolitique de ce pays [Ndoye, 2009] : celle de l'élimination avec la lutte à grande échelle, celle axée sur le contrôle avec des mesures ciblées et celle combinant les méthodes de lutte. Pour mieux structurer et piloter les activités et décisions politiques, un Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a été mis en place en 1995. Cette structure a ainsi piloté la mise en œuvre de différentes mesures de contrôle du paludisme, à la fois diagnostiques, préventives et curatives.

La politique curative de la maladie est passée de la monothérapie aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA), rendus gratuits depuis le 1er mai 2010. Constatant le retard du recours aux soins de santé et la tendance à l'automédication [Faye, 2009], le PNLN a mis en œuvre la stratégie communautaire de Prise en charge à domicile (PECADOM). Le diagnostic du paludisme est aussi passé d'un caractère présomptif à l'utilisation systématique de la goutte épaisse et des tests de diagnostic rapide (TDR), introduits et rendus gratuits depuis 2007 dans les structures publiques de santé.

Concernant la prévention de la maladie, la stratégie visée de pré-élimination de la maladie, inscrite dans le plan stratégique 2010-2015, a poussé les autorités sanitaires à se focaliser sur des mesures anti-vectorielles, de protection individuelle et collective. Il s'agit principalement de la distribution de Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) pour la population générale. Cette politique de Couverture Universelle (CU) qui a consisté en l'organisation de campagne de distribution gratuite et un système de distribution de routine dans les structures de santé, à travers le secteur privé et les organisations communautaires de base, concernant particulièrement les catégories vulnérables que sont les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Depuis quelques années, le PNLN a aussi mis en œuvre le programme de l'Aspersion Intra domiciliaire (AID), abandonné depuis les années 70. Par ailleurs, le traitement préventif intermittent du paludisme pour les femmes enceintes par la prise d'au moins trois doses de Sulfadoxine - Pyriméthamine (SP) durant la grossesse reste une stratégie majeure de la politique de Santé. La Chimio Prévention du Paludisme saisonnier (CPS) cible les enfants de 3 mois à 10 ans des régions de forte transmission. Elle consiste en l'administration intermittente d'un médicament antipaludique (Sulfadoxine- Pyriméthamine (SP) + Amodiaquine (AQ)) au cours de la saison de forte transmission du paludisme.

Ces différentes activités à visée préventive et de prise en charge du paludisme ont été menées dans un contexte où le Sénégal s'est résolument inscrit dans l'esprit de pré-élimination, avec la contribution de plusieurs partenaires appuyant les efforts du gouvernement. Cette politique de lutte contre le paludisme tournée vers la pré-élimination, réaffirmée dans le nouveau plan stratégique national (2016-2020) est en adéquation avec la stratégie mondiale de lutte contre la maladie (2016-2030). Celle-ci recommande aux « pays où les taux de transmission du paludisme sont élevés ou modérés de réduire le plus possible la morbidité et la mortalité en instaurant un accès universel durable à des mesures de lutte anti vectorielle, des tests de diagnostic et des médicaments antipaludiques qui soient adaptés et de qualité garantie, et en appliquant l'ensemble des thérapies préventives recommandées qui conviennent au contexte épidémiologique » (OMS, 2015). Cette stratégie s'articule autour de trois piliers qui se retrouvent dans le plan stratégique national du Sénégal :

- Pilier 1 : Garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme par des stratégies de prévention fondées sur la lutte anti vectorielle, (surveillance entomologique) l'administration d'une chimio-prévention (traitement préventif chez les groupes vulnérables, traitement préventif intermittent chez la femme enceinte et la chimio-prévention saisonnière chez les enfants de moins de 5 ans),

l'application à grande échelle des Tests de diagnostic rapide et du traitement efficace et rapide du paludisme dans les établissements de santé publics et privés et dans la communauté.

- Pilier 2 : Accélérer les efforts vers l'élimination et vers l'obtention du statut exempt de paludisme : une surveillance épidémiologique pour la détection active des cas
- Pilier 3 : Faire de la surveillance du paludisme une intervention de base pour accélérer les progrès : mettre en place un système de gestion et d'information sanitaire efficace.

Les différentes mesures préventives, diagnostiques, curatives proposées par le PNL, sont en phase avec le plan stratégique mondial de lutte contre le paludisme. Leur mise en œuvre dans le cadre des programmes stratégiques nationaux ont permis au Sénégal d'atteindre les objectifs de Roll Back Malaria (RBM) en 2015. Ces avancées ont aussi été constatées au niveau mondial où « entre 2001 et 2013, la forte intensification des interventions de lutte antipaludique a contribué à faire reculer de 47% les taux de mortalité imputable au paludisme au niveau mondial, évitant ainsi, selon les estimations, 4,3 millions de décès. Dans la région africaine de l'OMS, ce taux a baissé de 58 % chez les enfants de moins de 5 ans » (OMS, 2015).

Malgré ces progrès, la maladie reste pourtant endémique surtout en Afrique. Au Sénégal plus particulièrement, des défis demeurent encore, notamment ceux en rapport avec l'accès universel aux interventions majeures comme l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA) et le traitement par les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) jusqu'au niveau communautaire après un diagnostic avec les tests de diagnostic rapide (TDR). L'impact des interventions de lutte contre le paludisme, ces dernières années, a fortement modifié la répartition géographique du fardeau de la maladie. Cette nouvelle configuration impose une stratification plus opérationnelle permettant d'adapter les interventions aux caractéristiques épidémiologiques locales. L'approche focalisée des interventions spécifiques par zone devient alors un impératif (plan stratégique 2016-2020). Elle est d'ailleurs en phase avec la stratégie mondiale qui recommandait d'élaborer des plans stratégiques nationaux qui prennent en compte l'épidémiologie et l'hétérogénéité du paludisme dans le pays ». Une autre recommandation de l'OMS a été de suivre à intervalles réguliers la mise en œuvre des plans stratégiques nationaux de lutte antipaludique. C'est conformément à cette directive que le PNL s'est aussi inscrit dans une volonté de suivi permanent des performances des activités de lutte, surtout au niveau communautaire, afin de prendre des décisions d'amélioration continue.

Cette perspective requiert que des activités d'évaluation et de mesure soient régulièrement menées afin d'apprécier les effets de ces différentes activités sur les indicateurs habituels de la lutte contre le paludisme, les progrès réalisés et de prendre des décisions d'amélioration futures. Il est vrai que ces activités sont régulièrement suivies dans les structures sanitaires et dans la communauté selon des mécanismes spécifiques et avec des outils élaborés et adaptés à cet effet. Toutefois, une évaluation périodique du niveau de réalisation des objectifs et des résultats attendus à partir de données du terrain permet d'actualiser les constats et d'adapter continuellement les décisions aux réalités factuelles du terrain.

Dans une perspective de pré-élimination, il est essentiel de surveiller régulièrement la situation des indicateurs du paludisme, en tenant compte particulièrement de la situation chez les groupes vulnérables que sont les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Ces enquêtes périodiques permettent de suivre et d'évaluer les effets produits par les différents programmes et projets de lutte contre le paludisme, ainsi que d'évaluer le niveau d'atteinte des objectifs RBM 2015, contenus dans le roadmap Sénégal. C'est dans ce cadre que s'inscrit en général la réalisation de l'Enquête Nationale sur les Indicateurs du Paludisme.

1.2. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE NATIONALE SUR LES INDICATEURS DE PALUDISME

L'ENPS 2016 s'est intéressée aussi bien aux indicateurs de couverture des différentes interventions de lutte contre le paludisme, d'utilisation des différents outils préventifs, curatifs :

- Indicateurs de couverture, d'accessibilité et d'utilisation des moyens préventifs : MI, TPI chez la femme enceinte, AID¹ et CPS dans les zones ciblées ;
- Indicateurs d'accessibilité et d'utilisation des services de prise en charge du paludisme.

Il s'est agi d'une enquête ménage permettant aussi de recueillir au-delà des différents indicateurs de suivi du paludisme, les CAP des femmes et des chefs de ménage.

Globalement, elle a visé à documenter la situation de ces indicateurs en tenant compte des variations régionales, de districts et du milieu de résidence (urbain et rural). L'analyse a aussi tenu compte des variations liées aux faciès épidémiologiques et des zones d'intervention couvertes par les différentes stratégies. Les résultats obtenus peuvent ainsi constituer une base de données actualisée, fiable, appartenant au PNLN et utilisable par tous les partenaires de RBM et les structures qui souhaitent conduire des analyses plus approfondies.

Plus spécifiquement, l'étude s'est focalisée sur la mesure des indicateurs suivants, qui correspondent globalement aux indicateurs de suivi retenus dans le cadre de la stratégie mondiale de lutte contre le paludisme, tout en appréciant les CAP en matière de prévention et de prise en charge du paludisme :

- **O.S 1** : Évaluation de l'accès des ménages aux moustiquaires, y compris les MILDA (Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action) :
 - Proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire quelconque (M, MII, MILDA), ceux en ayant plus d'une ;
 - Proportion de ménages possédant au moins une MILDA pour 2 personnes ;
 - Documenter l'âge des moustiquaires possédées, en particulier celui des MILDA ;
 - Préciser l'origine des MI possédées (campagnes de distribution, écoles, OCB, marchés, structures de santé etc.) ;
 - Nombre moyen de moustiquaires par ménage. Les mêmes informations sont fournies pour la possession des MII, ainsi que les MILDA ;
 - Nombre de personnes ayant accès à une moustiquaire dans le ménage ;
 - Taux de possession des M, MII et MILDA par les groupes cibles (enfant de 0 – 5 ans, et femmes enceintes).
- **O.S 2** : Mesure du niveau et des modes d'utilisation des moustiquaires par les populations, les catégories de populations qui sont les plus utilisatrices et les rationalités qui entourent cette utilisation. Cette étude a mesuré la proportion des différentes catégories de populations (en particulier celles à risque) qui a dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide. Plus singulièrement, l'utilisation adéquate des MILDA dans un contexte de 3 toutes (toute la famille, toute la nuit, toute l'année) a été évaluée, en tenant compte des catégories femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans.

¹ Cet indicateur sera mesuré uniquement dans les régions où l'AID est pratiquée.

- % de la population ayant dormi sous moustiquaires la nuit précédant l'enquête, quel que soit le type (préciser les catégories de populations plus utilisatrices) ;
- % de la population ayant dormi sous moustiquaires de type MILDA la nuit précédant l'enquête (préciser les catégories de populations plus utilisatrices) ;
- % d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous moustiquaire en général et sous MILDA (préciser ceux qui ont dormi durant la nuit précédent la collecte et ceux qui ont dormi toute la semaine précédant l'enquête) ;
- % de femmes enceintes ayant dormi sous moustiquaire en général et sous MILDA en particulier durant la nuit précédent la collecte ;
- Documenter les catégories membres des ménages qui utilisent plus habituellement les MILDA, les moments d'utilisation et les rationalités qui entourent cette utilisation.
- **O.S. 3** : Évaluation du taux de couverture des campagnes d'aspersion intra domiciliaire :
 - Pourcentage de ménages dans les zones cibles qui ont été traités avec la pulvérisation intra domiciliaire au cours des 12 derniers mois ;
 - Proportion de la population à risque (enfant de moins de cinq ans et femmes enceintes) dans les régions cibles protégée par des pulvérisations intra domiciliaires à effet rémanent au cours des 12 derniers mois ;
 - Attitudes et perceptions des ménages relatives à l'AID.
- **O.S 4** : Evaluation de l'utilisation du traitement préventif intermittent (TPI) chez les femmes enceintes :
 - Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins une dose (TPI1) de (Sulfadoxine- Pyriméthamine (SP) lors de leur dernière grossesse durant les deux dernières années ;
 - Proportion de femmes enceintes ayant reçu deux doses (TPI2) de (Sulfadoxine- Pyriméthamine (SP) lors de leur dernière grossesse durant les deux dernières années ;
 - Proportion de femmes enceintes ayant reçu trois doses prescrites (TPI3) de (Sulfadoxine- Pyriméthamine (SP) lors de leur dernière grossesse durant les deux dernières années.
- **O.S 5** : Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques des populations (chefs de ménage, femmes enceintes, mères ou gardiennes d'enfants) en matière de gestion du paludisme (prévention et prise en charge) :
 - Proportion de la population (femmes 15-49 ans et chefs de ménage) qui se rappelle avoir entendu ou vu un message sur le paludisme, quel qu'il soit, au cours des 6 derniers mois ;
 - Proportion de la population (femmes 15-49 ans et chefs de ménage) qui cite les moustiques comme cause du paludisme ;
 - Proportion de la population (femmes 15-49 ans et chefs de ménage) qui connaît le principal symptôme du paludisme ;

- Proportion de la population (femmes 15-49 ans et chefs de ménage) qui sait comment on soigne le paludisme ;
 - Proportion de la population (femmes 15-49 ans et chefs de ménage) qui connaît les mesures à prendre pour prévenir le paludisme ;
 - Proportion de femmes enceintes qui reconnaît le TPI comme le moyen de prévention du paludisme pendant la grossesse ;
 - Proportion de chefs de ménage et de femmes de 15 à 49 ans qui pensent être exposés au risque de contracter le paludisme (préciser aussi les catégories les plus perçues à risque de paludisme) ;
 - Proportion de populations (chefs de ménage et femmes 15-49 ans) qui pensent que les moyens préventifs (AID, MILDA, TPI) recommandés réduiront les risques qu'ils contractent le paludisme ;
 - Proportion de populations (chefs de ménage et femmes 15-49 ans) qui pensent que les moyens curatifs (ACT) recommandés permettront la prise en charge du paludisme ;
 - Proportion de population ayant adopté des comportements favorables à la prévention du paludisme ;
 - Proportion de la population ayant connu des cas de fièvre d'enfants de 0 à 59 mois et ayant accédé et bénéficié d'une prise en charge au niveau des services de santé.
- **O.S 6** :Analyse des perceptions, représentations populaires du paludisme, attitudes et comportements d'utilisation des moyens préventifs et curatifs.
 - Perceptions et les rationalités des pratiques relatives aux moustiquaires imprégnées, au recours aux structures de santé en cas de fièvre, au TPI et à l'aspersion intra domiciliaire (AID) et à la CPS ;
 - Facteurs socioculturels et économiques liés à l'utilisation des moustiquaires ; à l'acceptabilité de l'AID et de CPS dans les zones ciblées ;
 - Facteurs liés à l'utilisation et l'entretien de ces moustiquaires ;
 - Itinéraires thérapeutiques en cas de fièvre, la place du recours aux soins modernes dans ces recours et les rationalités ;
 - Processus de gestion, prévention, prise en charge du paludisme, stratégies de communication développées afin de pouvoir expliquer d'éventuelles variations au niveau des indicateurs ;
 - Perceptions de la vulnérabilité et du risque de paludisme pour les différentes catégories de populations et suivant les zones épidémiologiques.
 - **O.S 7** : cartographie des différents acteurs partenaires de la lutte contre le paludisme dans les localités de l'enquête et préciser leurs domaines d'intervention.

1.3. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1.3.1. Portée de l'étude

L'ENPS est une enquête par sondage, représentative au niveau national, au niveau du milieu de résidence (urbain et rural), au niveau de l'ensemble des régions et des districts sanitaires pour certains indicateurs.

1.3.2. Type d'étude

La présente enquête ENPS a consisté en une étude mixte, alliant un volet quantitatif orienté vers une enquête ménage pour documenter la situation des indicateurs de paludisme concernant les femmes 15-49 ans, les femmes enceintes et les enfants de 6-59 mois (indicateurs de couverture, d'accessibilité et d'utilisation des moyens préventifs et curatifs) et un autre qualitatif plus orienté vers la documentation des connaissances, attitudes et pratiques relatives à cette maladie et visant à comprendre les rationalités des comportements relatifs aux différentes interventions et mesures de contrôle du paludisme.

1.3.3. Cibles des investigations

Les unités déclarantes de ce travail d'enquête sur les indicateurs de paludisme sont :

- Les chefs de ménage ;
- Les femmes âgées de 15-49 ans, mères ou gardiennes d'enfants de moins de cinq ans et femmes enceintes.

Ces unités déclarantes ont fourni des informations qui ont permis de documenter la situation des indicateurs concernant les unités d'analyse suivantes :

- Le ménage : pour l'analyse de couverture, de la possession et de l'utilisation des différents moyens de prévention et de prise en charge du paludisme (en tenant compte des différentes catégories) ;
- Les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans (pour renseigner certains indicateurs dont la mesure les concerne directement).

1.3.4. Echantillonnage

Echantillonnage volet quantitatif

L'étude a porté sur un échantillon stratifié et représentatif des niveaux national pour avoir des indicateurs stables jusqu'au niveau du district sanitaire pour certains indicateurs. Les niveaux d'analyse définis étaient ceux du national (urbain/rural), du régional (14 régions), et du district Sanitaire (76).

Stratégie d'échantillonnage

Un échantillon représentatif de ménages a été sélectionné pendant cette enquête pour permettre de faire des comparaisons des données dans le cadre du suivi des indicateurs. Le calcul de la taille de l'échantillon est fait en tenant compte de l'évolution des indicateurs du Plan Stratégique National de Lutte Contre le Paludisme au Sénégal en rapport avec les indicateurs liés au changement de comportement et d'aptitude en matière de lutte contre le paludisme.

La base de sondage retenue est celle du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2013 (RGPH-2013). Le fichier comprenant 17 165 Districts de Recensement (DR) a été utilisé. Chaque DR apparaît avec tous ses identifiants (région, département, District Sanitaire, commune/arrondissement et code d'identification), sa taille en nombre de ménages et son type

de milieu de résidence (urbain ou rural). Les limites de chaque DR sont clairement identifiables sur des cartes.

✚ Détermination de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon requise a été calculée à partir des indicateurs de couverture et d'accès des différentes mesures de prévention et de prise en charge du paludisme, sélectionnés pour suivre la performance de la mise en œuvre entre 2014 et 2016. Ces indicateurs sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau 1: Evolution de la performance des différentes interventions

Indicateurs	Valeurs de base		Performances annuelles				Cible finale
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
% de ménages disposant au moins d'une MII pour deux personnes *	36	41		30		36	80
% de la population générale ayant dormi sous MII*	34	29		41		40	80
% d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MII*	45	35		46		43	80
% de femmes enceintes ayant dormi sous MII*	49	37		43		38	80
% de femmes enceintes ayant reçu aux moins deux doses de TPI lors de leur dernière grossesse durant les 2 dernières années *		36,8		41		40	80

Source : Plan Stratégique National de Lutte Contre le Paludisme au Sénégal 2016-2020

La formule permettant de calculer la taille d'échantillon nécessaire est la suivante :

$$n = \frac{deff \times \left[Z_{1-\alpha} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_2 - P_1)^2}$$

Où

- 38 % de ménages disposant au moins d'une MII pour deux personnes (2014) ;
- 40 % de la population générale ayant dormi sous MII (2014) ;
- 43 % d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MII (2014) ;
- 38 % de femmes enceintes ayant dormi sous MII (2014) ;
- 40 % de femmes enceintes ayant reçu aux moins deux doses de TPI lors de leur dernière ; grossesse durant les 2 dernières années (2014) ;
- niveau de confiance de 95 %.

$Z_{1-\alpha}$ =Valeur normale standard de α erreur de type à 95 % de niveau de signification est ($Z_{1-\alpha}=1,64$)

$Z_{1-\beta}$ = Valeur normale standard pour β erreur de type II (β to 20% et $Z_{1-\beta}=0,84$)

P = Proportion de la population

P_1 = Niveau de l'indicateur observé en 2014

P_2 = Niveau de l'indicateur envisagé

P_2-P_1 = Changement attendu=5 %

D_{eff} =Effet de grappe ($D_{eff}=1,4$)

Il y a trois indicateurs qui ont été très déterminants dans le calcul de l'échantillon. Il s'agit des indicateurs relatifs :

- aux femmes enceintes ayant dormi sous MII (2014) ;
- aux enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MII (2014) ;
- aux femmes enceintes ayant reçu aux moins deux doses de TPI lors de leur dernière grossesse durant les 2 dernières années (2014).

La démarche adoptée en utilisant la formule de l'échantillonnage à partir de l'indicateur sur la proportion de femmes enceintes ayant dormi sous MII (2014), a permis d'assurer la fiabilité de l'échantillon global de ménages sélectionnés. Nous avons accepté une marge d'erreurs de 2% et considérons que la proportion P de femmes enceintes est de 40%, la taille de l'échantillon pour mesurer cet indicateur est de 14 336 ménages à visiter. Donc en termes de fiabilité, cela signifie avec cet échantillon global de l'ENPS 2016, on a 95% de chance d'avoir un résultat qui vaut 40% (avec une marge d'erreur de + ou - 2%) ; c'est-à-dire qu'il soit compris entre 38% et 42%. En d'autres termes,

En définitive, la taille totale de l'échantillon est de 14 336 ménages pour avoir 2 580 femmes enceintes à interroger (soit 0,18 femme enceinte par ménage), 15 770 femmes mères ou gardiennes d'enfants de moins de 5 ans (soit 1,1 femme par ménage) et couvrir 21504 enfants de moins de 5 ans, (soit 1,5 enfants par ménage). Le calcul de la taille de l'échantillon s'applique seulement aux individus, même si elle est exprimée en termes de nombre de ménages à visiter pour interviewer des individus. Cela s'explique par le fait que les indicateurs les plus importants de l'enquête Nationale sur le Paludisme sont basés sur des individus. La variable ménage n'est pas utilisée dans les calculs des tailles d'échantillon de ménages car elle exige non seulement une formule différente, mais également des valeurs différentes d'effets de plan de sondage (deff) qui s'élèveraient à 10 ou plus.

Répartition de l'échantillon

À cause de la répartition non proportionnelle de l'échantillon parmi les strates, des poids de sondage ont été utilisés. Pour faciliter le calcul des poids de sondage, les probabilités de sondage pour chaque degré de tirage ont été calculées par strate et pour chacune des grappes.

Cette étude a nécessité un échantillonnage stratifié par grappes à deux degrés et la sélection de la population a été faite de façon systématique pour assurer la représentativité de l'échantillon.

L'unité primaire de sondage est le DR tel que défini pour le recensement en 2013. Chaque région est séparée en districts sanitaires, qui sont distingués en parties urbaine et rurale pour former les strates d'échantillonnage et l'échantillon est tiré indépendamment dans chaque strate. Au Sénégal, on compte quatorze régions subdivisées en départements (45 au total). Chaque département est subdivisé en commune et arrondissement et abrite un certain nombre de districts sanitaires. Au Sénégal, 42,4 % de la population vivent dans le milieu urbain, et ils représentent 48,5 % de ménages ; 22 % de la population et 27,3 % de ménages se trouvent dans la région de Dakar. Au niveau régional, les tailles de régions en population représentent une grande variation, de 1 % pour la région de Kédougou à 22 % pour la région de Dakar.²La répartition des DR par régions et par type de résidence est donnée dans le Tableau A.1. La répartition de ménage et de population par région et par type de résidence est donnée dans le Tableau A.2.

Ces tableaux ont été utilisés pour créer vingt-huit strates, représentant toutes les régions et l'ensemble des districts sanitaires. À l'intérieur de chaque strate, les DRs sont triés selon les unités administratives en dessous de la région, c'est-à-dire, les départements et les

² Rapport EDS Continue Sénégal, 2014

arrondissements/communes, en tenant à représenter l'ensemble des districts sanitaires dans chaque région. Cette opération a introduit une stratification implicite au niveau de toutes les unités administratives en dessous de la région avec une allocation de l'échantillon proportionnelle à la taille de l'unité.

Tableau 2: Répartition DR selon le milieu de résidence

Milieu de résidence	Nombre	Pourcentage (%)
DR ruraux	9 471	55,18
DR urbain	7 694	44,82
TOTAL	17 165	100,00

Source : Rapport final RGPFAE, ANSD - 2013

Au premier degré, 896 DRs sont tirés avec une probabilité proportionnelle à leur taille, la taille étant le nombre de ménages résidents dans le DR. Ces DR échantillon ont été répartis selon le milieu de résidence comme suit :

Tableau 3: Répartition DR échantillon selon le milieu de résidence

Milieu de résidence	Nombre	Pourcentage (%)
DR ruraux	494	55,18
DR urbain	402	44,82
TOTAL DR ECHANTILLON	896	100,00

Source : ENPS III, G. SOTERCO2016,

Comme indiqué dans les passages précédents, une fois la stratification rurale et urbaine des DR effectuée, les régions ont été représentées de manière proportionnelle à leur taille de DR. Ensuite la part affectée à chaque région a été partagée, de manière à représenter proportionnellement l'aire de responsabilité de l'ensemble des districts sanitaires correspondant à la région.

Dans les DR tirés, les équipes de cartographes ont procédé à un dénombrement des ménages et une mise à jour de la carte dans chaque DR sélectionné avant l'enquête principale. Cette opération a permis d'obtenir une liste de ménages complète dans chaque DR tiré. Avant le dénombrement des ménages, chaque grand DR ayant plus de 200 ménages a été divisé en segments dont un seul a été retenu dans l'échantillon. Cette dernière étape n'est pas considérée comme un degré de tirage, car la segmentation a pour seul objectif de limiter le travail de dénombrement à l'intérieur du DR.

A un deuxième degré, le dénombrement a permis de sélectionner les ménages à enquêter. Dans chaque DR sélectionné, une énumération des ménages a été effectuée afin de dresser la liste de tous les logements et ménages. Ensuite, seize (16) ménages ont été sélectionnés dans cette liste par le statisticien de l'enquête (les tirages de ménages ont été effectués au bureau central), avec un tirage systématique à probabilité égale. La décision de tirer 16 ménages et non 30 a été motivée par la volonté d'augmenter le nombre de grappes de 410 à 896, afin de toucher plus de localités à travers le Sénégal.

Le Tableau 3 donne la répartition de l'échantillon grappes entre les régions et par milieu de résidence. Parmi les 896 DRs sélectionnés, 402 sont en milieu urbain et 494 en milieu rural. Pour les ménages, 14336 ménages sont sélectionnés au total, dont 6432 dans le milieu urbain et 7904 dans le milieu rural.

Tableau 4: Répartition de l'échantillon grappes et de l'échantillon ménages par région et selon le type de résidence, ENPS 2016

Région	Distribution de grappes			Distribution de ménages		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Dakar	92	18	110	1472	288	1760
Diourbel	16	32	48	256	512	768
Fatick	25	45	70	400	720	1120
Kaffrine	15	40	55	240	640	880
Kaolack	18	36	54	288	576	864
Kédougou	12	24	36	192	384	576
Kolda	14	28	42	224	448	672
Louga	32	48	80	512	768	1280
Matam	20	32	52	320	512	832
Saint-Louis	25	35	60	400	560	960
Sédhiou	9	30	39	144	480	624
Tambacounda	39	52	91	624	832	1456
Thiès	45	54	99	720	864	1584
Ziguinchor	40	20	60	640	320	960
Sénégal	402	494	896	6432	7904	14336

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Tableau 5: Répartition des grappes par région médicale et par district sanitaire, ENPS 2016

Régions médicales	Districts sanitaires	Nombre de grappes	Nombre de ménages
DAKAR	District Nord	11	176
	District Sud	11	176
	District Centre	11	176
	District Ouest	11	176
	District Guédiawaye	11	176
	District Pikine	11	176
	District Mbao	11	176
	District Rufisque	11	176
	District Keur Massar	11	176
	District Diamniadio	11	176
	District Diourbel	12	292
	District Bambey	12	292
	District Mbacké	12	292

PNLP : Enquête Nationale sur les indicateurs du Paludisme au Sénégal

Régions médicales	Districts sanitaires	Nombre de grappes	Nombre de ménages
DIOURBEL	District Touba	12	292
FATICK	District Fatick	10	160
	District Dioffior	10	160
	District Passy	10	160
	District Foundiougne	10	160
	District Sokone	10	160
	District Gossas	10	160
	District Niakhar	10	160
KAOLACK	District Guinguineo	13	208
	District Ndoffane	13	208
	District Kaolack	14	224
	District Nioro	14	224
KAFFRINE	District Malem Hodar	14	224
	District Kaffrine	13	208
	District Koungheul	14	240
	District Birkelane	14	240
LOUGA	District Louga	10	160
	District Linguère	10	160
	District Dahra	10	160
	District Kébémér	10	160
	District Darou Mousty	10	160
	District Keur Momar SARR	10	160
	District Sakal	10	160
	District Coki	10	160
MATAM	District Matam	13	208
	District Thilogne	13	208
	District Kanel	13	208
	District Ranérou	13	208
SAINT LOUIS	District Saint Louis	12	192
	District Dagana	12	192
	District Richard Toll	12	192
	District Podor	12	192
	District Pété	12	192
TAMBA	District Tamba	13	208
	District Koumpeuntoum	13	208
	District Makacoulibantang	13	208
	District Bakel	13	208
	District Goudiry	13	208
	District Diankémakha	13	208
	District Kidira	13	208
KEDOUGOU	District Kédougou	12	192
	District Saraya	12	192
	District Salémata	12	192

Régions médicales	Districts sanitaires	Nombre de grappes	Nombre de ménages
THIES	District Thiés	11	176
	District Pout	11	176
	District Khombole	11	176
	District Tivaoune	11	176
	District Mékhé	11	176
	District Mbour	11	176
	District Joal Fadiouth	11	176
	District Popenguine	11	176
	District Thiadiaye	11	176
ZIGUINCHOR	District Ziguinchor	12	192
	District Oussouye	12	192
	District Bignona	12	192
	District Diouloulou	12	192
	District Thionk-Essyl	12	192
KOLDA	District Kolda	14	224
	District Vélingara	14	224
	District Médina Yoro Foulah	14	224
SEDHIOU	District Sédhiou	13	208
	District Goudomp	13	208
	District Bounkiling	13	208
TOTAL DANS LES 76 DS		896	14336

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

La liste des ménages tirés au niveau de chaque grappe a été remise au chef d'équipe responsable pour la collecte des données. Par ailleurs, chaque DR avait un dossier cartographique constitué pour les besoins de l'enquête et contenant un cahier de dénombrement, un croquis de la grappe et une fiche de renseignement. La liste de cet échantillon de DR/Grappes sélectionnées et leur dossier cartographique ont aussi été rendus disponibles auprès de chaque chef d'équipe. Les ménages ayant opposé un refus de participer à l'enquête n'ont pas été remplacés, mais ont été considérés comme des non-répondants pour éviter les biais. Les enquêteurs avaient la charge d'interviewer tous les ménages ainsi sélectionnés. Tous les membres de ces ménages ont été identifiés à l'aide d'un questionnaire ménage, et chaque femme enceinte, mère/gardiennne d'enfant de moins de 5 ans identifiée a été enquêtée avec un questionnaire individuel femme. Au sein du ménage tiré, le chef de ménage ou son représentant a été interviewé pour les sections qui le concernent (caractéristiques du ménage, liste ménage, possession et utilisation de moustiquaires).

Echantillonnage volet qualitatif

L'échantillonnage pour les méthodes qualitatives obéit à des critères spécifiques différents de ceux appliqués pour les méthodes quantitatives. En effet, le nombre de personnes interrogées est moins important dans l'échantillonnage qualitatif que la diversité et la complétude des cibles.

En d'autres termes, la représentativité de l'échantillonnage pour les méthodes qualitatives est liée à la couverture des différents groupes-cibles (personnel de santé, chefs de ménage, femmes enceintes, mères gardiennes d'enfants, etc.) en fonction des spécificités éco-socio-

culturelles. L'autre critère important est le seuil de saturation atteint lorsque le chercheur se rend compte que les informations collectées se répètent et qu'il n'y a plus d'élément nouveau.

Plus singulièrement, nous avons procédé à un échantillonnage à plusieurs degrés, afin de collecter les données.

A un premier degré, les zones d'enquête concernées par les enquêtes quantitatives ont toutes été considérées comme des strates qui ont toutes été représentées, afin de tenir compte de la diversité des réalités ethno-culturelles du Sénégal :

- Le Nord (Louga, Matam et St-Louis)
- Le Centre-Nord (Dakar, Thiès & Diourbel)
- Le Centre-Sud (Kaolack, Fatick, Kaffrine) et
- Le Sud (Ziguinchor, Sédhiou, Tambacounda, Kolda et Kédougou)

Chaque zone géographique étant considérée comme une strate, toutes les 4 strates ont été représentées dans l'enquête qualitative. Dans chaque strate, toutes les régions ont été représentées.

A un deuxième degré, nous avons sélectionné de manière raisonnée, un département dans chaque région faisant partie d'une des zones de l'enquête. Le choix du département dans la région a tenu compte de la représentativité des types d'interventions de lutte contre le paludisme qui sont mises en œuvre dans la région. Au total, 14 départements ou districts sanitaires ont été concernés par la collecte de données.

Tableau 6: Types d'intervention de lutte contre le palu suivant les zones écogéographiques

Zones	Régions	District	Interventions spécifiques	Incidence palu
Centre Nord	Dakar	Mbao		jaune
	Diourbel	Diourbel		Rouge
	Thiès	Tivaouane	Pilote CPS	jaune
Centre Sud	Fatick	Dioffior		Rouge
	Kaffrine	Koungheul	AID PMI	jaune
	Kaolack	Nioro	AID PMI	Rouge
Sud	Tamba	Koumpentoum	AID /CPS PMI	Rouge
	Ziguinchor	Bignona		jaune
	Sédhiou	Sédhiou	CPS	Rouge
	Kolda	Medina Y. Foulah	CPS	Rouge
	Kédougou	Saraya	CPS /PECADOM +	Rouge
Nord	Saint-Louis	Richard Toll	AID Pilote	vert
	Matam	Ranérou		grise
	Louga	Dahra		vert

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

A un troisième degré, trois localités ont été choisies dans chaque district sanitaire de manière raisonnée, en tenant compte des zones urbaines/ rurales, et les différentes composantes de la pyramide sanitaire au niveau périphérique :

- au niveau urbain : la localité abritant le centre de santé
- au niveau rural : une localité abritant le poste de santé et une autre avec ou sans case de santé

Au total, 42 localités ont été visitées dans le cadre de la collecte des données qualitatives. Dans chacune de ces localités, les cibles de l'enquête ont été sélectionnées, soit de manière aléatoire

(du côté des ménages, femmes enceintes, mères ou gardiennes d'enfants, soit de manière raisonnée (pour les autres cibles secondaires). Pour les enquêtes au niveau ménage, un seul critère d'inclusion a été observé : avoir à charge, dans le ménage, un enfant de moins de cinq ans ou une femme enceinte durant la période de l'enquête. Dans la mesure où nous souhaitons diversifier les cas (en évitant d'enquêter les ménages déjà tirés ou concernés par les enquêtes quantitatives), les accouchées récentes (dans les trois mois précédant l'enquête) ont aussi été ciblées pour combler le gap.

Pour la conduite des enquêtes qualitatives, il a été mobilisé une équipe de 13 chercheurs répartis en quatre sous-équipes responsables chacune d'une strate,

- Equipe Nord (Louga, Matam et St-Louis) : 3 chercheurs
- Equipe Centre-Nord (Dakar, Thiès & Diourbel) : 3 chercheurs
- Equipe Centre-Sud (Kaolack, Fatick, Kaffrine) : 3 chercheurs
- Equipe Sud (Ziguinchor, Sédhiou, Tambacounda, Kolda et Kédougou): 4 chercheurs

Chaque équipe a été dirigée par un superviseur chargé de coordonner la collecte des données au niveau de sa zone de responsabilité et d'assurer le contrôle de la qualité des données. Ces équipes ont été supervisées par le chef de mission et le chercheur sénior coordonnateur du volet qualitatif.

1.3.5. Techniques et outils de collecte mobilisés

❖ Volet quantitatif

L'enquête quantitative a été faite au niveau des ménages. Les questionnaires de base fournis par SOTERCO ont été partagés avec PNLN et adaptés au contexte sénégalais de la lutte contre le paludisme. Le questionnaire ménage était décomposé en deux questionnaires (Ménage et Femme). Le répondant principal au **Questionnaire ménage** était le chef de ménage ou toute autre personne bien informée du ménage. Toute personne adulte et résidente dans le ménage pouvait être répondant ou apporter des compléments d'information lors du remplissage du questionnaire ménage.

Les informations du questionnaire ménage portaient sur les caractéristiques du logement (disponibilité de l'électricité, possession de biens durables, etc.), la pulvérisation intradomiciliaire, la possession, l'utilisation des moustiquaires, fièvre au cours des deux dernières semaines.

Par ailleurs, le questionnaire ménage a servi à identifier les femmes éligibles (enceinte, mère d'un enfant de moins de 5 ans ou gardienne d'un enfant de moins de 5 ans) pour être soumises à une interview à l'aide du **questionnaire individuel femme**, dont la répondante est la femme de 15 à 49 ans (mère/gardienne d'enfant ou femme enceinte). Des sauts et filtre ont permis d'atteindre les femmes enceintes ou ayant une naissance au cours des cinq dernières années. Ce questionnaire individuel comprenait une page de couverture similaire à celle du questionnaire ménage sur laquelle ont été enregistrées les informations d'identification du ménage (Région, District Sanitaire, Milieu, Numéro grappe, Nom du chef de concession et nom du chef de ménage). Le résultat de l'interview a permis de calculer le taux de couverture de l'enquête et les contrôles sur le terrain et au bureau ainsi que des sections servant à recueillir des informations sur la femme. Les informations recueillies sur les membres du ménage ou les visiteurs portaient sur :

- 1- Caractéristiques sociodémographiques de la femme : le sexe, l'âge ;
- 2- Historique des naissances récentes et l'état de grossesse actuel de la femme ;

- 3- Traitement Préventif Intermittent : cette section s'est adressée uniquement aux femmes qui ont eu une naissance au cours des deux dernières années ;
- 4- Fièvre et traitement : cette section s'est adressée uniquement aux femmes qui avaient eu un enfant vivant, né au cours des six dernières années ;
- 5- Connaissances, croyances et comportements concernant le paludisme, sa prévention et son traitement et exposition aux messages relatifs au paludisme.

1.3.6. Autres documents

Les questionnaires étaient accompagnés de manuels qui rappellent les concepts et définitions utilisés dans l'enquête, les objectifs, un résumé de la méthodologie, la manière d'entrer en contact avec les autorités et les ménages, la manière de poser chaque question et d'enregistrer la réponse correspondante, la manière de contrôler les informations recueillies et la confidentialité des informations collectées. Les conditions de travail sur le terrain et les rôles et responsabilités de chaque catégorie de personnel de terrain y étaient également consignées (vie de groupe, discipline, gestion et répartition du travail, etc.). Ces documents ont servi de support didactique pendant la formation et de document de référence de l'enquêteur sur le terrain.

❖ Volet qualitatif

Plusieurs types d'outils ont été utilisés dans le cadre de l'ENPS 2016 :

- Des entretiens individuels approfondis ont été menés par des enquêteurs expérimentés dans les zones ciblées auprès de toutes les cibles définies : femmes enceintes, mères ou gardiennes d'enfants, chefs de ménages, acteurs communautaires, autres acteurs influents. Ils ont collecté des informations sur les perceptions, connaissances, attitudes et pratiques sociales des différentes cibles (personnel de santé, chefs de ménage, femmes enceintes et mères gardiennes d'enfants de moins de 5 ans). Ils ont porté sur les différentes thématiques susmentionnées (paludisme, usages et utilisation des moustiquaires, aspersion intradomiciliaire, bref les activités à base communautaire dans le cadre de la lutte contre le paludisme etc.). Les données qualitatives recueillies ont permis d'analyser les perceptions, connaissances, attitudes de ces cibles vis-à-vis du paludisme ainsi que leurs expériences, pratiques, motivations et barrières en matière d'utilisation des moustiquaires.
- Les focus group ont aussi été réalisés, en raison de quatre par localité : un avec les mères ou gardiennes d'enfants, un autre avec les hommes, un avec les jeunes filles et un autre avec les jeunes garçons.
- Enfin, la cartographie des acteurs et des interventions dans le domaine de la lutte contre le paludisme a été menée au niveau district// département. Nous avons utilisé un outil standard, support d'un entretien avec le superviseur EIPS au niveau du district sanitaire et ou BREIPS (niveau région), ainsi que des représentants d'ONG qui interviennent dans la lutte contre le paludisme, principalement celles qui investissent le champ de la communication pour le changement de comportements.

Ces techniques ont été choisies en raison de leur souplesse, leur caractère semi-directif et de la richesse des informations qui en émergent quand les participants à l'étude ont l'opportunité de partager leurs perceptions et leur vécu.

1.3.7. Organisation pratique et stratégie pour la collecte des données

Pour les besoins de la collecte des données, toute une organisation et stratégie a été mise en place, aussi bien pour le volet quantitatif que qualitatif : d'abord les enquêteurs et superviseurs

ont été recrutés (100 pour le volet quantitatif et 13 pour le volet qualitatif). En prélude au démarrage des activités de collecte des données, les équipes ont été formées pendant une semaine, au cours de laquelle différents modules ont été présentés et les questionnaires et autres outils testés durant la première semaine de formation, ce qui a permis de revenir sur leur contenu et les conditions de leur passation. Le volet qualitatif a été réalisé dans un premier temps, le démarrage des enquêtes quantitatives nécessitant au préalable la cartographie et le tirage des ménages échantillon. La formation a eu lieu du 1^{er} au 06 août 2016 et les équipes ont été par la suite déployées sur le terrain du 10 au 30 août 2016. Pour la partie quantitative, la formation a été réalisée en début septembre 2016, suivie de la collecte des données à Dakar la deuxième quinzaine du mois, avant le déploiement dans les régions en octobre et novembre 2016.

Pour la partie quantitative, 19 équipes ont été constituées (composées en moyenne de 5 membres chacune). Ces équipes ont été affectées à des axes de collecte, définis et organisés pour une meilleure planification, suivi et supervision de la collecte.

- axe 1 : Ziguinchor, Sédhiou, Kolda (3 équipes)
- axe 2 : Kaffrine, Tamba, Kédougou (4 équipes)
- axe 3 : Louga, Saint-Louis Sud (3 équipes)
- axe 4 : Matam, Saint-Louis Nord (3 équipes)
- axe 5 : Kaolack, Fatick (3 équipes)
- axe 6: Thiès, Diourbel (3 équipes)

Comme souligné précédemment, Dakar a été enquêté par l'ensemble des enquêteurs. Après les activités de dénombrement et de cartographie, les enquêtes quantitatives ont d'abord commencé par Dakar où toutes les équipes ont été impliquées. Cela a permis de les superviser de manière rapprochée, afin de détecter certains problèmes, de corriger à nouveau certaines incompréhensions, de résoudre certains problèmes, avant le déploiement des équipes au niveau des zones qui leur ont été dédiées. Avant le déploiement, deux jours de mise en commun ont été organisés afin de faire un brainstorming et discuter de la planification opérationnelle de la collecte des données sur le terrain. Pour la collecte dans les régions, chaque grande équipe d'axe avait une autonomie au plan logistique (véhicules, carburant) afin de faire le travail attendu. Chaque axe était sous la responsabilité d'un superviseur qui s'est déplacé et a séjourné avec les équipes sur le terrain. Chaque équipe avait un chef, l'ensemble des chefs d'équipe de l'axe étant géré par le superviseur. Il avait la responsabilité de s'assurer du respect des procédures et des DR et ménages. Il lui a été remis l'ensemble des documents relatifs à la cartographie des DR tirés, la liste des ménages sélectionnés. Par ailleurs des performances journalières ont été affectées à chaque équipe, en fonction du nombre de grappes tirées (en moyenne chaque équipe devait faire 3 à 4 DR par jour). En raison du poids différent de grappes tirées dans chaque axe, les temps de collecte ont connu des variations, certaines ayant fini une semaine après les autres.

Pour la partie qualitative, 4 axes ont été définis comme souligné plus haut : Nord (Louga, Matam et St-Louis), Centre-Nord (Dakar, Thiès & Diourbel), Centre-Sud (Kaolack, Fatick, Kaffrine), Sud (Ziguinchor, Sédhiou, Tambacounda, Kolda et Kédougou). Chaque équipe responsable d'un axe avait à sa tête un superviseur. Des séances de débriefing ont été

organisées chaque jour par les équipes, afin de faire le point sur le travail, identifier les données manquantes et surtout partager les données nouvelles qui émergeaient des discussions.

Les équipes pour les enquêtes quantitatives (cartographes, enquêteurs) et les enquêtes qualitatives ont été aussi suivies sur le terrain d'abord par une équipe de contrôleurs (5) et ensuite par l'équipe technique chargée de la gestion scientifique de la recherche (chef de mission, superviseur sociologue, superviseur médecin, statisticien). Durant les premières semaines, une supervision intense a été menée par les contrôleurs et aussi l'équipe technique. Tous les axes ont été visités de manière intensive, afin de nous assurer de la qualité du processus, de partager avec les équipes afin d'identifier les difficultés et les résoudre, séance tenante. Les éventuels réajustements ont pu être apportés sur le terrain et partagés avec toutes les autres équipes. Ensuite, dans les semaines suivantes, un plan de supervision a été établi pour continuer à suivre les équipes sur le terrain, jusqu'à la fin de la collecte. Les contrôleurs et l'équipe de statistique ont pu vérifier sur site, les questionnaires déjà contrôlés par les superviseurs d'axe, avant leur acheminement au niveau du bureau de saisie à Dakar. Les questionnaires ont été envoyés à Dakar au fur et à mesure de leur remplissage par les enquêteurs, contrôle par les superviseurs et validation par les contrôleurs dirigés par le statisticien. Après le démarrage de la collecte, les questionnaires remplis étaient contrôlés, mis en paquet et envoyés au bureau central de l'enquête, où ils ont subi i) un autre contrôle d'exhaustivité, ii) rangement et enregistrement, iii) contrôle de qualité et codage, iv) et transmission à l'atelier de saisie.

1.3.8. Procédures de gestion et de traitement des données

❖ Volet quantitatif

La saisie et l'apurement des données ont été faits sous CS Pro. Au démarrage de la collecte des données (période de septembre à Novembre 2016), les programmes de saisie et d'édition étaient déjà prêts. Toute une organisation était mise en place pour la saisie, le contrôle et l'archivage des données. L'édition des données (sortie des messages d'erreur et leur correction) a eu lieu en même temps que la saisie. Les erreurs détectées ont été communiquées aux personnels de terrain à l'occasion des visites de supervision, pour les alerter en vue d'améliorer la qualité des données. Des opératrices de saisie et un éditeur ont été recrutés et recyclés pendant deux jours. En plus des opératrices de saisie (20), une centaine d'élèves ingénieurs statisticiens généralement en fin de formation de l'Ecole Nationale de la Statistique et d'Analyse Economique (ENSAE) ont été mobilisés pour les opérations de codification et de saisie.

Après un mois de saisie intense des données, le traitement informatique des données a duré presque un mois et était réalisé à l'aide de Cs Pro (pour la saisie) et SPSS (pour la tabulation et l'analyse). Ce travail était supervisé par une équipe de trois ingénieurs statisticiens économistes dont l'expert statisticien informaticien. L'édition des données comportait les vérifications de vraisemblance (notamment avec les résultats de la RGPHA-2013), de cohérence interne. Toutes les erreurs détectées pendant la procédure d'édition ont été corrigées. Cette tâche a été réalisée par l'équipe formée des trois statisticiens expérimentés. Une fois toutes les erreurs corrigées, un exemplaire du fichier des données éditées a été remis aux autres membres de l'équipe. Un fichier final complètement édité, avec de nouvelles variables de calcul, sous différents formats ont été mis à jour.

Le plan de tabulation a été pensé pendant l'examen approfondi des indicateurs et la conception des supports. Il a été poursuivi, finalisé et validé par le PNLN pendant le traitement. Dès la fin des travaux de saisie, les premiers tableaux ont été sortis et évalués dans un pré-rapport en vue d'éventuelles corrections, avant la tabulation finale. Le tableau ci-dessous nous donne le

résultat de l'enquête quantitative concernant le taux de réponse. Nous avons obtenu un taux de réponse global de 95,04% avec un taux en milieu rural légèrement supérieur par rapport à la zone urbaine.

Tableau 7: Résultats des enquêtes ménage et individuelle

Région	Distribution de ménages		
	Urbain	Rural	Total
Nombre de ménages identifiés	4775	9517	14292
Nombre de ménages enquêtés	4484	9099	13583
Taux de réponse des ménages ³	93,91%	95,61%	95,04%
Effectif de femmes éligibles	3313	9143	12456
Effectif de femmes éligibles enquêtées	3021	8239	11260
Taux de réponse des femmes éligibles	91,19%	90,11%	90,40%

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

❖ Volet qualitatif

Les données qualitatives produites par les entretiens individuels et de groupe ont été transcrites et saisies sous Word. Les transcriptions ont été faites par les enquêteurs au fur et à mesure de leur collecte sur le terrain. Les enquêtes étant réalisées en langues locales, les enregistrements ont été transcrits de la langue locale vers le français, par les enquêteurs eux-mêmes chargés de la collecte. La transcription s'est faite au fur et à mesure. Les données transcrites ont subi aussi un contrôle qualité. L'équipe technique (Chef de mission, superviseur sociologue) a procédé au tirage au hasard de 1/5 des entretiens et focus-group transcrits pour réécouter les enregistrements et vérifier l'authenticité, la conformité de la traduction. Cela a permis de veiller à ce que tous les identificateurs personnels soient enlevés et remplacés par des initiales, afin de protéger l'anonymat et la confidentialité. Par ailleurs, un système de labellisation a été utilisé pour toutes les transcriptions, afin de faciliter leur gestion et traitement. Un plan d'analyse basé sur des thèmes significatifs répondant aux questions et objectifs de la recherche a été défini préalablement et a permis aux équipes de procéder, de manière inductive, à la présynthèse des données afin d'identifier les points à approfondir sur le terrain. À la fin de la collecte des données, un atelier de pré-analyse a été organisé pour une mise en commun et une présentation des rapports d'équipe. Cette approche, qui permet à celui qui a collecté l'information de participer à l'analyse correspond bien à la caractéristique inductive de la recherche qualitative. Cet atelier a permis, à partir des résultats préliminaires, de finaliser le codage des données et de se préparer à la codification et l'analyse des données.

Les données ont été traitées, catégorisées et analysées de façon manuelle : pour cela, les transcriptions ont été faites et une partie discutée lors de l'atelier de pré-analyse. Cela a permis de développer une liste de codes (avec leurs définitions) d'abord sur la base d'un codage déductif réalisé à partir des grandes variables de l'enquête qui correspondent aux objectifs de recherche. Ensuite, cette liste a été complétée grâce à un codage inductif, basé sur

³ Ménages enquêtés / ménages identifiés

l'identification de nouveaux thèmes qui apparaissent lors des passages sur le terrain, lors des débriefings quotidiens et sur la base des premières transcriptions rendues disponibles. Les verbatims significatifs tirés des entretiens saisis ont été regroupés en fonction des codes auxquels ils correspondent. La triangulation des données a aussi été utilisée, afin de lire les résultats en fonction des catégories cibles de l'étude et des types d'outils utilisés (entretiens individuels et focus-group). Certains verbatims significatifs ont été cités, afin de corroborer les analyses faites. Les données qualitatives ont été exploitées grâce aux techniques d'analyse thématique de contenu qui ont permis de regrouper en catégories significatives les opinions, perceptions, attitudes et pratiques sociales des personnes interrogées, en tenant compte des différences de zones ethnoculturelles et de milieu de résidence.

1.4. ASPECTS ETHIQUES

Avant la réalisation de cette étude, le protocole a été soumis à l'approbation du comité d'éthique de la recherche en santé qui a donné son visa par lettre N°00000143/MSAS/DPRS/CNERS en date du 18 septembre 2016

La méthodologie utilisée dans cette étude prend en compte les principes d'éthique suivants: le respect des personnes enquêtées, leur consentement. Un ensemble de dispositions éthiques permettant d'assurer l'anonymat, la sécurité et l'intégrité des personnes à interroger ont été prises :

- Assurer le respect de l'autonomie et de l'autodétermination des participants, et à la protection de ceux qui ne sont pas autonomes comme les enfants ou les femmes;
- Tenir compte de la volonté des participants dans le choix du lieu de discussion;
- N'inclure les cas que sur la base de leur consentement préalable basé sur une connaissance claire des objectifs de la recherche ;
- Expliquer clairement le cadre de la recherche, le temps que prendront les entretiens et les usages des données qui seront collectées ;
- Préciser que cette recherche n'a pas d'implications immédiates en matière de prise en charge, de gratuité ou de rémunération financière ;
- Pour les focus-group, préciser que la participation est volontaire et non rémunérée, mais qu'une collation sera offerte.

Pour toutes ces raisons, l'équipe de recherche engagée dans la collecte des informations devait être empathique, à l'écoute, avoir une bonne connaissance du milieu rural et être mixte. La mixité de cette équipe est volontairement recherchée, car dans certaines situations, il est préférable que les enquêteurs soient des femmes.

Préalablement à toute discussion, il a été expliqué aux répondants qu'aucune question d'ordre personnel ou sensible ne sera posée, que leur participation est volontaire, qu'ils n'encouraient aucune conséquence ni critique et qu'ils étaient libres de ne pas répondre aux questions incommodes. Sur la base de l'acceptation des répondants, les entretiens et focus-group seront enregistrés par dictaphones, puis retranscrits, en préservant l'anonymat des répondants. En d'autres termes, aucun identificateur personnel ne va figurer dans les transcriptions.

Les transcriptions des données qualitatives ont été faites sur Word. Les exemplaires papiers du formulaire de collecte de données ainsi que les copies électroniques de l'enregistrement des entretiens et des discussions de groupe seront détruits à la fin de l'analyse, conformément aux politiques éthiques sur la conservation des dossiers d'étude.

1.5. LIMITES DE L'ETUDE

Les temporalités dans lesquelles cette étude a été menée ont pu induire un certain nombre de biais qu'il est utile de souligner et de prendre en considération dans la lecture des résultats de l'enquête :

D'abord, la collecte des données a été réalisée au niveau ménage juste après la grande distribution de MILDA dans le cadre de la Couverture Universelle (CU) ce qui a certainement eu un effet sur la mesure des taux possession. Par ailleurs, au moment de l'enquête, les régions de Dakar et de Saint-Louis n'avaient pas encore bénéficié de la CU, ce qui a aussi influencé les niveaux de possession (qui ont été les plus bas lors de cette enquête). En outre, le fait que les enquêtes aient été menées à la fin de la période hivernale a pu influencer les indicateurs d'utilisation des MILDA (surtout pour l'indicateur concernant l'utilisation la nuit précédant l'enquête). Cependant, ce biais a pu être minimisé par le fait que nous avons cherché à documenter la moyenne d'utilisation des MILDA au cours de l'année. Par ailleurs, le fait que certaines stratégies de contrôle du paludisme soient spécifiques à certaines zones a fait que certains indicateurs ne sont pas extrapolables ou à considérer pour le niveau national.

DEUXIEME PARTIE : CARACTERISTIQUES DES MENAGES ET DES FEMMES ENQUETES

2.1. CARACTERISTIQUES DES FEMMES ENQUETEES

La collecte des données qualitatives a porté au final sur 12.500 femmes éligibles, réparties de manière diversifiée, selon la région considérée (voir tableau en dessous). Près de 7 femmes sur 10 éligibles vivent en milieu rural. Ceci confirme que la dynamique des naissances est plus élevée en milieu rural par rapport au milieu urbain. A l'image de la population sénégalaise, les femmes enceintes ou gardiennes d'enfants de moins de 5 ans sont généralement jeunes (plus de moitié ont moins de 30 ans). Elles sont majoritairement sans niveau d'instruction (près de 7 femmes sur 10) et 12% ont atteint au moins le niveau secondaire.

Tableau 8: Caractéristiques des femmes enquêtées

		POURCENTAGE	EFFECTIFS NON PONDERES
REGION	DAKAR	18%	1039
	DIOURBEL	16%	884
	FATICK	5%	940
	KAFFRINE	8%	1391
	KAOLACK	6%	562
	KEDOUGOU	1%	481
	KOLDA	6%	776
	LOUGA	5%	1043
	MATAM	3%	489
	SAINT LOUIS	5%	745
	SEDHIOU	3%	627
	TAMBACOUNDA	9%	1462
	THIES	13%	1472
	ZIGUINCHOR	3%	545
	Total	100%	12456
CLASSE D'AGE	15-19	10%	1119
	20-24	21%	2324
	25-29	24%	2580
	30-34	21%	2223
	35-39	14%	1500
	40-44	8%	816
	45-49	3%	306
	Total	100%	10868
INSTRUCTION	Aucun	69%	7760
	PRIMAIRE	18%	2010

		POURCENTAGE	EFFECTIFS NON PONDERES
	SECONDAIRE	11%	1275
	SUPERIEUR	1%	161
	Total	100%	11206
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	27%	3313
	RURAL	73%	9143
	Total	100%	12456
Quelle est votre ethnie ?	WOLOF	39%	3866
	POULAR	29%	3596
	SERER	16%	1656
	MANDINGUE/SOCÉ	7%	1092
	DIOLA	3%	438
	AUTRE	5%	610
	Total	100%	11258
RELIGION	MUSULMANE	96%	10921
	CHRETIENNE	3%	321
	ANIMISTE/AUTRES	0%	14
	Total	100%	11256

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Les ethnies majoritaires sont les Wolofs et les Pulaar avec respectivement 39% et 29% des femmes enquêtées. La quasi-totalité des femmes enquêtées sont des musulmanes (96%). Le PNLN devrait donc tenir compte de ce constat pendant les campagnes de sensibilisation en utilisant particulièrement les langues nationales (Wolof, Pular, Serer) et des messages simples et facilement accessibles aux personnes sans niveau d'instruction.

2.2. STRUCTURE PAR AGE ET PAR SEXE DE LA POPULATION

La population sénégalaise est majoritairement jeune, les moins de 15 ans représentant 43% de la population totale. Près de 7 sénégalais sur 10 à moins de 30 ans et l'âge médian de la population est 23 ans. Au Sénégal l'âge moyen de la population générale est estimé à 24,6 ans, légèrement supérieur à celui obtenu pendant le Recensement général de la Population de l'Habitat (RGPH-2013) qui était de 22,7 ans. La population vivant en milieu rural est encore plus jeune que celle vivant en milieu urbain avec une moyenne d'âge de 23,6 ans contre 25,77 ans. Cette tendance était confirmée par le RGPH de 2013 avec une moyenne d'âge de 21 ans contre 24 ans en milieu urbain.

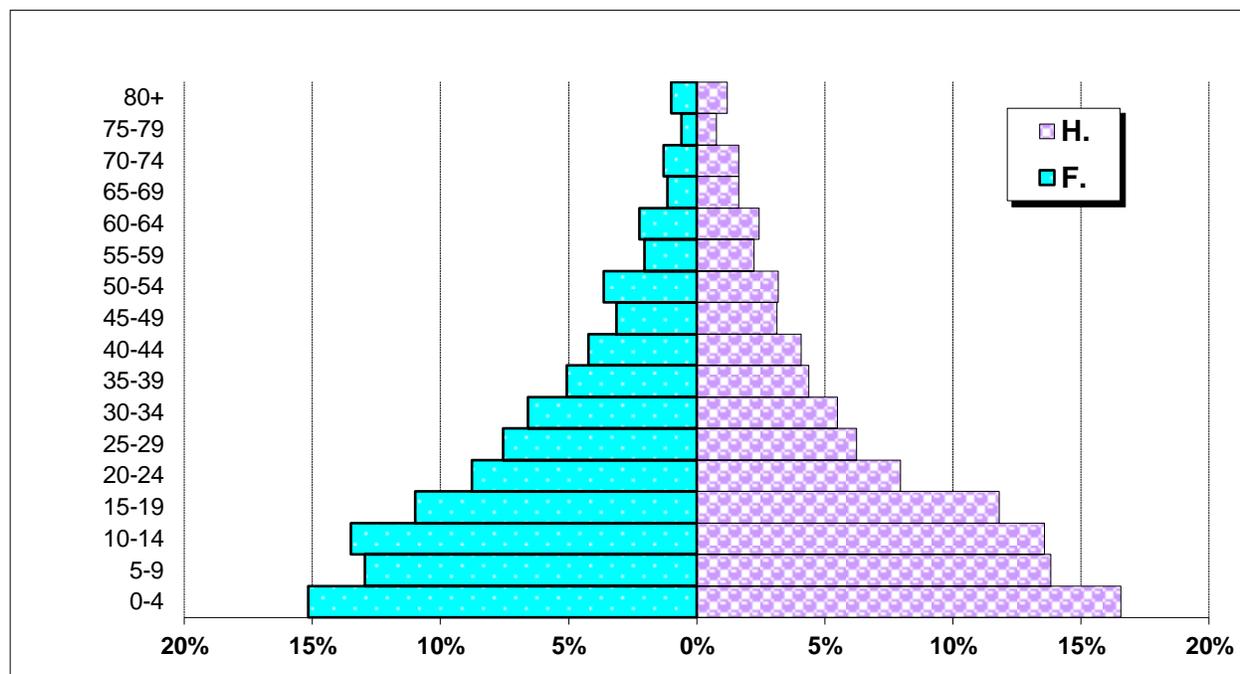
Tableau 9: Population Sénégalaise par âge, sexe et milieu de résidence

	URBAIN			RURAL			ENSEMBLE		
	MASCU LIN	FEMININ	ENSEM BLE	MASCU LIN	FEMININ	ENSEM BLE	MASCU LIN	FEMININ	ENSEM BLE
Moins de 5 ans	14,2	13,0	13,6	17,5	16,1	16,8	16,6	15,2	15,9
5-9 ans	12,1	11,0	11,5	14,5	13,8	14,2	13,8	13,0	13,4
10-14 ans	12,9	13,4	13,2	13,8	13,6	13,7	13,6	13,5	13,5
15-19 ans	11,9	11,5	11,7	11,8	10,8	11,3	11,8	11,0	11,4
20-24 ans	8,9	9,9	9,4	7,6	8,3	7,9	7,9	8,8	8,4
25-29 ans	7,5	8,3	7,9	5,7	7,2	6,5	6,2	7,6	6,9
30-34 ans	6,2	7,1	6,7	5,2	6,4	5,8	5,5	6,6	6,1
35-39 ans	5,1	5,6	5,4	4,0	4,9	4,5	4,4	5,1	4,7
40-44 ans	4,2	4,6	4,4	4,0	4,1	4,0	4,1	4,2	4,1
45-49 ans	3,9	3,4	3,6	2,8	3,0	2,9	3,1	3,1	3,1
50-54 ans	3,4	4,0	3,7	3,1	3,5	3,3	3,2	3,6	3,4
55-59 ans	2,5	2,2	2,4	2,1	2,0	2,0	2,2	2,0	2,1
60-64 ans	2,6	2,2	2,4	2,4	2,3	2,3	2,4	2,3	2,3
65-69 ans	1,6	1,1	1,4	1,6	1,2	1,4	1,6	1,1	1,4
70-74 ans	1,4	1,2	1,3	1,7	1,3	1,5	1,6	1,3	1,5
75-79 ans	0,6	0,6	0,6	0,8	0,6	0,7	0,8	0,6	0,7
80 ans et plus	0,9	0,9	0,9	1,3	1,1	1,2	1,2	1,0	1,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : RGPHAE, ANSD 2013

Le graphique ci-dessous nous donne la pyramide des âges de la population sénégalaise. La base large de la pyramide nous confirme que la population est majoritairement jeune. La pyramide nous permet de constater que le rapport de masculinité (nombre d'homme par rapport au nombre de femme en pourcentage) est initialement en faveur des hommes (pour le groupe d'âge 0-9 ans) mais le rapport change au fur et à mesure que l'âge avance. Selon le RGPH 2013, le rapport de masculinité global était de 99,6 hommes pour 100 femmes.

Graphique 1: Pyramide des âges de la population



Source : Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

2.3. TAILLE ET COMPOSITION DES MENAGES

Les chefs de ménages sont majoritairement des hommes (81,5% contre 18,5). Nous notons une très grande disparité entre le milieu rural et le milieu urbain. En effet, en milieu rural, près de 9 ménages sur 10 sont dirigés par des hommes alors qu'en milieu urbain ce rapport est de près de 7 ménages sur 10. La taille moyenne des ménages est de 9 personnes et plus de la moitié des ménages sénégalais compte au moins 9 personnes. La taille des ménages est légèrement plus élevée en milieu rural avec près de 10 personnes contre 8 personnes en milieu urbain.

Tableau 10 : Composition des ménages en pourcentage

Caractéristique sociodémographique	URBAIN	RURAL	SENEGAL
CHEF DE MENAGE			
HOMME	68,9	87,9	81,5
FEMME	31,1	12,1	18,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0
NOMBRE DE MEMBRES HABITUEL			
1	6,1	4,6	5,1
2	2,0	0,6	1,1
3	3,3	1,2	1,9
4	5,6	2,4	3,5
5	6,9	4,5	5,3
6	9,3	7,3	8,0
7	9,1	8,6	8,8
8	9,6	9,5	9,5
9 et +	48,1	61,3	56,8
TAILLE MOYENNE MENAGE	8,1	9,7	9,2

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

2.4. COMMODITE ET BIENS POSSEDES PAR LES MENAGES

Les biens les plus disponibles par les ménages sénégalais est le téléphone portable, plus de 90% des personnes enquêtées ayant déclaré en posséder. Plus de 70% des ménages disposent d'une radio et près d'un ménage sur deux dispose d'une télévision ou a accès à l'électricité. Les données indiquent que seulement 2 ménages sénégalais sur 10 disposent d'un réfrigérateur/congélateur et moins d'un ménage sur 10 possède une voiture personnelle. Il existe une très grande disparité entre le milieu urbain et le milieu rural. Ainsi environ 7 ménages sur 10, soit 70% disposent d'une télévision en milieu urbain alors que ce chiffre est de 30% en milieu rural. La majorité des ménages en milieu rural ne dispose pas de certains équipements (réfrigérateur/Congélateur, télévision,) comparativement aux ménages vivant en milieu urbain. Toutefois, elle dispose en majorité de certains animaux (moutons/chèvres, volaille,...).

Tableau 11 : Biens durables, confort et animaux possédés par les ménages

	MILIEU DE RESIDENCE		
	URBAIN (%)	RURAL (%)	Total (%)
L'électricité	83,0	31,0	48,5
Une radio	68,9	70,7	70,1
Une télévision	76,9	28,7	44,9
Un téléphone portable	94,4	89,0	90,8
Un téléphone fixe	8,5	2,8	4,7
Un réfrigérateur/Congélateur	35,6	9,3	18,1
Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique	23,2	8,4	13,3
Un foyer amélioré	38,0	18,6	25,1
Des bicyclettes	19,1	22,8	21,6
Des mobylettes ou motocyclettes	15,8	13,2	14,1
Une voiture personnelle	10,9	3,6	6,1
Des voitures ou camions à titre commercial	2,3	2,4	2,3
Des charrettes	8,6	47,9	34,7
Des charrues	4,3	27,1	19,4
Des chevaux	4,7	36,8	26,0
Des bœufs	3,9	26,7	19,0
Des chameaux	1,1	2,9	2,3
Des ânes	7,9	44,0	31,8
Des moutons/chèvres	28,9	63,9	52,1
Des pirogues/filets de pêche	3,6	5,2	4,7
Une volaille	31,2	63,7	52,8

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

**TROISIEME PARTIE : CARTOGRAPHIE DES ACTEURS ET DES ACTIVITES DE
COMMUNICATION SUR LE PALUDISME**

3.1. ACTEURS ET PARTENAIRES DE LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES DE COMMUNICATION POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU SENEGAL

La cartographie des acteurs qui investissent dans des activités de communication sur le paludisme est une nouveauté dans le cadre d'une ENPS. Toutefois, elle se justifie par la volonté de mieux identifier ceux qui mènent les activités de communication pour le changement de comportements dans le cadre du paludisme, les activités menées afin d'en faire une analyse des forces et faiblesses, des opportunités et des contraintes. Cette analyse situationnelle est nécessaire pour mieux analyser les connaissances, perceptions, attitudes et pratiques des communautés en matière de prévention et de prise en charge du paludisme. Plus spécifiquement, elle a permis de faire un audit des activités de communication déjà réalisés par les partenaires et services de santé dans le domaine du paludisme : quels étaient les objectifs de communication, les messages véhiculés, les canaux utilisés, les audiences et zones cibles de la communication, les comportements cibles à changer et quelles sont les leçons apprises de ces expériences. Ces questions sont utiles pour mieux comprendre la dynamique des connaissances, des attitudes et des pratiques familiales et communautaires en matière de paludisme. Les résultats que nous présentons dans ce qui suit sont tirés des enquêtes qualitatives menées auprès des équipes cadre de district d'abord (superviseur EPS, IEC en particulier) et auprès des ONG et associations locales identifiées comme des partenaires de la communication dans le domaine de la lutte contre le paludisme. L'analyse des messages retenus et connaissances a été basée sur les données collectées par le questionnaire ménage.

3.1.1. Cartographie des acteurs de la promotion des activités de communication sur le paludisme

En général, il est à constater que la plupart des ONG qui investissent le champ de la lutte contre le paludisme, s'impliquent dans le domaine de la communication sur le paludisme. Cette implication se fait de deux manières : en contractualisant avec les services de santé (ICP et relais) des OCB ou en identifiant des relais communautaires avec lesquels ils contractualisent. Les plans de communication sont en général définis par les ONG en fonction de leur agenda, ces plans devant être déroulés par les acteurs identifiés. Il est à noter que certaines ONG comme INTRAHEALTH organisent directement leurs activités de communication sur le terrain, sans contractualiser avec des OCB.

Dans le Sud, Les ONG (ChildFund, UNICEF, ADEMAS etc.) contractualisent avec des ONG locales (l'Association Jeunesse et Environnement, INTERMONDE), qui à leur tour travaillent avec des OCB au niveau communautaire. La contractualisation fait qu'il y a des OCB simples, qui ne travaillent que sur le paludisme et celles intégrées qui font des sensibilisations sur différentes maladies. Ces ONG ou association s'appuient au niveau communautaire sur les relais communautaires et badjenu-Gox chargés de mettre en œuvre des paquets d'activités de communication qui leur sont confiés.

Au niveau de la zone centre-sud (Fatick, Kaolack et Kaffrine) plus précisément à Kounghoul (Diamaguene et Ida Mouride), les OCB ont contractualisé avec des ONG (World Vision et Child Fund, FCM, ASBEF, Africare). Cela favorise la fréquence des activités. En période hivernale, il y a des causeries sur le paludisme chaque mois et au moins une mobilisation sociale. En revanche, à Ainoumane Tamedou (Kaffrine) et Dioffior (Fatick), il n'y a pas de contractualisation actuellement entre les acteurs communautaires et les ONG. Ces acteurs communautaires (relais, bajenu gox, ACS, DSDOM) et les ICP organisent des causeries de manière irrégulière. Par ailleurs, les chefs de quartiers, les délégués de quartier, les présidents des OCB, les présidents des associations, les groupements de femmes sont aussi quelques fois sollicités pour faciliter les activités de communication au niveau communautaire (recrutement des cibles selon leur disponibilité).

Au niveau de la zone nord (Louga, St Louis et Matam), plus précisément, l'ONG PLAN (Dahra et Richard Toll) 3D (Ranérou), ADEMAs (Richard Toll) ont aussi contractualisé avec les OCB pour la mise en œuvre des activités de communication dans le cadre de la lutte contre le paludisme. Ces dernières sont chargées de mener des VAD, des causeries, des mobilisations sociales et des destructions de gîtes larvaires (Set-Setal). Toutefois, il a été constaté que le niveau d'engagement et de dynamisme des OCB diffère selon les districts. A Dahra et Richard Toll, les OCB sont engagées et très organisées jusqu'à faire plus que ce qui est demandé par les partenaires (PLAN et ADEMAs). A Richard Toll, par exemple dans les activités d'ADEMAs, les VAD ne sont pas prévues dans le plan de communication, mais les OCB les organisent. A Dahra, ADEMAs a fait un plaidoyer auprès des autorités religieuses et coutumières qui ont été orientées à travers une « journée d'orientation » par rapport au comportement à adopter dans la lutte contre le paludisme. Dans les trois districts, Intrahealth mène directement (sans relais) ses activités, une approche qui n'est pas toujours appréciée par les acteurs.

Ces résultats indiquent des disparités entre régions, dues à la grande variabilité des ONG et de leurs interventions dans les différentes régions et à l'intérieur d'une même région. Ils indiquent que dans certains départements, les associations locales et acteurs communautaires travaillent sans contractualisation avec les ONG, ce qui fait que leurs activités de communication ont une ampleur et une visibilité différente.

3.1.2. Types d'intervention et modalités d'organisation des activités de communication

Globalement, les types d'activités de communication menées varient en fonction de l'acteur considéré. Toutefois, le tableau suivant indique qu'en général, la communication interpersonnelle est plus utilisée pour la communication sur le paludisme, suivie des activités de mobilisation sociale.

Tableau 12: Modes de communications suivant les acteurs

- Acteurs	Type de communication	Message clé
Relais communautaires	VAD Causeries Entretiens individuels Mobilisation sociale	Utilisation des moustiquaires Recours précoce aux soins en cas de fièvre Hygiène et assainissement
Bajenu-Gox	Causeries VAD	Respect des CPN Utilisation des moustiquaires (respect des « 3Toutes »)
DSDOM	VAD Causeries	«Utilisation des moustiquaires » Recours précoce au DSDOM en cas de fièvre

ICP	VAD Entretiens individuels	Utilisation des moustiquaires Respect des CPN Recours aux soins en cas de fièvre
-----	-------------------------------	--

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Ces activités sont en général organisées par l'entremise d'acteurs communautaires comme les relais, les Bajenu Gox, les ASC, les ICP, les sages-femmes (SF) et les DSDOM. Par ailleurs, les leaders religieux (prêtres, imams) ainsi que ceux locaux sont aussi mis à contribution pour faciliter les activités de sensibilisation.

Dans la zone sud, les causeries, les VAD et la mobilisation sociale sont les activités qui sont plus citées par les acteurs communautaires dans le cadre de la communication sur le paludisme. Les activités d'IEC ne sont pas organisées selon une planification fixe. Elles sont mises en œuvre par les Bajenu-gox et les relais communautaires, les agents de santé et notables, principalement pendant l'hivernage. Par exemple à Kolda et Sédhiou, en observant les documents de planification au niveau de l'AJE, on apprend que 120 VAD et 20 causeries ont été programmées dans une durée de 3 mois (pendant l'hivernage) pour les relais et Bajenu Gox. En dehors de cette période, les activités de communication sont aussi mises en œuvre à l'occasion des séances de distribution des MILDA ou lors des VAD pour le suivi de leur utilisation (cas de la zone de Saraya où a été testée et mise en œuvre la pharmacovigilance active), ou par la dispensation de soins à domicile. Une fois les activités déroulées, les OCB doivent livrer des rapports à l'ONG contractante.

Par ailleurs, à l'intérieur de cette zone, on note une diversité des types d'intervention de communication sur le paludisme, ceci dépendant des ONG qui les organisent, les modes de contractualisation avec des acteurs de mise en œuvre différents d'une zone à une autre : A Médina Yoro Foulah (Kolda), les VAD sont quasi inexistantes dans les trois localités visitées. La communication sur le paludisme se fait lors de la distribution des MILDA avec la recommandation de dormir sous moustiquaire et de la laver et la sécher pendant 24h. Les visites à domicile des Badjenu-Gox s'organisent le plus souvent en insistant sur la CPN, l'Allaitement Maternel et Néonatal (AME), et la Santé Maternelle et Néonatale (SMN).

Contrairement à MYF, à Khossanto (Saraya), les activités de communication sont axées sur la sensibilisation de masse (mobilisations sociales, crieurs publics, mosquée) et celle interpersonnelle avec les VAD et le counseling lors des CPN et la distribution de MILDA. En ce qui concerne la sensibilisation de masse, le Sida occupe une place centrale dans les discussions faites avec les populations. Lorsqu'on parle du paludisme dans ces causeries, les discussions portent plus sur les recommandations de dormir sous MILDA. A Kafess et Badiouré (Bignona), ce sont les matrones et relais qui assurent les VAD qui sont axées sur les CPN, le respect de la consigne de dormir sous les moustiquaires imprégnées et la propreté.

La sensibilisation sur le paludisme est faite lors de la distribution des MILDA et lors de la pré-campagne. En définitive, la sensibilisation sur le paludisme est fonction de la période (hivernage) et porte plus sur l'utilisation des MILDA. Les relais communautaires et Badjenu-Gox font des causeries et des VAD et doivent livrer les rapports à la sage-femme. De plus, les relais communautaires organisent des séances de sensibilisation juste avant l'hivernage et avant le début des campagnes. En conséquence, la sensibilisation est discontinuée et périodique.

Dans la zone centre-sud, les principales activités de communication sont aussi basées sur la communication interpersonnelle (VAD, causeries) et les mobilisations sociales (troupes théâtrales et Ngoyane) ainsi que les mass médias (radio communautaire, émissions

radios). Comme dans la zone Sud, ces activités se déroulent plus en période hivernale. Cependant, il y a des activités qui ne sont pas planifiées par les acteurs communautaires et se font en cas de besoins ou d'occasions (cérémonies, rencontres).

Au niveau de la zone centre ouest, les relais communautaires, les Badjenu Gox, les ASC, les ICP, les sages-femmes (SF) et les DSDOM sont les principaux acteurs de ces activités de communication plus axées autour de la communication interpersonnelle et la mobilisation sociale, organisées principalement durant l'hivernage. Les mêmes constats peuvent être faits pour la zone Nord où les activités de communication portent sur les VAD, causeries et mobilisations sociales (Caravanes de sensibilisation avec une unité mobile). Il est utile de préciser que les mass médias ont aussi été mis à contribution dans cette zone, principalement par le biais d'émissions radios et spots publicitaires en rapport avec le paludisme.

3.2. ACTIVITES DE COMMUNICATION SUR LE PALUDISME ET PREFERENCES DES POPULATIONS

3.2.1. Principaux messages retenus et sources d'information de la population sur le paludisme

Les résultats de l'enquête ménage révèlent que plus de la moitié des personnes interrogées (57,7%) ont une fois entendu un message sur le paludisme. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain (65%) que rural (55%). Cette situation s'explique, selon les points de vue des responsables locaux de la santé dans les zones enquêtées, par un accès plus important des populations urbaines aux médias et TICs qui ont été utilisées pour les interventions de communication, comme souligné plus haut. Les radios nationales, plus accessibles dans les zones rurales (et plus utilisées pour véhiculer des spots et messages) leur ont permis d'être davantage exposés aux messages véhiculés à travers ces canaux modernes de communication.

Tenant compte des régions, on peut souligner que le pourcentage de personnes ayant au moins une fois entendu un message sur le paludisme est plus important dans la région de Dakar (69,8%) que dans celles de Louga (46,4%) et Kolda (53,4%) par exemple. Il est particulièrement élevé dans les districts de Diamniadio (86,2%), Rufisque (85,1%) et Pout (81,7%). Ce taux est beaucoup plus faible dans les districts de Keur Momar Sarr (1,4%), Dahra (7,3%), Darou Mousty (23,8%), Maka Coulibantang (44%), Koumpentoum (44,3%), Thionck Essyl (46%), Kédougou (47,5%), Keur Massar (48,8%), Linguère (50%), Niakhar (50,3%), Bounkiling (50,7%), Guinguinéo (51,3%), Vélingara (51,4%), Podor (51,6%), Goudiry (51,9%), Malem Hodar (52%), Mékhé (52%), Saint-Louis (52,1%), Popenguine (52,2%) et Mbour (52,3%).

En ce qui concerne les messages retenus globalement par le biais des différentes sources d'informations, celui portant sur les MILDA et leur mode d'utilisation est plus retenu dans toutes les régions. Les résultats de l'enquête qualitative montrent que dans la zone sud, les principaux messages retenus en fonction des différentes cibles sont les suivants :

- Chez les femmes enceintes : Prévention du paludisme : « Moytu Sibiru » « Fagaru mo gën faju »,
- Chez les Mères : « Luttons contre le contre le paludisme » « si les enfants ont le paludisme, ils risquent de décéder si rien n'est fait »,
- Chez les Pères : « Eviter le paludisme » « Zéro cas de paludisme », « il faut dormir sous MILDA, car on n'a pas donné les MILDA pour en faire des meubles », « il faut se coucher sous une moustiquaire », « Toute la famille, toutes les nuits et toute l'année »

Dans la zone centre-sud, il convient de noter que la majorité des cibles parle plus globalement de la prévention, de la nécessité de l'utilisation des MILDA et le recours précoce aux soins. En zone urbaine et rurale, les populations connaissent la recommandation des « 3 Toutes » à travers les VAD et les causeries surtout. La majorité perçoit cette recommandation de manière positive car étant d'accord que les moustiques sont présents toute l'année. Cependant, il y a des divergences pour ce qui est de l'application de cette recommandation. A Koungheul, le respect des « 3 toutes » est beaucoup plus effectif à Ida mouride où la presque totalité des enquêtés déclarent qu'ils utilisent les moustiquaires toute l'année, toute la nuit avec toute la famille. En revanche, en zone urbaine (Diamaguène) et à Ainoumane, même si les populations connaissent cette recommandation, ils ne l'appliquent qu'en période hivernale car, ils estiment qu'en saison sèche il n'y a pas de moustiques. Dans la zone de Dioffior, cette recommandation est respectée par la communauté, parce que les populations pensent qu'il y a des moustiques aussi bien pendant l'hivernage que pendant la saison sèche.

Au niveau de la zone centre-ouest, l'utilisation de la moustiquaire est l'un des messages le plus retenu par les communautés. A cela s'ajoute le message relatif aux « 3 Toutes », la salubrité et le recours précoce aux soins de santé. On retrouve aussi la même situation dans la zone nord où les principaux messages retenus sont les suivants :

- Utiliser les moustiquaires toute la nuit, toute l'année et toute la famille
- Le recours précoce aux soins en cas de fièvre
- Veiller à la propreté //désherbage
- Etaler la moustiquaire imprégnée sous l'ombre avant usage (message véhiculé pendant la campagne CU à Dahra).

A Dahra et à Richard Toll, les populations connaissent les « 3 Toutes » et l'appliquent du fait de la perception d'une présence des moustiques pendant toute l'année. En revanche, à Ranérou, cette recommandation est ignorée dans la mesure où les populations pensent qu'en dehors de l'hivernage, il n'y a pas de moustiques et il n'y a pas de raison de dormir sous une moustiquaire.

On peut considérer que le message autour de l'utilisation de la MILDA, en particulier durant toute l'année, toute la nuit et pour toute la famille est plus retenu par les acteurs dans toutes les régions. Les messages autour des mesures d'hygiène collective (désherbage) restent encore dans la mémoire des populations. Le recours aux services de prise en charge est aussi retenu.

Plus spécifiquement, les types d'informations reçues lors des campagnes de distribution des moustiquaires sont diverses, mais celles qui sont le plus retenues portent sur la MILDA et les modalités de sa gestion : Dans la zone centre-sud, ces informations portent sur les causes du paludisme, les modes de prévention, l'importance de la MILDA et de la stratégie « 3 Toutes », les normes d'utilisation des MILDA (étendre 24h à l'ombre) et d'entretien (laver avec du savon ordinaire). Par ailleurs, des séances de simulation sur les normes d'accrochage des MILDA sont effectuées. Il est nécessaire de préciser que les informations sont aussi données lors des visites à domicile pour le suivi, sur l'insecticide. Dans certaines localités comme Keur Malo (Kaffrine) la sensibilisation a été surtout faite après la campagne de distribution, et a porté sur les modes d'utilisation de cet outil de prévention. Dans la zone sud, pour les mères gardiennes d'enfants, l'information reçue lors de la distribution se résume plus aux normes d'utilisation de la moustiquaire : comment mettre la nouvelle moustiquaire pendant 24h à l'ombre avant de l'utiliser. Cependant, une variation est observée dans les messages : certaines mères gardiennes disent que la nouvelle moustiquaire doit être mise à l'ombre durant 18h, pour d'autres c'est durant 22h. Dans la zone nord comme celle du centre-Ouest, ces informations portent aussi sur l'étalage avant utilisation pour éviter les effets du produit et le lavage avec de l'eau uniquement et du savon ordinaire.

En définitive, on peut observer que durant les campagnes de distribution des MILDA, les messages les plus retenus et évoqués par les populations concernent plus la MILDA, ses modes de gestion et d'utilisation et moins sur le paludisme (causes, autres modes de prévention). Il est nécessaire aussi de préciser que des visites à domicile sont organisées après la distribution pour s'assurer que les MILDA sont bien utilisées. A ce moment, le partage d'information est aussi renouvelé.

3.2.2. Préférences des populations en matière de communication sur le paludisme

Globalement, les préférences des populations en matière de communication sur le paludisme portent principalement sur la communication interpersonnelle et l'utilisation des mass média. D'une manière générale, les cibles suggèrent la fréquence des émissions télé et radio sur le paludisme, la fréquence des causeries, l'augmentation du temps alloué au counseling. Elles souhaitent aussi que des VAD soient de plus en plus organisées, car permettant aux populations de mieux capter les messages de sensibiliser sur le paludisme durant toute l'année. Les mobilisations sociales ne sont pas forcément considérées comme le meilleur moyen pour transmettre l'information sur le paludisme. Toutefois, ces préférences varient selon les zones considérées :

➤ Zone Sud

Dans la zone sud, Les VAD sont plus proposées par les populations et les leaders communautaires comme suggestions pour améliorer l'information. Les VAD permettent d'avoir une communication interpersonnelle qui est un échange et une discussion entre deux personnes. Toutes les zones d'ombres pourront être discutées et éclaircies par l'agent de communication avec cette stratégie. Le jeu de questions-réponses entre les relais communautaires ou les Badjenu-Gox et les populations va faciliter la compréhension de ces dernières. En dehors des VAD, les meilleurs moyens de sensibilisation sont la radio, les CPN.

La radio permet d'atteindre le maximum de personnes, dans la mesure où elle est bien écoutée au niveau des villages. La sensibilisation lors des CPN est vue comme le meilleur moyen de communication sur le paludisme entre sage-femme et femme enceinte. Concernant les meilleurs moments, cela dépend des réalités contextuelles : En effet, dans la zone de Kédougou où l'orpaillage est l'activité favorite, le meilleur moment de sensibilisation, ce sont les jours de repos dans les « Diouras » (lundi et vendredi). A Sédhiou et Bignona où la riziculture (Faro) est l'activité champêtre favorite durant l'hivernage, le meilleur moment pour sensibiliser est le jour de repos (vendredi). A Sédhiou et Bignona, l'hivernage et les activités rizicoles font que les populations ne sont pas très visibles dans les villages. Elles sont au niveau des Faro (rizières) tous les jours sauf le vendredi (jour de repos et de prière).

➤ Zone Centre-Sud

Dans la zone centre-sud, on note une préférence pour les visites à domicile, considérées comme une activité qui permet de mieux retenir les messages car avec les causeries il y a trop de bruits et beaucoup ne suivent pas. Lors des séances de pesée également, des sensibilisations sont faites sur le paludisme, ce qui est apprécié par les mères gardiennes d'enfants (MGE). Pour certaines cibles tels que les chefs de ménages il est préférable d'aller les sensibiliser le soir à la descente. A Pombane (Kaffrine), les acteurs communautaires travaillent en collaboration avec des mères volontaires pour le rassemblement des cibles selon leurs disponibilités. Ces derniers suggèrent le renforcement des formations des relais, l'utilisation des boîtes à images, du matériel (badges) pour faciliter l'accès au niveau des postes de santé.

➤ Zone centre-ouest

Au niveau de la zone centre-ouest, la meilleure stratégie selon les acteurs communautaires reste la mobilisation sociale avec la présence de l'ICP ou de la sage-femme (SF). Ces derniers insistent sur la période pré hivernale marquant l'arrivée de l'hivernage. Pour d'autres, il est préférable de communiquer pendant toute l'année car le moustique est présent toute l'année.

➤ **Zone nord**

Dans la zone nord, les meilleurs moments perçus par les acteurs communautaires pour la communication sur le paludisme sont les périodes suivantes : avant le démarrage de la campagne de la CSS afin de préparer la population avant l'arrivée des saisonniers (Richard Toll) ; avant la tombée des 1ères gouttes de pluies ou pendant l'hivernage pour que les populations n'oublient pas les messages véhiculés. Les suggestions pour améliorer la communication sur le paludisme consistent à mieux impliquer les hommes dans les activités de communication. Il faut noter l'expérience d'ADEMAS qui fait participer davantage les hommes aux causeries et aux mobilisations sociales. Il est aussi recommandé de mener une communication continue, et qui ne se limite pas seulement à la période hivernale.

En définitive, les analyses précédentes ont permis de noter que la principale faiblesse des activités de communication est relative à leur discontinuité : elles ne se réalisent que durant les périodes pré-campagnes ou pendant l'hivernage, ce qui prolonge l'idée d'une saisonnalité du risque de paludisme. La caravane sociale et le crieur public sont utilisés quand il y a campagne d'administration (CPS/CU MILDA). Au sortir des campagnes de distribution de MILDA, d'aspersion ou de médicaments, il n'y a plus de sensibilisation qui est faite.

Par ailleurs, une autre difficulté des activités de communication tient au fait qu'elles sont organisées par des acteurs contractualisés ou non par les OCB, qui ont leur propre agenda et dont les activités méritent d'être mieux coordonnées. Il serait aussi nécessaire de mieux superviser les activités de communication menées par les acteurs communautaires, dans le cadre des VAD ou mobilisations sociales. La communication devrait être moins focalisée sur les MILDA et intégrer l'ensemble des mesures d'hygiène individuelle et collective par exemple.

**QUATRIEME PARTIE : CONNAISSANCES, PERCEPTIONS RELATIVES AU
PALUDISME DANS LES MENAGES**

4.1. PERCEPTIONS ET REPRESENTATIONS SOCIALES DU PALUDISME

4.1.1. Causes associées au paludisme

Dans presque toutes les régions, le moustique est cité prioritairement comme la cause principale du paludisme, aussi bien par les chefs de ménage que les femmes enceintes. En moyenne, 93% des répondants chefs de ménage sont d'accord avec l'idée que c'est le moustique qui donne le paludisme, et cela, dans toutes les régions, comme l'indique le tableau suivant.

Tableau 13: Perception du mode de transmission du paludisme

		Le paludisme est transmis par la piqûre des moustiques				
		PAS DU TOUT D'ACCORD (%)	PAS D'ACCORD (%)	D'ACCORD (%)	TOUT A FAIT D'ACCORD (%)	NSP (%)
REGION	DAKAR	0,4	1,1	42,2	54	2,2
	DIOURBEL	1,2	0,8	45,7	51,8	0,5
	FATICK	0,9	2,2	60,8	34,1	2,1
	KAFFRINE	0,1	1	70,1	27,4	1,4
	KAOLACK	0,6	1	51,6	46,6	0,2
	KEDOUGOU	0,1	0,9	66,3	31	1,7
	KOLDA	0,5	2,3	47,6	46,8	2,9
	LOUGA	0,1	2,1	56	41,1	0,8
	MATAM	0	0,7	57,4	40,9	1
	SAINT LOUIS	0	2,7	60,1	31,2	6
	SEDHIOU	0,7	1,6	54,4	42,5	0,7
	TAMBACOUNDA	0,9	2,9	69,8	25	1,5
	THIES	0,4	1,1	43,8	53,3	1,4
	ZIGUINCHOR	0,7	1,4	54,2	42,1	1,6
Total	0,5	1,5	52,4	43,9	1,7	
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	0,7	1,3	47,7	48,6	1,7
	RURAL	0,4	1,6	55,5	40,8	1,7

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Du point de vue qualitatif, cette cause relative au moustique est souvent associée à d'autres relatives aux conditions d'hygiène et d'assainissement du cadre de vie (eaux stagnantes, aliments non couverts, etc.), à la consommation de certains aliments (lait de vache, fruit de rônier, mangue verte), à certaines causes naturelles (soleil et pluie) voire surnaturelles. Il y a une explication multi-causale dans laquelle des médiateurs comme l'eau stagnante, la saleté, les eaux usées, prennent une place importante. Toutefois, ces causes associées ou non aux moustiques varient en fonction des cibles, des aires géographiques et socio-culturelles. **Dans le Sud**, les mères gardiennes d'enfants évoquent la saleté, les moustiques, les eaux stagnantes, le bain nocturne, et le manque d'hygiène comme principales causes de survenue du paludisme. Pour les chefs de ménage, le moustique n'est pas directement associé au paludisme. Selon eux, c'est l'environnement, la fatigue et le mode alimentaire qui sont aussi vus comme pouvant entraîner le paludisme. Chez les femmes enceintes, les moustiques, la fatigue, les feuilles

d'oiseilles, le froid et le manque d'hygiène, ainsi que le non-respect des CPN peuvent conduire à une situation de paludisme.

Cependant, force est de reconnaître que dans une même aire ethnoculturelle, les acceptions et les représentations étiologiques du paludisme peuvent différer. Par exemple, à Saraya (Kédougou), la situation d'orpaillage, fait que le paludisme est mis en relation avec l'environnement. L'insalubrité, les habitats de fortune et la promiscuité qui y règne favorise la prolifération des moustiques. Cette même perception est observée à Médina Yoro Foulah (MYF) où l'hygiène (alimentation, propreté) et l'environnement (eaux usées, ordures etc.) sont cités comme facteur explicatif du paludisme. Le moustique en tant qu'agent est identifié en 3^{ème} ou 4^{ème} position comme vecteur du paludisme. De même à Kafess (Bignona) et à Sédhiou (ville) tous les enquêtés associent les causes du paludisme à l'environnement (eau de pluie, aux stagnantes, herbes, saletés). Par contre à Kolda et Bignona, il sont une conception différente du paludisme. Le caractère saisonnier et surnaturel est plus mis en avant dans l'explication causale du paludisme en rapport avec les agents vecteurs.

Au niveau du district de Bignona, les enquêtés distinguent deux types de paludisme : le paludisme naturel est causé par le moustique qui émane de la saleté, des eaux stagnantes et des herbes. Mais, une mauvaise alimentation, les eaux de pluie et la forte fatigue due aux travaux champêtres dans les Faro sont aussi associées des causes du paludisme. Il y a aussi le paludisme surnaturel causé par des facteurs « Ngélaw Seytané » ou « Nittu Gudi » (hommes de la nuit, pour parler des mauvais esprits).

Dans la zone centre sud, la pique des moustiques (anophèle) est considérée comme la cause principale du paludisme. Ces moustiques, de l'avis des femmes, se développent dans des conditions favorables comme les pneus et les débris de bouteilles qui traînent, les eaux stagnantes, une mauvaise hygiène. Au-delà de ces facteurs, l'eau des pluies, le soleil, la mangue verte, la fatigue intense sont perçus à Ida Mouride, (Kaffrine) comme des causes du paludisme. A Djilass (Fatick), la spécificité par rapport aux autres zones est que la non observance des vaccinations est perçue comme une cause du paludisme chez les enfants de 0-5.

Dans la **zone centre ouest, le moustique** est associé à l'insalubrité comme cause de paludisme. Par exemple, les enquêtés ont beaucoup parlé dans les entretiens des lieux susceptibles de permettre la reproduction des moustiques (les eaux stagnantes et les herbes). Chez la femme enceinte, au-delà des moustiques, les lourdes tâches ménagères pendant la grossesse, la fatigue, le changement climatique et la grippe sont aussi des causes associées au paludisme.

Dans la **zone Nord, le paludisme** est perçu comme une maladie grave et mortelle surtout pour les enfants. A Dahra, cette maladie est considérée comme une menace permanente, parce que les moustiques sont présents toute l'année. Toutefois, chez les peulh éleveurs, on l'appelle « Feebaru nawet » à cause de la fréquence des cas pendant l'hivernage. A Ranérou, c'est perçu comme une maladie de l'hivernage (paawle ndunngu). Par contre, dans le district de Richard Toll, le paludisme est perçu comme une maladie importée par les voyageurs (saisonniers, les chauffeurs, les personnes qui transitent par Rosso, les étudiants de retour de vacances).

4.1.2. Signes, manifestations du paludisme et perceptions de la gravité

En général, l'état fiévreux est le signe qui déclenche le processus de diagnostic et fait penser au *paludisme* : le début du corps chaud, ainsi que l'apparition des maux de tête sont les signes majeurs à propos desquels on commence à s'inquiéter du paludisme. Toutefois, cela dépend aussi de la période et du moment auquel ces signes sont observés.

Par exemple, dans la zone sud, la fièvre est le symptôme communément cité. Toutefois, les autres signes associés varient en fonction de la cible enquêtée : chez les mères et gardiennes d'enfants, on considère que la bouche amère, le vomissement jaune, les yeux verts, ainsi que le manque d'appétit, les maux de ventre et de tête sont les symptômes associés à la fièvre qui renvoient à un cas de paludisme. Chez la femme enceinte, le paludisme se manifeste par la paresse, le corps chaud, les vomissements, les maux de tête et grelottements, la perte de poids, la bouche amère et le manque d'appétit. Plus spécifiquement, les populations pensent que les yeux rouges, la chaleur corporelle, les vomissements jaunâtres, la fièvre sont des signes d'un paludisme simple. En revanche, la forte fièvre, les crises convulsives sont autant de manifestation de l'aggravation du paludisme.

Une des évolutions observées ces dernières années concerne la perception de la virulence actuelle du paludisme. Globalement, le paludisme est considéré de plus en plus comme une maladie grave : selon les données de l'enquête ménage, 93, 7% des répondants considèrent le paludisme comme une maladie grave pouvant entraîner des décès.

Comme l'indique le tableau suivant, 75% des répondants pensent que le paludisme reste encore un problème dans leur localité. Mais si on tient compte des régions, on observera que dans les zones du Sud et du Sud-Est où le paludisme a une expression pérenne, il n'est pas considéré comme un problème important dans les localités (Tambacounda, Kédougou, Ziguinchor).

Tableau 14: Perceptions de la gravité du Paludisme

		Le paludisme peut entraîner des décès					Le paludisme n'est pas un danger dans notre localité				
		PAS DU TOUT D'ACC ORD (%)	PAS D'ACC ORD (%)	D'ACC ORD (%)	TOUT A FAIT D'ACC ORD (%)	NS P (%)	PAS DU TOUT D'ACC ORD (%)	PAS D'ACC ORD (%)	D'ACC ORD (%)	TOUT A FAIT D'ACC ORD (%)	NS P (%)
REGION	DAKAR	1,5	1,8	43,1	51	2,7	29,1	43,6	10,6	4,5	12,2
	DIOURBEL	3,7	4,3	37,4	51,8	2,7	33,1	44,7	11,3	6,6	4,4
	FATICK	0,8	3,9	57,7	35,4	2,2	28,6	45,4	12,2	8,8	4,9
	KAFFRINE	0,3	3,1	67,5	28,1	1,1	12,6	62,6	18	5,6	1,2
	KAOLACK	2,1	3	50,5	42,1	2,3	38,1	37,9	17,2	6	0,8
	KEDOUGO U	1	2,9	66,2	27	2,8	16,3	52,9	21,5	5,3	4
	KOLDA	0,7	1,5	39,4	57,4	1,1	30,5	52,5	8,7	4,4	3,9
	LOUGA	0,2	1	58,7	39,6	0,5	13,2	57,2	18,7	9,8	1
	MATAM	0,4	1,2	57,3	39,7	1,4	10,5	69	14,7	3,1	2,8
	SAINT LOUIS	1,9	2,3	62	29,3	4,4	11,3	64,9	12,7	2,8	8,2
	SEDHIOU	0,2	1,4	40,1	57,7	0,6	24,9	49,5	19	4,1	2,5
	TAMBACO UNDA	1,8	4,3	71,7	19,9	2,2	12,9	55,3	23,3	3,9	4,6
	THIES	1	2,1	33,6	61,2	2	31,1	41	13,9	8,7	5,3
	ZIGUINCHOR	0,1	1,5	44,2	52,9	1,3	17,1	47,8	26	5,8	3,3
	Total	1,5	2,6	48,8	44,9	2,1	25	49,2	14,6	5,7	5,5
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	1,8	2,6	45,2	47,7	2,7	25	47	13,7	5,3	8,9
	RURAL	1,3	2,7	51,2	43,1	1,7	24,9	50,7	15,2	6	3,2

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Ceci est une évolution dans les perceptions, cette maladie ayant été banalisée et « simplifiée » dans les années précédentes (Enquête CONU 2012). Cette évolution est à mettre à l'actif d'une communication soutenue concernant cette pathologie, mais aussi les évolutions épidémiologiques dans certaines localités ayant conduit à une meilleure prise de conscience de la gravité de cette maladie.

Dans les zones où le paludisme n'est pas considéré comme une maladie dangereuse (zone Sud), les entretiens menés avec les mères gardiennes, les femmes enceintes, les chefs de ménage et les leaders communautaires, indiquent que la raison vient du fait que le paludisme d'hier est perçu comme plus virulent que celui d'aujourd'hui.

Plusieurs stratégies et initiatives de lutte ont été particulièrement tournées vers ces régions du Sud. Cela a sans doute amélioré la prévention et la prise en charge de cette pathologie, mais a eu comme effet pervers de faire penser à un problème moins important aujourd'hui. Dans les entretiens, les femmes expliquent que la réduction du nombre de cas de décès, l'importance et la diversité des dispositifs et moyens de prévention et de prise en charge ont, de leur avis amélioré la prévention et la prise en charge du paludisme, et expliquent pourquoi le paludisme est perçu comme un moindre problème de santé. Chez les personnes âgées, on considère que l'utilisation des plantes pour se soigner dans le passé a fait que le paludisme a été plus virulent,

occasionnant les décès chez les enfants de moins de cinq ans surtout. Aujourd'hui, les médicaments disponibles sont perçus comme ayant facilité la prise en charge de la maladie et réduit sa gravité. Toutefois, à Bignona-ville, on pense plus précisément que le paludisme est plus grave aujourd'hui, à cause de la récurrence des moustiques, due aux problèmes d'hygiène et d'assainissement qui sont réels dans la ville.

En définitive, la virulence est mise en rapport, non pas avec les comportements individuels (le fait qu'on utilise ou pas les moyens de prévention et de prise en charge offerts), mais avec les effets perçus des outils préventifs ou curatifs et les conditions environnementales. Il est dès lors nécessaire de bien communiquer avec les populations pour qu'elles comprennent que malgré les évolutions constatées, le paludisme reste une menace et qu'il y a nécessité de continuer à mettre en œuvre les mesures préventives recommandées.

4.1.3. Risques associés au paludisme et catégories plus exposées au risque

Globalement, le paludisme reste encore perçu, plus que dans le passé, comme une maladie avec des risques importants pour certaines catégories cibles : risque de mortalité et de déficience pour les enfants, d'avortement et d'accouchements précoces chez les femmes enceintes ; risque économique pour le ménage. Chez les femmes enceintes, le paludisme est perçu comme pouvant entraîner l'avortement, l'accouchement prématuré ou la mort : « pawlé wawi aduredu yakindou⁴ ». Cette même perception existe chez les chefs de ménage, les mères gardiennes qui pensent que chez les enfants, le paludisme est dangereux parce que cela peut retarder la croissance et avoir des conséquences néfastes à l'âge adulte.

Dans le centre Sud, le paludisme est vécu comme une maladie pouvant entraîner la mort. Chez la femme enceinte, l'avortement, l'anémie, l'accouchement prématuré, la malformation de l'enfant à la naissance, la déficience intellectuelle de l'enfant sont aussi mentionnées. Toutefois, il ne faut pas passer sous silence le risque économique qui a surtout été évoqué dans les zones d'orpaillage comme Saraya (Kédougou). Le paludisme, en empêchant d'aller au travail, crée une précarité économique et par ricochet constitue un frein au développement économique. Cette idée se trouve aussi dans la zone Centre-Ouest où la perte en ressources économiques et en temps, le retard dans les activités professionnelles et scolaires pour les enfants ainsi que le décès en cas de paludisme grave sont les risques les plus cités.

Les risques associés au paludisme sont évoqués en rapport avec les deux grandes catégories considérées comme étant les plus vulnérables, à savoir la femme enceinte et les enfants de moins de 5 ans. A Kouthiaba Wolof et Malemba (Koumpentoum), les mères gardiennes et chefs de ménage interrogés mentionnent le fait que les enfants ne peuvent pas se prémunir contre les piqûres de moustiques, une dépendance qui les expose davantage. Par ailleurs, la grossesse est perçue comme un état de maladie qui fragilise les femmes et les expose plus au paludisme. A Fafacourou et Hamdalay Moussa Baldé (Médina Yéro Foulah), la femme enceinte, perçue comme une « double personne » (elle et le fœtus) est citée en première position par les mères gardiennes comme la catégorie la plus exposée au paludisme. Les autres membres du ménage sont considérés comme ayant plus de capacité pour gérer le paludisme. De l'avis des femmes enceintes elles-mêmes, la forte fièvre causée par le paludisme est insupportable pour le fœtus, ce qui augmente le risque de décès ou d'avortement, et même d'accouchement prématuré.

Dans la zone centre-Sud, la vulnérabilité au paludisme est plus perçue chez les enfants de moins de 5 ans en raison de leur fragilité : selon les parents, leurs anticorps ne sont pas assez puissants pour lutter contre la maladie et ils sont aussi des êtres incapables de se protéger contre les moustiques. Leur vulnérabilité est aussi liée au fait qu'ils errent quotidiennement dans les rues, ce qui les expose aux saletés et aux sources de reproduction des moustiques

⁴ Traduction du Pulaar : le paludisme peut entraîner l'avortement.

(Nioro). Secondairement, les femmes enceintes sont citées comme catégories vulnérables : au même titre que les enfants, la femme enceinte est un être fragile : « dafa neew dolé ande ak louko gueun neew dolé » (elles sont faibles et aussi accompagnées par un être qui est plus faible qu'elles).

Toutefois, en dehors de ces deux catégories, **les personnes âgées sont aussi évoquées comme des acteurs assez exposés au paludisme**, de manière variable en fonction des zones considérées. Dans les zones Nord, Centre-Sud, les personnes âgées ont été désignées aussi comme une catégorie vulnérable. Leur état de fragilité et de vulnérabilité peut entraîner leur mort en cas de paludisme. Dans la zone Nord ((Ranérou et Dahra), la faiblesse de leurs moyens de défense liée à l'âge et celui de leur sang explique leur vulnérabilité à la maladie. Aussi bien à Richard Toll qu'à Khossanto et Faraba (Saraya) les voyageurs/ ou ceux qui sont en séjour temporaire (Saisonniers, vacanciers, les chauffeurs, les étrangers, les orpailleurs migrants) sont aussi vulnérables. Dans la zone Centre Ouest, on considère que ceux qui sont natifs de la zone sont plus habitués au climat local, ce qui fait qu'ils seraient moins exposés au paludisme que les étrangers.

4.1.4. Perception des différents moyens de prévention de la maladie

Globalement, les ménages enquêtés ont une bonne connaissance des moyes préventifs recommandés comme la moustiquaire : environ 98% des répondants ont cité la moustiquaire comme moyen efficace de protection contre le paludisme. La mesure de cet indicateur ne connaît pas de variation suivant le milieu de résidence, ni selon les régions et les districts sanitaires, comme l'illustre le tableau suivant :

Tableau 15: Perception des moyens de prévention du paludisme

		Dormir sous une moustiquaire est un bon moyen de prévention contre le paludisme				
		PAS DU TOUT D'ACCORD (%)	PAS D'ACCORD (%)	D'ACCORD (%)	TOUT A FAIT D'ACCORD (%)	NSP (%)
REGION	DAKAR	0	0,8	39,7	58,6	0,9
	DIOURBEL	0,9	3,4	47,4	48	0,2
	FATICK	0,4	2,6	59,3	36,2	1,4
	KAFFRINE	0	0,6	71,3	27,8	0,3
	KAOLACK	0,8	1,2	56,8	40,6	0,6
	KEDOUGOU	0,1	0,3	68,2	30,8	0,6
	KOLDA	0	0,6	49,1	49,6	0,7
	LOUGA	0,3	1,4	49,3	48,4	0,6
	MATAM	0	0,6	54,5	44,4	0,5
	SAINT LOUIS	0,5	3,2	62,6	29,6	4,2
	SEDHIOU	0,1	0,2	53,1	46,2	0,4
	TAMBACOUNDA	0,9	2,3	71	25,5	0,3
	THIES	0,4	1,4	38,4	58,9	0,8
	ZIGUINCHOR	0,2	0,7	52,7	46,2	0,1
	Total	0,4	1,6	51,7	45,5	0,8
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	0,3	1,4	47,1	50,4	0,8
	RURAL	0,4	1,7	54,8	42,2	0,8

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Ce résultat est intéressant à prendre en compte, car il illustre une évolution de la connaissance et de la perception de la relation entre moustiques, moustiquaires et paludisme. Cette donnée coïncide bien avec celles relatives aux activités de communication les plus développées et surtout avec les types de messages les plus retenus, comme indiqué dans les passages précédents. Il y est démontré que les messages les plus retenus portent sur l'anophèle comme cause du paludisme, mais aussi l'intérêt de dormir sous MILDA.

Il y a quelques années, la moustiquaire était plus envisagée comme un moyen pour se prémunir des gênes occasionnées par les moustiques lors du sommeil (cf. enquête CONU, 2012). Cependant, l'ENPS révèle que pour 77% des personnes interrogées, la moustiquaire permet d'éviter les piqûres de moustiques et non plus seulement de se prémunir contre le dérangement du sommeil qu'ils occasionnent :

Tableau 16: Raisons évoquées pour l'utilisation de la moustiquaire

		J'utilise la moustiquaire pour plutôt éviter les chabts des moustiques que pour éviter les piqures de moustiques.				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
REGION	DAKAR	28,9	49,1	14,9	5,7	1,4
	DIOURBEL	28,6	47,4	16,2	6,2	1,7
	FATICK	26,9	42,8	25,3	3,5	1,4
	KAFFRINE	6,0	71,0	13,4	9,0	0,5
	KAOLACK	40,5	44,0	13,8	1,1	0,5
	KEDOUGOU	19,1	65,3	8,9	4,8	1,9
	KOLDA	30,6	50,8	12,5	5,4	0,7
	LOUGA	12,5	71,4	10,0	5,4	0,8
	MATAM	9,5	74,0	13,6	2,4	0,5
	SAINT LOUIS	6,8	73,7	12,0	3,6	4,0
	SEDHIOU	39,1	45,6	12,4	2,4	0,5
	TAMBACOUNDA	13,4	67,0	15,3	3,8	0,5
	THIES	33,6	44,7	11,3	8,5	2,0
	ZIGUINCHOR	36,3	44,9	15,2	3,4	0,2
	Total	25,0	54,0	14,3	5,3	1,3
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	27,0	50,5	15,4	5,6	1,6
	RURAL	23,7	56,4	13,7	5,2	1,1

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Par ailleurs, si la moustiquaire est bien connue, l'assainissement du cadre de vie et les mesures d'hygiène individuelle et collective sont aussi évoqués : 95,5% savent et sont d'accord que le paludisme se prévient avec les moustiquaires, la même proportion ayant aussi évoqué les MILDA. 95,2% des répondants ont aussi évoqué la salubrité de la maison comme moyen pour prévenir le paludisme. Enfin 96,6% ont parlé de l'évacuation des eaux usées pour éviter la maladie. Il n'y a pas de grandes variations selon le milieu de résidence. Ces résultats font aussi écho aux activités de communication qui ont plus insisté sur ces questions et fait que les populations aient plus retenu les messages relatifs à ces aspects. Nous n'avons pas mesuré l'impact direct des activités de communication sur la connaissance, toutefois, on peut constater une coïncidence entre le fait que les activités aient plus porté sur ces questions, avec les messages retenus et le niveau de connaissance et les perceptions des populations plus important pour ce qui est de cet indicateur de prévention du paludisme. Le tableau suivant synthétise les observations par région, selon le milieu de résidence et pas district sanitaire :

Tableau 17: Perception sur la prévention du paludisme

		On peut prévenir le paludisme en utilisant une moustiquaire					Dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide prévient le paludisme					La salubrité d'une maison peut prévenir le paludisme					Ne pas laisser de l'eau stagnante est l'un des moyens pour prévenir le paludisme				
		PAS DU TOUT D'ACC ORD	PAS D'ACC ORD	D'ACC ORD	TOUT A FAIT D'ACC ORD	N S P	PAS DU TOUT D'ACC ORD	PAS D'ACC ORD	D'ACC ORD	TOUT A FAIT D'ACC ORD	N S P	PAS DU TOUT D'ACC ORD	PAS D'ACC ORD	D'ACC ORD	TOUT A FAIT D'ACC ORD	N S P	PAS DU TOUT D'ACC ORD	PAS D'ACC ORD	D'ACC ORD	TOUT A FAIT D'ACC ORD	N S P
REGIO N	DAKAR	0,9	1,9	41,6	54,1	1,5	0,5	2,6	42,7	53,2	1,0	2,1	3,0	47,7	46,4	0,8	1,1	1,5	45,1	51,5	0,8
	DIORBE L	0,8	3,3	48,7	46,7	0,6	0,5	4,2	54,2	39,2	1,8	0,9	5,6	51,6	41,1	0,8	0,2	3,3	52,9	42,6	1,0
	FATICK	0,5	4,7	55,0	37,4	2,3	0,6	2,8	56,8	36,5	3,3	1,8	0,9	64,7	30,5	2,2	0,7	2,4	63,2	31,5	2,2
	KAFFRIN E	0,2	1,5	70,6	27,2	0,6	0,3	3,0	75,1	21,3	0,3	0,4	1,8	78,0	19,0	0,8	0,3	1,0	76,1	22,2	0,5
	KAOLAC K	0,5	1,5	50,3	46,9	0,7	0,4	0,7	46,0	52,5	0,4	0,4	0,7	42,6	56,1	0,2	0,4	0,9	39,9	58,6	0,2
	KEDOU OU	0,1	1,3	69,3	27,7	1,6	0,1	2,5	68,6	28,3	0,5	0,2	1,0	68,6	29,5	0,7	0,2	0,5	68,9	29,5	0,9
	KOLDA	1,8	2,0	48,6	47,3	0,3	0,5	1,8	47,4	49,5	0,7	0,3	0,8	48,4	50,3	0,1	0,2	2,1	50,0	47,5	0,2
	LOUGA	0,0	2,3	52,9	44,3	0,5	0,3	1,7	52,6	45,1	0,3	0,8	3,0	50,2	45,6	0,4	0,2	1,6	50,6	47,1	0,5
	MATAM	0,1	2,1	56,4	40,6	0,7	0,0	1,3	50,8	47,4	0,5	0,1	1,0	62,7	35,1	1,0	0,0	1,9	66,2	31,4	0,5
	SAINT LOUIS	1,0	3,8	58,4	32,2	4,6	0,3	1,4	61,3	31,8	5,3	0,3	1,9	64,7	29,1	4,0	0,7	2,2	66,0	27,0	4,2
	SEDHIOU	0,3	1,4	46,9	50,5	0,9	0,2	0,9	49,8	48,4	0,7	0,2	0,7	40,6	57,9	0,6	0,2	0,8	43,1	55,0	0,8
	TAMBAC OUNDA	0,8	3,9	68,9	24,9	1,5	1,4	5,7	75,3	16,5	1,0	1,0	2,5	75,4	20,3	0,8	0,8	2,1	75,9	20,5	0,7
	THIES	1,4	1,7	40,4	55,3	1,1	1,0	3,2	41,8	52,9	1,2	1,0	5,8	41,9	49,4	1,9	0,5	1,4	45,4	51,0	1,6
	ZIGUINCH OR	0,5	1,1	48,6	49,1	0,7	1,8	0,7	53,3	43,6	0,5	0,0	1,0	50,7	47,8	0,5	0,4	1,0	53,2	45,0	0,5
Total	0,8	2,4	51,3	44,2	1,2	0,6	2,7	53,3	42,0	1,3	1,0	2,9	54,5	40,7	1,0	0,6	1,8	54,6	42,0	1,0	
MILIEU DE RESID ENCE	URBAIN	0,5	2,4	46,3	49,5	1,3	0,6	2,9	49,0	46,4	1,2	1,2	3,1	50,7	43,9	1,1	0,7	1,8	49,7	46,8	1,0
	RURAL	1,0	2,4	54,6	40,8	1,1	0,6	2,6	56,2	39,1	1,4	0,8	2,7	56,9	38,5	1,0	0,5	1,8	57,9	38,8	1,0

Source : ENPS III, G. SOTERCO

Ces observations montrent bien la dimension intégrée des différents moyens de prévention. La moustiquaire est citée, mais elle n'exclut pas que les autres mesures d'hygiène individuelle et collective soient évoquées dans des proportions aussi importantes. Elles sont confirmées par les données qualitatives. Dans les entretiens et les focus group, l'utilisation de la moustiquaire a été évoquée comme un des principaux moyens pour prévenir le paludisme (sans distinction de cibles ou de zones ethnoculturelles. Par exemple dans la zone centre-ouest, le principal moyen de prévention cité est la moustiquaire imprégnée. Toutefois, les médicaments (maloxine, quinine et fansidar) utilisés par les chefs de ménage sont combinés à la moustiquaire ainsi que les sprays, les spirales, le ventilateur et l'encens à forte odeur. Les activités d'assainissement, de désherbage et de destructions de gîtes larvaires sont aussi mentionnées ainsi que le respect des CPN pour les femmes enceintes. Le lavage régulier des mains, une alimentation saine, et le réchauffement de la nourriture surtout pour les enfants, sont aussi cités comme moyen de prévention. Ces moyens préventifs cités font écho avec les causes perçues du paludisme. Le tableau suivant permet, à partir des données qualitatives, de voir la relation symétrique entre moyens de prévention et causes perçues du paludisme.

Tableau 18: Causes évoquées et moyens de prévention préconisés

Causes	Types de prévention
Moustiques	Moustiquaires, spirale, insecticide, Senteng, encens (Goé), ventilo, feuilles de « NIME »
Hygiéniques (Saleté, eaux stagnantes, mains sales, aliments)	Balayage, défrichage, désherbage, aliments recouverts et sains
alimentaires (lait de vache et mangue verte)	Prohibition durant l'hivernage
Naturelles (Pluie, bain sous la pluie, exposition au soleil)	Eviter les eaux de pluies, éviter de marcher sous le soleil (Naju Sibiru)
Surnaturelles (djinn, mauvais esprit, sortir après le crépuscule, les peuhls)	Senteng, évité de marcher à certaines heures

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Ce tableau montre bien une dimension diversifiée de la perception des moyens préventifs. Si les moustiques sont mis en cause, on va plus évoquer la moustiquaire, ainsi que d'autres moyens locaux ou populaires permettant de chasser les moustiques ou de réduire leur nuisance. Les mesures d'hygiène individuelle et collective sont évoquées lorsque les causes perçues renvoient à l'environnement, au cadre de vie et aux conditions d'alimentation. Lorsque le caractère surnaturel est mis en avant, d'autres moyens sont mis en œuvre. Par ailleurs, les moyens préventifs soient pensés et utilisés ici de manière syncrétique. Par exemple, pour les mères gardiennes, les moyens préventifs connus et appréciés sont les moustiquaires, les plantes (utilisées pour chasser le moustique), Yotox, spirale, ventilateur. Il y a aussi l'utilisation des médicaments (paracétamol et doliprane) à donner à l'enfant en cas de corps chaud et un mélange de plante de miel, citron et eau (à donner chaque début d'hivernage). Pour les femmes enceintes, la moustiquaire est un bon moyen préventif, ainsi que le respect des CPN, des médicaments prescrits pendant la grossesse, ainsi que les mesures d'hygiène individuelle et

collective, l'utilisation de Yotox et Santang (décoction de plantes utilisées sous forme de fumigation). A Fafacourou (Médina Yéro Foulah), il y a la pommade anti-moustique qui est bien perçue par les chefs de ménage. A Diannah Malary (Sédhiou), la spirale est utilisée au moment du coucher où il est mis dans un coin loin de la moustiquaire. Le Santang est allumé juste après le crépuscule pour chasser les mauvais esprits. Les parents font référence à un ensemble de savoirs populaires traditionnels qui permettent de prévenir le paludisme, en puisant aussi dans les expériences antérieures. L'usage de ces différents produits est actuel et concurrence les moustiquaires. En effet, les populations reconnaissent à certaines plantes des propriétés thérapeutiques.

Parmi les moyens modernes, l'aspersion intra domiciliaire est aussi citée dans les zones où elle est mise en œuvre. Ce moyen est perçu comme assez efficace, quelques fois plus que la moustiquaire : par exemple à Koungheul, son insecticide est perçu comme tuant aussi bien les moustiques que les autres types d'insectes : mouches, cafards et les reptiles comme les serpents. Cependant les inconvénients perçus sont l'odeur gênante du produit surtout chez les femmes enceintes. Chez ces dernières, le TPI est perçu comme étant efficace mais ne peut protéger totalement la femme enceinte. Dans ces conditions, elles pensent qu'il est nécessaire de le combiner avec l'utilisation des MILDA.

En dehors de la pluralité des moyens préventifs cités, les personnes interrogées ont été amenées à donner leurs points de vue sur ceux qu'ils préfèrent le plus. Malgré la variabilité des zones ethnoculturelles et des cibles de l'enquête, on peut globalement faire les constats selon lesquels la moustiquaire est citée comme le moyen préventif préféré dans les communautés. Toutefois, cette préférence dépend de la perception des causes associées à la maladie. Les Mères et gardiennes d'enfant préfèrent la moustiquaire parce que de leur avis, elle permet d'avoir une protection contre les piqûres de moustiques, et la tranquillité dans le sommeil (protection contre les mouches et les insectes). Chez les femmes enceintes, les moustiquaires sont partout citées aussi comme le premier moyen de prévention contre le paludisme. Toutefois, il est utile de souligner que dans le Centre, certains pensent que les médicaments sont plus protecteurs que les moustiquaires que les femmes ou les enfants ne peuvent pas porter par devers eux quand ils se déplacent. Ce point de vue est particulièrement développé par les hommes qui pensent que la MILDA n'a d'efficacité que dans la chambre. En outre, la forte chaleur qui règne durant l'hivernage ne permet pas toujours de dormir sous moustiquaire tous les jours (ce qui ne facilite pas l'utilisation de la MILDA).

4.2. CONNAISSANCES ET PERCEPTIONS RELATIVES AUX DIFFERENTES MESURES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Dans ce qui suit, nous proposons de discuter des différentes mesures préventives qui sont mises en œuvre dans le cadre de la lutte contre le paludisme au Sénégal : le Traitement Préventif intermittent (TPI), la Chimio prévention saisonnière du paludisme (CPS), l'Aspersion Intra domiciliaire (AID) et la distribution de MILDA dans le cadre de Couverture Universelle. Nous précisons que conformément à l'actuel plan stratégique du PNLB basé sur les interventions ciblées, toutes ces mesures ne sont pas proposées pour toutes les régions. Certaines sont spécifiques à certaines zones au faciès épidémiologique particulier. C'est pourquoi nous ne les aborderons que dans le cadre de leur mise en œuvre effective dans ces zones.

4.2.1. Connaissances et perceptions relatives au Traitement Préventif Intermittent (TPI)

Le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte est un des moyens de prévention du paludisme spécifiquement pour les femmes enceintes. Celles-ci doivent durant leur grossesse

consommer trois doses d'un médicament (Sulfadoxine Pyrimethanine) pour se protéger ainsi que le fœtus, du paludisme.

a. Une connaissance du TPI chez les femmes enceintes qui varie selon les zones ethnoculturelles

Globalement, les résultats indiquent que les femmes interrogées ainsi que les hommes ne connaissent pas beaucoup ce moyen préventif, ce qui pourrait être expliqué par leur niveau de recours aux CPN qui est le canal par lequel elles peuvent en bénéficier et avoir l'information à son propos. Par ailleurs, cela peut aussi être mis en relation avec la manière dont les sages-femmes, principales prescriptrices lors des CPN parlent de ce moyen et donnent les informations. IL est nécessaire à cette étape de la discussion, de préciser qu'il n'y a pas forcément de relation directe entre le fait de connaître le TPI et la couverture effective des femmes. Nous avons observé que certaines ont effectivement reçu les doses de TPI en traitement direct observé (quand on consulte leur carnet de suivi de la grossesse), pourtant, elles ne savent pas toujours ce que cela veut dire et pour quelles raisons elles le prennent.

Dans la zone Sud, Le TPI est le « grand inconnu », chez les femmes enceintes et les chefs de ménages qui n'ont pas une grande connaissance de cette stratégie de protection contre le paludisme. Les femmes enceintes ne connaissent que le nombre de comprimés qu'on leur administre lors des CPN. Elles ignorent le but et les effets (positifs) sur la santé de l'enfant. C'est le cas des pères de famille qui ont peu de connaissances sur les avantages du TPI. En réalité, il y a une confusion entre les médicaments TPI et le fer et l'acide folique qui sont aussi prescrits tout au long de la grossesse. La même situation est observée Kouthiaba Wolof et Koumpentoum-ville (Koumpentoum). A Malemba (Koumpentoum), cette méconnaissance du TPI est due au fait que les femmes ne vont pas faire leur CPN. Cette localité est toujours caractérisée par l'accouchement à domicile, en dépit de l'existence d'une case de santé fonctionnelle.

Dans la zone Centre Sud, les femmes ont entendu parler du TPI, l'expérimentent, mais ne savent pas à quoi cela sert. En effet, certaines ne le considèrent pas comme un moyen de prévention du paludisme mais plutôt comme un médicament permettant de protéger la mère et le fœtus, comme à Djilaas (Fatick).

Dans la zone Centre-Ouest, le TPI est plus connu dans les zones urbaines, mais pose encore problème dans celles rurales où les femmes peuvent avoir fait son expérience sans connaître le nom et son utilité. Dans la zone nord par contre, il a été noté que les femmes enceintes connaissent mieux le TPI et son utilité, en particulier à Richard Toll et à Dahra. La situation à Ranérou reste toutefois similaire aux autres zones où les femmes ne connaissent pas suffisamment à quoi servent les médicaments qu'elles consomment lors des CPN.

En définitive, on peut dire de manière synthétique qu'à l'exception de la zone Nord, les femmes ne connaissent pas l'utilité du TPI, en ont une perception souvent particulière (médicaments pour protéger la grossesse et faciliter l'accouchement). Par ailleurs, on remarque que de manière générale, les chefs de ménage et les belles-mères ignorent aussi le TPI et son utilité.

b. Le TPI : un moyen perçu comme utile, mais insuffisant pour la protection des femmes enceintes

Globalement, les médicaments consommés par les femmes enceintes sont perçus comme utiles, parce que cette catégorie se pense assez vulnérable. Les risques associés au paludisme (avortement, prématuré, malformations) sont les premières raisons pour lesquelles la femme enceinte doit être protégée et les médicaments contribuent à cette protection. Cette idée est globalement partagée dans les différentes zones de l'enquête. Le TPI est perçu comme utile mais de l'avis des femmes et des maris, ce moyen préventif serait insuffisant pour les protéger

du paludisme. Elles recommandent ainsi de coupler le TPI avec l'usage de la MILDA, le respect des CPN, la propreté.

4.2.2. Perceptions et connaissances relatives à la Chimio prévention saisonnière du paludisme (CPS)

La chimio-prévention du paludisme saisonnier, appelée Traitement préventif intermittent de l'enfant, se traduit par l'administration intermittente de traitements complets par un médicament antipaludique au cours de la saison des pluies pour éviter la maladie. Selon les directives du PNL, la stratégie de la CPS consiste à administrer (par des relais communautaires) un maximum de trois à quatre cycles de traitement de SP + AQ à intervalles d'un mois à des enfants âgés de 3 à 120 mois dans les régions de forte transmission saisonnière du paludisme. Au Sénégal, les régions de Kédougou (4 cycles), Kolda, Sédhiou et Tambacounda (3 cycles), qui répondent à ces critères, sont concernées. C'est donc dans les zones Sud et Sud-Est que nous avons documenté les connaissances et perceptions des populations relatives à cette stratégie.

a. Le CPS : un moyen de prévention du paludisme chez l'enfant bien connu au sein des ménages

Les résultats obtenus indiquent une bonne connaissance de ce moyen préventif du paludisme chez les enfants. Cette connaissance ne varie d'ailleurs pas suivant la catégorie cible, mais se retrouve plus chez les mères ou gardiennes d'enfants plus impliquées dans l'administration des autres doses après le traitement direct observé lors du premier jour. A Khossanto (Saraya, Kédougou), elles connaissent et expliquent avec aisance le but de la CPS, le moment d'administration et la durée du traitement. Elles connaissent aussi la posologie de la CPS et les effets secondaires dus aux médicaments. A Sédhiou, la même situation a été notée. En revanche, puisque c'est administré de manière saisonnière par les relais, nous avons noté que certaines l'ont confondu avec les campagnes de polio et de vitamine A. Après relance, elles identifient les comprimés (jaunes et blancs pour nommer l'amodiaquine et la Sulfadoxine Pyriméthamine) comme une mesure visant à protéger les enfants contre le paludisme.

b. Un moyen préventif utile pour protéger une catégorie vulnérable au paludisme

Toutes les catégories qui ont été interrogées reconnaissent l'utilité des médicaments distribués de manière saisonnière pour la prévention du paludisme chez l'enfant, pour deux principales raisons : c'est utile parce qu'il s'agit d'une catégorie reconnue vulnérable au paludisme, et aussi parce que la consommation de médicaments en prévention est jugée comme le meilleur moyen. Le médicament dans le corps protège même lorsque la personne se déplace, ce qui n'est pas possible avec la moustiquaire imprégnée.

Plus spécifiquement, les mères gardiennes pensent que la CPS permet une protection des enfants, qui sont une catégorie très vulnérable. L'efficacité des médicaments leur donne une protection durant toute la durée de l'hivernage. Au niveau des chefs de ménage, la CPS est une réponse à la demande de protection des enfants qui représentent la cible par excellence du paludisme dans la zone. Les médicaments offrent une protection maximale aux enfants durant un mois tout au long de l'hivernage.

La CPS est globalement appréciée dans le Sud et Sud-Est, en raison des changements perçus par les parents depuis sa mise en œuvre : moins de cas de paludisme, moins de décès, moins de dépenses. Toutefois, il est nécessaire de rappeler que cette perception est aussi informée par les expériences antérieures de chloroquinisation que les parents ou les grands-mères ont connu avant. En définitive, l'appréciation positive de la CPS explique pourquoi globalement, les chefs de ménage ont accepté que leurs enfants reçoivent les comprimés distribués. L'importance et les avantages perçus de la CPS, les ont poussés à accepter que leurs enfants

bénéficient de la campagne. Toutefois, il est nécessaire de souligner que la disposition à consommer les doses à J2 et J3 a été influencée par les perceptions relatives aux effets secondaires qui ont été constatés chez les enfants.

c. Des effets secondaires diversement appréciés dans les régions

Globalement dans toutes les régions concernées par la CPS, des effets secondaires faisant suite à la prise des médicaments ont été observés : vomissements, les diarrhées, les démangeaisons etc. Toutefois, selon les régions, ces événements ont donné cours à des attitudes différentes d'une zone à une autre : A Sédhiou par exemple, ces effets secondaires ont beaucoup questionné les parents. Classiquement, ils sont considérés comme des effets normaux des médicaments, qui font sortir la maladie. L'incompréhension autour des effets secondaires a fait que les populations aient refusé qu'on administre les médicaments aux enfants (surtout après la première prise).

Le cas de Saraya peut être cité comme une zone où la CPS a été plus acceptée. La perception positive des mères gardiennes sur la CPS est issue de l'expérience acquise durant 3 années de mise en œuvre de la stratégie. C'est ce qui fait qu'à Khossanto, Faraba et Saraya, les enfants ont été exposés à la CPS, en dépit des cas d'effets secondaires. Tout comme chez les mères gardiennes, les femmes enceintes ont accepté que leurs enfants prennent les comprimés de la CPS. Les cas d'effets secondaires observés lors du J1, ne les ont pas empêché de continuer à donner les médicaments aux enfants. Les VAD dans ce cadre ont permis aussi aux relais d'être en contact avec les parents et de leur donner des explications et des conseils utiles pour lever les doutes.

4.2.3. Connaissances et attitudes relatives à l'Aspersion Intra domiciliaire (AID)

L'AID fait partie des moyens de prévention mises en place par le PNLN et consiste en une stratégie d'aspersion des murs des maisons en produits anti-moustiquaires afin de « tuer le vecteur » de la maladie qu'est l'anophèle femelle. Cette technique est considérée comme « efficace », du fait que le vecteur du paludisme se retire d'abord sur les murs après la piqûre, avant de s'attaquer aux autres. Mise en œuvre depuis 2012, cette stratégie concerne depuis lors 7 districts sanitaires à savoir Guinguiné, Richard Toll, Vélingara (arrêt en 2015), Nioro (arrêt en 2014), Koupentoum, Kougheul, Malem Hodar.

La quasi-totalité des personnes éligibles enquêtées (plus de 80%) sont d'accord que l'on peut utiliser les insecticides pour la prévention du paludisme. Cet avis reste invariant selon le milieu de résidence (Urbain et Rural). Les régions du Sud (Sédhiou et Ziguinchor) possèdent les plus faibles taux d'avis favorable à l'utilisation des insecticides pour prévenir le paludisme.

Dans les zones qui polarisent ces différents districts concernés, les populations connaissent plus ou moins l'aspersion intra domiciliaire. D'une région à une autre et à l'intérieur d'une même localité, la connaissance peut varier, en raison de la différence de mise en application de cette stratégie dans les villages et quartiers. En réalité, la méthode sélective de l'AID a fait que certains villages n'en ont pas bénéficié (cas de la commune de Koumpentoum par exemple). Ce point de vue a été tenu par les leaders communautaires (président de l'association des acteurs communautaires (AAC) et la Badjenu-Gox. Cela fait que la connaissance de cet outil préventif est assez relatif. On peut souligner l'exception de Nioro et Kougheul où tous les ménages visités dans le cadre des enquêtes qualitatives ont été exposés à l'AID, ce qui leur a permis donc d'en avoir une connaissance. A Nioro, l'arrêt de l'AID a suscité beaucoup de questions, d'autant plus que pour les parents, le paludisme aurait connu un pic depuis que l'AID a été menée et arrêtée. Au-delà du fait que la connaissance de l'AID ne soit pas aussi importante qu'on ait pu le penser, il faut souligner qu'il s'agit aussi d'un outil préventif qui a des avantages

perçus, mais aussi des inconvénients. Cette situation a une influence significative sur la disposition des populations à accepter que les ménages soient pulvérisés

a. Avantages perçus de l'AID par les populations

La perception des avantages de l'AID varie en fonction du milieu. En milieu rural de Kouthiaba Wolof et Malemba (Kaffrine), l'ensemble des cibles interrogées reconnaissent les avantages de l'aspersion des domiciles : elle permet d'éliminer les moustiques, mais contribue aussi à tuer les insectes, les reptiles (rats, lézards etc.), les mouches etc. Ainsi, cela améliore la sécurité du cadre de vie, et réduit la nuisance des moustiques, permettant aux membres du ménage de mieux dormir. Pour ces différentes raisons, les villages qui n'en ont pas bénéficié la réclament. Les avantages perçus de l'AID ont aussi une influence réelle sur son acceptabilité, en raison de l'efficacité perçue du produit. A Kougheul et Koumpentoum, les avantages perçus de l'AID sont liés au fait qu'elle élimine les moustiques (anophèle) et tous les types d'insectes mais également les reptiles et les rongeurs. La durabilité de l'insecticide est aussi un élément positif, car il permet de protéger les ménages pendant un long temps.

b. Gênes et problèmes liés à l'aspersion intra domiciliaire

Dans les zones concernées, l'aspersion intradomiciliaire induit quelques gênes relatives à l'odeur qui crée des nausées pour les femmes enceintes, des maux de gorge pour les chefs de ménage. L'odeur nauséabonde que dégage le produit n'est pas appréciée par les populations. Elle cause des effets secondaires comme des gripes ou des cas d'allergie qui nécessitent une consultation aux structures de santé. Dans certaines localités de Koumpentoum, certains chefs de ménage sont assez dubitatifs sur l'efficacité de l'AID dans la mesure où ils remarquent une prolifération continue des moustiques malgré l'aspersion. A Richard Toll et à Malem Hoddar, les gênes induites par l'AID ont un lien avec l'esthétique : Le produit utilisé pour l'aspersion cause des dommages sur les murs des chambres, laisse des tâches visibles qui dérangent les parents. Enfin, la mise en œuvre de l'aspersion requiert de sortir les bagages et de les ranger par la suite, ce qui dérange certains parents.

Ces différentes gênes conduisent souvent les parents à refuser de recevoir les applicateurs dans leur ménage, même lorsqu'ils sont convaincus de l'utilité de l'AID (Koumpentoum). Dans cette zone, les cibles interrogées incriminent aussi la qualité du mélange (insecticide et eau) réalisé par l'agent applicateur, ce qui diminue considérablement l'efficacité du traitement, de l'avis des personnes interrogées.

4.2.4. Connaissances, perceptions relatives aux moustiquaires en particulier les MILDA

Au Sénégal, les orientations dans le cadre du plan stratégique 2011-2015 du PNL se sont tournées vers la stratégie de la couverture universelle avec le slogan des « Trois Toutes » (3T). Il Antérieurement, les programmes de distribution de moustiquaires ne ciblaient que les groupes vulnérables tels que les enfants âgés de zéro à cinq ans et les femmes enceintes. Bien que l'approvisionnement en moustiquaires à ces groupes vulnérables ait des effets bénéfiques, cela ne garantit pas pour autant une réduction globale de la transmission du paludisme dans la communauté ; les moustiques étant simplement détournés des individus à 'risque élevé' vers ceux à 'faible risque' (Teklehaimanot, 2007). Depuis 2010, le Sénégal a donc adopté la stratégie de distribution gratuite de MILDA (avec un renouvellement des MILDA tous les 3 ans) basée sur l'idée que toute la famille devrait dormir toutes les nuits sous MILDA et ceci pendant toute l'année.

a. Connaissances et points de vue sur la recommandation « 3 Toutes »

De manière générale, les cibles interrogées, connaissent la nécessité de dormir de façon permanente sous la MILDA. Cependant, la connaissance de la notion des « 3 Toutes » fait largement défaut. Que ce soient les chefs de ménages, les femmes enceintes et les leaders communautaires, soit on en a peu entendu parler, soit on ne sait pas exactement ce que cela veut dire. Pour ceux qui se sont essayés à définir les 3 Toutes, la réponse récurrente était : « tous les jours, toutes les nuits, toute l'année. » Ainsi, la recommandation pour toute la famille n'a pas été retenue. Cette méconnaissance pose la question de l'efficacité des activités de communication qui sont censées accompagner la grande distribution de MILDA et donner les éléments de connaissance sur la stratégie. Elle se comprend si on tient compte de la manière dont cette communication est menée et comment la stratégie est elle-même trop focalisée sur la MILDA et pas suffisamment sur les 3 Toutes. Nous avons montré dans le passage sur la cartographie des acteurs que les activités de communication habituellement menées, au-delà de leur saisonnalité, étaient plus focalisées sur des messages relatifs au MILDA et moins sur les recommandations des 3 toutes.

En ce qui concerne les activités de communication ayant accompagné la distribution lors de la CU, les résultats indiquent que de manière générale, les mêmes types d'informations ont été véhiculées: selon les mères ou les gardiennes d'enfants, l'information reçue lors de la distribution se résumait plus aux normes d'utilisation de la moustiquaire avant distribution. Elles ont été sensibilisées sur le fait de mettre la nouvelle moustiquaire pendant 24h à l'ombre avant de l'utiliser. Chez les femmes enceintes, les relais communautaires ont insisté sur le lavage de la moustiquaire et l'accrochage pendant 24 h à l'ombre. Ils ont surtout insisté sur le contrôle d'usage qui se fait des jours après la distribution. Dans ces séances de causeries, les recommandations 3 Toutes ont été rarement évoquées.

Pour ce qui est de la perception des recommandations des 3 Toutes, les populations s'accordent sur leur importance et les perçoivent de manière positive, car la moustiquaire est un moyen préventif utile pour protéger contre une maladie dont la virulence actuelle est connue. Cependant l'application de cette recommandation est perçue comme inopportune, dans la mesure où le paludisme reste, dans beaucoup de localités, perçue comme une maladie saisonnière : en effet, globalement 59,2% des répondants ne sont pas d'accord avec l'idée que le risque d'attraper le paludisme est réel seulement durant la saison des pluies. Toutefois, si on tient compte des régions, on remarquera dans le tableau suivant que c'est à Kaffrine, Sédhiou, Kolda et Ziguinchor que la perception de la saisonnalité de la maladie est plus perçue, ce qui peut avoir des incidences particulières sur les attitudes préventives et le respect de la recommandation des 3 Toutes :

Tableau 19: Perception de la période de prévalence de la maladie

		Il y a seulement un risque d'attraper le paludisme pendant la saison de pluie				
		PAS DU TOUT D'ACCORD (%)	PAS D'ACCORD (%)	D'ACCORD (%)	TOUT A FAIT D'ACCORD (%)	NSP (%)
REGION	DAKAR	23,6	38,3	25,2	9,8	3,0
	DIOURBEL	21,7	43,6	23,0	10,1	1,7
	FATICK	24,5	37,7	27,0	9,4	1,5
	KAFFRINE	6,0	44,0	41,1	7,4	1,4
	KAOLACK	27,9	32,2	30,1	8,1	1,7
	KEDOUGOU	10,0	44,7	34,8	7,0	3,5
	KOLDA	11,8	39,1	36,0	12,1	1,0

		Il y a seulement un risque d'attraper le paludisme pendant la saison de pluie				
		PAS DU TOUT D'ACCORD (%)	PAS D'ACCORD (%)	D'ACCORD (%)	TOUT A FAIT D'ACCORD (%)	NSP (%)
	LOUGA	10,3	46,6	37,0	5,8	0,4
	MATAM	7,3	47,4	35,8	8,1	1,3
	SAINT LOUIS	11,1	54,8	22,4	6,3	5,4
	SEDHIOU	17,0	41,8	31,7	8,5	1,1
	TAMBACOUNDA	6,4	39,2	43,9	7,2	3,2
	THIES	21,3	46,0	18,1	12,4	2,2
	ZIGUINCHOR	17,7	49,4	27,6	4,6	0,7
	Total	17,4	42,1	29,2	9,1	2,2
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	21,4	42,2	25,1	8,7	2,6
	RURAL	14,8	42,1	31,9	9,3	1,9

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

A Fafacourou (Médina Yéro Foulah) et à Badiouré et Kafess (Bignona), la recommandation « 3Toutes » n'est pas respectée, car le paludisme est mis en corrélation avec l'existence des moustiques durant la saison des pluies. On pense donc qu'il n'est pas opportun d'utiliser des MILDA toute l'année. En zone urbaine de Diamaguène (Koungheul) même si les parents connaissent cette recommandation, ils ne la perçoivent pas comme utile à mettre en œuvre, pour les mêmes raisons évoquées plus haut. Dans la zone de Dioffior, il y a une perception favorable à son utilisation parce que le paludisme est considéré comme étant une menace pendant toute l'année. On retrouve aussi cette idée à Nioro où cela a certainement eu une influence sur les modes d'utilisation des MILDA (accrochées aussi bien dans les chambres que dehors). A Dahra et à Richard Toll: on connaît les « 3 Toutes » et on applique la recommandation du fait de la perception de présence des moustiques pendant toute l'année (la menace est permanente). Par contre à Ranérou, c'est ignoré parce que dans l'esprit des parents interrogés, en dehors de l'hivernage, il n'y a vraiment pas de moustiques et donc il n'y a pas de raison de dormir sous une moustiquaire (pour toutes les catégories de moustiquaires).

b. Connaissances et perceptions des différents types de moustiquaires

Environ 95% des personnes interrogées pensent que la moustiquaire (tous types confondus) est efficace pour protéger contre le paludisme. La mesure de cet indicateur ne connaît pas de variations selon la région, ni selon le milieu de résidence, comme l'indique le tableau suivant :

Tableau 20: Perception de l'efficacité de la moustiquaire

		L'utilisation des moustiquaires est une protection efficace pour vous éviter d'attraper le paludisme				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
REGION	DAKAR	0,7	1,6	46,9	50,2	0,7
	DIOURBEL	1,4	5,3	51,4	41,7	0,3
	FATICK	2,7	4,4	56,8	34,6	1,6
	KAFFRINE	1,6	2,6	69,3	25,9	0,6
	KAOLACK	1,1	3,0	54,2	40,8	0,9

		L'utilisation des moustiquaires est une protection efficace pour vous éviter d'attraper le paludisme				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
	KEDOUGOU	2,5	5,0	68,4	23,6	0,7
	KOLDA	2,3	3,2	44,6	49,1	0,8
	LOUGA	0,7	2,3	49,3	46,3	1,4
	MATAM	0,1	3,5	56,7	39,2	0,5
	SAINT LOUIS	1,2	4,5	61,9	26,6	5,8
	SEDHIOU	0,5	1,8	47,0	50,3	0,4
	TAMBACOUNDA	1,8	5,0	74,5	18,2	0,5
	THIES	2,1	2,8	40,6	53,3	1,2
	ZIGUINCHOR	0,4	1,5	53,5	44,3	0,2
	Total	1,4	3,2	53,4	41,0	1,0
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	1,1	2,9	50,0	45,2	0,8
	RURAL	1,5	3,5	55,6	38,3	1,1

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

En s'intéressant aux types de moustiquaires, on apprend avec l'enquête ENPS 2016 que globalement, 86% des répondants pensent que la MILDA est plus efficace que la moustiquaire simple pour protéger contre le paludisme. Cependant, si on tient compte des districts, il apparaît que ce sont les districts de la région médicale de Louga où les moustiquaires simples sont aussi appréciées pour se protéger contre le paludisme

Tableau 21: Perception sur l'efficacité des moustiquaires imprégnées

		Les moustiquaires imprégnées ne sont pas plus efficaces que les moustiquaires ordinaires pour nous protéger du paludisme				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
REGION	DAKAR	37,3	44,7	9,5	3,8	4,7
	DIORBEL	44,5	39,5	9,8	3,1	3,0
	FATICK	33,1	50,2	12,7	2,4	1,6
	KAFFRINE	16,9	75,2	3,9	1,7	2,3
	KAOLACK	29,1	56,4	8,9	4,2	1,4
	KEDOUGOU	22,7	66,2	4,9	1,9	4,3
	KOLDA	34,3	51,4	9,1	2,2	3,0
	LOUGA	26,8	51,5	16,6	3,0	2,1
	MATAM	18,0	71,1	8,7	0,7	1,5
	SAINT LOUIS	13,5	65,2	12,2	2,3	6,7
	SEDHIOU	30,1	63,0	5,0	1,1	0,8
	TAMBACOUNDA	15,1	76,1	4,3	1,5	2,9
	THIES	45,3	44,5	3,6	3,2	3,4

		Les moustiquaires imprégnées ne sont pas plus efficaces que les moustiquaires ordinaires pour nous protéger du paludisme				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
	ZIGUINCHOR	26,5	69,5	3,1	0,7	0,2
	Total	31,7	54,3	8,2	2,7	3,1
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	34,1	50,6	8,8	3,1	3,5
	RURAL	30,2	56,7	7,8	2,5	2,9

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Au-delà de la distinction établie entre moustiquaires imprégnées et celles simples (en termes d'efficacité perçue), les populations font aussi une différence entre les types de moustiquaires, en fonction de leur forme et de leur source d'acquisition surtout, comme l'illustrent les données qualitatives. Dans les perceptions, les populations établissent aussi une distinction entre les moustiquaires (distribuées gratuitement et celles qui sont vendues au niveau des pharmacies) en fonction de la forme, de la couleur et de la taille.

A Fafacourou (Médina Yéro Foulah), la distinction des moustiquaires est plus faite entre la forme et les couleurs. De l'avis des parents, la moustiquaire ronde est plus appréciée car elle est plus longue et facile à utiliser. La moustiquaire rectangulaire est courte, mais la matière du tissu est meilleure, car les mailles sont moins larges. Plus spécifiquement, les parents distinguent les moustiquaires surtout en fonction de leur source d'approvisionnement (celles distribuées dans le cadre de la couverture universelle et celles vendues dans les marchés) : la différence serait relative à la présence ou non de l'insecticide ou la qualité de ce produit. Selon elles, les moustiquaires qui sont achetées au niveau du marché sont moins efficaces, car l'imprégnation n'est pas toujours faite, ce qui est le contraire pour les moustiquaires de la CU dont l'insecticide est fort, obligeant les parents à la laver et sécher avant usage, afin de réduire l'odeur et d'éviter des démangeaisons.

A Médina Yéro Foulah (MYF) et Kafess (Bignona), la différence entre les moustiquaires existe, mais elle est plus liée à leur source. Dans cette zone, il y a la présence des moustiquaires qui viennent de la Gambie aux côtés de celles de la CU. Les premières ont plus une forme conique et le tissu est beaucoup plus doux (elle coûte 4000fr). Le tissu est plus long selon eux que celui de la moustiquaire CU. Cela fait que lorsque ces dernières ont été distribuées, les populations ont adopté la conduite consistant à les amener chez les tailleurs afin de les raccorder.

Dans la zone Centre Sud, la distinction qui est la plus établie est basée sur la qualité du tissu : celui rugueux qui est mal perçu par les populations et favorise dans certaines zones la non utilisation (Keur Malo) et celui plus souple qui serait pensé comme une moustiquaire de qualité. Une autre différence tient à la qualité et à la durée d'action de l'insecticide : A Koungheul, la MILDA est perçue comme l'outil dont l'insecticide aurait une plus grande durée d'action. En revanche, les moustiquaires locales sont plutôt considérées comme peu efficaces car n'ayant pas d'insecticide. C'est une sorte de « barrière mécanique », en ce sens où il n'y a pas d'insecticides pour tuer les moustiques.

Dans la Zone Nord, les populations possèdent majoritairement des MILDA, mais elles ne font pas la distinction entre les MI et les MILDA. On parle toujours de « moustiquaire avec le produit » et de la « moustiquaire sans produit ». Plus précisément, il s'agit d'une différence perçue entre la MILDA et celle simple. Par ailleurs, on fait la distinction entre les moustiquaires à partir de deux éléments : par rapport à la forme et à la texture avec une préférence pour les moustiquaires de texture souple et fine contre les moustiquaires dites rigides

R3: je vais vous dire, les moustiquaires imprégnées dont la texture est rigide, nous les utilisons pour laver les « mbana » (grandes marmites). On le transforme en « bombu » pour nettoyer les « mbana ». Elles servent à ça. C'est pour vous dire que nous n'aimons pas ce type de moustiquaire.

R2 : Nous l'avons dit. Nous préférons les moustiquaires imprégnées dont la texture est souple et fine. Les moustiquaires rigides, nous les utilisons que pour nettoyer nos « mbana » ou bien pour se laver [Eclat de rire]

FGD4_Ranérou_Gasé Doro_ZR_Grands-mères

c. Une distinction plus établie entre la MILDA CU et celle achetée en pharmacie ou dans les marchés

En effet, s'il y a une pluralité de sources à partir desquelles on proposait aux populations d'accéder aux moustiquaires, celles-ci ont pu accéder à partir de 6voies principales :

- Couverture universelle (CU) : durant la grande distribution, les agents de santé communautaires sont allés au niveau des ménages pour recenser le nombre de couchage, remettre un reçu au chef de ménage, qui devait se rendre ultérieurement à la structure de santé pour récupérer la ou les MILDA.
- Les postes de santé pour le rattrapage : compte-tenu de la mobilité et des longues absences des populations, les moustiquaires qui restent de la campagne de distribution sont placées au niveau du poste de santé. Ensuite, elles sont vendues à 500fr à ceux qui n'en avaient pas bénéficié lors de la distribution.
- Les CPN : les femmes enceintes quant à elles bénéficient des MILDA au moment de la première visite, où les sages-femmes les invitent à aller prendre une MILDA au niveau du dépositaire du centre ou du poste de santé.
- Pharmacie privée : les populations peuvent avoir des MILDA au niveau des pharmacies, moyennant le paiement d'une somme non négligeable
- Les distributions parallèles des partenaires et des ONG.

En raison de la pluralité des sources d'acquisition des moustiquaires, on peut s'attendre que les populations construisent des perceptions assez particulières de ces différents types de moustiquaires. Les données du terrain confirment l'idée que dans les représentations des populations, les moustiquaires ne se valent pas.

Les points de vue sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide (MILDA) sont caractérisés par le fait que les personnes interrogées insistent plus sur la différence des moustiquaires non pas seulement en fonction de l'insecticide, mais beaucoup plus en fonction des sources d'approvisionnement. A ces dernières, sont associées une idée de la qualité de la MILDA qui ne soit pas seulement en rapport avec l'insecticide.

Par exemple, dans la zone Sud, les mères ou gardiennes d'enfants pensent que si les MILDA durent plus longtemps et ont un insecticide qui conserve son efficacité pendant plus d'une année, elles correspondent aux MI distribuées dans le cadre de la CU et sont différentes des autres types de moustiquaires vendus au niveau des pharmacies ou marchés. La différence tient à la qualité de l'insecticide, perçue comme étant plus forte et durant plus longtemps dans le cas des MILDA de la CU, que celui des MI vendues en marché ou en pharmacie. A Tenghory (Bignona), la comparaison est faite entre les moustiquaires imprégnées (MI) et la MILDA. Les MI sont celles qui sont achetées à la pharmacie et sont moins efficaces que les MILDA, en raison de leur insecticide perçue comme étant de meilleure qualité.

d. Perception des MILDA de la CU : plébiscitées en raison de l'insecticide, mais aussi critiquées du fait de la forme, de la qualité du tissu

Il est apparu sur le terrain que de manière générale, les mères ou gardiennes d'enfants et les chefs de ménage reconnaissent la gratuité de la CU comme une opportunité, dans la mesure où, elle leur permet de faire des économies (achat spirales par exemple). Les chefs de ménage apprécient le fait que les moustiquaires soient gratuites (dans la zone centre sud). Dans la zone rurale de Koungheul, elle est perçue de manière positive. On voit bien ici que la CU est appréciée non pas en raison de la qualité de la MILDA seulement, mais en fonction de rationnels socio-économiques à l'avantage des populations.

A Dahra (Louga), les populations apprécient positivement la distribution gratuite des MILDA parce qu'elle a permis une bonne couverture des ménages en moustiquaires. Cependant, il y a eu des plaintes de la part surtout des mères gardiennes surtout par rapport au mode de distribution. Le nombre d'espaces de couchage recensé ne correspondait souvent pas au nombre de moustiquaires reçues le jour de la distribution.

« On voit des chefs de ménage qui nous déclarent 10 alors que c'est 8 ou 5. Mais ce qui a réglé le problème c'est que nous les leaders de Dahra qui habitons ici, nous connaissons les populations. Finalement on a fait des réglages par rapport aux chiffres qu'on nous donne et après ça n'a eu aucun problème...Mais on se connaît. Si la maison d'en face dit qu'il y a 10 personnes alors que je sais qu'il y a 5 personnes. Au moment de la distribution, quand ils viennent, je ne leur donne pas 10 mais je leur donne 5. On a vraiment utilisé les leaders qui connaissent la localité comme les relais, les Badienou Gokh de sorte que dans chaque maison il y'a au moins quelqu'un qui connaît le nombre de personnes qui habite dans la maison. » IDI4_Dahra_Dahra_ZU_Présidente OCB.

En dehors de l'accessibilité géographique et financière, les MILDA de la CU sont aussi comparées avec les autres types de moustiquaires : A Dioffior par exemple (Fatick), la moustiquaire distribuée lors des campagnes est appréciée et perçue comme plus efficace car le produit est beaucoup plus fort par rapport à celles vendues (Mère d'enfants, Djilass). En zone urbaine de Kaffrine, les MILDA de la CU sont appréciées du fait de leur insecticide, mais critiquées en raison de la qualité du tissu, de sa longueur et de la forme proposée. De l'avis des personnes interrogées, leur longueur n'est pas souvent adaptée lorsqu'on veut couvrir les espaces de couchage posés sur le sol.. . Ce point de vue est lié à un imaginaire de la gratuité : puisque c'est donné, on pense que les concepteurs ne mettent pas suffisamment de tissu pour permettre de couvrir entièrement les lits (en particulier ceux posés par terre). Il amène aussi à penser que la qualité du tissu est mauvaise et qu'on met trop d'insecticides dans les MI, renforçant ainsi le sentiment de gêne qu'occasionnent ces moustiquaires.

Pour ces dernières raisons évoquées, certaines mères interrogées pensent que celles vendues en pharmacie sont meilleures du point de vue de la matière, de la forme et de la longueur que celles distribuées dans la CU. Il faut aussi souligner qu'en ce qui concerne la MI, les populations établissent une certaine différence entre les MI gratuites et celles vendues en pharmacie : classiquement, il y a une opposition entre « ce qui coûte » quelque chose, et qui donc, aux yeux des usagers, a plus de valeur, et ce qui est « gratuit » considéré de moindre valeur.

En définitive, les données que nous venons de présenter renseignent sur le fait qu'il y a une connaissance relative des différentes directives de prévention du paludisme données par le PNLN et mises en œuvre dans certaines régions en fonction des faciès épidémiologiques. On retiendra que le TPI chez la femme enceinte n'est pas bien connu en raison des modes de communication des infirmiers et sages-femmes avec les femmes enceintes lors des CPN. Celles-ci ont aussi une perception particulière des médicaments qui leur sont donnés (pensés

comme des moyens de facilitation de l'accouchement). L'AID et la CPS sont bien connues des zones où elles sont mises en œuvre. Les perceptions que les populations en ont (gênes occasionnées, effets secondaires) ont une influence relative sur les comportements et les attitudes des familles à leur égard, de manière variable suivant les zones considérées. Cette étude nous apprend aussi que les populations ont une vision assez intégrée de ces différents moyens de prévention qu'ils peuvent associer. Il est rare de voir qu'un seul moyen préventif soit envisagé par les ménages pour se protéger du paludisme. Les moustiquaires restent le moyen de prévention le plus connu, mais leur utilisation exclusive n'est pas envisagée. En ce qui concerne ce moyen préventif, les personnes interrogées font la différence des types de moustiquaires beaucoup plus en tenant compte de leur perception de l'insecticide, de la nature du tissu et de sa longueur. Plus spécifiquement, ces éléments permettent de distinguer es MILDA de la Couverture Universelle de celles vendues dans les marchés ou dans les pharmacies. Nous analysons dans ce qui suit les modes d'accès à ces moustiquaires.

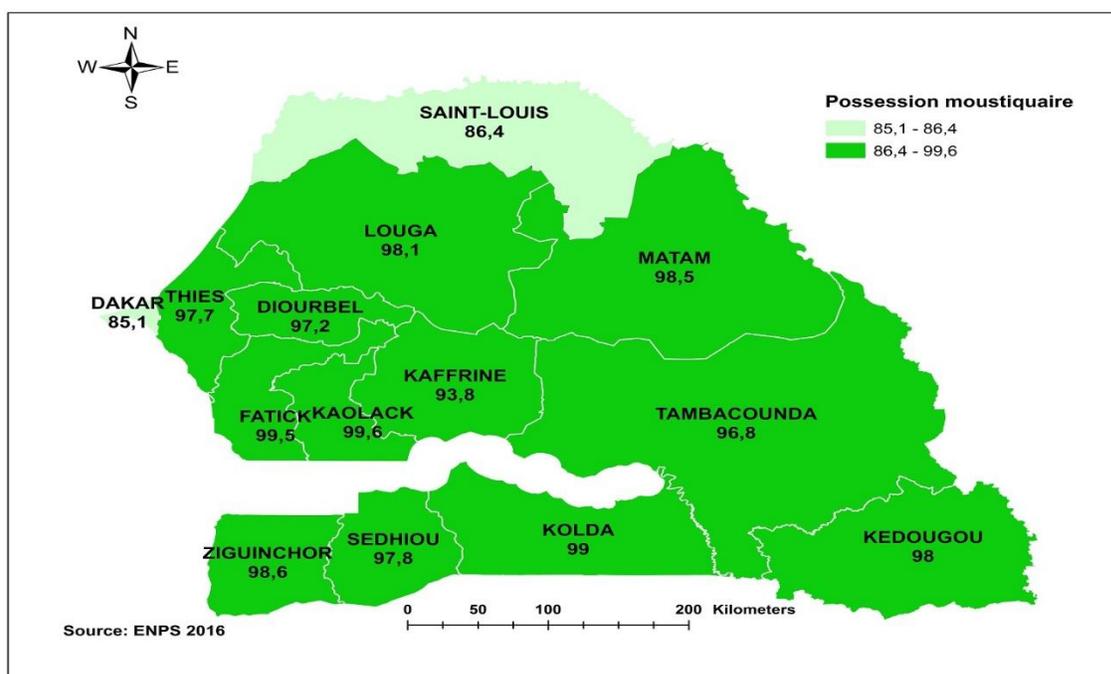
**CINQUIEME PARTIE : ACCES, POSSESSION ET UTILISATION DES MILDA AU
NIVEAU DES MENAGES**

5.1. ACCES ET POSSESSION DES MOUSTIQUAIRES PAR LES MENAGES

5.1.1. Possession de moustiquaires par les ménages enquêtés

Nous nous sommes intéressés à mesurer le niveau de possession de moustiquaires (tous types confondus) au sein des ménages visités. Nous prenons le soin de rappeler que les enquêtes ont été menées en 2016 dans un contexte où une grande distribution a été organisée dans toutes les régions, quelques mois à l'avance.

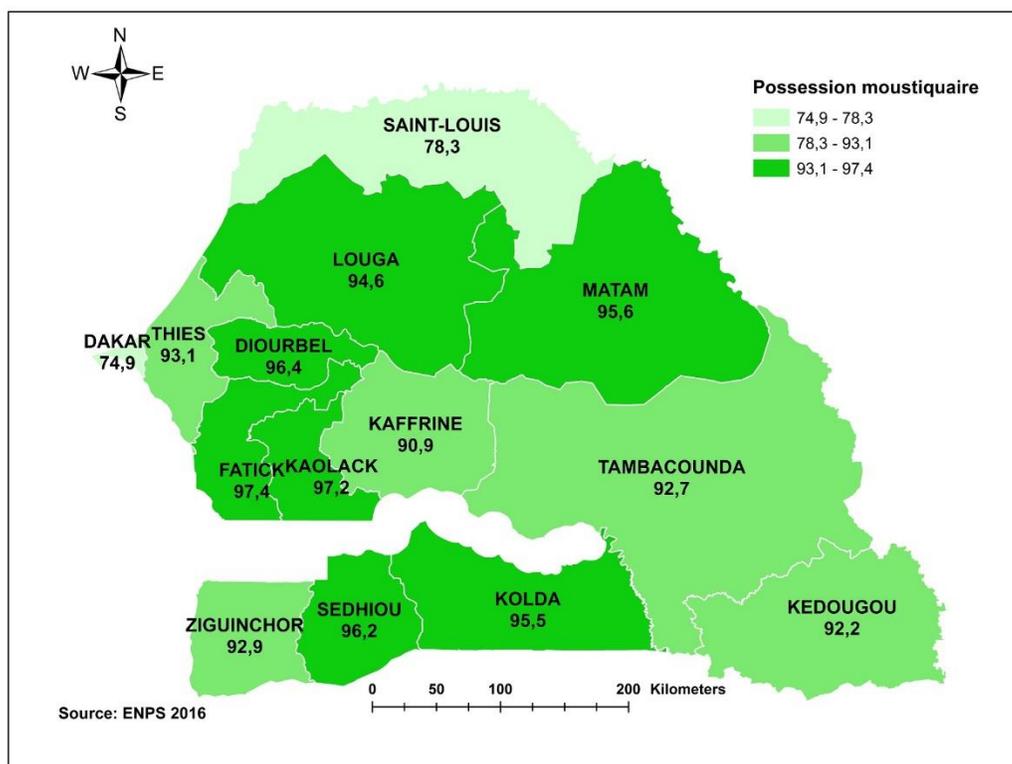
Graphique 2 : Pourcentage de ménage disposant d'au moins une moustiquaire



Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Les résultats indiquent qu'au Sénégal, **94% des ménages possèdent au moins une moustiquaire (tous types confondus)**. On note donc une nette progression, ou nous avons respectivement 68% et 57% en 2008 et 2006. Plus de 9 ménages sur 10 possèdent au moins une moustiquaire dans toutes les régions du Sénégal excepté Dakar et Saint Louis. La répartition selon le milieu de résidence montre que le pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire est 97% en milieu rural contre 90% en milieu urbain. Cette donnée confirme aussi les constats antérieurs liés au fait que la CU a eu plus de mal à s'organiser dans les zones urbaines que rurales. L'indicateur du nombre de moustiquaires pour deux personnes est de 1,09. Ce niveau est légèrement supérieur à la cible qui est d'une (1) moustiquaire pour deux personnes.

Graphique 3 : Pourcentage de ménage disposant d'au moins deux moustiquaires par région



Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Tableau 22 : Possession de n'importe quel type de moustiquaire par région et milieu de résidence.

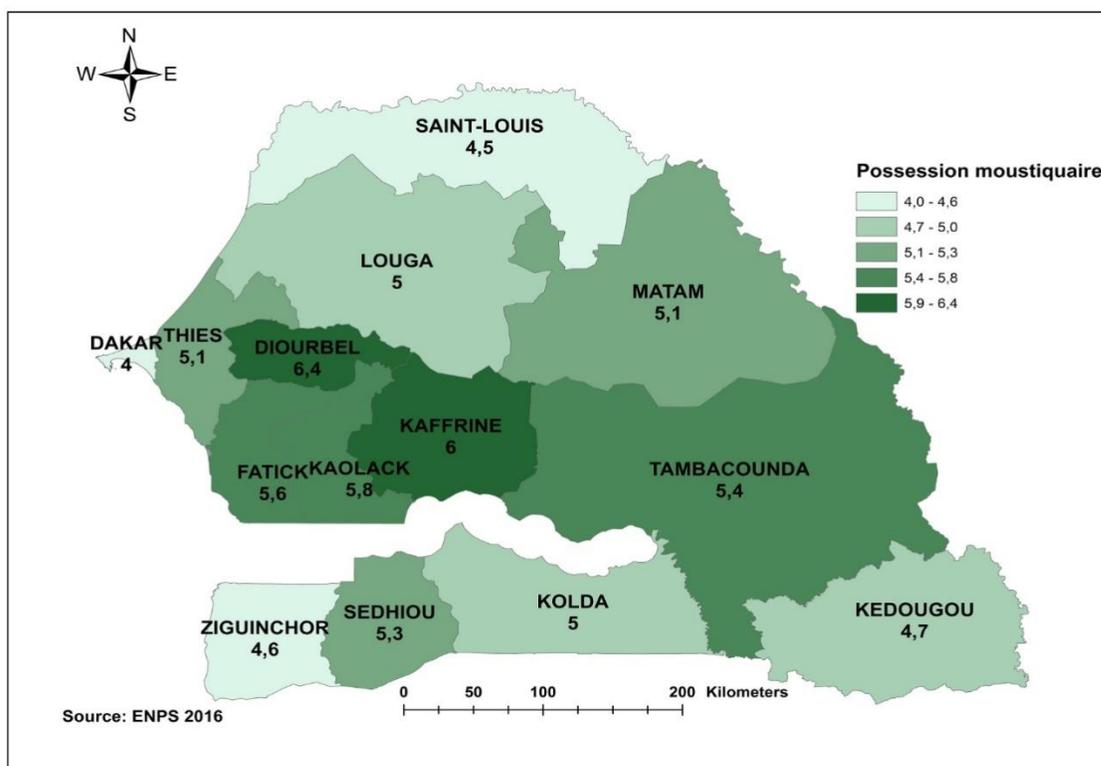
Caractéristique sociodémographique/REGION_District		POSSESSION DE N'IMPORTE QUEL TYPE DE MOUSTIQUAIRE			
		Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire (%)	Pourcentage de ménages ayant plus d'une moustiquaire (%)	Nombre moyen de moustiquaires par ménage	Effectif de ménages
REGION	DAKAR	85,1	74,9	4,0	1746
	DIOURBEL	97,2	96,4	6,4	719
	FATICK	99,5	97,4	5,6	1148
	KAFFRINE	93,8	90,9	6,0	1042
	KAOLACK	99,6	97,2	5,8	736
	KEDOUGOU	98,0	92,2	4,7	568
	KOLDA	99,0	95,5	5,0	771
	LOUGA	98,1	94,6	5,0	1384
	MATAM	98,5	95,6	5,1	889
	SAINT LOUIS	86,4	78,3	4,5	923
	SEDHIOU	97,8	96,2	5,3	641
	TAMBACOUNDA	96,8	92,7	5,4	1283

Caractéristique sociodémographique/REGION_District	POSSESSION DE N'IMPORTE QUEL TYPE DE MOUSTIQUAIRE				
	Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire (%)	Pourcentage de ménages ayant plus d'une moustiquaire (%)	Nombre moyen de moustiquaires par ménage	Effectif de ménages	
REGION	THIES	97,7	93,1	5,1	1635
	ZIGUINCHOR	98,6	92,9	4,6	807
	Total	93,8	88,6	5,0	14292
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	90,4	82,6	4,6	4775
	RURAL	97,0	94,1	5,4	9517
	Total	93,8	88,6	5,0	14292

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Le nombre moyen de moustiquaire par ménage est de 5 moustiquaires. Il est légèrement plus élevé en milieu rural (5,4 moustiquaires par ménage) par rapport au milieu urbain (4,6 moustiquaires par ménage). Rappelons que la taille moyenne des ménages au Sénégal est de 9,14 personnes par ménage. Les districts de Kaffrine, Touba et Bambey ont la couverture la plus importante en moustiquaires pour les membres du ménage. Richard Toll et les districts du Nord du Sénégal ont les ménages où la couverture des membres en moustiquaires est plus faible.

Graphique 4: Nombre moyen de moustiquaire par ménage et par région au Sénégal



Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

En ce qui concerne les MILDA, plus de 9 ménages sur 10 possèdent au moins une moustiquaire imprégnée. Le taux de possession de moustiquaires imprégnées est plus élevé en milieu rural (96%) par rapport au milieu urbain (88%). Les régions de Dakar et Saint Louis ont les plus faibles taux de possession de moustiquaires imprégnées ou près de deux ménages sur 10 ne possèdent pas de moustiquaires imprégnées. Comparativement aux enquêtes précédentes, la situation s'est améliorée parce qu'en en 2015, l'EDS continue indiquait que 77 % des ménages au Sénégal possédaient au moins une MII. Selon le milieu de résidence, la proportion de ménages ruraux qui possédaient au moins une MII était plus élevée qu'en milieu urbain (88% contre 67 %). On note donc une amélioration du taux de possession de moustiquaires imprégnées, dû probablement à la dernière campagne de distribution. Les situations de Dakar et Saint-Louis reflètent bien les particularités de la campagne de distribution de 2016 : Dans les districts de Saint-Louis, la campagne CU n'avait pas encore été organisée au moment de l'enquête, un retard qui pourrait expliquer les taux plus faibles observés dans ces zones. Dakar est aussi une région qui a connu plus de difficultés dans la mise en œuvre de la distribution de la CU (zone urbaine). Ce résultat renseigne aussi sur le fait que la principale source de possession de MILDA est la grande distribution de MILDA.

L'indicateur nombre de moustiquaires imprégnées pour deux personnes est de 1,09 moustiquaire pour deux personnes soit légèrement supérieur à la cible qui est d'une (1) moustiquaire pour deux personnes.

Tableau 23: Possession de moustiquaires imprégnées par région et milieu de résidence

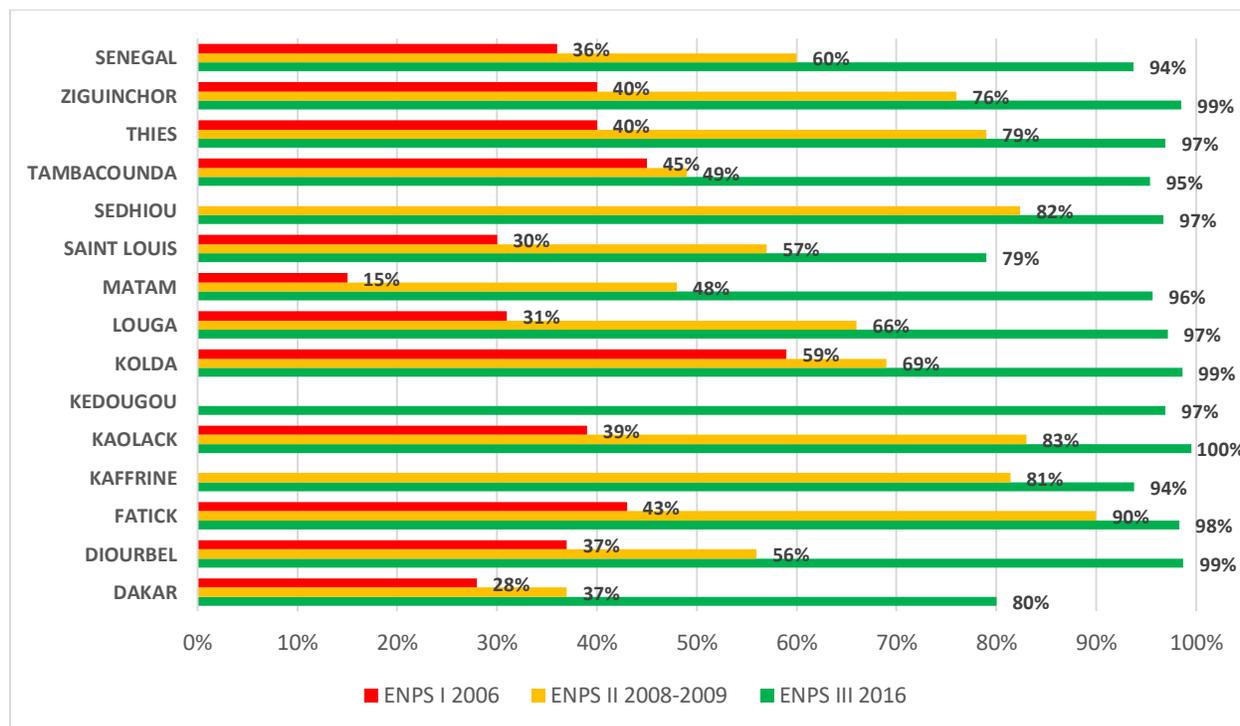
		POSSESSION DE IMPREGNES QUEL TYPE DE MOUSTIQUAIRE			
		Pourcentage en ayant au moins une moustiquaire imprégnée (%)	Pourcentage en ayant plus d'une moustiquaire imprégnée (%)	Nombre moyen de moustiquaires imprégnées par ménage	Effectif de ménages
REGION	DAKAR	82,0	72,3	4	1746
	DIORBEL	97,1	96,3	6	719
	FATICK	98,1	96,0	6	1148
	KAFFRINE	92,2	89,5	6	1042
	KAOLACK	99,6	97,1	6	736
	KEDOUGOU	96,5	91,0	5	568
	KOLDA	98,8	95,5	5	771
	LOUGA	97,2	94,0	5	1384
	MATAM	96,3	93,3	5	889
	SAINT LOUIS	78,8	71,1	4	923
	SEDHIOU	97,7	96,1	5	641
	TAMBACOUNDA	94,9	90,9	5	1283
	THIES	97,3	92,6	5	1635
	ZIGUINCHOR	98,3	92,7	5	807
	Total	92,1	87,0	5	14292
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	88,2	80,8	5	4775
	RURAL	95,7	92,8	5	9517
	Total	92,1	87,0	5	14292

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Les données qualitatives confirment la bonne couverture des ménages en MILDA, avec quelques spécificités locales : les districts de la zone Nord ont eu des taux de possession de MILDA plus faibles. Pourtant une bonne couverture en moustiquaires (MILDA) a été notée à Ranérou alors que la campagne CU n'avait pas encore eu lieu, ce qui montre que d'autres programmes de distribution existent là-bas. Par ailleurs, il est à constater que certains espaces ne sont pas couverts en MILDA dans les ménages. A Koumpentoum et Kédougou (sauf Khossanto), la couverture des espaces de couchages est jugée bonne par les populations, car les espaces de couchages (lits, matelas et nattes) ont reçu des MILDA. Certains miradors ont même reçu des moustiquaires. A MYF, les absences sont la cause de la disponibilité de MILDA au niveau de tous les espaces de couchage. La mobilité de la population (Sénégal-Gambie) fait qu'il est difficile de faire une couverture universelle dans cette localité. C'est ce qui fait que lors de la campagne passée, nombres de ménages et d'espaces de couchage n'ont pas reçu de MILDA. A Sédhiou et Bignona, tous les espaces de couchage n'ont pas reçu de MILDA. Le recensement était fait en fonction des chambres et des lits et non des espaces de couchage. Le système de remplacement qui a été adopté n'a pas permis l'effectivité et la couverture générale de tous les espaces de couchage en MILDA. A Tenghory, il y a eu le remplacement des MILDA qui ont plus de 3 ans, celles qui sont déchirées. Ces données permettent de lire autrement la question de la couverture en MILDA et nous obligent à passer en revue (dans un prochain paragraphe) la question de l'organisation de la distribution de MILDA dans le cadre de la CU.

En tenant compte de ces résultats, on peut observer une progression de l'indicateur de possession de MILDA au sein des ménages en 2016, comparativement aux situations des années antérieures : Le graphique ci-dessous nous donne le pourcentage de ménages disposant d'au moins une MI selon l'ENPS-2006, 2008-2009 et l'ENPS 2016. On note que les progressions des taux de possession de moustiquaires imprégnées ont été observées en 2009 et en 2016. Ce constat est valable pour toutes régions du Sénégal. Par ailleurs les régions ayant les plus faibles taux de possession de MI (Dakar et Saint Louis) ont néanmoins connu aussi une progression entre les deux dernières ENPS. Par exemple, le taux de possession de MI est passé de 37% à près de 80% pour la région de Dakar, entre l'ENPS 2009 et 2016.

Graphique 5: Pourcentage de ménages disposant d'au moins une MIL selon l'ENPS-I 2006, l'ENPS-II 2008-2009 et l'ENPS 2016



Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Ce graphique montre bien que dans toutes les régions, il y a une augmentation très forte de la possession de MILDA au sein des ménages en 2016. Ce résultat, comme indiqué plus haut, doit être lu en tenant compte de la distribution récente de MILDA dans le cadre de la CU. Il est utile aussi de constater que la grande majorité des moustiquaires possédées par les ménages sont des MILDA, et ceci de manière générale dans toutes les régions de l'enquête.

5.1.2. Modalités d'accès des ménages aux moustiquaires

Le moyen par lequel les ménages ont plus accédé aux moustiquaires (qui sont la plupart des MILDA) a été la gratuité. Celle-ci a été le principal mode d'acquisition des moustiquaires par les ménages soit dans le cadre de la couverture universelle (CU) initiée par le PNLN soit avec d'autres projets, programmes ou ONG qui en distribuent aussi gratuitement. Cette gratuité est beaucoup plus importante dans les régions de Kaolack (97%), Diourbel (95%), Fatick (93%) et Thiès (90%). Elle est plus faible dans celles de Saint-Louis (36%) et Matam (54%). Cette disparité se retrouve au niveau des districts avec un maximum de gratuité dans les districts de Gossas (100%), Passy (100%) et Nioro (99%). Les plus faibles taux de gratuité se retrouvent dans les districts de Richard Toll (15%), Dagana (29%) et Saint-Louis (33%).

Tableau 24 : Mode d'acquisition des moustiquaires et prix des moustiquaires achetées

		Acheté	Gratuit/ programme de santé	Don de particulier	Autres	NSP	TOTAL
REGION	DAKAR	6,8	91,4	0,6	0,3	0,9	100
	DIOURBEL	1,2	98,7	0,1	0,0	0,1	100
	FATICK	1,1	98,7	0,0	0,1	0,1	100

		Acheté	Gratuit/ programme de santé	Don de particulier	Autres	NSP	TOTAL
	KAFFRINE	2,2	97,4	0,2	0,0	0,3	100
	KAOLACK	3,2	96,6	0,1	0,0	0,0	100
	KEDOUGOU	3,2	96,5	0,2	0,0	0,2	100
	KOLDA	2,3	97,5	0,1	0,0	0,2	100
	LOUGA	2,6	96,8	0,4	0,0	0,2	100
	MATAM	12,3	86,5	0,9	0,0	0,3	100
	SAINT LOUIS	42,7	52,9	2,7	0,1	1,6	100
	SEDHIOU	0,8	99,1	0,0	0,1	0,0	100
	TAMBACOUNDA	1,4	98,0	0,1	0,1	0,3	100
	THIES	4,6	95,1	0,1	0,0	0,2	100
	ZIGUINCHOR	2,2	97,3	0,1	0,0	0,5	100
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	7,5	91,3	0,4	0,1	0,6	100
	RURAL	4,5	94,9	0,3	0,0	0,2	100

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

C'est surtout dans le Nord que les MILDA possédées ont été dans leur grande majorité achetées. Il est à constater que, plus la région est soumise aux processus de distribution gratuite de MILDA, moins les ménages adoptent des attitudes d'achat. Cela repose la nécessité de mettre en place une stratégie de communication qui puisse créer chez les populations la volonté d'acheter des MILDA une fois que les distributions gratuites vont s'arrêter

Les résultats de l'enquête qualitative confirment le constat que la plupart des ménages ont obtenu des MILDA grâce aux distributions gratuites, avec quelques variations selon les zones considérées. Dans la zone sud, les voies d'accès aux MILDA sont essentiellement la grande distribution et les CPN. Lors de la couverture universelle (CU), les agents de santé communautaire viennent au niveau des ménages pour recenser le nombre de couchage. Les femmes enceintes quant à elles bénéficient des MILDA lors des CPN. Au moment de la première visite, les sages-femmes les invitent à aller prendre une MILDA au niveau du dépositaire du centre ou du poste de santé. Cependant, les populations (mères gardiennes, chefs de ménage, femmes nouvellement accouchées) peuvent avoir des MILDA au niveau de la pharmacie privée. A Khossanto (Saraya), compte-tenu de la mobilité et des longues absences des populations à cause de l'orpaillage, les moustiquaires qui restent de la campagne de distribution sont placées au niveau du poste de santé.

Mais les modalités selon lesquelles les ménages ont accédé aux MILDA lors de la grande distribution ont fait l'objet de critiques de la part des populations. En effet, si la couverture en MILDA est globalement bonne dans la plupart des régions, les parents ont exprimé dans les focus group quelques insatisfactions relatives au nombre de MILDA possédées pour leur ménage. Cela est d'autant plus exprimé que dans certaines zones, ils avouent ne pas avoir reçu le nombre de MILDA inscrits sur le coupon après le recensement. Avant la distribution des MILDA, il y a eu un recensement des relais communautaires au niveau des ménages qui devait se faire par espace de couchage présent au niveau du ménage. Les relais communautaires ont procédé d'abord par dénombrement et par comptage du nombre de personnes et d'espaces de

couchage dans chaque ménage. Toutefois, au lieu de procéder à un renouvellement des MILDA et la couverture des espaces recensés, les relais ont, quelques fois, procédé au remplacement des MILDA qui étaient déchirées ou dont la date d'acquisition était supérieure à trois ans. Cela a conduit à des incompréhensions, et créé des accusations de détournement de la part des relais. Le système de remplacement n'a pas permis à tout le monde d'avoir le nombre de moustiquaires souhaité.

A Sédhiou, la distribution n'a pas été faite dans les règles, de l'avis des chefs de ménage interrogés. Les relais communautaires venaient dans les maisons et identifiaient le nombre de personnes, le nombre de chambres, les espaces de couchage et les moustiquaires en mauvais état (trouées et non-utilisables). Lors de la distribution, ils n'ont remplacé que les MILDA en mauvais état, mais n'ont pas couvert tous les espaces recensés et ne disposant pas de MILDA. En réalité, cela a posé un problème de communication lors de cette stratégie de distribution. Les modalités d'organisation des recensements et des distributions n'ont pas été expliquées aux populations, laissant place aux rumeurs et doutes. A Diannah Malary et à Babira (Sédhiou) et à Bignona (Badiouré et Kafess), les relais communautaires avaient expliqué lors de la communication pré-campagne qu'ils allaient couvrir de moustiquaires tous les espaces de couchage recensés. En réalité, ils ont recensé les MILDA détériorées qu'ils ont remplacées, ce qui a créé quelques tensions. Les relais interrogés à propos de cette question ont expliqué que ce changement était dû à l'insuffisance du stock reçu. Au niveau des équipes-cadre de district, on explique que le choix de changer de stratégie de distribution a été adopté en raison de l'insuffisance du stock qui ne pouvait pas couvrir les espaces de couchage recensés. Par ailleurs, dans certains cas, il s'agissait d'une stratégie minimaliste adoptée par les sages-femmes : distribuer moins de MILDA, positionner le reste au niveau des services de santé et le distribuer aux femmes enceintes qui fréquentent les services de CPN ou les accouchées récentes qui viennent en CPON. Cette mesure incitative, qui visait en réalité à attirer ces cibles au niveau des services de santé pour améliorer leur niveau de fréquentation a pu avoir des effets pervers dans les communautés, les mères ou gardiennes d'enfants et les chefs de ménage s'étant plaint de cette approche. Les récriminations ont été d'autant plus importantes qu'au niveau des ménages du Sud, du Sud Est en particulier, les miradors où les membres du ménage passent la majeure partie de la soirée ou de la journée, n'ont pas été pris en compte dans les recensements. Cela a obligé les ménages à utiliser les MILDA dédiées à l'intérieur des chambres, ce qui les expose plus à la détérioration (du fait des conditions d'accrochage et décrochage).

L'analyse de l'accès aux moustiquaires au niveau de la population, révèle que plus de 9 sénégalais sur 10 (91,0%) aurait pu dormir sous une moustiquaire si chaque moustiquaire du ménage était utilisé par au plus deux personnes. Comparativement aux autres indicateurs, l'écart par rapport au milieu de résidence n'est pas très grand avec 92,3% et 89,5% respectivement pour le milieu rural et urbain. Pour la moustiquaire imprégnée et la MILDA nous avons respectivement 89,1% et 79,1% qui aurait pu dormir sous moustiquaire si chaque moustiquaire était utilisé par au plus deux personnes. Des disparités régionales existent toujours avec les proportions les plus faibles pour Dakar (82,9% pour la MII) et Saint Louis (77,7% pour la MII).

Tableau 25: Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une moustiquaire, une MII ou une MILDA si chaque moustiquaire du ménage était utilisée par deux personnes au maximum (accès)

		Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une Moustiquaire	Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une MII	Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une MILDA	Effectif de ménages (non pondéré)
REGION	DAKAR	86,4	82,9	64,6	1746
	DIORBEL	94,8	94,9	90,6	719
	FATICK	91,4	90,0	84,0	1148
	KAFFRINE	92,9	91,0	80,2	1042
	KAOLACK	94,2	94,1	86,9	736
	KEDOUGOU	92,8	91,3	86,4	568
	KOLDA	94,5	94,3	82,8	771
	LOUGA	92,1	91,3	89,2	1384
	MATAM	94,1	90,0	88,1	889
	SAINT LOUIS	87,5	77,7	62,1	923
	SEDHIOU	94,9	94,8	90,9	641
	TAMBACOUNDA	89,6	87,7	80,8	1283
	THIES	90,5	90,0	84,2	1635
	ZIGUINCHOR	95,1	94,8	92,3	807
	Total	91,0	89,1	79,1	14292
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	89,5	87,2	73,6	4775
	RURAL	92,3	90,6	84,2	9517
	Total	91,0	89,1	79,1	14292

5.1.3. Durée moyenne (en mois) de possession des moustiquaires dans les ménages de l'enquête

Les résultats de l'enquête indiquent que la durée moyenne de possession des moustiquaires par les ménages au cours d'une année est d'environ 3 mois. Cette durée serait légèrement plus courte en milieu urbain que celui rural. Selon les régions, on peut constater que Kaolack est celle où la possession de la MILDA est d'une moyenne d'environ 6 mois, alors qu'à Dakar, la possession est moins courante (une durée de 1,24 mois pendant l'année) comme l'indique le tableau suivant :

Tableau 26 : Durée moyenne de possession des moustiquaires en nombre de mois par région et Milieu de résidence

	DUREE MOYENNE DE POSSESSION DES MOUSTIQUARES (en mois)	Effectif de Ménages

		DUREE MOYENNE DE POSSESSION DES MOUSTIQUARES (en mois)	Effectif de Ménages
REGION	DAKAR	1,24	1746
	DIOURBEL	3,32	719
	FATICK	3,55	1148
	KAFFRINE	2,84	1042
	KAOLACK	5,18	736
	KEDOUGOU	2,68	568
	KOLDA	3,00	771
	LOUGA	2,16	1384
	MATAM	1,16	889
	SAINT LOUIS	2,09	923
	SEDHIOU	3,11	641
	TAMBACOUNDA	3,32	1283
	THIES	4,40	1635
	ZIGUINCHOR	2,50	807
	Total	2,79	14292
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	2,28	4775
	RURAL	3,20	9517
	Total	2,79	14292

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Suivant les districts (voir annexe 10), le tableau informe que Joal-Fadiouth est la zone où l'utilisation de la MILDA par les membres des ménages est presque pérenne pendant toute l'année. Gossas, Guinguéno sont les autres districts où les enquêtés ont déclaré avoir utilisé les MILDA durant la dernière année au moins pendant 7 mois. Si ces données sont intéressantes et montrent les zones où les bonnes pratiques ont été le plus observées, il est néanmoins utile d'observer que la pratique d'utilisation des MILDA par toute la famille, toutes les nuits et pendant toute l'année pose problème et n'est pas une habitude largement observée.

Cela voudrait dire que les moustiquaires sont disponibles dans les chambres, mais elles ne sont pas toujours utilisées. Comment comprendre et expliquer une telle situation ? En effet, les enquêtes qualitatives ont permis d'observer que durant l'hivernage, la chaleur fait que dans certaines zones, les familles passent la plus grande partie de la nuit au niveau des miradors. Ces espaces de couchage n'ont pas été dotés en MILDA par la grande distribution. Les moustiquaires disponibles ont été accrochées dans les chambres, mais ces endroits sont faiblement utilisés parce que les familles restent plus dehors.

Pour des raisons de paresse, elles ne peuvent pas décrocher les MILDA, les utiliser au niveau des miradors et les remettre dans les chambres. Souvent, ce sont plutôt des moustiquaires locales ou de fortune qui sont fabriquées, et qui protègent ainsi de la nuisance des moustiques, mais non du paludisme. Si c'est la MILDA qui est utilisée, cela occasionne une pratique répandue de transformation de leur forme. Mais en général, lorsque les familles passent une partie importante de la nuit dehors pour se rafraîchir comme à Dakar, elles considèrent que cela ne nécessite pas l'usage d'une MI parce que l'extérieur est propice à une circulation du vent et que les moustiques sont dans l'incapacité de se poser durablement sur le corps de l'homme. Or

la chambre est un lieu propice pour les moustiques qui trouvent refuge dans les bagages, en dessous des lits. L'utilisation de la MI est jugée donc plus opportune dans les chambres qu'à l'extérieur.

5.2. NIVEAUX ET MODALITES D'UTILISATION DES MOUSTIQUAIRES POSSEDEES PAR LES MENAGES

5.2.1. Taux d'utilisation des moustiquaires par la population générale

L'enquête ENPS indique que de manière générale 86% des personnes enquêtées utilisent les moustiquaires (tous types confondus) possédées. Ce pourcentage d'utilisation est le même pour l'utilisation des MILDA. Ces résultats sont supérieurs à la cible nationale qui était de 80% d'utilisation des MILDA. En 2016, plus de 8 personnes interrogées sur 10 ont dormi sous moustiquaire imprégnées la nuit précédant l'enquête.

Tableau 27 : Utilisation des moustiquaires par la population la nuit précédant l'enquête

Caractéristique sociodémographique		Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une MILDA la nuit précédant l'enquête	Effectifs de Personnes non pondéré
REGION	DAKAR	62	62	61	12330
	DIOURBEL	89	89	90	7715
	FATICK	90	90	90	10782
	KAFFRINE	91	91	91	12200
	KAOLACK	91	91	90	6192
	KEDOUGOU	91	92	92	4268
	KOLDA	95	95	95	6936
	LOUGA	89	89	89	13590
	MATAM	92	93	93	7942
	SAINT LOUIS	76	75	74	8207
	SEDHIOU	96	96	96	6284
	TAMBACOUNDA	91	91	91	13237
	THIES	83	83	83	15495
	ZIGUINCHOR	95	95	95	6312
Total	86	86	86	131490	
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	79	79	78	38849
	RURAL	90	90	90	92641
	Total	86	86	86	131490

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Ce tableau indique que si on tient compte de la zone de résidence, on remarquera que l'utilisation de la MILDA au niveau de la population générale est plus élevée en milieu rural (90%) qu'urbain (78%). Cette situation peut s'expliquer par un recours plus important en zone urbaine aux autres moyens de protection contre les moustiques tels que les ventilateurs, spirales, etc. Ces facteurs contribuent également à expliquer la faible utilisation de la MILDA au

niveau des districts de la région de Dakar.

Par ailleurs, les proportions de personnes ayant dormi sous une moustiquaire quel qu'en soit le type la nuit précédant l'enquête varie en fonction des régions et districts. Ces variations sont illustrées dans les lignes qui suivent avec l'exemple de la MILDA. Ces taux sont beaucoup plus élevés dans les régions de Sédhiou (96%), Kolda (95%) et Ziguinchor (95%) comparativement avec celle de Dakar (61%).

Au Sénégal, 52,5% des ménages possèdent au moins une moustiquaire pour deux personnes. Pour la MI et la MILDA, nous avons respectivement 51,3% et 45,1% des ménages sénégalais qui en possèdent une pour deux personnes. La proportion est relativement plus élevée en milieu rural par rapport au milieu urbain (54,0% contre 50,8%). Nous observons également une très grande disparité entre les régions. En effet, les régions avec les plus faibles proportions de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée pour deux personnes sont Dakar et Saint avec respectivement 41,5% et 37,6%. La disparité est encore plus grande au niveau des districts sanitaires (Voir annexe) ou les proportions varient entre 27,1% pour le district de Thiadiaye et 78,5% pour le district de Thionck essyl.

Tableau 28: Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire pour deux personnes (parmi ceux ayant passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage)

		Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire pour deux personnes	Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire imprégnée pour deux personnes	Pourcentage de ménages avec au moins une MILDA pour deux personnes	Effectif de ménages (non pondéré)
REGION	DAKAR	42,8	41,5	31,8	1318
	DIOURBEL	65,0	65,0	61,3	669
	FATICK	54,3	53,6	51,3	1019
	KAFFRINE	55,5	53,8	47,3	977
	KAOLACK	58,7	58,6	53,7	566
	KEDOUGOU	58,1	57,1	53,6	525
	KOLDA	60,7	60,6	53,1	753
	LOUGA	49,0	48,5	47,5	1327
	MATAM	51,3	46,5	43,7	831
	SAINT LOUIS	45,5	37,6	28,9	770
	SEDHIOU	57,9	57,7	55,7	620
	TAMBACOUNDA	43,8	42,9	40,0	1195
	THIES	53,5	52,9	48,1	1502
	ZIGUINCHOR	66,3	66,2	64,5	796
	Total	52,5	51,3	45,1	12868
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	50,8	49,7	41,5	4083
	RURAL	54,0	52,6	48,4	8785

		Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire pour deux personnes	Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire imprégnée pour deux personnes	Pourcentage de ménages avec au moins une MILDA pour deux personnes	Effectif de ménages (non pondéré)
	Total	52,5	51,3	45,1	12868

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Pour les ménages ayant au moins une MII, 88,9% des membres de ces ménages ont dormi en-dessous la nuit précédant l'enquête. Ce pourcentage est légèrement supérieur à celui de la population générale où 86% ont dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête. Nous observons un écart assez important selon le milieu de résidence avec 93% et 83,8% pour respectivement le milieu rural et le milieu urbain. De même au niveau des régions également, des disparités existent avec 75,4% pour Dakar et 97,3% pour SEDHIOU.

Tableau 29: Pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit dernière au niveau de la population des ménages avec au moins une MII

Caractéristique sociodémographique		Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête	Effectifs de Personnes non pondéré
REGION	DAKAR	75,4	1282
	DIOURBEL	92,6	670
	FATICK	92,4	1010
	KAFFRINE	94,3	958
	KAOLACK	92,0	569
	KEDOUGOU	94,3	520
	KOLDA	96,8	753
	LOUGA	92,9	1325
	MATAM	96,5	837
	SAINT LOUIS	90,9	700
	SEDHIOU	97,3	619
	TAMBACOUNDA	93,9	1178
	THIES	88,1	1493
	ZIGUINCHOR	96,7	793
	Total	88,9	12707
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	83,8	4007

Caractéristique sociodémographique		Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête	Effectifs de Personnes non pondéré
	RURAL	93,0	8700
	Total	88,9	12707

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Tableau 30: Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire pour deux personnes qui y ont passé la nuit précédant l'enquête

		Pourcentage de ménage avec au moins une moustiquaire pour deux personnes	Pourcentage de ménage avec au moins une moustiquaire imprégnée pour deux personnes	Effectif de ménages (non pondéré)
REGION	DAKAR	42,8	41,5	1318
	DIORBEL	65,0	65,0	668
	FATICK	54,3	53,6	1019
	KAFFRINE	55,5	53,8	977
	KAOLACK	58,7	58,6	566
	KEDOUGOU	58,1	57,1	525
	KOLDA	60,7	60,6	753
	LOUGA	49,0	48,5	1327
	MATAM	51,3	46,5	829
	SAINT LOUIS	45,5	37,6	770
	SEDHIOU	57,9	57,7	620
	TAMBACOUNDA	43,8	42,9	1195
	THIES	53,5	52,9	1502
	ZIGUINCHOR	66,3	66,2	796
	Total	52,5	51,3	12865
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	50,8	49,7	4083
	RURAL	54,0	52,6	8782
	Total	52,5	51,3	12865

Si l'ENPS 2016 indique un taux de 80% d'utilisation des MILDA la nuit précédant l'enquête, cela ne permet pas d'apprécier l'utilisation adéquate en fonction de la recommandation des 3 Toutes. Le fait que l'enquête ait eu lieu dans la période hivernale (particulièrement vers la fin de la période hivernale de septembre à novembre 2016) peut constituer un biais dans l'appréciation de l'utilisation des MILDA. Pour résoudre cet écueil, nous nous sommes intéressés à documenter le nombre moyen de mois au cours de l'année, pendant lesquels les

moustiquaires ont été utilisées par la famille et toutes les nuits.

5.2.2. Utilisation des moustiquaires par les catégories vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans)

a. Situation des femmes enceintes

Les résultats indiquent 85% des femmes enceintes enquêtées ont dormi sous une moustiquaire (tous types confondus) la nuit précédant l'enquête, dont 67% ont utilisé une MILDA. L'utilisation de la MILDA par les femmes enceintes est plus importante en milieu rural (73%) qu'urbain (60%). Les proportions de femmes enceintes ayant dormi sous une moustiquaire quel qu'en soit le type la nuit précédant l'enquête varie en fonction des régions et districts.

Tableau 31 : Utilisation des moustiquaires par les femmes enceintes

Caractéristiques Sociodémographique		Ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête	Ayant dormi sous une MII la semaine précédant l'enquête	Ayant dormi sous une MILDA la nuit précédant l'enquête
REGION	DAKAR	68	61	55	55
	DIOURBEL	94	64	64	84
	FATICK	91	84	83	62
	KAFFRINE	98	90	84	77
	KAOLACK	92	84	78	81
	KEDOUGOU	89	74	73	65
	KOLDA	96	91	73	61
	LOUGA	92	90	88	71
	MATAM	97	92	92	84
	SAINT LOUIS	91	79	76	74
	SEDHIOU	94	88	87	70
	TAMBACOUNDA	90	61	57	70
	THIES	81	72	68	66
	ZIGUINCHOR	92	73	73	54
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	80	64	59	60
	RURAL	90	80	77	73
	Total	85	72	68	67

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Ce tableau indique le taux des femmes enceintes ayant dormi sous MILDA est plus élevé dans les régions de Matam (84%), Diourbel (84%) et Kaolack (81%). Ils sont plus faibles dans celles de Ziguinchor (54%) et Dakar (55%). En ce qui concerne les variations inter districts, les pourcentages sont plus faibles dans les districts ci-après appartenant à la région de Dakar : sud (20%), Guédiawaye (24%), nord (44%), Rufisque (44%) et centre (50%), en plus de ceux de Khombole (34%), Linguère (40%), Salémata (41%), Bignona (42%) et Kébémér (43%). Cette situation peut s'expliquer pour la région de Dakar par un recours plus important aux autres moyens (ventilateurs, spirales, etc.).

b. Situation des enfants de moins de 5 ans

Les résultats indiquent 88% des enfants de moins de 5 ans enquêtés ont dormi sous une moustiquaire (tous types confondus) la nuit précédant l'enquête, dont 77% ont utilisé une MILDA. L'utilisation de la MILDA chez les enfants de moins de 5 ans est plus importante en zone rurale (81%) qu'urbaine (67%). **Ces résultats informent que les enfants de moins de cinq ans ont été plus couverts et protégés par les MILDA que les femmes enceintes.**

Si on tient compte des régions et des districts sanitaires, on peut toutefois remarquer quelques variations au niveau de l'utilisation des moustiquaires pour protéger les enfants de moins de 5 ans. En effet, les proportions sont plus importantes dans les régions de Sédhiou (92%), Ziguinchor (89%) et Louga (88%) comparativement avec celle de Dakar (57%) où elle est faible.

Tableau 32 : Utilisation des moustiquaires par les enfants de moins de 5 ans

		Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une MIL la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une MILDA la nuit précédant l'enquête
REGION	DAKAR	70	64	57
	DIOURBEL	91	81	80
	FATICK	97	89	84
	KAFFRINE	95	85	80
	KAOLACK	93	86	80
	KEDOUGOU	93	88	85
	KOLDA	97	90	79
	LOUGA	93	88	88
	MATAM	85	83	82
	SAINT LOUIS	80	72	68
	SEDHIOU	99	94	92
	TAMBACOUNDA	93	73	69
	THIES	90	82	77
	ZIGUINCHOR	96	90	89
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	81	73	67
	RURAL	93	84	81
	TOTAL	88	79	75

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Ces résultats corroborent ceux notés chez les femmes enceintes : l'ENPS 2016 renseigne que les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq seraient plus couverts et bénéficieraient plus des moustiquaires dans les districts du Sud, du Sud-Est et moins dans les districts sanitaires de la capitale sénégalaise. Cette réalité est intimement liée aux perceptions et attitudes différentes des populations appartenant à des faciès épidémiologiques qui ne sont pas les mêmes. Les populations de la zone du Sud et Sud-Est vivent dans des conditions où le paludisme est plus pérenne. Cela ne les a pas conduites à dormir toute l'année sous MILDA, mais parmi les membres du ménage, les femmes et surtout les enfants de moins de cinq ont plus bénéficié de cet outil préventif. Dans la zone sud, les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les catégories qui dorment le plus sous la moustiquaire.

La vulnérabilité de l'enfant et les risques de la grossesse de la femme enceinte font qu'ils dorment sous la moustiquaire. La catégorie qui ne dort pas sous la moustiquaire, ce sont les jeunes. En effet, les activités nocturnes (« ngonal », séances de thé etc.) font qu'ils restent plus longtemps dehors. Ce sont eux qui se couchent pour la plupart du temps sur les miradors, qui ne disposent pas tous de MILDA.

Avant d'analyser les rationalités de l'utilisation ou non des MILDA de manière conforme aux recommandations des « 3 Toutes », nous documentons les autres formes d'usages sociaux des MILDA. Il est apparu que ces outils sont disponibles dans les ménages, sont utilisés par la plus grande partie des ménages qui les possèdent, mais cette utilisation n'est pas régulière et pérenne. Dans le même temps, nos observations ont permis de noter que la MILDA ne servait pas seulement à dormir en dessous. Nous décrivons dans ce qui suit, les autres formes d'usages.

5.2.3. Usages sociaux des moustiquaires possédées par les ménages

Lors de l'enquête ENPS 2016, nous nous sommes intéressés à documenter les types d'usages des MILDA en dehors de celui prescrit (dormir en dessous), dans les zones de l'enquête. En effet, les populations utilisent les moustiquaires pour en faire autres chose que les accrocher dans les chambres et dormir dessous. Les résultats confirment le constat d'une utilisation diversifiée des MILDA, qui a déjà été fait dans l'enquête sur la culture de l'utilisation des moustiquaires imprégnées :

Les types d'utilisation les plus courants sont listés dans ce qui suit et connaissent une variation en fonction des zones enquêtées :

- Protéger les plants de jardins ou de maraîchage (Zone Sud)
- Filets de pêche (Sud)
- Filets de toilette (Centre-Nord, Sud, Nord)
- Couverture de grenier ou pour étaler le mil de la récolte (Sud, Nord Centre Nord, Sud-Est)
- Protéger les arbres, les clôtures, les faux plafonds, les poulaillers (Centre, centre Nord, Sud)
- Filet pour délimiter les lieux de vie des animaux (Nord)
- Filets pour laver les marmites et laver les carreaux (Centre, Centre-Nord)
- Filets pour filtrer le café ou préparer le couscous (Centre-Nord, Centre)

On voit bien que selon les caractéristiques de la zone considérée, l'objet moustiquaire s'insère dans le quotidien des ménages et occupe une fonction sociale précise. Ces objets ont aussi une utilité pratique qui fait que les populations veulent les posséder. Plus spécifiquement, les données obtenues renseignent que deux types de moustiquaires sont essentiellement concernés par ces usages sociaux :

- Les anciennes MILDA déchirées, trouées, sont plus utilisées pour tout ce qui concerne l'hygiène et la vaisselle, mais aussi la préparation du couscous ou du café. Ces types de moustiquaires sont aussi utilisés pour délimiter la clôture, protéger les arbres ou certaines plantes. La raison qui est avancée par les répondants est que cet outil a moins d'insecticide, ce qui exposerait moins à des effets indésirables dus au produit : des démangeaisons, des sensations de brûlures, des enflures sur le corps particulièrement le visage, des rougeurs au niveau des yeux et de la toux. C'est donc l'absence ou l'évanescence de l'insecticide qui est ici recherché et qui permet de

recycler la moustiquaire. Les moustiquaires sont souvent utilisées par les ménages pour couvrir les pépinières, elles sont également utilisées pour les toits des cases, pour tamiser, par les charretiers pour couvrir le foin qu'ils transportent (Koungheul). A Dioffior, les moustiquaires usées sont soit jetées ou utilisées pour remplir les oreillers ou mises sous les matelas quelques fois pour les pépinières (Djilass, Fatick). A Dioffior elles sont plutôt utilisées pour couvrir les greniers.

- La moustiquaire rugueuse : pour les filets de douche ou de vaisselle, les parents recyclent beaucoup plus les moustiquaires avec le tissu rugueux. De manière pragmatique, les moustiquaires de la campagne précédente de distribution sont plébiscitées, leur tissu étant considéré comme meilleur et plus rugueux que celui des MILDA de la dernière campagne.
- La moustiquaire avec de l'insecticide actif (souvent une nouvelle moustiquaire) : cette dernière est plus indiquée pour protéger les petits plants de certains rongeurs, pour tuer les puces sous les lits etc. Dans ces conditions, c'est l'effet de l'insecticide qui est recherché : neutralisation/répulsion des moustiques, des mouches, et autres insectes. Cela a pour conséquence de pousser les populations à soit acheter une MILDA neuve au niveau des marchés et des pharmacies, soit à utiliser les nouvelles MILDA ou celles récentes pour les recycler dans les champs ou sur le lit.

Ces résultats informent que les usages des MILDA sont pluriels et ne coïncident pas forcément avec ceux qui ont été prescrits. On remarque aussi que les formes d'usage des MILDA pour dormir en dessous ou pour servir à d'autres besoins du quotidien tiennent à des rationalités qui méritent d'être éclairées dans ce qui suit.

5.2.4. Rationalités entourant l'utilisation et la non utilisation des moustiquaires imprégnées

Les résultats précédents indiquent que si les ménages possèdent les MILDA (grâce aux distributions gratuites), ils l'utilisent pour dormir, mais de manière non conforme aux recommandations des 3 Toutes. Dans ce qui suit, nous proposons, à la lumière des données qualitatives obtenues, de discuter des principales raisons qui expliquent les dispositions des ménages à utiliser la MILDA aux côtés des autres moyens préventifs existants. Par ailleurs, nous souhaitons passer en revue les facteurs qui expliquent que l'utilisation des MILDA ne soit pas adéquate, ni conforme aux directives du PNLN relatives aux 3 Toutes.

a. Facteurs favorables à l'utilisation des moustiquaires (tous types confondus)

Un des premiers facteurs explicatifs de la disposition des ménages à utiliser la MILDA est d'abord la meilleure prise de conscience des populations relative au risque de paludisme et à la perception d'une virulence accrue de la maladie. Nous avons montré dans les passages précédents que de plus en plus, les personnes interrogées ont l'impression que le paludisme est devenu plus virulent et les moustiques de plus en plus nombreux. Dans ces conditions, l'utilisation de la moustiquaire est de plus en plus envisagée parce qu'elle réduit aussi bien le risque de paludisme, ainsi que la nuisance des moustiques.

L'expérience des utilisateurs les amène à considérer la MI comme un moyen efficace de protection contre les piqûres de moustiques. Globalement, elle est considérée comme plus efficace que les autres moyens de protection (aérosols, spirales, ventilateurs...) Dans les passages précédents, nous avons montré que les populations connaissent une diversité de moyens préventifs qu'ils envisagent de manière liée. Toutefois, la moustiquaire apparaît comme un moyen préventif de choix avec des avantages comparatifs: capacité à protéger des nuisances des moustiques. Cette capacité est d'autant plus perçue que les moustiquaires sont imprégnées. Celles-ci sont considérées comme ayant plus de capacités à éloigner les

moustiques (en raison de l'insecticide qu'elles contiennent) que les moustiquaires simples. L'insecticide est ici considéré comme ayant une utilité » positive, dans la mesure où il dissuade les moustiques de s'approcher. Par ailleurs, en éloignant les moustiques et en diminuant les nuisances dues aux moustiques, un autre avantage des MI est qu'elles permettraient d'améliorer le confort du sommeil et l'état de la personne au réveil. Finalement, la MI participe donc à l'amélioration de la qualité du sommeil, et donc de la qualité de vie des usagers. Par ailleurs, nous avons noté que l'utilité des MI ne s'arrête pas seulement à la protection contre les moustiques. Ce sont aussi des objets qui permettent de se protéger des nuisances dues aux autres insectes. La moustiquaire est appréciée pour des raisons qui vont au-delà de sa capacité protectrice contre les moustiques et le paludisme. C'est un outil qui améliore le confort dans la vie quotidienne, en évitant les nuisances dues aux insectes. Cette perception peut dès lors augmenter les prédispositions à utiliser les MI. Toutes ces raisons expliquent pourquoi l'attitude d'usage des MILDA est une réalité dans les différentes régions enquêtées. Par ailleurs, il est utile de reconnaître que la disponibilité relativement importante des MILDA, distribuées gratuitement a augmenté la possibilité de son utilisation par les membres du ménage. Nous avons montré auparavant que les populations apprécient le fait que les MILDA aient été distribuées gratuitement, parce que cela résout un problème d'accessibilité financière et géographique et augmente les possibilités d'en disposer et de les utiliser. A cela, il faut ajouter le fait que les conditions épidémiologiques et les types de faciès renvoient à des éléments contextuels qui augmentent la possibilité d'utilisation des MILDA.

Les données précédentes ont permis de noter que c'est dans les régions où le paludisme est plus pérenne et où les MILDA ont été distribuées que leur utilisation a plus été une réalité. Cette situation épidémiologique est intégrée comme facteur de risque dans ces régions (en particulier dans les zones rurales) et oblige les parents à se prédisposer à recourir à la MILDA pour se protéger. A l'inverse, l'utilisation de ces objets préventifs est moins envisagée dans les zones urbaines (en particulier à Dakar) parce que le risque de paludisme ou de prolifération des moustiques est moins perçu. En définitive, on peut considérer, à partir des résultats de l'enquête, que la prise de conscience du risque de paludisme ou de prolifération des moustiques dans un environnement précis crée le besoin de la MI. Ces résultats nous enseignent que toute stratégie de communication pour le changement de comportement et d'utilisation des MILDA doit se baser sur une communication permettant une meilleure conscience du risque. Il faut que la stratégie de positionnement du produit MILDA en fasse un objet qui réponde à un besoin ou résolve un problème dont les communautés ont pleinement conscience.

b. Facteurs explicatifs de la non utilisation des moustiquaires

Classiquement, les facteurs contraignants qui sont le plus évoqués dans la littérature et dans les études antérieures (Etude CONU 2012,2013) sont liés à la matière, l'entretien, la forme, l'insecticide, la chaleur créée par la MILDA. L'insecticide parfois de forte dose peut entraîner une non utilisation de la MILDA. Il s'y ajoute que l'utilisation du ventilateur dans les zones électrifiées, des spirales, du senteng et des sprays est une concurrence à la moustiquaire. Dans le cadre de l'ENPS 2016, ces facteurs sont aussi évoqués comme raison de non utilisation des moustiquaires, en particulier les MILDA : 19% évoquent la chaleur à l'intérieur de la MILDA contre 5% en 2008. Seulement 5% évoquent l'absence de moustiques pour justifier la non utilisation des MILDA contre 76% en 2008. 8% des ménages non utilisateurs des MILDA ont évoqué la difficulté de l'utilisation (en rapport avec l'accrochage et la non adaptation de la moustiquaire possédée aux conditions de couchage du ménage.

Par exemple, à Dakar, la forme rectangulaire des MILDA n'est pas adaptée aux conditions de couchage en raison desquelles les ménages préféreraient une forme ronde. Si on tient compte du milieu de résidence, on pourra constater que la chaleur et l'absence de moustiques sont

plus souvent incriminées en milieu urbain qu'en milieu rural. Quatre régions ont surtout évoqué la chaleur, il s'agit de Diourbel (24%), Kafrine (25%), Kolda (34) et (30%) pour Tambacounda. Quant à l'absence de moustique on note qu'elle a été surtout évoquée dans les régions : Thiès(8%), Kaolack (11%) et Fatick(10%). En 2008, les régions qui avaient surtout évoqué la chaleur étaient Dakar (16 %), Matam (11 %) et Tambacounda (8 %). Ceux qui avaient surtout évoqué l'absence de moustique étaient Louga (88 %), Saint-Louis (82 %), Kaolack (81 %), Ziguinchor (81 %) et Thiès (79 %). La région de Tambacounda est la seule ayant évoqué essentiellement la chaleur dans ces deux études. Quant à l'absence de moustique, seule la Région de Kaolack l'a essentiellement évoquée dans les deux études.

Tableau 33: Raisons de non utilisation des moustiquaires en %

	CHALEUR	DECHIRE	N'EST PLUS EFFICACE	NE SAIT PAS	absence de moustiquaires	ce n'est pas rond pour le suspend	ventilateur/CLIMATIS EUR	allergique/inconfortable/insupportable/Odeur-produit	Autres	TOTAL
DAKAR	16	3	4	27	7	17	7	3	15	100
DIOURBEL	24	3	2	40	2	3	1	0	25	100
FATICK	6	2	2	25	10	7	3	1	45	100
KAFFRINE	25	0	4	39	1	5	3	0	23	100
KAOLACK	10	2	1	25	11	4	0	0	46	100
KEDOUGOU	11	19	0	39	0	14	0	0	18	100
KOLDA	34	2	4	27	0	25	1	0	7	100
LOUGA	17	4	2	29	6	14	1	0	28	100
MATAM	15	10	15	26	6	4	1	0	23	100
SAINT LOUIS	16	6	17	31	0	10	1	0	20	100
SEDHIOU	13	0	0	59	6	4	0	0	19	100
TAMBACOUNDA	30	0	1	60	1	2	1	1	5	100
THIES	18	1	1	32	8	11	3	1	25	100
ZIGUINCHOR	7	4	4	50	1	8	7	0	19	100
Total	19	2	3	37	5	8	3	1	22	100
URBAIN	21	3	2	29	6	10	5	2	22	100
RURAL	18	2	3	43	4	7	1	0	22	100
Total	19	2	3	37	5	8	3	1	22	100

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

c. Facteurs explicatifs de l'utilisation non adéquate des MILDA (Toute la famille, toute la nuit et toute l'année)

Dans ce qui suit, nous ne nous intéressons pas à documenter les facteurs pouvant expliquer que les moustiquaires ne soient pas utilisées. Nous souhaitons plus rendre compte des raisons qui fassent que les moustiquaires ne soient pas utilisées toute l'année, par toute la famille et toutes les nuits, conformément à la recommandation du PNLN.

Une des raisons est liée à la méconnaissance générale par les populations, en raison du fait que les activités de communication aient plus porté sur la MILDA et moins sur la recommandation des 3 Toutes. La plupart des interrogés ne connaissent pas les règles des 3 Toutes d'autant plus que ces recommandations n'ont pas été au cœur des sessions d'informations organisées lors de la pré-campagne. Au final, les informations ont plus porté sur la manière d'entretenir et de gérer la MILDA plutôt que sur des éléments permettant de comprendre l'intérêt et l'utilité de faire dormir toute la famille et toute la nuit, toute l'année sous MILDA.

Une autre raison est liée au fait que les populations n'ont pas été très convaincues de la faisabilité des 3 Toutes. En effet, pour certains répondants, il n'est pas possible de dormir tout le temps sous MILDA, d'abord parce que ce n'est pas nécessaire en certaines périodes de l'année. Par ailleurs, la perception des catégories les plus vulnérables au paludisme a une influence sur l'utilité de faire dormir toute la famille sous MILDA. Dans les régions enquêtées, le milieu de résidence dans lequel on vit a une influence sur la disposition à accepter ou non de dormir toute l'année sous MILDA : L'écosystème urbain est considéré comme moins favorable à la prolifération des moustiques. L'utilisation d'autres outils pouvant participer à la protection contre les moustiques (ventilateur, climatiseur, insecticides domestiques, grillages moustiquaires aux ouvertures des habitations, etc.) fait également penser que les MI ne sont pas nécessaires. En revanche, dans les zones rurales, la présence des moustiques est réelle, mais dans les zones où la transmission est saisonnière, la MILDA est utile pour une partie de l'année.

La perception d'une saisonnalité du risque de paludisme rend aussi inopportune la recommandation des 3 Toutes. En effet, la saison sèche n'est pas considérée par les personnes interrogées comme un moment de risque de prolifération des moustiques, ce qui fait qu'il ne semble pas utile d'utiliser les MI. Dans ces conditions, certains moyens populaires (spirales, le ventilateur, le Yotox), différents des moustiquaires, sont suffisants pour gérer le risque durant la saison sèche. Cela voudrait dire que la moustiquaire est plus appropriée quand les moustiques sont nombreux (un risque plus important durant la saison des pluies). Ce résultat montre que malgré les évolutions, dans les perceptions populaires, concernant la mise en relation entre les moustiques et le paludisme, les populations continuent à percevoir les moustiquaires comme des moyens qui les protègent en priorité de la nuisance des moustiques. C'est pourquoi lorsque le risque de prolifération de ces agents est moins perçu, l'usage des MI ne s'impose plus. Il y a donc une relation entre la perception de la saisonnalité, du risque de moustiques associé et les types de moyens utilisés pour s'en protéger.

Enfin, un dernier facteur de non-respect des 3 Toutes est lié au fait que pour les parents, toute la famille n'est pas à risque de paludisme et n'a pas besoin de dormir sous MILDA toute l'année. Plus précisément, les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans sont ceux qui sont plus sujets à dormir sous MILDA, alors que les jeunes et dans une moindre mesure les personnes âgées sont reléguées au second plan. Les résultats ont montré que d'ailleurs ces deux catégories sont celles qui ont le plus dormi sous MILDA. S'il en est ainsi c'est bien parce que toute la famille n'est pas pensée comme étant à risque égal de paludisme.

En définitive, ces analyses indiquent que la seule distribution des MILDA ne suffit pas pour changer les comportements d'utilisation de ces moyens préventifs et le respect des 3 Toutes. Il apparaît crucial de bien communiquer avec les populations pour les aider à mieux comprendre, à partir d'évidences, l'utilité de la couverture universelle. Il est aussi utile de tenir compte de la mémoire gardée des anciennes mesures ou recommandations de santé que viennent contredire les nouvelles. Dans ces conditions, une communication claire doit aider les ménages à mieux comprendre pourquoi on demande à ce que tous les membres de la famille dorment sous moustiquaires alors que dans le passé, seuls les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans étaient concernés. Il faut des évidences qui permettent de montrer que les autres catégories sont aussi à risque, et éviter une communication seulement déclarative. Enfin, il y a un grand besoin de bien sensibiliser les communautés sur la question de la saisonnalité du risque de paludisme ou de prolifération des moustiques, une perception qui n'est pas de nature à favoriser une utilisation annuelle des MILDA.

**SIXIEME PARTIE : EXPOSITION ET PRATIQUES D'UTILISATION DES
AUTRES MESURES PREVENTIVES DU PALUDISME (AID, TPI) AU NIVEAU
DES MENAGES**

6.1. EXPOSITION ET ACCEPTABILITE DE LA PULVERISATION INTRA DOMICILIAIRE A EFFET REMANENT DANS LES REGIONS ELIGIBLES

Les proportions de ménages ayant bénéficié de pulvérisation intra domiciliaire les plus élevées sont observées dans les districts de Koungheul et Koumpentoum avec respectivement (63,6% et 79%). Ces pourcentages restent faibles et ne dépassent pas 20% dans à Malem Hodar(19,9%), Guinguineo(9,1%) et Richard Toll(8,6%). Cette faiblesse s'explique par le fait que les campagnes ne concernent pas toutes les villes.

Tableau 34: Pulvérisation intra domiciliaire (PID)

DISTRICT	POURCENTAGE DE MENAGE AYANT BENEFICIE DE PID	EFFECTIF TOTAL DE MENAGES
District de Koungheul	63,6	20334
District de Malem Hodar	19,9	12190
District Guinguineo	9,1	10737
District Richard Toll	8,6	13154
District Koumpentoum	79,0	24528

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Il faut constater que dans les zones concernées par les mesures de prévention du paludisme mises en œuvre par le PNL, la grande majorité des ménages n'a pas été exposée à l'AID. Cela est dû à trois grandes raisons, qui apparaissent particulièrement dans les données qualitatives : d'abord, il y a une quasi-absence de la communication accompagnant cette stratégie, ce qui fait que même dans les zones où elle est organisée, peu de gens sont au courant. La deuxième raison est relative au fait que l'AID n'a pas couvert beaucoup de ménages, ce qui fait qu'à l'intérieur d'une même localité, certains ménages ne sont pas au courant de l'activité et n'en bénéficient pas. Enfin, la dernière raison est relative à la perception des gênes qui lui sont associées par les personnes interrogées. En effet, même si les populations souhaitent l'AID, elles l'envisagent plus dans le cadre de l'assainissement de l'environnement de vie et moins dans les ménages. Certains parents exposés à cette activité ont refusé parce qu'ils étaient gênés par les désagréments occasionnés : enlever tous les bagages à l'intérieur des chambres et devoir les ranger. Dans les passages précédents, nous avons aussi fait état des perceptions négatives liées aux tâches sur les murs que la pulvérisation d'insecticides pouvait induire.

Ces résultats montrent qu'il est nécessaire que la pratique de l'AID soit mieux promue par une communication et une information ciblant mieux les communautés. Dans cette perspective, les autorités sanitaires et acteurs communautaires devraient être plus associés dans le cadre d'activités de mobilisation sociale ou de communication interpersonnelle sur le paludisme, plus régulières et sous forme de package (au lieu de segmenter les activités, il serait nécessaire de pouvoir discuter par exemple de l'AID à chaque occasion où on discute de MILDA ou de CPS, dans les zones éligibles).

6.2. EXPOSITION ET ATTITUDES DES FEMMES ENCEINTES RELATIVES AU TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT (TPI)

La protection individuelle par l'utilisation des moustiquaires (MII) et le traitement préventif intermittent (TPI) pendant la grossesse demeurent encore les stratégies majeures de lutte contre le paludisme chez les femmes enceintes. Dans ce qui suit nous nous intéressons plus particulièrement à la couverture des femmes enceintes par le TPI. Selon les directives nationales qui ont connu des évolutions ces dernières années, les femmes enceintes doivent recevoir trois doses de Sulfadoxine Pyriméthamine durant la grossesse afin d'être protégées du paludisme, ainsi que le fœtus. Ces deux catégories sont considérées comme les plus exposées au risque de mortalité. Dans le cadre de l'ENPS 2016, nous avons mesuré la couverture des femmes enceintes en TPI. Pour cela, nous avons considéré les femmes qui étaient enceintes il y a plus de douze mois. Il leur a été demandé le nombre de doses de TPI qui ont été reçues au cours de leur dernière grossesse. Il ne s'est pas agi d'une mesure de la conformité de la prise en fonction des moments de prescription souhaités par les sages-femmes. Il est utile aussi de souligner que les résultats que nous allons présenter dans ce qui suit, ne concernent que les femmes qui ont des enfants de moins de deux ans, au moment de l'enquête.

a. Exposition des femmes à une dose de (Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) lors de leur dernière grossesse

Les résultats obtenus indiquent que parmi les femmes enquêtées ayant été en grossesse il y a plus d'un an, 68, 6% d'entre elles ont pris une dose de TPI contre 76% lors de la précédente enquête (ENP 2009). Cette proportion est aussi moins importante que celle qui a été observée dans le cadre de l'EDS-continue 2012-2013 où 88 % des femmes enceintes ont été couvertes par au moins une dose de TPI au cours de la dernière grossesse survenue au cours des deux années ayant précédé l'enquête. Ce pourcentage était en hausse par rapport à la période précédente de 2010-2011 où cette proportion était de 85 % (EDSMICS 2010-2011).

Si on tient compte du milieu de résidence, on peut constater que la couverture en une dose de TPI est plus importante en milieu rural (70, 2%) que celui urbain (64%). Le tableau suivant illustre les grandes disparités selon les régions et les districts sanitaires. La couverture est meilleure à Ziguinchor (87%) et Kaolack (82,1%) et faible dans la région de Dakar (40%).

Tableau 35: Taux de couverture en une dose de TPI

		TPI1 (%)	TOTAL FEMME AVEC UN EFANT DE MOINS DE 2 ANS
REGION	DAKAR	40,2	189
	DIORBEL	77,6	170
	FATICK	64,6	178
	KAFFRINE	50,0	292
	KAOLACK	82,1	123
	KEDOUGOU	74,7	87
	KOLDA	64,0	200
	LOUGA	76,5	213
	MATAM	72,7	77
	SAINTLOUIS	56,3	128
	SEDHIOU	76,6	175
	TAMBACOUNDA	76,3	299

		TPI1 (%)	TOTAL FEMME AVEC UN EFANT DE MOINS DE 2 ANS
	THIES	73,8	225
	ZIGUINCHOR	87,8	181
	Total	68,6	2537
MILIEUDERESIDENCE	URBAIN	64,0	662
	RURAL	70,2	1875
	Total	68,6	2537

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

En définitive, l'ENPS 2016 indique une situation de baisse légère de la couverture en une dose de TPI, en comparaison avec les années précédentes. Cette situation nécessite une meilleure analyse de la situation des CPN, étant entendu que la prescription du TPI chez la femme enceinte est faite en principe dans le cadre des visites prénatales de routine. Cela est d'autant plus nécessaire que les résultats montrent que parmi les femmes qui ont bénéficié d'une dose de SP, près de 74 % l'ont reçu pendant une visite prénatale de routine. Ce pourcentage varie de 40,2% au niveau de la région de Dakar à 87,8% dans la région de Ziguinchor. La situation en 2016 a connu une baisse si on compare avec l'ENPS 2009 où parmi les 82% des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI, près de 76% l'ont reçu pendant une CPN de routine. Ces résultats informent aussi que certaines femmes ont pu bénéficier de médicaments antipaludiques à titre préventif, en dehors des services de consultations prénatales de routine, comme cela a été recommandé dans le cadre des directives du PNL.

b. Exposition des femmes enceintes à au moins deux doses lors de leur dernière grossesse

Pour les femmes qui ont reçu au moins deux doses de TPI durant leur grossesse (sans tenir compte du moment auquel ces doses ont été prescrites et prises), l'ENPS 2016 indique que le taux est de 53,4% au niveau national. Environ un peu plus de la moitié des femmes avec des enfants de moins de deux ans ont reçu au moins deux doses de SP. Ce pourcentage est de 49,4% pour le milieu urbain et 54,8% pour le milieu rural. Si on tient compte de la région, ce pourcentage passe de 30,2% pour la région de Dakar à 71,8% pour la région de Ziguinchor. Dans tous les cas, on remarque qu'il y a une variation du taux entre celles qui reçu une et deux doses de SP. Cela veut dire que certaines femmes qui auraient bénéficié de la première dose n'ont pas continué à en prendre. Cela peut être dû à plusieurs facteurs en rapport avec la CPN et qui méritent d'être mieux investigués.

Tableau 36: Taux de couverture en deux doses de TPI

		TPI2 (%)	TOTAL FEMME AVEC UN EFANT DE MOINS DE 2 ANS
REGION	DAKAR	30,2	189
	DIORBEL	51,8	170
	FATICK	41,0	178
	KAFFRINE	37,0	292
	KAOLACK	59,3	123
	KEDOUGOU	58,6	87
	KOLDA	56,0	200
	LOUGA	55,9	213

		TPI2 (%)	TOTAL FEMME AVEC UN EFANT DE MOINS DE 2 ANS
	MATAM	62,3	77
	SAINTLOUIS	43,0	128
	SEDHIOU	64,0	175
	TAMBACOUNDA	65,6	299
	THIES	58,7	225
	ZIGUINCHOR	71,8	181
	Total	53,4	2537
MILIEUDERESIDENCE	URBAIN	49,4	662
	RURAL	54,8	1875
	Total	53,4	2537

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Au-delà de la baisse observée, nous avons comparé la situation de l'indicateur de couverture en doses de SP mesuré lors de la présente enquête ENPS 2016. Les résultats obtenus informent que malgré la couverture faible en une dose en 2016, la situation de l'indicateur de couverture en deux doses est meilleure que celle des années précédentes : elle était de 49 % lors de l'ENP-I, 52 % lors de l'ENP-II et 53,4% lors de cette édition. Pour EDS-continue 2012-2013, 42 % ont pris deux doses ou plus de SP. Dans l'EDS-MICS 2010-2011, ces pourcentages étaient respectivement de 68%. Cela veut dire que la baisse connue entre 2011 et 2013 s'est améliorée en 2016 et que les femmes avec les enfants de moins de deux ans ont été plus observantes.

c. Couverture des femmes à trois doses de (Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) lors de leur dernière grossesse

Selon les directives nationales du PNLP, il est attendu que la femme enceinte bénéficie de trois doses de SP durant la grossesse afin d'obtenir une protection contre le paludisme pour elle et son enfant. Dans le cadre de l'ENPS 2016, 32,2% des femmes ont reçu 3 doses de TPI à l'échelle nationale, ce qui constitue une baisse significative de l'indicateur en comparaison avec celles qui ont été couvertes par deux doses de SP. Les variations selon le milieu de résidence ne sont pas aussi importantes (29,6% en zone urbaine contre 33,2% en zone rurale). Le tableau suivant illustre des différences selon la région:

Tableau 37: Taux de couverture en trois doses de TPI par région

		TPI3 (%)	TOTAL FEMME AVEC UN EFANT DE MOINS DE 2 ANS
	DAKAR	16,4	189
	DIORBEL	23,5	170
	FATICK	24,7	178
	KAFFRINE	29,5	292
	KAOLACK	23,6	123
	KEDOUGOU	40,2	87
	KOLDA	41,0	200
	LOUGA	22,1	213

		TPI3 (%)	TOTAL FEMME AVEC UN EFANT DE MOINS DE 2 ANS
REGION	MATAM	45,5	77
	SAINT LOUIS	23,4	128
	SEDHIOU	46,3	175
	TAMBACOUNDA	43,5	299
	THIES	26,2	225
	ZIGUINCHOR	49,2	181
	Total	32,2	2537
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	29,6	662
	RURAL	33,2	1875
	Total	32,2	2537

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Ce tableau montre que la situation de l'indicateur de couverture en trois doses de SP est globalement faible dans toutes les régions où moins de 5 femmes sur 10 ont pu bénéficier des trois doses de SP, avec des variations toutefois importantes d'une région à une autre : la plus faible proportion est de 16,4% pour la région de Dakar et la plus forte de 49,2% pour la région de Ziguinchor. Au-delà de la faiblesse de l'indicateur, il est pourtant nécessaire de souligner que dans la zone Sud et Sud-Est où le paludisme est pérenne toute l'année, les indicateurs sont meilleurs. Cette situation pourrait être lue comme la résultante d'une prise de conscience relative du risque d'exposition au paludisme. La situation défavorable dans la capitale sénégalaise, où les indicateurs sont globalement les plus faibles soulèvent quelques interrogations dans la mesure où les services de santé sont disponibles en nombre. Il est nécessaire de faire une analyse approfondie et désagrégée au niveau de cette région pour mieux comprendre la situation et prendre des décisions d'amélioration. Ce résultat confirme les meilleures performances des régions du Sud, où le faciès épidémiologique du paludisme est spécifique et pérenne toute l'année. En définitive, les performances en TPI connaissent des fluctuations suivant les années, comme cela a été démontré dans ce travail. Par ailleurs, il est à constater aussi que pour ce qui est de l'année 2016, le nombre de femmes couvertes totalement en TPI est faible, même si les régions du Sud et du Sud-Est font les meilleures performances dans ce domaine. Toutefois, une meilleure analyse de la couverture en TPI (facteurs favorisants ou défavorisants) nécessite de tenir compte des pratiques de la CPN qui est le moment indiqué pour la prescription du TPI. Les difficultés ou modes de gestion de la CPN ont une influence significative sur la situation du TPI. Dans ces conditions, leur disposition à continuer à les consommer a été affectée par l'absence d'explications. Pour améliorer les taux de couverture, il est nécessaire que les femmes soient informées de l'utilité de ces médicaments et de leur valeur ajoutée, pour la grossesse de la femme elle-même et pour la survie de l'enfant.

**SEPTIEME PARTIE : PRISE EN CHARGE DES CAS DE FIEVRE CHEZ LES
ENFANTS DE MOINS DE CINQ AU NIVEAU DES MENAGES**

A l'entame de ce chapitre, il est nécessaire de rappeler que l'objectif ici n'est pas de procéder à une mesure quantitative de la prévalence de la fièvre palustre chez les enfants de moins de cinq ans au cours de l'année 2016. L'objectif de l'ENPS 2016 était de procéder à une analyse qualitative de la question de la prise en charge des cas de fièvre vécus au niveau des ménages, concernant aussi bien les enfants que les femmes enceintes. Plus précisément, il s'agissait de voir si les cas de fièvres identifiés par les parents au niveau de leurs ménages respectifs ont été pris en charge en structures sanitaires (postes ou cases de santé), par les distributeurs de soins à domicile (DSDOM) ou par les guérisseurs.

7.1. ATTITUDES DE PRISE EN CHARGE DES CAS DE FIEVRE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS AU SEIN DES MENAGES

Les résultats obtenus renseignent que les modalités de la prise en charge des cas de fièvre chez l'enfant et la femme enceinte sont basées encore sur un recours aux structures de santé ou l'adoption de pratiques syncrétiques de plusieurs types de recours, en fonction de la perception que les parents ont de la causalité associée à la fièvre et dépend aussi de la catégorie de membres du ménage affecté. Globalement, trois types d'attitudes sont notés:

- Le recours précoce aux services de santé : La majorité des enquêtés emmène immédiatement leurs enfants ou les femmes enceintes souffrant de fièvre aux structures sanitaires en cas de fièvre.
- L'automédication : Par exemple à Nioro, on a tendance à envelopper l'enfant avec un tissu humide pour atténuer la fièvre avant de recourir au poste de santé. L'automédication reste encore une réalité et consiste aussi bien en l'utilisation de médicaments modernes, de produits traditionnels qu'en l'application de certaines recettes populaires. En zone urbaine particulièrement, certaines mères gardiennes d'enfants utilisent les médicaments (paracétamol, panadol, aspirine) pour atténuer la fièvre avant de recourir aux PPS.
- Le recours à la médecine traditionnelle : en cas de fièvre chez l'enfant ou la femme enceinte ce type de recours, de l'avis des parents est toujours envisagé aujourd'hui en dernier lieu ou lorsque la fièvre est accompagnée de certains symptômes (comme les crises convulsives) ou lorsque le traitement au niveau des services de santé n'a pas donné les résultats escomptés. En général ce type de recours vient en dernier lieu, c'est surtout lorsqu'il n'y a pas de résultats après le traitement au niveau des PPS.

a. Une évolution importante des attitudes d'utilisation des services de santé pour la Prise en Charge de la fièvre infantile et chez la femme enceinte

Ces résultats, comparés à ceux des travaux antérieurs sur la question (Faye, 2009) indiquent des évolutions dans les attitudes des familles consistant à plus recourir aux structures de santé pour la prise en charge des cas de fièvre. Toutefois, la pratique syncrétique reste encore une réalité, en raison de la spécificité des perceptions relatives à la vulnérabilité et l'importance sociale de ces deux groupes. Comment expliquer alors une telle situation favorable dans les attitudes et les pratiques des ménages ?

La première raison est liée au fait que les parents ont développé des savoirs expérientiels leur permettant de mieux identifier les signes accompagnant la fièvre et pouvant faire penser au paludisme. De plus en plus, les populations sénégalaises savent que tout cas de fièvre n'est pas automatiquement relié au paludisme. Les spécificités de la fièvre due au paludisme sont le fait que la fièvre s'accompagne de certaines manifestations précises ou apparaisse dans un moment assez particulier comme l'hivernage :

- Le caractère récurrent de la fièvre. La récurrence des séquences chaud/froid est un déterminant du diagnostic : la fièvre apparaît, puis baisse en intensité, mais revient le lendemain. Il s'agit ici d'une caractéristique singulière de la fièvre palustre ;
- La saisonnalité. En général, toute fièvre durant l'hivernage est considérée par les parents comme la manifestation probable d'un *paludisme*. S'il en est ainsi, c'est d'abord parce qu'ils ont capitalisé des expériences diagnostiques à cause de la fréquence de survenue de la maladie. Les modes de diagnostic de la fièvre en fonction de la saisonnalité naviguent entre deux registres explicatifs auxquels les parents se réfèrent, privilégiant l'un au détriment de l'autre, ou les associant de façon syncrétique, en fonction des expériences singulières vécues.
- La concomitance de la fièvre avec des grelottements ou des frissons.
- Perte d'appétit et paresse accompagnées de fièvre.

Souvent la reconnaissance des symptômes et du type de fièvre passe aussi par la consommation de certaines feuilles comme le « Janbakatan » (feuille d'arbre). Dans la zone Sud, il peut permettre de savoir le type de fièvre dont est atteint l'enfant ou la femme enceinte. Après la prise de ces feuilles, si le concerné vomit sans que cela prenne une couleur jaune, c'est le signe d'une fièvre d'origine palustre et qui nécessite un recours rapide aux services de santé.

Lorsque ces différents symptômes cités plus haut sont observés, on va soupçonner un paludisme et recourir aux services de santé pour la prise en charge. A Sédhiou-ville par exemple, la fièvre chez l'enfant et la femme enceinte accompagnée d'un ou quelques-uns des symptômes listés plus haut, conduit les parents à recourir aux structures sanitaires. En cas de persistance ou de complication, la fièvre n'est plus considérée comme simple, mais associée à de mauvais esprits. C'est la raison pour laquelle, le recours aux tradithérapeutes est fréquent dans ces situations (portion magique et plantes). Il est toutefois nécessaire de signaler qu'aujourd'hui, on observe de moins en moins la distinction entre paludisme simple et paludisme grave. Le paludisme, à cause de la virulence, est vécu aujourd'hui comme une maladie grave en soi, qui peut évoluer de formes simples vers celles graves. Dans ces conditions, la gravité peut conduire à recourir aux services de santé pour bénéficier d'une hospitalisation.

b. Recours précoce aux services de santé biomédicaux et syncrétisme thérapeutique

Toutefois, le syncrétisme thérapeutique opère parce qu'en même temps, la tradithérapie est mise à contribution pour « se donner plus de chance de guérison ». A Tenghory (Bignona) la forte fièvre accompagnée des yeux jaunâtres est considérée comme un paludisme accompagné de fièvre jaune. Dans ce cas, on recourt au poste de santé, mais en même temps, les racines d'un arbre « Kassayteu » sont données à l'enfant par infusion (1tasse matin et soir) chaque jour jusqu'à ce que la fièvre jaune disparaisse par voie urinaire. Dans presque toutes les régions enquêtées, l'automédication à base de plantes est utilisée en même temps que le recours aux services de santé modernes, en cas de fièvre infantile. De nombreuses plantes sont utilisées pour soigner les enfants au niveau de la maison et sont aussi utilisées pour les femmes enceintes. Par exemple, le « Boudibada » (Papaye), « Fataya » (arbre nommé en Malinké), « Kinkéliba » (champion), feuille de manguiers et de citrons, « Nime » etc. sont utilisés pour soigner la fièvre simple. La plante « Indépendance » (feuille à bouillir pour laver l'enfant et lui donner une petite goutte) est aussi utilisée.

Ainsi l'automédication exclusive n'est plus une pratique dominante en ce qui concerne la prise en charge de la fièvre infantile, mais le recours aux services de santé est devenu plus précoce et réalisé dans un esprit syncrétique (recours à d'autres alternatives de prise en charge en même temps. Cela est une évolution dans les attitudes et les pratiques des communautés ces dernières années. Aujourd'hui, la structure de santé et le DSDOM (dans les zones éligibles) sont utilisés au même titre que les tradithérapeutes/guérisseurs et l'automédication. Dans le même temps, le recours aux structures de santé est devenu plus précoce que ce qui pouvait s'observer avant. A Fafacourou (Médina Yéro Foulah), les populations pratiquent de moins en moins l'automédication en cas de fièvre infantile et utilisent plus précocement le poste de santé.

Dans la zone Centre Sud, on a noté une primauté du recours aux structures sanitaires pour la prise en charge de la fièvre, la médecine traditionnelle venant souvent en deuxième lieu, principalement quand la fièvre persiste après recours au service de santé. Dans cette zone, le recours à la médecine traditionnelle est de plus en plus envisagé en premier lieu non pas pour traiter la fièvre, mais surtout pour diagnostiquer et atténuer la fièvre le temps d'aller à l'hôpital.

Dans la zone centre-Ouest, le recours à la structure sanitaire est devenu la première attitude en cas de fièvre chez l'enfant et chez la femme enceinte. Toutefois, les attitudes varient lorsqu'il s'agit de l'enfant, en fonction des moments de la journée : de l'avis des parents, si la fièvre survient pendant la journée, ils font recours à la structure sanitaire, ou au DSDOM (dans de rares cas) pour une prise en charge précoce. Si c'est pendant la nuit, une automédication est faite (mettre une serviette trempée sur le corps de l'enfant, lui donner des médicaments comme le paracétamol et l'Effergal) en attendant le lendemain pour recourir au service de santé.

c. La gratuité de la prise en charge du paludisme et la PECADOM ont une influence sur le recours précoce

Les évolutions dans les attitudes de prise en charge de la fièvre présumée d'origine palustre (recours précoce aux postes de santé) sont mises à l'actif de l'amélioration de l'accessibilité géographique des structures de prise en charge, mais aussi à la gratuité de la prise en charge de ces deux catégories. Il apparaît ainsi que cette initiative s'est traduite par une utilisation plus précoce et soutenue des services biomédicaux par les parents. Dans les villages reculés des services de santé, la mise en œuvre de la PECADOM a aussi facilité le recours aux services de prise en charge biomédicale : Dans les villages où le système de prise en charge à domicile du paludisme est pratiqué, le DSDOM ou l'agent de santé communautaire de la case de santé sont sollicités pour identifier le type de fièvre ou le prendre en charge.

Toutefois, il est nécessaire de préciser que le recours au DSDOM est déterminé par la légitimité qu'il a acquise, qui est déterminée par son ancrage communautaire, ses expériences etc. Cette légitimité acquise offre au DSDOM une notoriété qui fait qu'il soit sollicité en cas de fièvre de l'enfant. A Babira (Sédhiou), par exemple, pour renforcer la légitimité du DSDOM, les formateurs sont revenus au niveau du village pour dire à la population qu'il a été bien formé et est capable de soigner, ce qui fait que ce dernier est sollicité par les populations en cas de fièvre. Dans d'autres villages de Hamdalay Moussa Baldé (MYF) , Babira (Sédhiou), le DSDOM n'est pas toujours sollicité car de l'avis des parents, il manque de matériel, a souvent des ruptures d'ACT, et ne peut pas faire de piqure. Ces raisons peuvent amener les parents à le contourner pour aller directement au niveau des postes de santé. Dans cette zone du Sud, les ruptures de médicaments affectent la légitimité et la perception de l'utilité des DSDOM. A Gasé (Ranérou), les compétences du DSDOM sont reconnues par la communauté. Elle fait les TDR, donne des ACT si elle en dispose (parfois il y a des ruptures). Les populations ont confiance en elle parce qu'elle est de la zone, a été relais communautaire avant, même si le recours à ses services n'est pas systématique. Dans le même district (Ranérou), plus précisément dans la

localité de Patouki (Ranéro), il y a un manque de confiance envers le DSDOM en raison des longues périodes d'indisponibilité périodique des médicaments qui limitent l'offre de service, ce qui du coup influence la demande.

Il ressort de cette recherche dans le cadre de l'ENPS 2016 que les pratiques de fréquentation des DSDOM varient selon les zones visitées, à l'intérieur d'un même district et ceci pour plusieurs raisons.

Par ailleurs, certains DSDOM ont une faible estime de soi, car de leurs avis, leur formation insuffisante (une seule formation). La fréquence des ruptures fait que ces acteurs ont aussi le sentiment qu'ils ne servent finalement pas à grand-chose, car ils posent des diagnostics mais n'ont pas les moyens d'offrir une prise en charge adéquate. Il est dès lors nécessaire de renforcer leurs compétences en les formant sur l'ensemble des procédures techniques requises pour la prise en charge du paludisme à domicile. Par ailleurs, il est nécessaire de régler la question de la disponibilité des ACT à leur niveau.

7.2. TYPES DE PRISE EN CHARGE DE LA FIEVRE PRESUMEE PALUSTRE OFFERTS AU NIVEAU DES SERVICES DE SANTE BIOMEDICAUX

Dans la mesure où le recours aux services de santé biomédicaux est apparu comme la principale modalité que mettent en œuvre prioritairement les parents pour la prise en charge de la fièvre, nous nous sommes intéressés à documenter la nature de cette dernière. En d'autres termes, nous avons cherché à savoir si les cas ont été diagnostiqués par TDR et traités par ACT.

Globalement, le schéma suivant est observé au niveau des points de prestation de santé pour la prise en charge de la fièvre : les mères ont dans leur grande majorité informé (dans les entretiens) que le Test de Diagnostic Rapide (TDR) a été appliqué, suivi d'une prescription d'ACT ou de perfusion, suivant l'état fébrile observé. Au niveau des DSDOM, le TDR a été mis en œuvre suivi de l'administration des ACT, dans les cas où ces produits ont été disponibles. Ces derniers prennent en charge gratuitement les cas de paludisme simple et ne touchent pas les femmes enceintes atteintes de paludisme. Leur rôle dans les cas de paludisme simple est de faire le TDR et de donner l'ACT gratuitement aux malades. Toutefois, ils font face à des ruptures de stocks qui ne facilitent pas leur travail (surtout dans le Sud et le Sud-Est).

Pour renseigner l'indicateur concernant les produits qui ont été utilisés pour la PEC de la fièvre au niveau des services de santé, nous avons demandé aux répondants les médicaments qu'ils ont effectivement utilisés ou administré à leurs enfants. Les résultats indiquent qu'à l'échelle nationale, 38,0% des ménages avec des enfants fébriles ont administré le co-artem contre 43,3% qui ont donné le fansidar. Au total, 81,3% des cas de fièvre reçus au niveau des services de santé ont été pris en charge avec des médicaments de la famille des combinaisons à base d'artémisinine. En dehors des ACT, d'autres types de produits sont utilisés par les parents : 17,3% évoquent l'utilisation d'effergal, de Paracétamol et 5,2% la chloroquine.

Selon le milieu de résidence, on note qu'en zone urbaine, le co-artem a été utilisé dans 40,5%, le fansidar dans 40,0% des cas, suivi par, la chloroquine (7,1%) la quinine (4,3%) et autre (16,7%). En milieu rural, le co-artem a été prescrit dans 36,3%, suivi du fansidar (45,4%), de la chloroquine (3,9%) la quinine (2,9%) et autre (17,8%)

Tableau 38: Médicaments utilisés contre le paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

		Co-artem (%)	FANSIDAR (%)	CHLOROQUINE (%)	QUININE (%)	AUTRE (efferalgan, Paracetamol, traditionnelle....) (%)
REGION	DAKAR	40,0	30,9	11,2	6,2	16,9
	DIORBEL	38,8	40,4	3,0	3,4	17,4
	FATICK	48,7	41,7	0,9	0,4	19,5
	KAFFRINE	18,9	30,1	8,4	4,0	28,0
	KAOLACK	25,1	63,7	0,6	1,3	21,9
	KEDOUGOU	42,3	40,5	2,9	1,6	15,9
	KOLDA	31,5	21,0	4,9	1,1	12,5
	LOUGA	35,1	62,8	1,1	0,9	10,1
	MATAM	52,9	66,7	2,4	1,4	6,2
	SAINT LOUIS	46,0	53,1	7,4	7,8	9,6
	SEDHIOU	46,0	64,3	1,1	0,8	14,6
	TAMBACOUNDA	35,6	45,0	4,6	4,4	19,1
	THIES	42,3	45,6	3,5	3,0	19,5
	ZIGUINCHOR	48,7	77,6	2,3	0,8	17,2
Total	38,0	43,3	5,2	3,5	17,3	
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	40,5	40,0	7,1	4,3	16,7
	RURAL	36,3	45,4	3,9	2,9	17,8

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Ces résultats illustrent une persistance de l'achat de médicaments comme la chloroquine dont l'efficacité a été décriée. Par ailleurs l'usage du Paracétamol, d'Efferalgan pour prendre en charge les cas de fièvre indique une persistance de l'automédication ou une habitude d'achat de médicaments dans des officines privées. Dans les entretiens réalisés avec les parents, nous avons compris que cette attitude est quelques fois réalisée lorsqu'à la suite du recours au service de santé, les médicaments ACT (gratuits) n'ont pas été disponibles, obligeant le soignant à prescrire d'autres à acheter. Dans ces conditions, la barrière financière a obligé les parents à se tourner vers ces types de produits qui coûtent moins chers.

En définitive, les types de prise en charge de la fièvre palustre au sein des structures de santé sont aujourd'hui influencés par le contexte de la gratuité ou de la couverture maladie universelle. Ces derniers augmentent le recours aux services de santé, toutefois, les ruptures de stock d'ACT influencent quelques fois les conditions de la prise en charge et les types de produits qui seront mobilisés pour traiter les enfants.

7.3. CONTRAINTES ET DIFFICULTES POUR LA PRISE EN CHARGE DES CAS DE FIEVRE D'ORIGINE PALUSTRE

Au niveau des ménages, les parents ont été interrogés sur les conditions de la prise en charge des cas de fièvre palustre dans les services de santé ou par les DSDOM. Globalement, les points de vue sont focalisés sur les difficultés d'accès aux médicaments dans un contexte où on parle de couverture maladie universelle ou de gratuité des services. Plus précisément, les types de contraintes évoquées varient en fonction du lieu de prise en charge considéré :

- Au niveau des PPS :
 - La cherté des ordonnances induit une prise en charge jugée couteuse par les populations ;
 - Les ruptures de médicaments ACT ou des stocks insuffisants de médicaments au niveau des districts sanitaires et des postes de santé qui rendent nuls les avantages de la gratuité. Dans ces conditions, le médicament qui devait être gratuit pour les enfants de moins de 5 ans devient payant car les populations sont obligées de les acheter au niveau des pharmacies ;
 - Rupture fréquente des médicaments contre le paludisme pour les enfants de 0 à 5 ans fait que les seuls médicaments disponibles pour la prise en charge de la fièvre sont le paracétamol et amoxicilline). Cette situation pousse certaines femmes à acheter ces produits (lorsqu'elles en ont les moyens), à ne pas recourir au poste (si manque de moyens) ou à se limiter à la pharmacie.
- Au niveau des DSDOM
 - Le manque de matériel (TDR et médicaments) ne facilite pas la prise en charge des cas de paludisme ;
 - Le manque de suivi de ces acteurs (on ne voit pas les infirmiers venir regarder le travail qu'ils font) ;
 - Le manque de confiance et de légitimité de certains en raison de la faiblesse de leur formation ;
 - La non application de la gratuité chez les enfants de moins de 5 ans dans certaines localités et le manque de légitimité des DSDOM et acteurs communautaires.

Les suggestions pour remédier aux difficultés liées à la prise en charge tournent globalement autour de l'amélioration de la disponibilité des médicaments au niveau des services de santé afin de rendre effective la gratuité. Par ailleurs, dans les zones avec DSDOM, la meilleure formation et le renforcement des capacités de ces derniers est requis, ainsi qu'un meilleur suivi de leurs activités afin de renforcer leur légitimité. Celle-ci passe aussi par la mise à disposition de TDR, médicaments ACT suffisants leur permettant de pouvoir effectivement offrir un traitement après le diagnostic. Des visites régulières, de la part du personnel de santé, sont requises pour que les populations donnent du crédit aux compétences des DSDOM. Ce dernier point de vue pose la problématique de la supervision des acteurs communautaires qui fait largement défaut aujourd'hui, à défaut d'être portée par les ONG, qui ont leur propre agenda.

CONCLUSION

L'enquête ENPS 2016 a permis de mesurer la situation des indicateurs d'accessibilité et d'utilisation des moyens préventifs et curatifs définis dans le cadre des directives du PNLN au Sénégal. Plus spécifiquement, cette étude s'est intéressée à documenter la situation des indicateurs de couverture et d'utilisation des différentes interventions de lutte contre le paludisme. La couverture et l'utilisation des moyens préventifs (MI, TPI chez la femme enceinte, AID) ont été documentés ainsi que les types et modalités de la prise en charge des cas de fièvre chez l'enfant et la femme enceinte. Par ailleurs, ces indicateurs ont été renseignés en tenant compte des variations régionales, de districts et du milieu de résidence (urbain et rural). L'analyse a aussi tenu compte des variations liées aux faciès épidémiologiques et des zones d'intervention couvertes par les différentes stratégies.

Au terme de cette étude, il apparaît que les populations ont une connaissance biomédicale relative à l'étiologie de la maladie et à ses moyens préventifs. Toutefois, il est nécessaire de mener une communication interpersonnelle et des mobilisations sociales soutenues pour agir sur les visions négatives que les populations ont des MI, de l'AID, de la CPS et pour lever les incompréhensions relatives aux « 3 TOUTES ». Pour aller vers une pré-élimination du paludisme et maintenir le niveau des indicateurs, il est nécessaire de mieux monitorer la question de la gratuité et de la CMU qui sont utiles socialement, mais peuvent avoir des effets pervers.

Les résultats obtenus et les observations faites dans le cadre de ce travail permettent d'insister sur les points suivants :

- Le paludisme est mieux connu dans sa causalité, sa symptomatologie et sa prévention, sa gravité est devenue mieux intégrée, occasionnant un recours plus précoce aux services de prise en charge biomédicale. Toutefois, d'autres rationalités populaires et surnaturelles subsistent dans les formes de représentation. Il est utile de mieux les surveiller et les prendre en charge dans le cadre d'une communication de proximité, afin de maintenir les bonnes dispositions de prise en charge biomédicale.
- Il est nécessaire de mieux surveiller les attitudes et pratiques préventives et curatives du paludisme dans les zones du Sud où les effets positifs de la lutte antipaludique observés par les populations ces dernières années peuvent conduire à des effets pervers. L'amélioration des indicateurs en raison de la pluralité des interventions de lutte contre le paludisme mises en œuvre dans le Sud donnent l'impression que la maladie est devenue moins grave aujourd'hui. La situation de la région de Dakar qui affiche les plus faibles taux pour l'utilisation des différents moyens de prévention du paludisme préconisés par le PNLN mérite également réflexion.
- Il subsiste des défis importants autour de la couverture universelle en moustiquaires. L'analyse situationnelle du niveau de cet indicateur renseigne une connaissance faible et aussi des attitudes singulières amenant les populations à douter de la pertinence et l'utilité de dormir toutes les nuits, toute l'année sous MILDA pour toute la famille. Par ailleurs, le TPI est utilisé par les femmes enceintes, mais elles ne le savent pas souvent et n'ont pas une claire conscience de son utilité. Un des défis pour améliorer les performances de cet indicateur réside dans une amélioration du service de CPN, qui est l'occasion de prescription du TPI. Cela nécessite de ne pas se limiter seulement au secteur du paludisme, mais de travailler en synergie avec la DSRSE pour améliorer les services de consultation prénatale, en y intégrant mieux la communication et le suivi pour ce qui est du TPI. Il apparaît aussi nécessaire de mieux communiquer sur l'utilité et

la valeur ajoutée des moyens préventifs, en insistant sur leur caractère intégré. Pour cela, la communication devrait être moins segmentée et s'organiser sous forme de package, chaque occasion de sensibilisation devant permettre de parler de ces stratégies en montrant leurs liens.

- L'analyse des perceptions et attitudes relatives aux différents moyens préventifs renseigne sur une attitude consistant à ne pas envisager la prévention du paludisme par le biais d'un outil exclusif. Si certaines catégories ont un préjugé favorable sur la MILDA, elles ont aussi une attitude qui consiste à associer aussi d'autres moyens de prévention. Il s'agit d'une bonne pratique qui doit être promue, au-delà de la promotion singulière pour chaque moyen de prévention.
- La couverture en TPI 3 ne dépasse pas les 30%, ce qui pose des problèmes de couverture et de protection effective des femmes enceintes et de leurs futurs enfants contre le paludisme. Le problème du TPI nécessite une meilleure analyse de la situation des CPN qui sont le service par lequel la prescription du TPI doit nécessairement se faire. Les femmes prennent des médicaments SP sans savoir quelques fois ce à quoi ils servent. La faible communication avec elles sur ces questions à l'occasion des CPN et les problèmes globaux qui empêchent les femmes d'achever leur suivi durant le dernier trimestre de la grossesse déteignent fondamentalement sur la possibilité d'être couverte en TPI 3.
- Par ailleurs, l'ENPS 2016 a permis de noter des défis importants relatifs aux modes de distribution des MILDA de la CU, qui ont eu une influence sur l'accessibilité de ces moyens préventifs par les ménages et la satisfaction de leurs besoins. Il faut continuer à améliorer le système de distribution des MILDA pour réduire les inégalités sociales, tout en diversifiant l'information, plus seulement focalisée sur les conditions de leur entretien, mais aussi sur les recommandations portant sur les 3 TOUTES. Dans le même temps, les usages sociaux des MILDA sont une réalité et ne concernent pas seulement les moustiquaires détériorées. Il est apparu que la moustiquaire neuve avec l'insecticide encore efficace pouvait aussi avoir une autre utilité (jardinage par exemple). Ces dynamiques sont à capter et doivent être gérées par une communication de proximité. Il est utile de bien « protéger la MILDA » neuve pour que son usage soit plus dédié aux espaces de couchage et éviter qu'elle ne soit détournée en raison de son insecticide jugé utile pour la protection des plantes par exemple.
- La prise en charge des cas de paludisme au niveau des services de santé est influencée par le contexte de la gratuité et de la couverture universelle qui soumet les services de santé à une pression financière qu'ils ont du mal à soutenir de manière continue. Il est utile de tenir compte de cette situation, avant qu'elle n'altère la qualité de la prise en charge de cette pathologie.

REFERENCES

- Baume, C., & Marin, MC. (2007). Intra-household mosquito net use in Ethiopia, Ghana, Mali, Nigeria, Senegal, and Zambia: Are nets being used? Who in the household uses them? *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 77(5): 963-971.
- Bonnet D., (1999), Les différents registres interprétatifs de la maladie de l'oiseau, In : Jaffré Y., Olivier de Sardan J.P., eds, La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest, Paris, PUF, 305-320
- Dulhunty J.-M., Yohannes K., Kourleoutoc, C., Manuopangai V.T., Polyn M.K., Parks W.J., Bryan J.H, (2000), Malaria control in central Malaita, Solomon Islands 2. Local perceptions of the disease and practices for its treatment and prevention, *Acta Tropica*, 75, 185-196.
- Faye, S. (2009) « Du *sumaan ndiig* au paludisme infantile : la dynamique des représentations en milieu rural *sereer sinig* (Sénégal.) », *Sciences Sociales et Santé*, Vol 27 N°4, Décembre, pp 91-112
- Faye S (2010) « Pourquoi les populations nigériennes n'utilisent pas les moustiquaires imprégnées longue durée (MILD) qu'elles possèdent à domicile ? » in *Across disciplinary Boundaries, Humanities, Social Sciences and anglophone literature*, Publications of the ITECOM Academy, 2010, pp 205-224
- Faye S, (2011) Réalités et contraintes des politiques de lutte contre le paludisme au Sénégal, *Cours Nouveau, Revue Africaine Trimestrielle de stratégie et de prospective*, n°5-6, p. 297-316
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2011) Distribution gratuite de moustiquaires couplée aux journées locales de supplémentation en vitamine a et déparasitage entre juin et octobre 2009 : Rapport final.
- Johns Hopkins, Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs, *Etude sur la Culture de l'utilisation des Moustiquaires Imprégnés au Sénégal, Première Phase, Networks, 2012*
- Ndiaye S, Ayad M. Enquête Nationale sur le Paludisme au Sénégal. (2009), Calverton, Maryland, USA : Centre de Recherche pour le Développement Humain [Sénégal] et Macro International Inc.
- Njeto T., Mandez F., Carrasquilla G., (1999), Knowledge, beliefs and practices relevant for malaria control in an endemic urban area of the colombian pacific, *Social Science and Medicine*, 49, 601-609
- Shargie, E.B., Ngondi, J., Graves, P.M., Getachew, A., Hwang, J., Gebre, T., Mosher, A., Ceccato, P., Endeshaw, T, Jima, D., Tadesse, Z., Tenaw, E., Reithinger, R., Emerson, P., Richards, F.O., & Ghebreyesus, T.A. (2010) Rapid Increase in Ownership and Use of Long-Lasting Insecticidal Nets and Decrease in Prevalence of Malaria in Three Regional States of Ethiopia (2006-2007). *Journal of Tropical Medicine*
- Some D.T., Zerbo R., (2007), Étiologie atypique du paludisme : perceptions et stratégies locales de prévention dans le département de Gaoua, Burkina Faso, *Médecine Tropicale*, 67, 43-47.
- Teklehaimanot A., Sachs J.D., Curtis C. (2007). Malaria control needs mass distribution of insecticidal bednets. *Lancet* 369: 2143–36.
- Toé LP, Skovmand O, Dabire KR, Diabate A, Diallo Y et al. (2009). Decreased motivation in the use of insecticide-treated nets in a malaria endemic area in Burkina Faso. *Malaria Journal*, 8:175.
- Winch, P., Makemba, A.M., Kamazima, S.R., Lwihula, G.K., Lubega, P., Minjas, J.N., & Shiff, C.J. (1994). Seasonal variation in the perceived risk of malaria: Implications for the promotion of insecticide-impregnated bed nets. *Social Science and Medicine*. 39(1): 63-75

ANNEXES

Annexe 1 : Perception du mode de transmission du paludisme par région, milieu de résidence et DS

		Le paludisme est transmis par la piqûre des moustiques				
		PAS DU TOUT D'ACCORD (%)	PAS D'ACCORD (%)	D'ACCORD (%)	TOUT A FAIT D'ACCORD (%)	NSP (%)
REGION	DAKAR	0,4	1,1	42,2	54	2,2
	DIOURBEL	1,2	0,8	45,7	51,8	0,5
	FATICK	0,9	2,2	60,8	34,1	2,1
	KAFFRINE	0,1	1	70,1	27,4	1,4
	KAOLACK	0,6	1	51,6	46,6	0,2
	KEDOUGOU	0,1	0,9	66,3	31	1,7
	KOLDA	0,5	2,3	47,6	46,8	2,9
	LOUGA	0,1	2,1	56	41,1	0,8
	MATAM	0	0,7	57,4	40,9	1
	SAINT LOUIS	0	2,7	60,1	31,2	6
	SEDHIOU	0,7	1,6	54,4	42,5	0,7
	TAMBACOUNDA	0,9	2,9	69,8	25	1,5
	THIES	0,4	1,1	43,8	53,3	1,4
	ZIGUINCHOR	0,7	1,4	54,2	42,1	1,6
	Total	0,5	1,5	52,4	43,9	1,7
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	0,7	1,3	47,7	48,6	1,7
	RURAL	0,4	1,6	55,5	40,8	1,7
DISTRICT	District Centre	0	2,5	26,3	70,3	1
	District Gudiawaye	1,5	1,7	38,6	56,6	1,6
	District Keur Massar	1,4	1,2	72,7	24,3	0,4
	District Mbao	0	0,3	53,8	43,6	2,2
	District Nord	0	4,2	35,4	59,1	1,3
	District Ouest	0	3,1	43,9	49,1	3,9
	District Pikine	0	0	31,2	67,1	1,7
	District Sud	0	0	61,7	33,4	4,8
	DS Diamniadio	0	0	33,8	64,8	1,5
	DS Rufisque	1,3	0	34,5	57,3	6,9
	District Bambey	0	0	37,6	61,9	0,5

		Le paludisme est transmis par la piqûre des moustiques				
		PAS DU TOUT D'ACCORD (%)	PAS D'ACCORD (%)	D'ACCORD (%)	TOUT A FAIT D'ACCORD (%)	NSP (%)
	District Diourbel	1,8	1,9	35,9	60,1	0,3
	District Mback	0	0	30,4	68,3	1,3
	District Touba	1,5	0,7	55,8	41,5	0,5
	District Dioffior	2,3	2	56,8	36,6	2,3
	District Fatick	0	2,2	59,7	36	2,2
	District Foundiougne	0	4,9	42,9	47,1	5,1
	District Gossas	2,6	7,5	42,8	47,1	0
	District Niakhar	0,5	0,5	74,7	21,6	2,7
	District Passy	0	6,4	38,4	53,1	2,1
	District Sokone	1,5	0,5	55,4	42,1	0,5
	District de Birkelane	0,3	1,2	74,1	22,6	1,8
	District de Kaffrine	0	1,3	65,9	31,6	1,2
	District de Kounguel	0	1,3	73	23,8	2
	District de Malem Hodar	0	0	69,8	29,7	0,5
	District Guinguineo	1,2	3,9	57,8	37,1	0
	District Kaolack	1,3	0,8	40,4	57,5	0
	District Ndoffane	1,1	1	56,6	41,3	0
	District Nioro	0	0,3	52,2	47	0,5
	DS KEDOUGOU	0	0,5	68,1	29,2	2,1
	DS SALEMATA	0,9	0	70,6	28,5	0
	DS SARAYA	0	2,2	59,5	36,6	1,7
	DS Kolda	1,5	2,5	41,4	53,8	0,8
	DS Mdina Yoro Foula	0,7	2,1	45	51,5	0,6
	DS Velingara	0	2,2	50,6	42,7	4,4
	District Coki	0	8	51,1	35,9	5
	District Dahra	0	0,7	70,6	28,7	0
	District Darou Mousty	0	0	61	39	0

		Le paludisme est transmis par la piqûre des moustiques				
		PAS DU TOUT D'ACCORD (%)	PAS D'ACCORD (%)	D'ACCORD (%)	TOUT A FAIT D'ACCORD (%)	NSP (%)
	District Kbmer	0,4	3,2	33,1	62,7	0,6
	District Keur Momar SARR	0	0	73,6	25,4	1
	District Lingure	0	3,6	41,9	54,4	0
	District Louga	0	1,4	70,7	28	0
	District Sakal	0	0	61,5	38,4	0,1
	District Kanel	0	0,9	61,7	35,6	1,8
	District Ranrou	0	0	63,8	35,4	0,9
	District Thilogne	0	1,5	50,2	47,9	0,4
	District Matam	0	0	50,4	49,6	0
	District Dagana	0	2,1	42,6	45,7	9,6
	District Pt	0	1,1	62,5	34	2,4
	District Podor	0	3,9	67,7	27,1	1,3
	District Richard Toll	0	4	47,7	38,5	9,8
	District Saint Louis	0	1,8	62,6	26,4	9,3
	DS Bounkiling	0,8	2,3	53,9	43	0
	DS Goudomp	0	0,6	54,6	42,5	2,2
	DS Sedhiou	1,3	1,8	54,7	42,1	0
	DS Bakel	0	0,5	61,7	36,1	1,7
	DS Diankmakha	0,4	0	70,3	26,7	2,5
	DS Goudiry	0,7	6,3	56,1	37	0
	DS Kidira	0	0,9	64,9	34,2	0
	DS Koumpeuntoum	1,8	3,8	67,9	24,5	2
	DS Makacoulibantang	0,5	0	80,2	18,2	1,1
	DS Tamba	0,7	3,7	72,6	21,1	1,8
	District Joal Fadiouth	1,2	0,6	12,8	84,8	0,6
	District Khombole	0	0,8	50,8	47,7	0,6

		Le paludisme est transmis par la piqûre des moustiques				
		PAS DU TOUT D'ACCORD (%)	PAS D'ACCORD (%)	D'ACCORD (%)	TOUT A FAIT D'ACCORD (%)	NSP (%)
	District Mbour	0	1,8	43,5	52,2	2,4
	District Mkh	0	2,5	66,9	28	2,6
	District Popenguine	0,9	1,7	53,4	43,2	0,8
	District Pout	0	2,9	46,4	50,8	0
	District Thiadiaye	0	0	38,3	61,7	0
	District This	1,2	0	43,9	53	1,9
	District Tivaoune	0	0,7	39,5	58,6	1,2
	District Bignona	0,9	1,9	56,3	39,8	1,1
	District Diouloulou	0,9	1,2	35,9	61,3	0,6
	District Oussouye	0	0	65,2	34,2	0,6
	District Thionck essyl	0	1,6	69,4	27	2
	District Ziguinchor	0,7	1,5	53,5	42,1	2,2
	District Ziguinchor	1,8	1	1,1	1,1	1,6

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Annexe 2 Perceptions de la gravité du Paludisme par région, milieu de résidence et par DS

		Le paludisme peut entrainer des décès					Le paludisme n'est pas un danger dans notre localité				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
REGION	DAKAR	1,5	1,8	43,1	51	2,7	29,1	43,6	10,6	4,5	12,2
	DIOURBEL	3,7	4,3	37,4	51,8	2,7	33,1	44,7	11,3	6,6	4,4
	FATICK	0,8	3,9	57,7	35,4	2,2	28,6	45,4	12,2	8,8	4,9
	KAFFRINE	0,3	3,1	67,5	28,1	1,1	12,6	62,6	18	5,6	1,2
	KAOLACK	2,1	3	50,5	42,1	2,3	38,1	37,9	17,2	6	0,8
	KEDOUGOU	1	2,9	66,2	27	2,8	16,3	52,9	21,5	5,3	4
	KOLDA	0,7	1,5	39,4	57,4	1,1	30,5	52,5	8,7	4,4	3,9
	LOUGA	0,2	1	58,7	39,6	0,5	13,2	57,2	18,7	9,8	1
	MATAM	0,4	1,2	57,3	39,7	1,4	10,5	69	14,7	3,1	2,8
	SAINT LOUIS	1,9	2,3	62	29,3	4,4	11,3	64,9	12,7	2,8	8,2
	SEDHIOU	0,2	1,4	40,1	57,7	0,6	24,9	49,5	19	4,1	2,5
	TAMBACOUNDA	1,8	4,3	71,7	19,9	2,2	12,9	55,3	23,3	3,9	4,6
	THIES	1	2,1	33,6	61,2	2	31,1	41	13,9	8,7	5,3
	ZIGUINCHOR	0,1	1,5	44,2	52,9	1,3	17,1	47,8	26	5,8	3,3
	Total	1,5	2,6	48,8	44,9	2,1	25	49,2	14,6	5,7	5,5
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	1,8	2,6	45,2	47,7	2,7	25	47	13,7	5,3	8,9
	RURAL	1,3	2,7	51,2	43,1	1,7	24,9	50,7	15,2	6	3,2
DISTRICT	District Centre	1,4	2,8	28,8	62,3	4,7	25,4	27,2	12,5	1,4	33,5
	District Gudiawaye	3,7	1,7	41	52,5	1,1	45,2	26,7	18,7	5,4	4
	District Keur Massar	0	0,6	65,6	33,8	0	27	63,6	7	0	2,5

PNLP : Enquête Nationale sur les indicateurs du Paludisme au Sénégal

	Le paludisme peut entrainer des décès					Le paludisme n'est pas un danger dans notre localité				
	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
District Mbaou	1	0	51,6	42,8	4,6	16,8	43	5,6	2,1	32,5
District Nord	0	1,2	30,5	63,3	5	12,6	48,4	11,6	2,9	24,5
District Ouest	1,1	1	51,7	38,6	7,5	26,9	47,1	13,4	2,3	10,2
District Pikine	2,7	1,1	33,8	62,4	0	44,4	44	3,5	7,6	0,4
District Sud	0	3,4	53,9	41,3	1,5	7	50,9	10,8	1,3	30,1
DS Diamniadio	0	6,8	36,7	55	1,5	12,1	57,3	21,1	9,5	0
DS Rufisque	2,1	2,3	43,4	47,1	5,1	43,7	25	11,4	6,1	13,9
District Bambey	1,6	4,2	29	64,4	0,8	48,1	34,5	9,6	4,4	3,4
District Diourbel	5,5	4,1	21	64,3	5,1	32,3	42,1	7,4	12,9	5,4
District Mback	0,8	0,5	21,9	76,2	0,5	49,4	35,9	11,3	1,2	2,1
District Touba	4,2	5,3	50,6	37,3	2,7	25,5	50,8	13,5	5,5	4,7
District Dioffior	0	1,8	47,6	49,9	0,7	22	47,5	8,6	15,3	6,7
District Fatick	0	10,9	52,3	35,3	1,5	43,8	30,2	19,1	5,6	1,3
District Foundiougne	1,8	0	46,2	50,2	1,8	17,3	67,6	10,2	2,9	2
District Gossas	2,3	0,3	53,8	43,6	0	36,3	49,3	6,8	7,6	0
District Niakhar	0,4	5,4	67,4	24,4	2,4	26,9	46	14,4	4	8,6
District Passy	1	1,8	48,5	47,7	1	49,9	24,3	11,3	13,4	1
District Sokone	1	1,8	51,5	41,2	4,6	19,4	47,6	9	21,2	2,8
District de Birkelane	0,2	1,7	70,4	27	0,7	7,7	65,5	20,8	5,1	1

PNLP : Enquête Nationale sur les indicateurs du Paludisme au Sénégal

		Le paludisme peut entrainer des décès					Le paludisme n'est pas un danger dans notre localité				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
	District de Kaffrine	0	4,3	62	32,9	0,8	17,4	57,4	21,3	3,5	0,4
	District de Kounguel	0,3	3,8	69,1	24,5	2,3	11	61,8	16,7	8,3	2,2
	District de Malem Hodar	0,7	1,2	72,7	25,2	0,2	11,1	70,2	10,5	6,4	1,9
	District Guinguineo	0	4	61,4	33,5	1,1	29,5	51,5	9,7	8,1	1,2
	District Kaolack	0	0	45,7	50,7	3,5	56,3	24,8	12,4	5,5	1,1
	District Ndoffane	1,8	3,1	60,4	33,7	1	32,3	45	16,6	5,1	1
	District Nioro	3,5	3,8	45,6	44,5	2,6	36	36,6	20,9	6	0,5
	DS KEDOUGOU	1,4	4,1	67,4	24,4	2,6	14,2	50,4	24,3	6,6	4,5
	DS SALEMATA	0,9	0	64,6	30,2	4,2	26,2	49,8	23,3	0	0,7
	DS SARAYA	0	1,4	63,9	32	2,7	17	60,4	13,5	4,8	4,3
	DS Kolda	2,4	3	35,4	57,9	1,2	33,9	47,8	11,5	1,6	5,1
	DS Mdina Yoro Foula	1	2,2	30,1	65,7	1	39,4	43,3	7,8	7,7	1,7
	DS Velingara	0	0,7	43,8	54,4	1,1	26,4	57,2	8	4,3	4,2
	District Coki	0	0	63,7	36,3	0	9,6	44,5	39,3	2,1	4,6
	District Dahra	0	0	71,7	28,3	0	5	70	13,1	11,9	0
	District Darou Mousty	0,5	0	65	34,5	0	5,6	62,3	22,9	9,2	0
	District Kbmer	0,4	2,3	35,4	60,3	1,7	31	45,9	7,1	15,4	0,6
	District Keur Momar SARR	0	2,6	72,1	25,2	0	6,6	64,4	23,5	4,4	1

PNLP : Enquête Nationale sur les indicateurs du Paludisme au Sénégal

	Le paludisme peut entrainer des décès					Le paludisme n'est pas un danger dans notre localité				
	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
District Linguere	0	2,2	47,5	48,7	1,5	28,6	47,4	4,6	19,4	0
District Louga	0	1,8	70,7	27,5	0	4,8	72,2	18,3	2	2,7
District Sakal	0,6	0	58,8	40,7	0	7,1	60,7	23,7	7,9	0,6
District Kanel	0	1	65,7	30,8	2,5	11,9	65,8	13	5,1	4,1
District Ranrou	1,4	1,6	58,7	37,4	0,9	8	69,8	19,4	0,8	2
District Thilogne	0,6	2,3	46	50,3	0,9	9,9	66,3	18,7	2	3
District Matam	0	0	50,6	49,4	0	10,2	78,6	9,4	1,8	0
District Dagana	0	1	49,3	42,2	7,5	24	51,3	15,1	0	9,6
District Pt	0	1,1	62,7	30,6	5,7	12,5	61,4	13,4	3,2	9,6
District Podor	4,8	2,9	65,2	25,5	1,6	11,5	68,5	13	4,8	2,2
District Richard Toll	1,2	4,4	51,4	30,4	12,6	5,9	66,7	12,1	2,8	12,4
District Saint Louis	0,5	1,9	67,3	27,7	2,5	8,2	66,8	11,6	1,6	11,7
DS Bounkiling	0	1,4	27,3	70,9	0,4	31,7	46,6	14,5	5,6	1,6
DS Goudomp	0,7	0,7	43,8	53,9	0,9	17,8	50,1	24,8	5,6	1,8
DS Sedhiou	0	2	49,4	48	0,6	24,7	51,8	18,1	1,2	4,1
DS Bakel	0,7	0,3	73,8	25,2	0	13,6	51,2	21,4	0,9	12,8
DS Diankmakha	0,4	1,9	77,9	18,7	1,1	13,7	42,9	32,5	2,9	7,9
DS Goudiry	4,9	5	68,8	18,7	2,6	12,8	45,9	27,6	5,9	7,8
DS Kidira	0	0	65,2	34,8	0	11,1	61,9	15,2	5,7	6,2

PNLP : Enquête Nationale sur les indicateurs du Paludisme au Sénégal

		Le paludisme peut entrainer des décès					Le paludisme n'est pas un danger dans notre localité				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
DS	Koumpeuntoum	2,1	6,6	66,3	24	1	18,4	50,8	25,9	3,2	1,6
DS	Makacoulibantang	0,8	4,2	78,2	13,5	3,3	13,1	61,6	21,5	1,6	2,2
DS	Tamba	1,4	3,1	71,9	20,5	3,1	6,2	62,7	18,9	6,8	5,4
	District Joal Fadiouth	2	0	15,8	81,7	0,6	21	21,5	29,5	20	8
	District Khombole	0,5	2,1	39,4	56,8	1,2	29,9	30,1	26,4	12,4	1,2
	District Mbour	0	2,5	32,7	62,2	2,6	33,1	41,8	16,9	1,3	6,9
	District Mkh	0	1,7	60,4	31,4	6,4	11,3	51,6	10	13,9	13,3
	District Popenguine	1,8	3,7	33,8	56,8	3,9	25,3	44,4	13,2	5,3	11,8
	District Pout	1,8	2,1	37	56	3,1	42,3	47,5	6,3	2,7	1,2
	District Thiadiaye	0	0	27,2	72,8	0	47,3	36,3	3,1	10,9	2,4
	District This	1,1	3,6	28,7	64,7	1,9	27,2	38,8	13	14,4	6,5
	District Tivaoune	2,3	1	34,8	61,2	0,7	33,9	50,5	6,1	7	2,4
	District Bignona	0,6	0,6	37,8	59,8	1,2	21,6	49,6	19	7,8	2
	District Diouloulou	0	0,9	41,7	56,7	0,6	21	42,4	24,4	10	2,3
	District Oussouye	0	1,5	43,5	53,5	1,5	10,8	49,7	29,1	4,5	5,8
	District Thionck essyl	0	3	40,4	56,6	0	18,1	57,9	21	0	3
	District Ziguinchor	0	1,9	48,6	47,9	1,6	15,1	46,5	29,9	4,8	3,8

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Annexe 3 : Perception des moyens de prévention du paludisme par région, milieu de résidence et par DS

		Dormir sous une moustiquaire est un bon moyen de prévention contre le paludisme				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
REGION	DAKAR	0	0,8	39,7	58,6	0,9
	DIORBEL	0,9	3,4	47,4	48	0,2
	FATICK	0,4	2,6	59,3	36,2	1,4
	KAFFRINE	0	0,6	71,3	27,8	0,3
	KAOLACK	0,8	1,2	56,8	40,6	0,6
	KEDOUGOU	0,1	0,3	68,2	30,8	0,6
	KOLDA	0	0,6	49,1	49,6	0,7
	LOUGA	0,3	1,4	49,3	48,4	0,6
	MATAM	0	0,6	54,5	44,4	0,5
	SAINT LOUIS	0,5	3,2	62,6	29,6	4,2
	SEDHIOU	0,1	0,2	53,1	46,2	0,4
	TAMBACOUNDA	0,9	2,3	71	25,5	0,3
	THIES	0,4	1,4	38,4	58,9	0,8
	ZIGUINCHOR	0,2	0,7	52,7	46,2	0,1
	Total	0,4	1,6	51,7	45,5	0,8
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	0,3	1,4	47,1	50,4	0,8
	RURAL	0,4	1,7	54,8	42,2	0,8
DISTRICT	District Centre	0	1,3	38,9	59,2	0,6
	District Gudiawaye	0	0,6	25,4	74	0
	District Keur Massar	0	0	68,6	31,4	0
	District Mbao	0	0,3	55,7	44	0
	District Nord	0	0,7	38,3	58,8	2,3
	District Ouest	0	2,3	39,1	57,9	0,7
	District Pikine	0	0	28,7	69,9	1,4
	District Sud	0	3,4	58,5	29,9	8,2
	DS Diamniadio	0	1,5	28,3	70,2	0
	DS Rufisque	0	1,8	33,2	63,8	1,2
	District Bambey	1,5	0	45,7	52,3	0,5
	District Diourbel	0,9	2,7	37,7	58,3	0,3

		Dormir sous une moustiquaire est un bon moyen de prévention contre le paludisme				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
	District Mback	0,7	1,7	27,7	69,1	0,8
	District Touba	0,8	5,1	56,4	37,7	0
	District Dioffior	0,3	0,9	54,7	43,7	0,4
	District Fatick	0	0,2	36,9	61,6	1,3
	District Foundiougne	0	1	48,7	48,5	1,8
	District Gossas	0	2,2	60,4	37,4	0
	District Niakhar	0,4	5	69,5	22,6	2,6
	District Passy	0	1	50,2	47,8	1
	District Sokone	1,4	0,5	56,2	41,9	0
	District de Birkelane	0	1,2	70,9	27,9	0
	District de Kaffrine	0	0	76	23,6	0,4
	District de Kounguel	0	0,6	67	32	0,4
	District de Malem Hodar	0	1,3	68,6	29,9	0,2
	District Guinguineo	0,6	2,1	63,3	33	1
	District Kaolack	0	1,6	43,3	55,1	0
	District Ndoffane	0	0	68,7	30,7	0,6
	District Nioro	1,4	1,3	55,2	41,3	0,8
	DS KEDOUGOU	0	0	67,9	31,7	0,4
	DS SALEMATA	0,9	0	69,9	28,2	0,9
	DS SARAYA	0	1,1	68,2	29,8	0,8
	DS Kolda	0	2,1	45	52,9	0
	DS Mdina Yoro Foula	0	0,9	42,9	54,8	1,4
	DS Velingara	0	0	52,7	46,6	0,7
	District Coki	0	5,5	51	41,2	2,4
	District Dahra	0	0,7	73,2	26,1	0
	District Darou Mousty	0	0	60,7	38,6	0,7

		Dormir sous une moustiquaire est un bon moyen de prévention contre le paludisme				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
	District Kbmer	0	0,5	19,1	79,8	0,6
	District Keur Momar SARR	0	2,1	71,4	24,2	2,3
	District Linguere	2,1	1,4	28,9	67,6	0
	District Louga	0	1,2	58,2	40,6	0
	District Sakal	0	0,6	52,2	47,1	0
	District Kanel	0	0	51,8	47,3	0,9
	District Ranrou	0	1	64,6	34,4	0
	District Thilogne	0	2,1	55,1	42,3	0,6
	District Matam	0	0	51,1	48,9	0
	District Dagana	0	0	59,3	33,3	7,4
	District Pt	0	3,2	63,2	33,6	0
	District Podor	1,2	5,7	70,3	21,2	1,6
	District Richard Toll	0	1,3	54,9	38,9	4,9
	District Saint Louis	0,5	2,4	58,6	31,6	6,9
	DS Bounkiling	0	0,6	41	58,1	0,3
	DS Goudomp	0	0	55,6	43,4	0,9
	DS Sedhiou	0,2	0	62,9	36,9	0
	DS Bakel	0	1,9	68,8	29,3	0
	DS Diankmakha	0	0	80,7	18,7	0,5
	DS Goudiry	2,6	2,8	70,7	23,3	0,6
	DS Kidira	0	0	69,4	30,6	0
	DS Koumpeuntoum	1,3	3,8	65,7	28,9	0,4
	DS Makacoulibantang	0,1	1,4	77,7	20,8	0
	DS Tamba	0,7	1,8	69,9	27,1	0,5
	District Joal Fadiouth	1,3	0	9,9	88,8	0
	District Khombole	1	0,5	47,5	50,2	0,7

		Dormir sous une moustiquaire est un bon moyen de prévention contre le paludisme				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
	District Mbour	0	3,2	37,8	57,6	1,5
	District Mkh	0	1,1	52,6	44,9	1,3
	District Popenguine	0	0,7	36,2	62,7	0,4
	District Pout	0,6	2,7	41,4	54	1,4
	District Thiadiaye	0	0	28,9	71,1	0
	District This	0	0	37,7	61,1	1,2
	District Tivaoune	1,2	2	41	55,8	0
	District Bignona	0,6	0,4	45,9	53,1	0
	District Diouloulou	0	1,8	29,3	68,3	0,6
	District Oussouye	0,9	0,6	66,4	31,6	0,6
	District Thionck essyl	0	0	52,9	47,1	0
	District Ziguinchor	0	0,8	59,1	40,1	0,0

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Annexe 4 Raisons évoquées pour l'utilisation de la moustiquaire par région, milieu de résidence et par DS

		J'utilise la moustiquaire pour plutôt éviter les chants des moustiques que pour éviter les piqures de moustiques.				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
REGION	DAKAR	28,9	49,1	14,9	5,7	1,4
	DIORBEL	28,6	47,4	16,2	6,2	1,7
	FATICK	26,9	42,8	25,3	3,5	1,4
	KAFFRINE	6,0	71,0	13,4	9,0	0,5
	KAOLACK	40,5	44,0	13,8	1,1	0,5
	KEDOUGOU	19,1	65,3	8,9	4,8	1,9
	KOLDA	30,6	50,8	12,5	5,4	0,7
	LOUGA	12,5	71,4	10,0	5,4	0,8
	MATAM	9,5	74,0	13,6	2,4	0,5
	SAINT LOUIS	6,8	73,7	12,0	3,6	4,0
	SEDHIOU	39,1	45,6	12,4	2,4	0,5
	TAMBACOUNDA	13,4	67,0	15,3	3,8	0,5
	THIES	33,6	44,7	11,3	8,5	2,0
	ZIGUINCHOR	36,3	44,9	15,2	3,4	0,2
	Total	25,0	54,0	14,3	5,3	1,3
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	27,0	50,5	15,4	5,6	1,6
	RURAL	23,7	56,4	13,7	5,2	1,1
DISTRICT	District Centre	23,2	41,9	17,6	12,0	5,4
	District Gudiawaye	53,9	29,2	12,7	3,6	0,6
	District Keur Massar	9,4	79,9	8,9	1,9	0,0
	District Mbao	20,2	62,9	9,4	3,8	3,8
	District Nord	24,1	50,3	24,3	0,0	1,2
	District Ouest	19,4	52,3	21,0	5,3	2,0
	District Pikine	47,3	37,3	11,3	4,2	0,0
	District Sud	7,5	57,8	15,8	12,9	6,1
	DS Diarniadio	10,0	53,1	19,5	17,1	0,3
	DS Rufisque	36,0	36,9	21,1	5,9	0,0
	District Bambey	43,8	39,1	9,8	7,3	0,0

		J'utilise la moustiquaire pour plutôt éviter les chants des moustiques que pour éviter les piqûres de moustiques.				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
	District Diourbel	25,2	37,9	20,1	14,4	2,4
	District Mback	44,8	37,2	11,4	3,2	3,4
	District Touba	22,1	56,2	17,3	2,8	1,6
	District Dioffior	20,7	46,2	20,5	12,2	0,4
	District Fatick	23,7	44,3	18,4	12,3	1,3
	District Foundiougne	25,8	59,8	12,6	0,0	1,8
	District Gossas	40,0	45,7	13,2	1,1	0,0
	District Niakhar	19,6	41,7	35,5	0,6	2,6
	District Passy	45,7	27,7	22,7	2,8	1,0
	District Sokone	34,5	39,6	20,3	5,6	0,0
	District de Birkelane	4,4	72,9	13,4	9,4	0,0
	District de Kafrine	4,7	71,5	14,5	8,6	0,7
	District de Kounguel	9,0	71,1	10,0	9,5	0,4
	District de Malem Hodar	6,4	67,7	16,3	8,7	0,9
	District Guinguineo	40,4	45,4	14,2	0,0	0,0
	District Kaolack	48,9	31,1	17,5	2,5	0,0
	District Ndoffane	34,9	47,8	16,2	0,6	0,6
	District Nioro	39,8	46,7	11,5	1,2	0,8
	DS KEDOUGOU	18,6	64,0	10,6	4,3	2,4
	DS SALEMATA	19,0	69,7	5,4	5,9	0,0
	DS SARAYA	20,4	66,5	6,2	5,6	1,3
	DS Kolda	38,6	42,1	14,2	5,1	0,0
	DS Mdina Yoro Foula	35,5	48,0	11,1	4,0	1,4
	DS Velingara	26,1	54,9	12,3	6,0	0,7
	District Coki	9,7	60,0	22,3	5,7	2,4
	District Dahra	8,8	89,8	1,4	0,0	0,0
	District Darou Mousty	19,8	78,5	0,6	1,1	0,0

		J'utilise la moustiquaire pour plutôt éviter les chants des moustiques que pour éviter les piqûres de moustiques.				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
	District Kbmer	17,2	47,9	18,9	15,4	0,6
	District Keur Momar SARR	15,5	76,0	6,2	0,0	2,3
	District Linguere	18,2	60,8	15,6	5,4	0,0
	District Louga	3,4	74,0	13,8	6,0	2,7
	District Sakal	5,7	85,2	3,3	5,8	0,0
	District Kanel	10,0	72,3	13,5	3,4	0,9
	District Ranrou	10,8	68,1	17,0	4,2	0,0
	District Thilogne	10,0	74,1	15,0	0,3	0,6
	District Matam	6,7	82,7	9,4	1,2	0,0
	District Dagana	7,9	70,9	10,9	2,9	7,4
	District Pt	6,5	75,6	11,2	6,8	0,0
	District Podor	9,1	70,7	16,1	2,2	2,0
	District Richard Toll	5,0	71,7	7,8	8,1	7,4
	District Saint Louis	4,8	77,9	10,1	2,3	4,9
	DS Bounkiling	30,7	47,1	19,4	2,4	0,3
	DS Goudomp	35,5	47,0	13,3	3,3	0,9
	DS Sedhiou	50,8	42,9	4,6	1,5	0,2
	DS Bakel	26,7	67,2	5,5	0,6	0,0
	DS Diankmakha	21,2	70,6	5,9	1,8	0,5
	DS Goudiry	19,7	70,7	4,6	4,4	0,6
	DS Kidira	18,2	78,0	1,9	1,9	0,0
	DS Koumpeuntoum	12,3	61,2	20,3	5,5	0,7
	DS Makacoulibantang	6,0	71,1	21,1	1,3	0,5
	DS Tamba	12,6	66,6	15,1	5,2	0,5
	District Joal Fadiouth	28,7	23,9	0,6	45,6	1,2
	District Khombole	40,9	50,2	2,6	5,8	0,5
	District Mbour	33,7	49,4	10,1	1,3	5,4

		J'utilise la moustiquaire pour plutôt éviter les chants des moustiques que pour éviter les piqures de moustiques.				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
	District Mkh	13,3	35,9	44,6	4,9	1,3
	District Popenguine	28,3	48,9	16,9	3,4	2,5
	District Pout	46,4	37,0	7,2	6,3	3,1
	District Thiadiaye	20,9	54,3	7,5	17,4	0,0
	District This	33,1	48,6	11,3	5,8	1,2
	District Tivaoune	36,5	37,2	13,9	12,4	0,0
	District Bignona	33,3	47,8	14,6	4,4	0,0
	District Diouloulou	46,8	49,0	1,3	1,4	1,4
	District Oussouye	32,9	44,1	20,8	1,8	0,6
	District Thionck essyl	20,5	39,6	31,9	8,0	0,0
	District Ziguinchor	38,1	43,4	15,4	3,0	0,0

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

PNLP : Enquête Nationale sur les indicateurs du Paludisme au Sénégal

Annexe 5 : Perception sur la prévention du paludisme par région, milieu de résidence et par DS

		On peut prévenir le paludisme en utilisant une moustiquaire					Dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide prévient le paludisme					La salubrité d'une maison peut prévenir le paludisme					Ne pas laisser de l'eau stagnante est l'un des moyens pour prévenir le paludisme				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P
REGION	DAKAR	0,9	1,9	41,6	54,1	1,5	0,5	2,6	42,7	53,2	1,0	2,1	3,0	47,7	46,4	0,8	1,1	1,5	45,1	51,5	0,8
	DIORBEL	0,8	3,3	48,7	46,7	0,6	0,5	4,2	54,2	39,2	1,8	0,9	5,6	51,6	41,1	0,8	0,2	3,3	52,9	42,6	1,0
	FATICK	0,5	4,7	55,0	37,4	2,3	0,6	2,8	56,8	36,5	3,3	1,8	0,9	64,7	30,5	2,2	0,7	2,4	63,2	31,5	2,2
	KAFFRINE	0,2	1,5	70,6	27,2	0,6	0,3	3,0	75,1	21,3	0,3	0,4	1,8	78,0	19,0	0,8	0,3	1,0	76,1	22,2	0,5
	KAOLACK	0,5	1,5	50,3	46,9	0,7	0,4	0,7	46,0	52,5	0,4	0,4	0,7	42,6	56,1	0,2	0,4	0,9	39,9	58,6	0,2
	KEDOUGOU	0,1	1,3	69,3	27,7	1,6	0,1	2,5	68,6	28,3	0,5	0,2	1,0	68,6	29,5	0,7	0,2	0,5	68,9	29,5	0,9
	KOLDA	1,8	2,0	48,6	47,3	0,3	0,5	1,8	47,4	49,5	0,7	0,3	0,8	48,4	50,3	0,1	0,2	2,1	50,0	47,5	0,2
	LOUGA	0,0	2,3	52,9	44,3	0,5	0,3	1,7	52,6	45,1	0,3	0,8	3,0	50,2	45,6	0,4	0,2	1,6	50,6	47,1	0,5
	MATAM	0,1	2,1	56,4	40,6	0,7	0,0	1,3	50,8	47,4	0,5	0,1	1,0	62,7	35,1	1,0	0,0	1,9	66,2	31,4	0,5
	SAINT LOUIS	1,0	3,8	58,4	32,2	4,6	0,3	1,4	61,3	31,8	5,3	0,3	1,9	64,7	29,1	4,0	0,7	2,2	66,0	27,0	4,2
	SEDHIOU	0,3	1,4	46,9	50,5	0,9	0,2	0,9	49,8	48,4	0,7	0,2	0,7	40,6	57,9	0,6	0,2	0,8	43,1	55,0	0,8
	TAMBACOUNDA	0,8	3,9	68,9	24,9	1,5	1,4	5,7	75,3	16,5	1,0	1,0	2,5	75,4	20,3	0,8	0,8	2,1	75,9	20,5	0,7
	THIES	1,4	1,7	40,4	55,3	1,1	1,0	3,2	41,8	52,9	1,2	1,0	5,8	41,9	49,4	1,9	0,5	1,4	45,4	51,0	1,6
	ZIGUINCHOR	0,5	1,1	48,6	49,1	0,7	1,8	0,7	53,3	43,6	0,5	0,0	1,0	50,7	47,8	0,5	0,4	1,0	53,2	45,0	0,5
	Total	0,8	2,4	51,3	44,2	1,2	0,6	2,7	53,3	42,0	1,3	1,0	2,9	54,5	40,7	1,0	0,6	1,8	54,6	42,0	1,0
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	0,5	2,4	46,3	49,5	1,3	0,6	2,9	49,0	46,4	1,2	1,2	3,1	50,7	43,9	1,1	0,7	1,8	49,7	46,8	1,0
	RURAL	1,0	2,4	54,6	40,8	1,1	0,6	2,6	56,2	39,1	1,4	0,8	2,7	56,9	38,5	1,0	0,5	1,8	57,9	38,8	1,0
DISTRICT	District Centre	0,0	1,3	40,3	58,3	0,0	1,3	2,3	34,1	60,9	1,3	5,4	2,6	33,2	57,4	1,3	3,9	0,0	29,1	64,8	2,3
	District Gudiawaye	0,8	0,0	33,5	65,7	0,0	0,0	1,9	25,8	72,2	0,0	5,0	2,0	28,7	64,4	0,0	0,5	1,7	24,9	72,9	0,0
	District Keur Massar	5,9	5,8	59,2	28,6	0,4	2,4	10,3	66,9	20,5	0,0	1,6	3,6	80,8	13,9	0,0	0,0	7,7	72,1	20,2	0,0
	District Mbao	0,0	1,6	45,8	46,5	6,1	0,0	0,0	52,3	44,7	3,0	0,0	5,1	55,8	36,3	2,8	0,0	0,3	62,7	34,2	2,8

PNLP : Enquête Nationale sur les indicateurs du Paludisme au Sénégal

	On peut prévenir le paludisme en utilisant une moustiquaire					Dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide prévient le paludisme					La salubrité d'une maison peut prévenir le paludisme					Ne pas laisser de l'eau stagnante est l'un des moyens pour prévenir le paludisme				
	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P
District Nord	0,0	1,6	28,8	68,8	0,8	0,0	2,1	46,6	50,8	0,6	6,6	3,2	47,0	42,4	0,8	6,1	3,2	43,6	47,1	0,0
District Ouest	0,0	1,3	57,1	40,8	0,7	0,0	4,0	42,7	51,5	1,8	1,1	4,2	53,7	40,4	0,7	1,1	0,0	53,2	45,0	0,7
District Pikine	0,8	1,1	34,5	63,6	0,0	0,9	0,0	39,0	60,1	0,0	0,9	2,2	42,3	54,6	0,0	0,9	0,0	34,7	64,4	0,0
District Sud	0,0	3,4	71,2	20,5	4,8	0,0	0,0	62,2	32,9	4,8	1,5	4,7	63,4	28,9	1,5	0,0	1,3	67,6	29,6	1,5
DS Diamniadio	0,4	3,7	34,2	60,2	1,5	0,0	5,3	34,0	60,3	0,4	1,5	3,2	33,1	62,2	0,0	0,0	1,5	29,4	69,1	0,0
DS Rufisque	0,0	1,0	37,3	59,9	1,8	0,0	1,9	34,9	61,4	1,8	0,0	0,0	50,9	47,3	1,8	1,3	0,0	52,0	45,0	1,8
District Bambey	0,6	0,0	42,7	56,7	0,0	0,5	1,0	49,4	49,1	0,0	0,0	0,0	54,0	46,0	0,0	0,0	0,0	51,9	48,1	0,0
District Diourbel	1,3	2,6	40,7	55,2	0,2	1,9	4,2	45,8	46,9	1,2	1,3	2,0	48,4	47,3	1,0	0,9	2,2	42,9	53,0	1,0
District Mback	0,0	0,8	36,4	62,3	0,5	0,0	1,2	51,4	46,6	0,8	0,0	7,4	43,6	48,5	0,5	0,0	2,1	43,7	54,2	0,0
District Touba	0,8	5,1	56,7	36,5	0,9	0,0	5,8	60,1	31,3	2,8	1,2	8,6	53,9	35,2	1,0	0,0	5,1	59,7	33,7	1,5
District Dioffior	1,8	0,9	56,5	40,8	0,0	0,3	2,5	53,0	42,7	1,6	0,3	1,3	65,5	32,9	0,0	0,3	0,0	63,8	36,0	0,0
District Fatick	0,0	7,1	41,0	50,4	1,5	0,0	9,4	40,6	48,4	1,5	0,0	1,7	45,8	52,5	0,0	2,2	3,8	43,5	50,6	0,0
District Foundiougne	1,7	6,3	43,5	48,5	0,0	0,0	4,0	45,3	50,2	0,5	0,0	4,9	43,3	49,7	2,1	0,0	4,9	41,7	51,4	2,1
District Gossas	0,8	4,1	51,6	42,9	0,6	0,6	1,8	49,8	47,9	0,0	2,3	0,6	53,1	44,0	0,0	2,2	1,8	48,5	47,6	0,0
District Niakhar	0,4	5,2	64,0	25,4	5,0	0,8	2,7	66,2	23,0	7,2	2,5	0,2	77,4	15,1	4,8	0,6	2,7	78,1	13,8	4,8
District Passy	1,0	4,2	39,4	55,4	0,0	2,1	2,1	45,7	50,1	0,0	1,0	3,2	46,7	49,1	0,0	0,0	3,1	45,2	51,6	0,0
District Sokone	0,0	3,4	52,9	43,7	0,0	0,0	0,0	57,3	42,7	0,0	2,3	0,0	66,4	31,4	0,0	0,0	0,9	62,3	36,6	0,2
District de Birkelane	0,3	2,6	67,5	28,8	0,9	1,7	1,5	78,7	17,6	0,5	1,3	1,6	81,5	15,2	0,3	1,7	0,7	78,1	18,8	0,7
District de Kaffrine	0,4	0,4	71,0	27,9	0,4	0,0	3,8	73,5	22,4	0,4	0,4	2,3	79,3	17,3	0,8	0,0	0,7	75,8	23,1	0,4
District de Kounguel	0,0	2,9	70,0	26,5	0,6	0,0	3,7	74,2	22,2	0,0	0,0	1,1	74,8	22,6	1,5	0,0	1,7	73,1	25,0	0,3

PNLP : Enquête Nationale sur les indicateurs du Paludisme au Sénégal

	On peut prévenir le paludisme en utilisant une moustiquaire					Dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide prévient le paludisme					La salubrité d'une maison peut prévenir le paludisme					Ne pas laisser de l'eau stagnante est l'un des moyens pour prévenir le paludisme				
	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P
District de Malem Hodar	0,0	0,4	74,0	25,0	0,6	0,0	2,2	75,5	22,2	0,2	0,0	1,8	75,9	21,7	0,7	0,0	0,7	78,2	20,5	0,6
District Guinguineo	1,0	1,6	48,5	48,0	1,0	1,6	3,0	46,4	48,9	0,0	1,9	0,6	41,3	56,2	0,0	0,0	1,9	37,6	60,4	0,0
District Kaolack	0,0	0,0	41,0	57,5	1,5	0,0	0,0	39,4	60,6	0,0	0,0	0,0	29,9	70,1	0,0	0,0	0,0	32,8	67,2	0,0
District Ndofane	0,0	2,6	56,8	39,6	0,9	0,0	0,7	49,1	49,3	0,9	0,0	0,7	42,1	56,2	0,9	0,0	1,4	37,6	60,1	0,9
District Niore	0,8	1,6	51,4	45,8	0,3	0,4	0,3	47,1	51,7	0,5	0,4	0,9	47,7	51,0	0,0	0,8	0,7	44,0	54,5	0,0
DS KEDOUGOU	0,0	1,3	71,0	25,8	1,8	0,0	3,1	68,9	27,6	0,4	0,0	1,6	70,4	27,2	0,8	0,0	0,8	71,5	27,0	0,8
DS SALEMATA	0,9	0,0	73,8	25,2	0,0	0,9	0,6	75,1	23,3	0,0	0,9	0,0	69,2	29,9	0,0	0,9	0,0	68,3	30,8	0,0
DS SARAYA	0,0	1,9	62,7	33,7	1,7	0,0	2,0	64,8	32,4	0,8	0,5	0,0	63,5	35,2	0,8	0,5	0,0	62,7	35,2	1,7
DS Kolda	2,5	3,8	49,3	44,4	0,0	1,6	2,9	37,8	57,7	0,0	0,3	0,6	38,8	60,3	0,0	0,4	1,1	39,0	59,1	0,4
DS Mdina Yoro Foula	3,3	2,3	41,7	52,6	0,0	0,0	0,8	48,0	51,2	0,0	0,2	1,7	47,9	50,2	0,0	0,7	1,8	50,8	46,7	0,0
DS Velingara	1,0	1,2	50,7	46,6	0,5	0,4	1,7	50,6	46,1	1,2	0,3	0,6	52,1	46,8	0,2	0,0	2,5	53,6	43,7	0,2
District Coki	0,0	9,7	52,8	37,5	0,0	0,0	8,0	53,4	38,6	0,0	0,0	8,0	43,0	48,4	0,5	0,0	8,9	41,5	49,1	0,5
District Dahra	0,0	0,0	76,5	23,5	0,0	0,0	0,0	76,5	23,5	0,0	0,0	0,7	76,0	23,3	0,0	0,0	0,7	75,4	23,9	0,0
District Darou Mousty	0,0	1,3	61,7	37,0	0,0	0,0	1,3	60,9	37,8	0,0	0,7	0,9	60,9	37,5	0,0	0,0	2,4	59,6	38,1	0,0
District Kbmer	0,0	0,0	27,6	70,7	1,7	0,0	0,5	17,7	81,2	0,6	0,4	5,2	16,6	76,7	1,1	0,4	0,5	17,1	80,3	1,7
District Keur Momar SARR	0,0	0,0	73,5	23,9	2,6	0,0	0,0	73,5	24,2	2,3	0,0	2,2	72,6	24,2	1,0	0,0	0,0	74,8	24,2	1,0
District Lingure	0,0	3,0	35,3	61,7	0,0	1,5	3,0	36,2	59,3	0,0	3,0	6,1	34,2	56,7	0,0	0,0	0,0	41,3	58,7	0,0
District Louga	0,0	3,3	59,1	36,4	1,2	0,0	0,0	62,0	36,9	1,2	1,2	1,0	59,6	38,2	0,0	0,0	1,0	55,1	43,9	0,0
District Sakal	0,0	1,3	55,2	43,5	0,0	0,6	0,0	58,8	40,6	0,0	0,6	0,0	56,6	42,3	0,6	0,9	0,0	56,5	42,0	0,6
District Kanel	0,0	1,0	60,2	38,8	0,0	0,0	1,6	46,8	51,6	0,0	0,0	0,0	67,1	31,7	1,2	0,0	0,0	72,0	28,0	0,0

PNLP : Enquête Nationale sur les indicateurs du Paludisme au Sénégal

	On peut prévenir le paludisme en utilisant une moustiquaire					Dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide prévient le paludisme					La salubrité d'une maison peut prévenir le paludisme					Ne pas laisser de l'eau stagnante est l'un des moyens pour prévenir le paludisme				
	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P
District Ranrou	0,0	5,8	54,1	37,5	2,6	0,0	0,3	61,2	35,8	2,6	0,0	0,9	62,3	34,2	2,6	0,0	6,0	62,8	28,6	2,6
District Thilogne	0,6	2,2	53,3	43,2	0,7	0,0	1,5	52,0	46,2	0,4	0,6	2,8	56,0	40,3	0,4	0,0	1,8	63,1	34,8	0,4
District Matam	0,0	1,3	53,5	44,4	0,8	0,0	1,3	49,5	49,1	0,0	0,0	1,3	61,2	37,4	0,0	0,0	3,1	59,5	37,4	0,0
District Dagana	0,0	0,7	56,8	33,6	8,9	1,1	2,0	55,8	31,6	9,6	0,0	2,3	56,6	32,8	8,3	0,0	3,0	54,7	32,7	9,6
District Pt	2,1	1,1	68,7	25,7	2,4	0,0	0,0	69,5	28,0	2,4	0,0	1,1	68,8	27,7	2,4	0,0	2,1	82,0	13,5	2,4
District Podor	1,7	5,7	59,5	31,8	1,3	0,0	2,3	70,5	26,1	1,1	0,9	1,6	73,5	23,0	1,1	2,1	2,1	75,2	19,7	1,1
District Richard Toll	0,0	0,0	55,6	36,3	8,1	0,0	1,8	55,0	36,4	6,8	0,0	3,0	53,6	34,8	8,6	0,0	1,8	55,6	34,1	8,6
District Saint Louis	0,5	5,5	55,2	33,1	5,8	0,5	0,5	53,1	37,2	8,7	0,0	2,0	61,4	32,3	4,3	0,0	2,2	58,8	34,8	4,3
DS Bounkiling	0,0	2,6	38,8	58,2	0,4	0,0	0,3	40,7	58,6	0,4	0,0	0,8	33,1	66,2	0,0	0,0	0,3	34,0	64,9	0,8
DS Goudomp	0,4	0,0	47,3	50,5	1,8	0,0	0,9	53,7	43,6	1,8	0,0	0,5	42,8	54,9	1,8	0,0	1,4	42,5	54,3	1,8
DS Sedhiou	0,6	1,5	54,8	42,7	0,5	0,6	1,3	55,5	42,6	0,0	0,6	0,8	46,1	52,5	0,0	0,6	0,8	52,9	45,7	0,0
DS Bakel	0,0	0,0	63,3	35,3	1,5	0,0	0,0	67,6	30,9	1,5	0,0	0,0	65,9	32,7	1,5	0,0	0,0	67,1	31,4	1,5
DS Diankmakha	0,4	2,6	73,1	22,8	1,1	0,0	0,0	78,7	20,2	1,1	0,0	0,0	73,2	26,2	0,5	0,0	0,0	74,0	25,5	0,5
DS Goudiry	1,7	5,7	56,7	35,1	0,8	1,4	2,0	71,8	24,8	0,0	0,3	1,3	63,9	34,5	0,0	0,7	2,2	61,3	35,8	0,0
DS Kidira	0,0	2,8	61,8	35,4	0,0	0,0	0,0	70,1	29,9	0,0	0,0	0,0	68,3	31,7	0,0	0,0	0,0	70,9	29,1	0,0
DS Koumpeuntoum	1,6	5,6	65,4	25,7	1,7	2,9	7,8	70,3	17,9	1,2	2,8	3,1	68,6	24,3	1,2	1,8	2,4	69,8	24,8	1,2
DS Makacoulibantang	0,0	1,9	75,8	20,3	2,0	0,0	6,8	83,4	7,4	2,4	0,0	2,9	86,2	9,8	1,1	0,0	2,0	88,8	8,1	1,1
DS Tamba	0,4	4,3	74,5	19,6	1,3	1,6	7,3	77,4	13,7	0,0	0,7	3,4	82,6	12,7	0,5	1,1	2,7	81,9	14,3	0,0
District Joal Fadiouth	0,0	0,0	12,3	86,5	1,2	0,0	0,0	6,6	92,2	1,2	0,0	2,1	15,9	80,8	1,2	0,0	0,0	9,1	89,7	1,2

PNLP : Enquête Nationale sur les indicateurs du Paludisme au Sénégal

	On peut prévenir le paludisme en utilisant une moustiquaire					Dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide prévient le paludisme					La salubrité d'une maison peut prévenir le paludisme					Ne pas laisser de l'eau stagnante est l'un des moyens pour prévenir le paludisme				
	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NS P
District Khombole	1,3	1,8	50,6	46,0	0,3	0,5	0,0	47,9	51,3	0,3	0,0	0,5	51,7	47,5	0,3	0,0	0,5	52,1	47,2	0,3
District Mbour	0,0	1,3	36,8	60,4	1,5	2,0	3,3	38,2	54,4	2,2	0,0	14,4	28,4	53,1	4,1	0,0	0,0	43,5	52,5	4,0
District Mkh	0,0	1,1	59,8	35,4	3,6	0,0	2,1	61,2	33,1	3,6	1,8	3,5	61,5	29,6	3,6	0,0	2,5	64,8	29,2	3,6
District Popenguine	0,4	2,9	40,2	55,0	1,4	0,0	2,4	46,6	50,5	0,4	0,5	14,5	39,3	45,0	0,8	0,9	3,6	49,9	45,1	0,4
District Pout	2,1	2,1	39,3	56,6	0,0	0,6	2,7	50,1	46,6	0,0	0,6	1,5	55,4	42,5	0,0	0,6	1,5	53,3	44,6	0,0
District Thiadiaye	7,9	1,0	36,8	54,3	0,0	4,0	8,1	37,3	50,5	0,0	3,3	2,6	40,7	53,3	0,0	3,3	4,3	33,4	58,9	0,0
District This	3,3	3,9	37,6	53,3	1,9	0,0	3,5	38,9	56,5	1,2	1,2	4,5	43,4	48,1	2,8	1,2	2,4	44,6	50,0	1,8
District Tivaoune	0,0	0,0	45,9	53,6	0,5	1,2	4,8	46,4	46,5	1,2	2,1	1,8	48,3	47,1	0,7	0,0	1,2	48,3	49,8	0,7
District Bignona	0,6	2,7	47,1	49,6	0,0	0,0	0,0	47,3	52,7	0,0	0,0	0,0	46,5	53,5	0,0	0,0	0,0	45,7	54,3	0,0
District Diouloulou	0,0	0,0	40,7	58,7	0,6	0,0	0,8	31,2	67,4	0,6	0,0	0,0	42,6	56,8	0,6	0,0	0,0	42,9	56,4	0,6
District Oussouye	0,0	0,0	56,7	42,8	0,6	0,6	0,0	71,3	27,6	0,6	0,0	0,0	51,3	48,2	0,6	0,0	0,0	54,7	44,7	0,6
District Thionck essyl	0,0	2,0	57,9	38,2	2,0	0,0	3,9	59,3	36,8	0,0	0,0	2,0	71,2	26,8	0,0	0,0	2,0	69,6	28,4	0,0
District Ziguinchor	0,7	0,8	48,4	49,3	0,8	3,7	0,8	57,3	37,4	0,8	0,0	1,7	51,5	46,0	0,8	0,7	1,7	56,5	40,2	,8

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Annexe 6 : Perception de la période de prévalence de la maladie par région, milieu de résidence et par DS

		Il y a seulement un risque d'attraper le paludisme pendant la saison de pluie				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
REGION	DAKAR	23,6	38,3	25,2	9,8	3,0
	DIOURBEL	21,7	43,6	23,0	10,1	1,7
	FATICK	24,5	37,7	27,0	9,4	1,5
	KAFFRINE	6,0	44,0	41,1	7,4	1,4
	KAOLACK	27,9	32,2	30,1	8,1	1,7
	KEDOUGOU	10,0	44,7	34,8	7,0	3,5
	KOLDA	11,8	39,1	36,0	12,1	1,0
	LOUGA	10,3	46,6	37,0	5,8	0,4
	MATAM	7,3	47,4	35,8	8,1	1,3
	SAINT LOUIS	11,1	54,8	22,4	6,3	5,4
	SEDHIOU	17,0	41,8	31,7	8,5	1,1
	TAMBACOUNDA	6,4	39,2	43,9	7,2	3,2
	THIES	21,3	46,0	18,1	12,4	2,2
	ZIGUINCHOR	17,7	49,4	27,6	4,6	0,7
	Total	17,4	42,1	29,2	9,1	2,2
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	21,4	42,2	25,1	8,7	2,6
	RURAL	14,8	42,1	31,9	9,3	1,9
DISTRICT	District Centre	26,3	37,9	19,1	9,3	7,4
	District Gudiawaye	37,6	18,9	24,9	18,5	0,0
	District Keur Massar	13,7	43,0	38,3	4,3	0,6
	District Mbao	13,1	44,0	25,0	4,3	13,5
	District Nord	12,6	54,0	20,1	12,1	1,1
	District Ouest	17,9	43,3	34,2	3,9	0,7
	District Pikine	37,8	41,9	10,0	10,3	0,0
	District Sud	9,8	38,0	43,0	0,0	9,2
	DS Diamniadio	9,8	35,6	38,2	16,4	0,0
	DS Rufisque	36,7	24,5	24,6	12,3	1,8
	District Bambey	18,3	46,4	25,6	8,6	1,1
	District Diourbel	24,3	31,5	25,0	15,7	3,4
	District Mback	25,1	41,1	14,0	18,5	1,3
	District Touba	20,8	48,7	23,1	6,4	1,1
	District Dioffior	30,0	35,9	17,7	15,0	1,3
	District Fatick	24,5	40,1	23,2	10,9	1,3

	Il y a seulement un risque d'attraper le paludisme pendant la saison de pluie				
	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
District Foundiougne	9,3	76,8	12,1	0,0	1,8
District Gossas	26,2	31,5	28,9	13,3	0,0
District Niakhar	21,0	37,3	31,1	8,2	2,4
District Passy	33,9	22,9	32,2	10,0	1,0
District Sokone	32,5	30,8	25,8	10,4	0,5
District de Birkelane	4,9	48,0	39,1	5,5	2,5
District de Kafrine	5,8	43,2	41,9	7,9	1,2
District de Kounguel	6,9	47,3	37,5	7,8	0,5
District de Malem Hodar	6,6	36,7	46,9	7,9	1,9
District Guinguineo	18,8	25,0	45,8	8,5	1,8
District Kaolack	38,1	20,1	25,8	14,1	2,0
District Ndoffane	27,9	36,9	32,8	2,4	0,0
District Nioro	26,3	36,4	27,0	8,1	2,3
DS KEDOUGOU	8,4	47,8	33,8	5,7	4,3
DS SALEMATA	13,7	43,5	40,4	2,4	0,0
DS SARAYA	12,2	37,6	34,5	12,4	3,3
DS Kolda	24,6	50,4	20,4	3,8	0,8
DS Mdina Yoro Foula	8,4	36,2	36,9	17,9	0,6
DS Velingara	8,5	36,1	41,2	13,1	1,2
District Coki	6,9	36,7	48,5	7,9	0,0
District Dahra	1,1	48,9	50,0	0,0	0,0
District Darou Mousty	3,9	54,0	42,1	0,0	0,0
District Kbmer	19,6	52,4	16,6	10,8	0,6
District Keur Momar SARR	0,0	40,4	50,6	8,1	1,0
District Lingure	29,6	43,2	18,8	6,9	1,5
District Louga	3,8	50,1	44,4	1,6	0,0
District Sakal	7,1	44,8	39,5	8,5	0,0
District Kanel	6,5	39,8	44,2	6,6	2,8
District Ranrou	10,5	52,0	28,4	8,1	0,9
District Thilogne	6,4	55,2	30,3	8,1	0,0
District Matam	7,4	51,4	29,8	11,4	0,0
District Dagana	25,2	41,9	17,6	6,4	8,9
District Pt	11,0	50,5	32,0	6,1	0,4
District Podor	9,8	55,9	25,5	6,9	1,9
District Richard Toll	9,0	64,6	7,1	7,5	11,9
District Saint Louis	8,1	56,3	23,3	5,2	7,2
DS Bounkiling	13,2	34,0	38,8	13,2	0,7
DS Goudomp	16,9	45,7	29,5	6,0	1,8

	Il y a seulement un risque d'attraper le paludisme pendant la saison de pluie				
	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
DS Sedhiou	20,8	45,9	26,4	5,9	0,9
DS Bakel	9,8	55,2	20,1	5,0	9,9
DS Diankmakha	6,8	39,8	39,2	7,2	7,0
DS Goudiry	17,2	50,0	25,6	5,9	1,4
DS Kidira	12,0	45,8	40,8	1,4	0,0
DS Koumpeuntoum	4,7	30,0	52,5	11,7	1,2
DS Makacoulibantang	1,7	36,4	53,2	6,3	2,3
DS Tamba	5,4	40,9	44,4	4,6	4,7
District Joal Fadiouth	38,2	37,0	12,8	10,1	1,9
District Khombole	9,1	55,8	16,5	18,1	0,6
District Mbour	24,5	51,8	11,9	7,7	4,1
District Mkh	17,4	61,0	9,4	2,9	9,2
District Popenguine	38,0	51,0	6,7	2,2	2,1
District Pout	13,8	58,4	15,6	12,2	0,0
District Thiadiaye	25,8	23,4	21,0	29,8	0,0
District This	22,0	44,2	20,1	11,1	2,6
District Tivaoune	16,5	33,3	32,7	16,7	0,7
District Bignona	12,9	44,1	29,0	13,9	0,0
District Diouloulou	24,1	48,8	23,5	1,5	2,0
District Oussouye	23,8	46,6	26,6	2,4	0,6
District Thionck essyl	4,8	43,0	44,0	8,2	0,0
District Ziguinchor	19,1	53,5	25,7	0,9	,8

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Annexe 7 : Perception de l'efficacité de la moustiquaire par région, milieu de résidence et par DS

		L'utilisation des moustiquaires est une protection efficace pour vous éviter d'attraper le paludisme				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
REGION	DAKAR	0,7	1,6	46,9	50,2	0,7
	DIOURBEL	1,4	5,3	51,4	41,7	0,3
	FATICK	2,7	4,4	56,8	34,6	1,6
	KAFFRINE	1,6	2,6	69,3	25,9	0,6
	KAOLACK	1,1	3,0	54,2	40,8	0,9
	KEDOUGOU	2,5	5,0	68,4	23,6	0,7
	KOLDA	2,3	3,2	44,6	49,1	0,8
	LOUGA	0,7	2,3	49,3	46,3	1,4
	MATAM	0,1	3,5	56,7	39,2	0,5
	SAINT LOUIS	1,2	4,5	61,9	26,6	5,8
	SEDHIOU	0,5	1,8	47,0	50,3	0,4
	TAMBACOUNDA	1,8	5,0	74,5	18,2	0,5
	THIES	2,1	2,8	40,6	53,3	1,2
	ZIGUINCHOR	0,4	1,5	53,5	44,3	0,2
	Total	1,4	3,2	53,4	41,0	1,0
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	1,1	2,9	50,0	45,2	0,8
	RURAL	1,5	3,5	55,6	38,3	1,1
DISTRICT	District Centre	2,4	0,6	47,9	48,6	0,6
	District Gudiawaye	1,6	0,8	33,1	64,5	0,0
	District Keur Massar	1,7	0,0	73,1	25,3	0,0
	District Mbao	0,0	1,1	63,2	35,7	0,0
	District Nord	0,0	3,9	43,3	51,8	1,1
	District Ouest	0,0	4,0	47,1	46,7	2,3
	District Pikine	0,0	0,8	38,1	61,1	0,0
	District Sud	0,0	0,0	73,4	21,8	4,8
	DS Diamniadio	0,0	3,0	28,5	68,5	0,0
	DS Rufisque	2,5	2,8	43,1	48,6	3,0
	District Bambey	1,8	1,3	56,7	40,1	0,0
	District Diourbel	3,1	3,9	44,1	48,9	0,0
	District Mback	1,4	1,6	39,4	55,0	2,6
	District Touba	0,5	7,8	55,5	36,2	0,0
	District Dioffior	4,3	3,3	56,0	36,0	0,4
	District Fatick	0,3	1,8	51,1	45,6	1,3
	District Foundiougne	0,0	3,1	47,1	48,0	1,8
	District Gossas	3,7	2,5	52,9	41,0	0,0
District Niakhar	3,2	5,7	63,9	24,6	2,6	
District Passy	2,8	3,2	44,9	47,2	2,0	

	L'utilisation des moustiquaires est une protection efficace pour vous éviter d'attraper le paludisme				
	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
District Sokone	2,4	5,0	53,6	38,4	0,5
District de Birkelane	2,6	6,0	67,0	22,7	1,6
District de Kafrine	1,8	2,8	66,0	29,1	0,4
District de Kounguel	0,6	1,2	71,7	26,1	0,4
District de Malem Hodar	1,4	0,4	74,8	23,2	0,2
District Guinguineo	0,0	2,9	63,7	33,5	0,0
District Kaolack	1,5	4,3	41,9	51,3	0,9
District Ndoffane	0,0	3,5	67,4	28,4	0,6
District Nioro	1,7	2,4	51,0	43,7	1,2
DS KEDOUGOU	3,4	6,0	66,0	24,2	0,4
DS SALEMATA	0,9	0,6	73,4	25,0	0,0
DS SARAYA	0,9	4,5	71,7	21,2	1,7
DS Kolda	2,4	5,7	37,5	53,7	0,7
DS Mdina Yoro Foula	0,7	3,0	41,5	53,4	1,4
DS Velingara	2,7	2,3	48,2	46,0	0,7
District Coki	1,3	3,3	47,6	45,3	2,4
District Dahra	0,0	4,3	69,9	25,8	0,0
District Darou Mousty	1,3	1,3	59,9	36,8	0,7
District Kbmer	0,5	0,0	22,7	73,5	3,3
District Keur Momar SARR	0,0	3,6	68,8	25,2	2,3
District Lingure	0,0	4,5	29,8	63,6	2,1
District Louga	0,0	0,9	60,8	37,1	1,2
District Sakal	1,3	1,6	52,9	44,1	0,0
District Kanel	0,0	3,7	58,8	36,7	0,9

	L'utilisation des moustiquaires est une protection efficace pour vous éviter d'attraper le paludisme				
	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
District Ranrou	0,0	4,6	60,2	35,2	0,0
District Thilogne	0,0	4,6	51,4	43,4	0,6
District Matam	0,7	0,7	55,3	43,3	0,0
District Dagana	0,0	3,2	57,3	32,1	7,4
District Pt	0,0	5,3	65,3	27,8	1,5
District Podor	2,4	3,0	71,6	19,5	3,4
District Richard Toll	2,0	12,4	42,5	34,9	8,2
District Saint Louis	0,5	3,1	60,0	28,3	8,1
DS Bounkiling	0,0	2,3	37,2	60,2	0,3
DS Goudomp	0,0	2,2	57,7	39,2	0,9
DS Sedhiou	1,5	1,0	46,9	50,5	0,0
DS Bakel	1,3	3,3	70,0	25,4	0,0
DS Diankmakha	0,6	3,0	77,3	18,6	0,5
DS Goudiry	1,4	7,3	73,1	17,5	0,6
DS Kidira	0,0	1,4	77,8	20,8	0,0
DS Koumpeuntoum	3,8	6,0	67,7	22,2	0,4
DS Makacoulibantang	0,5	2,8	82,8	13,9	0,0
DS Tamba	1,4	5,6	76,1	15,9	1,1
Joal Fadiouth	4,0	0,6	12,5	82,4	0,6
District Khombole	1,9	3,4	42,6	51,9	0,3
District Mbour	2,0	2,7	37,0	56,8	1,5
District Mkh	1,3	3,2	65,0	28,0	2,5

		L'utilisation des moustiquaires est une protection efficace pour vous éviter d'attraper le paludisme				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
	District Popenguine	2,8	1,4	51,1	44,3	0,4
	District Pout	2,4	4,0	47,5	44,7	1,4
	District Thiadiaye	1,0	0,0	32,4	66,7	0,0
	District This	1,4	1,7	37,5	56,6	2,8
	District Tivaoune	2,8	5,5	44,9	46,8	0,0
	District Bignona	1,6	2,2	43,1	53,1	0,0
	District Diouloulou	0,0	0,9	30,1	67,5	1,4
	District Oussouye	0,0	1,5	61,6	36,3	0,6
	Thionck essyl	0,0	0,0	72,0	28,0	0,0
	District Ziguinchor	0,0	1,6	60,1	38,3	0,0

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Annexe 8 : Perception sur l'efficacité des moustiquaires imprégnées pa région, milieu de résidence et par DS

		Les moustiquaires imprégnées ne sont pas plus efficaces que les moustiquaires ordinaires pour nous protéger du paludisme				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
REGION	DAKAR	37,3	44,7	9,5	3,8	4,7
	DIOURBEL	44,5	39,5	9,8	3,1	3,0
	FATICK	33,1	50,2	12,7	2,4	1,6
	KAFFRINE	16,9	75,2	3,9	1,7	2,3
	KAOLACK	29,1	56,4	8,9	4,2	1,4
	KEDOUGOU	22,7	66,2	4,9	1,9	4,3
	KOLDA	34,3	51,4	9,1	2,2	3,0
	LOUGA	26,8	51,5	16,6	3,0	2,1
	MATAM	18,0	71,1	8,7	0,7	1,5
	SAINT LOUIS	13,5	65,2	12,2	2,3	6,7
	SEDHIOU	30,1	63,0	5,0	1,1	0,8
	TAMBACOUNDA	15,1	76,1	4,3	1,5	2,9
	THIES	45,3	44,5	3,6	3,2	3,4
	ZIGUINCHOR	26,5	69,5	3,1	0,7	0,2
	Total	31,7	54,3	8,2	2,7	3,1
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	34,1	50,6	8,8	3,1	3,5
	RURAL	30,2	56,7	7,8	2,5	2,9
DISTRICT	District Centre	37,8	36,0	9,9	6,3	9,9
	District Gudiawaye	60,8	19,3	8,6	8,8	2,5
	District Keur Massar	24,4	51,4	22,4	0,6	1,2
	District Mbao	20,9	66,9	4,3	0,0	7,9
	District Nord	21,7	55,2	13,0	7,5	2,6
	District Ouest	31,5	48,0	10,8	1,1	8,7
	District Pikine	57,5	32,7	6,4	1,9	1,5
	District Sud	15,6	46,3	5,7	4,2	28,2
	DS Diamniadio	16,4	62,9	11,2	7,7	1,8
	DS Rufisque	53,4	33,1	6,2	4,3	3,0
	District Bambey	60,1	32,1	1,0	3,0	3,9
	District Diourbel	51,2	33,1	9,3	2,1	4,2
	District Mback	54,1	37,9	7,0	0,1	0,9

		Les moustiquaires imprégnées ne sont pas plus efficaces que les moustiquaires ordinaires pour nous protéger du paludisme				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
	District Touba	34,8	45,0	13,4	4,2	2,7
	District Dioffior	27,1	59,0	10,8	2,3	0,7
	District Fatick	50,3	36,0	8,9	3,3	1,5
	District Foundiougne	17,5	70,6	10,2	0,0	1,8
	District Gossas	42,6	49,6	6,1	1,8	0,0
	District Niakhar	26,1	50,0	18,2	3,2	2,6
	District Passy	47,2	37,9	9,0	2,1	3,8
	District Sokone	37,7	51,7	8,8	1,7	0,0
	District de Birkelane	10,1	74,3	6,8	4,0	4,8
	District de Kaffrine	22,4	74,0	2,8	0,0	0,7
	District de Kounguel	16,2	77,6	3,3	1,1	1,8
	District de Malem Hodar	14,6	75,4	3,8	3,2	3,1
	District Guinguineo	24,7	66,2	4,8	1,7	2,6
	District Kaolack	36,7	39,0	16,7	6,6	0,9
	District Ndoffane	25,8	60,6	9,4	2,6	1,6
	District Nioro	28,8	58,7	6,9	4,5	1,1
	DS KEDOUGOU	21,8	64,4	5,8	2,7	5,4
	DS SALEMATA	20,2	76,1	2,1	0,9	0,6
	DS SARAYA	26,0	66,0	4,1	0,6	3,3
	DS Kolda	36,0	52,9	7,5	2,5	1,2
	DS Mdina Yoro Foula	34,1	52,3	7,4	2,3	3,9
	DS Velingara	33,7	50,6	10,2	2,1	3,4
	District Coki	26,3	39,9	24,9	3,7	5,2
	District Dahra	13,7	60,7	25,7	0,0	0,0
	District Darou Mousty	21,2	57,4	17,8	2,8	0,7
	District Kbmer	41,4	44,5	0,0	12,7	1,5

		Les moustiquaires imprégnées ne sont pas plus efficaces que les moustiquaires ordinaires pour nous protéger du paludisme				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
	District Keur Momar SARR	21,1	42,7	33,6	0,0	2,6
	District Lingure	29,1	56,7	9,1	1,5	3,6
	District Louga	26,4	41,0	27,9	0,9	3,9
	District Sakal	28,3	58,5	12,2	0,6	0,6
	District Kanel	18,7	68,6	9,3	1,0	2,4
	District Ranrou	14,8	70,7	11,7	0,7	2,2
	District Thilogne	22,3	67,6	9,5	0,0	0,6
	District Matam	14,1	81,3	3,8	0,8	0,0
	District Dagana	21,8	57,1	8,5	0,5	12,1
	District Pt	12,1	71,7	9,8	3,6	2,9
	District Podor	20,1	69,6	7,9	0,3	2,1
	District Richard Toll	2,7	60,7	15,7	6,2	14,7
	District Saint Louis	8,4	62,9	17,6	3,0	8,0
	DS Bounkiling	29,7	56,4	11,8	1,3	0,8
	DS Goudomp	30,6	66,4	0,6	0,7	1,8
	DS Sedhiou	30,2	66,4	2,2	1,2	0,0
	DS Bakel	14,7	76,3	2,1	1,0	5,9
	DS Diankmakha	18,1	70,5	2,7	0,0	8,7
	DS Goudiry	19,4	72,7	2,8	1,4	3,6
	DS Kidira	17,3	79,8	3,0	0,0	0,0
	DS Koumpeuntoum	17,2	72,8	6,1	2,9	1,0
	DS Makacoulibantang	11,1	82,4	5,2	0,1	1,1
	DS Tamba	13,7	76,5	3,4	1,8	4,6
	District Joal Fadiouth	57,7	35,8	0,7	2,0	3,8
	District Khombole	49,4	43,5	2,5	2,5	2,1
	District Mbour	39,3	49,5	3,2	2,6	5,3

		Les moustiquaires imprégnées ne sont pas plus efficaces que les moustiquaires ordinaires pour nous protéger du paludisme				
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT A FAIT D'ACCORD	NSP
	District Mkh	16,8	71,5	7,2	2,1	2,5
	District Popenguine	40,8	46,0	7,6	1,7	3,9
	District Pout	48,0	34,0	5,9	10,5	1,5
	District Thiadiaye	47,1	47,8	2,2	2,9	0,0
	District This	51,0	40,6	1,8	2,7	3,8
	District Tivaoune	47,6	41,7	4,5	3,0	3,3
	District Bignona	29,4	63,7	5,7	1,2	0,0
	District Diouloulou	31,5	66,3	0,8	0,0	1,5
	District Oussouye	28,8	70,6	0,0	0,0	0,6
	District Thionck essyl	25,7	74,3	0,0	0,0	0,0
	District Ziguinchor	23,5	72,1	3,6	0,9	0,0

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Annexe 9 : Possession de n'importe quel type de moustiquaire par région, milieu de résidence et par DS .

Caractéristique sociodémographique/REGION_District		POSSESSION DE N'IMPORTE QUEL TYPE DE MOUSTIQUAIRE			
		Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire (%)	Pourcentage de ménages ayant plus d'une moustiquaire (%)	Nombre moyen de moustiquaires par ménage	Effectif de ménages
REGION	DAKAR	85,1	74,9	4,0	1746
	DIORBEL	97,2	96,4	6,4	719
	FATICK	99,5	97,4	5,6	1148
	KAFFRINE	93,8	90,9	6,0	1042
	KAOLACK	99,6	97,2	5,8	736
	KEDOUGOU	98,0	92,2	4,7	568
	KOLDA	99,0	95,5	5,0	771
	LOUGA	98,1	94,6	5,0	1384
	MATAM	98,5	95,6	5,1	889
	SAINT LOUIS	86,4	78,3	4,5	923
	SEDHIOU	97,8	96,2	5,3	641
	TAMBACOUNDA	96,8	92,7	5,4	1283
	THIES	97,7	93,1	5,1	1635
	ZIGUINCHOR	98,6	92,9	4,6	807
Total	93,8	88,6	5,0	14292	
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	90,4	82,6	4,6	4775
	RURAL	97,0	94,1	5,4	9517
	Total	93,8	88,6	5,0	14292
District	District Centre	68,5	51,8	2,7	176
	District Gudiawaye	84,8	74,0	4,5	181
	District Keur Massar	95,6	87,4	4,0	183
	District Mbao	96,4	84,1	3,9	175
	District Nord	70,2	56,9	3,3	201
	District Ouest	63,5	53,1	3,1	166
	District Pikine	89,4	84,2	4,6	174
	District Sud	72,4	57,0	2,5	163

Caractéristique sociodémographique/REGION_District	POSSESSION DE N'IMPORTE QUEL TYPE DE MOUSTIQUAIRE			
	Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire (%)	Pourcentage de ménages ayant plus d'une moustiquaire (%)	Nombre moyen de moustiquaires par ménage	Effectif de ménages
DS Diamniadio	97,1	87,3	4,3	153
DS Rufisque	95,2	89,7	4,5	174
District Bambey	99,4	98,1	6,3	197
District Diourbel	98,8	97,3	5,7	177
District Mback	99,5	98,6	5,7	153
District Touba	95,7	95,3	6,7	192
District Dioffior	99,3	94,7	5,0	177
District Fatick	99,0	96,1	5,6	112
District Foundiougne	99,0	95,8	5,5	210
District Gossas	100,0	97,9	6,2	173
District Niakhar	99,6	99,2	5,3	199
District Passy	100,0	95,6	6,3	127
District Sokone	99,3	98,2	6,0	150
District de Birkelane	90,6	89,2	6,3	291
District de Kafrine	92,6	89,2	6,0	303
District de Kounguel	96,9	93,3	5,5	234
District de Malem Hodar	96,6	93,5	6,6	214
District Guinguineo	99,6	99,0	5,9	176
District Kaolack	98,8	95,8	5,6	181
District Ndoffane	100,0	98,1	5,6	174
District Nioro	100,0	97,4	6,1	205

Caractéristique sociodémographique/REGION_District	POSSESSION DE N'IMPORTE QUEL TYPE DE MOUSTIQUAIRE			
	Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire (%)	Pourcentage de ménages ayant plus d'une moustiquaire (%)	Nombre moyen de moustiquaires par ménage	Effectif de ménages
DS KEDOUGOU	98,2	92,7	4,8	203
DS SALEMATA	97,9	90,6	4,4	161
DS SARAYA	97,6	91,9	4,5	204
DS Kolda	99,0	96,3	5,0	257
DS Mdina Yoro Foula	98,4	95,6	4,9	264
DS Velingara	99,1	95,2	5,0	250
District Coki	96,2	94,1	4,8	144
District Dahra	100,0	100,0	4,7	237
District Darou Mousty	98,8	98,3	4,7	245
District Kbmer	98,4	95,6	5,9	191
District Keur Momar SARR	95,2	93,0	5,0	127
District Lingure	98,4	86,2	4,5	106
District Louga	96,4	90,3	4,7	179
District Sakal	100,0	98,6	5,7	155
District Kanel	98,4	94,7	5,7	190
District Ranrou	98,2	94,1	4,4	260
District Thilogne	98,6	97,2	4,7	297
District Matam	98,6	96,7	5,0	142
District Dagana	75,3	70,2	4,7	134
District Pt	94,2	92,8	5,2	114
District Podor	94,7	88,7	4,7	334

Caractéristique sociodémographique/REGION_District	POSSESSION DE N'IMPORTE QUEL TYPE DE MOUSTIQUAIRE			
	Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire (%)	Pourcentage de ménages ayant plus d'une moustiquaire (%)	Nombre moyen de moustiquaires par ménage	Effectif de ménages
District Richard Toll	86,2	77,5	4,5	147
District Saint Louis	78,2	64,7	3,7	194
DS Bounkiling	99,3	99,3	5,4	225
DS Goudomp	98,6	96,6	5,4	193
DS Sedhiou	95,3	92,6	5,1	223
DS Bakel	97,9	95,2	6,2	205
DS Diankmakha	97,4	95,5	5,1	213
DS Goudiry	94,9	91,6	5,1	152
DS Kidira	100,0	65,9	4,1	96
DS Koumpeuntoum	99,3	96,1	5,3	193
DS Makacoulibantang	96,3	92,5	6,0	208
DS Tamba	94,9	89,3	5,0	216
District Joal Fadiouth	96,0	93,1	4,8	163
District Khombole	97,3	95,5	5,5	147
District Mbour	98,1	93,9	5,1	238
District Mkh	97,8	90,6	4,7	146
District Popenguine	98,6	90,5	5,1	250
District Pout	94,8	89,7	5,1	191
District Thiadiaye	99,0	83,1	3,9	137
District This	97,5	96,0	5,4	185

Caractéristique sociodémographique/REGION_District	POSSESSION DE N'IMPORTE QUEL TYPE DE MOUSTIQUAIRE			
	Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire (%)	Pourcentage de ménages ayant plus d'une moustiquaire (%)	Nombre moyen de moustiquaire s par ménage	Effectif de ménage s
District Tivaoune	98,4	94,7	5,5	178
District Bignona	98,6	96,9	5,2	240
District Diouloulou	99,7	97,9	4,6	145
District Oussouye	100,0	94,0	4,3	144
District Thionck essyl	100,0	100,0	5,3	64
District Ziguinchor	98,0	89,0	4,2	214
Total	93,8	88,6	5,0	14292

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Annexe 10 Durée moyenne de possession de moustiquaire en mois par région, milieu de résidence et DS.

		DUREE MOYENNE DE POSSESSION DES MOUSTIQUARES (en mois)	Effectif de Menages
REGION	DAKAR	1,24	1746
	DIORBEL	3,32	719
	FATICK	3,55	1148
	KAFFRINE	2,84	1042
	KAOLACK	5,18	736
	KEDOUGOU	2,68	568
	KOLDA	3,00	771
	LOUGA	2,16	1384
	MATAM	1,16	889
	SAINT LOUIS	2,09	923
	SEDHIOU	3,11	641
	TAMBACOUNDA	3,32	1283
	THIES	4,40	1635
	ZIGUINCHOR	2,50	807
	Total	2,79	14292
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	2,28	4775
	RURAL	3,20	9517
	Total	2,79	14292
DISTRICT	District Centre	,77	176
	District Guédiawaye	1,10	181
	District Keur Massar	1,03	183
	District Mbao	,98	175
	District Nord	1,48	201
	District Ouest	,93	166
	District Pikine	,98	174
	District Sud	,82	163
	DS Diamniadio	2,42	153
	DS Rufisque	1,57	174
	District Bambey	3,38	197
	District Diourbel	2,49	177
	District Mbacké	3,55	153
	District Touba	3,53	192
	District Dioffior	1,93	177

	DUREE MOYENNE DE POSSESSION DES MOUSTIQUARES (en mois)	Effectif de Menages
District Fatick	3,25	112
District Foundiougne	2,62	210
District Gossas	6,64	173
District Niakhar	2,67	199
District Passy	5,58	127
District Sokone	3,88	150
District de Birkelane	3,24	291
District de Kaffrine	2,73	303
District de Kounguel	2,68	234
District de Malem Hodar	2,87	214
District Guinguineo	7,20	176
District Kaolack	5,61	181
District Ndoffane	4,01	174
District Nioro	4,67	205
DS KEDOUGOU	2,68	203
DS SALEMATA	2,45	161
DS SARAYA	2,82	204
DS Kolda	3,05	257
DS Médina Yoro Foula	3,27	264
DS Velingara	2,89	250
District Coki	2,40	144
District Dahra	2,31	237
District Darou Mousty	2,06	245
District Kébémér	2,71	191

	DUREE MOYENNE DE POSSESSION DES MOUSTIQUARES (en mois)	Effectif de Menages
District Keur Momar SARR	1,97	127
District Linguère	1,92	106
District Louga	1,89	179
District Sakal	2,13	155
District Kanel	1,30	190
District Ranérou	,98	260
District Thilogne	1,20	297
District Matam	1,00	142
District Dagana	3,48	134
District Pété	1,46	114
District Podor	1,73	334
District Richard Toll	2,72	147
District Saint Louis	2,05	194
DS Bounkiling	3,11	225
DS Goudomp	2,98	193
DS Sedhiou	3,27	223
DS Bakel	3,33	205
DS Diankémakha	2,96	213
DS Goudiry	2,67	152
DS Kidira	3,09	96
DS Koumpeuntoum	2,83	193
DS Makacoulibantang	4,26	208
DS Tamba	3,45	216

	DUREE MOYENNE DE POSSESSION DES MOUSTIQUARES (en mois)	Effectif de Menages
District Joal Fadiouth	13,42	163
District Khombole	2,85	147
District Mbour	2,13	238
District Mékhé	2,64	146
District Popenguine	1,53	250
District Pout	2,42	191
District Thiadiaye	2,00	137
District Thiés	6,39	185
District Tivaoune	5,53	178
District Bignona	2,96	240
District Diouloulou	2,58	145
District Oussouye	2,61	144
District Thionck essyl	2,53	64
District Ziguinchor	2,25	214
Total	2,79	14292

Source : ENPS III, G. SOTERCO 2016

Annexe 11 : Mode d'acquisition des moustiquaires et prix des moustiquaires achetées par DS

	DS	Acheté	Gratuit/ programme de santé	Don de particulier	Autres	NSP	TOTAL
DISTRICT	District Centre	4,4	91,6	0,7	2,6	0,7	100
	District Guédiawaye	2,0	97,2	0,7	0,0	0,2	100
	District Keur Massar	5,7	94,2	0,0	0,1	0,0	100
	District Mbao	5,8	94,0	0,2	0,0	0,0	100
	District Nord	11,4	86,4	1,1	0,0	1,1	100
	District Ouest	17,4	81,8	0,4	0,0	0,4	100
	District Pikine	7,0	91,0	1,1	0,0	0,9	100
	District Sud	1,8	94,2	2,7	0,4	0,9	100
	DS Diamniadio	3,7	92,0	0,0	0,0	4,3	100
	DS Rufisque	11,7	86,2	1,0	0,9	0,3	100
	District Bambey	1,2	98,8	0,0	0,0	0,0	100
	District Diourbel	0,9	99,0	0,1	0,0	0,0	100
	District Mbacké	1,7	98,0	0,1	0,0	0,2	100
	District Touba	1,0	98,8	0,1	0,0	0,1	100
	District Dioffior	2,1	97,4	0,0	0,4	0,1	100
	District Fatick	1,8	98,2	0,0	0,0	0,0	100
	District Foundiougne	1,2	98,8	0,0	0,1	0,0	100
	District Gossas	0,4	99,6	0,0	0,0	0,0	100
	District Niakhar	0,9	98,6	0,0	0,0	0,5	100
	District Passy	0,3	99,7	0,0	0,0	0,0	100
District Sokone	1,2	98,6	0,0	0,0	0,2	100	

Annexe 11 : Mode d'acquisition des moustiquaires et prix des moustiquaires achetées par DS

	DS	Acheté	Gratuit/ programme de santé	Don de particulier	Autres	NSP	TOTAL
	District de Birkelane	1,1	98,5	0,2	0,0	0,1	100
	District de Kafrine	3,8	96,2	0,1	0,0	0,0	100
	District de Kounguel	2,6	96,2	0,2	0,0	1,0	100
	District de Malem Hodar	1,1	98,3	0,4	0,0	0,1	100
	District Guinguineo	2,7	97,3	0,0	0,0	0,0	100
	District Kaolack	4,4	95,5	0,1	0,0	0,0	100
	District Ndoffane	6,6	93,3	0,0	0,1	0,0	100
	District Niore	0,7	99,1	0,2	0,0	0,0	100
	DS KEDOUGOU	6,6	93,2	0,1	0,0	0,0	100
	DS SALEMATA	0,3	99,4	0,3	0,0	0,0	100
	DS SARAYA	2,1	97,3	0,1	0,0	0,5	100
	DS Kolda	1,5	98,3	0,0	0,1	0,2	100
	DS Médina Yoro Foula	0,9	98,7	0,1	0,0	0,3	100
	DS Velingara	4,5	95,4	0,1	0,0	0,0	100
	District Coki	5,5	90,9	1,7	0,0	1,9	100
	District Dahra	1,7	98,3	0,0	0,0	0,0	100
	District Darou Mousty	3,9	96,0	0,0	0,0	0,1	100
	District Kébémér	1,0	98,9	0,1	0,0	0,0	100
	District Keur Momar SARR	2,0	97,7	0,2	0,2	0,0	100
	District Linguère	0,7	99,1	0,0	0,0	0,2	100

Annexe 11 : Mode d'acquisition des moustiquaires et prix des moustiquaires achetées par DS

	DS	Acheté	Gratuit/ programme de santé	Don de particulier	Autres	NSP	TOTAL
	District Louga	4,1	94,5	1,3	0,0	0,0	100
	District Sakal	2,1	97,9	0,0	0,0	0,0	100
	District Kanel	14,0	85,7	0,1	0,0	0,2	100
	District Ranérou	10,4	87,7	1,2	0,0	0,7	100
	District Thilogne	12,6	86,7	0,6	0,0	0,1	100
	District Matam	12,4	85,1	2,5	0,0	0,0	100
	District Dagana	48,7	43,2	5,5	0,0	2,6	100
	District Pété	29,7	64,3	2,2	0,0	3,7	100
	District Podor	34,7	62,4	2,5	0,0	0,5	100
	District Richard Toll	65,8	31,1	1,6	0,6	1,0	100
	District Saint Louis	49,1	46,3	2,5	0,0	2,1	100
	DS Bounkiling	0,5	99,4	0,0	0,1	0,0	100
	DS Goudomp	0,9	98,8	0,0	0,3	0,0	100
	DS Sedhiou	0,9	99,1	0,0	0,0	0,0	100
	DS Bakel	1,7	97,8	0,2	0,0	0,3	100
	DS Diakémakha	1,2	98,4	0,0	0,1	0,4	100
	DS Goudiry	2,4	97,6	0,0	0,0	0,0	100
	DS Kidira	2,8	96,7	0,4	0,2	0,0	100
	DS Koumpeuntoum	0,0	99,8	0,0	0,0	0,2	100
	DS Makacoulibantang	0,5	99,4	0,1	0,0	0,0	100
	DS Tamba	2,2	96,0	0,1	0,6	1,0	100
	District Joal Fadiouth	2,0	97,9	0,0	0,0	0,1	100

Annexe 11 : Mode d'acquisition des moustiquaires et prix des moustiquaires achetées par DS

	DS	Acheté	Gratuit/ programme de santé	Don de particulier	Autres	NSP	TOTAL
	District Khombole	3,7	95,9	0,3	0,1	0,0	100
	District Mbour	6,8	92,4	0,2	0,2	0,4	100
	District Mékhé	0,6	99,4	0,0	0,0	0,0	100
	District Popenguine	6,5	93,5	0,0	0,0	0,0	100
	District Pout	7,0	92,9	0,1	0,0	0,0	100
	District Thiadiaye	1,8	98,0	0,0	0,0	0,2	100
	District Thiés	4,5	94,2	0,0	0,0	1,3	100
	District Tivaoune	4,4	95,4	0,2	0,0	0,0	100
	District Bignona	1,0	99,0	0,0	0,0	0,0	100
	District Diouloulou	0,7	98,1	0,0	0,0	1,2	100
	District Oussouye	2,0	97,5	0,5	0,0	0,0	100
	District Thionck essyl	2,4	97,6	0,0	0,0	0,0	100
	District Ziguinchor	5,0	94,0	0,0	0,0	1,0	100

Annexe 12 : Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire pour deux personnes (parmi ceux ayant passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage)

		Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire pour deux personnes	Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire imprégnée pour deux personnes	Pourcentage de ménages avec au moins une MILDA pour deux personnes	Effectif de ménages (non pondéré)
REGION	DAKAR	42,8	41,5	31,8	1318
	DIORBEL	65,0	65,0	61,3	669
	FATICK	54,3	53,6	51,3	1019
	KAFFRINE	55,5	53,8	47,3	977

		Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire pour deux personnes	Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire imprégnée pour deux personnes	Pourcentage de ménages avec au moins une MILDA pour deux personnes	Effectif de ménages (non pondéré)
	KAOLACK	58,7	58,6	53,7	566
	KEDOUGOU	58,1	57,1	53,6	525
	KOLDA	60,7	60,6	53,1	753
	LOUGA	49,0	48,5	47,5	1327
	MATAM	51,3	46,5	43,7	831
	SAINT LOUIS	45,5	37,6	28,9	770
	SEDHIOU	57,9	57,7	55,7	620
	TAMBACOUNDA	43,8	42,9	40,0	1195
	THIES	53,5	52,9	48,1	1502
	ZIGUINCHOR	66,3	66,2	64,5	796
	Total	52,5	51,3	45,1	12868
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	50,8	49,7	41,5	4083
	RURAL	54,0	52,6	48,4	8785
	Total	52,5	51,3	45,1	12868
DISTRICT SANITAIRE	District Centre	36,9	36,0	23,3	101
	District Guédiawaye	50,0	49,2	39,8	143
	District Keur Massar	44,8	44,8	39,5	169
	District Mbao	42,6	41,1	33,6	166
	District Nord	34,2	32,4	14,1	134
	District Ouest	33,3	31,3	15,3	78
	District Pikine	49,8	47,8	40,3	141
	District Sud	34,9	34,0	24,1	89
	DS Diamniadio	30,8	29,8	26,4	143
	DS Rufisque	48,9	47,8	42,0	154
	District Bambey	59,0	58,6	59,2	190
	District Diourbel	58,6	59,5	58,4	163
	District Mback	61,7	61,2	57,7	146

		Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire pour deux personnes	Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire imprégnée pour deux personnes	Pourcentage de ménages avec au moins une MILDA pour deux personnes	Effectif de ménages (non pondéré)
	District Touba	69,4	69,4	63,3	170
	District Dioffior	65,1	64,0	63,6	150
	District Fatick	54,5	49,9	43,4	99
	District Foundiougne	69,1	69,1	68,0	196
	District Gossas	77,7	77,7	72,7	144
	District Niakhar	36,0	35,7	35,4	187
	District Passy	57,8	57,8	57,0	100
	District Sokone	61,0	61,0	57,0	143
	District de Birkelane	49,8	49,1	41,2	270
	District de Kafrine	57,4	54,0	46,1	278
	District de Kounguel	56,0	55,4	52,5	222
	District de Malem Hodar	57,5	56,6	50,5	207
	District Guinguineo	59,4	59,4	55,4	150
	District Kaolack	70,9	70,9	64,0	131
	District Ndoffane	61,0	60,4	53,8	119
	District Nioro	48,0	48,0	44,8	166
	DS KEDOUGOU	56,8	55,3	51,0	185
	DS SALEMATA	71,3	71,3	69,8	156
	DS SARAYA	53,6	52,9	50,1	184
	DS Kolda	57,8	57,8	48,7	252
	DS Médina Yoro Foula	58,3	57,8	52,0	255

		Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire pour deux personnes	Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire imprégnée pour deux personnes	Pourcentage de ménages avec au moins une MILDA pour deux personnes	Effectif de ménages (non pondéré)
	DS Velingara	62,6	62,6	55,2	246
	District Coki	67,3	66,9	64,0	132
	District Dahra	40,1	40,1	40,1	237
	District Darou Mousty	53,4	52,9	52,1	241
	District Kébémér	54,2	52,1	51,5	183
	District Keur Momar SARR	41,6	41,6	38,9	119
	District Linguère	44,0	43,2	42,9	91
	District Louga	39,4	39,0	37,8	169
	District Sakal	53,5	53,5	52,8	155
	District Kanel	47,1	45,9	40,6	182
	District Ranérou	53,5	47,8	47,3	236
	District Thilogne	49,7	40,4	41,5	281
	District Matam	59,9	54,7	49,7	132
	District Dagana	48,6	40,2	25,0	94
	District Pet	51,8	37,5	32,6	107
	District Podor	52,9	45,8	40,3	298
	District Richard Toll	43,8	35,6	25,3	120
	District Saint Louis	32,8	26,6	18,0	151
	DS Bounkiling	57,2	56,8	53,9	224
	DS Goudomp	58,9	58,6	59,2	191
	DS Sedhiou	57,6	57,6	53,8	205
	DS Bakel	61,9	61,9	59,9	193

		Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire pour deux personnes	Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire imprégnée pour deux personnes	Pourcentage de ménages avec au moins une MILDA pour deux personnes	Effectif de ménages (non pondéré)
	DS Diankémakha	59,3	58,9	58,2	203
	DS Goudiry	53,1	53,1	50,4	144
	DS Kidira	43,1	43,1	41,0	96
	DS Koumpeuntoum	41,3	38,2	34,8	174
	DS Makacoulibantang	27,7	27,6	26,7	188
	DS Tamba	43,7	43,5	39,1	197
	District Joal Fadiouth	54,1	54,1	53,4	153
	District Khombole	58,0	58,0	52,6	139
	District Mbour	58,5	57,7	50,0	216
	District Mekh	51,5	51,5	45,8	141
	District Popenguine	52,5	51,3	48,3	241
	District Pout	49,5	49,1	43,8	170
	District Thiadiaye	27,1	27,1	22,2	124
	District Thiès	62,7	61,7	58,9	157
	District Tivaoune	46,6	45,4	41,0	161
	District Bignona	67,4	67,4	66,5	237
	District Diouloulou	53,1	53,1	53,2	143
	District Oussouye	75,4	74,7	72,9	144
	District Thionck essyl	78,5	78,5	76,3	63
	District Ziguinchor	65,3	65,3	62,8	209
	Total	52,5	51,3	45,1	12868

Annexe 13: Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une moustiquaire, une MII ou une MILDA si chaque moustiquaire du ménage était utilisée par deux personnes au maximum (accès)

		Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une Moustiquaire	Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une MII	Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une MILDA	Effectif de ménages (non pondéré)
REGION	DAKAR	86,4	82,9	64,6	1746
	DIOURBEL	94,8	94,9	90,6	719
	FATICK	91,4	90,0	84,0	1148
	KAFFRINE	92,9	91,0	80,2	1042
	KAOLACK	94,2	94,1	86,9	736
	KEDOUGOU	92,8	91,3	86,4	568
	KOLDA	94,5	94,3	82,8	771
	LOUGA	92,1	91,3	89,2	1384
	MATAM	94,1	90,0	88,1	889
	SAINT LOUIS	87,5	77,7	62,1	923
	SEDHIOU	94,9	94,8	90,9	641
	TAMBACOUNDA	89,6	87,7	80,8	1283
	THIES	90,5	90,0	84,2	1635
	ZIGUINCHOR	95,1	94,8	92,3	807
	Total	91,0	89,1	79,1	14292
MILIEU DE RESIDENCE	URBAIN	89,5	87,2	73,6	4775
	RURAL	92,3	90,6	84,2	9517
	Total	91,0	89,1	79,1	14292
DISTRICT SANITAIRE	District Centre	76,2	72,9	45,6	176
	District Guédiawaye	87,4	83,8	70,3	181
	District Keur Massar	91,6	90,8	83,7	183
	District Mbao	87,8	83,6	71,8	175
	District Nord	79,3	71,7	33,9	201
	District Ouest	79,1	72,1	38,8	166
	District Pikine	88,9	86,5	74,2	174
	District Sud	76,4	72,3	51,2	163

		Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une Moustiquaire	Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une MII	Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une MILDA	Effectif de ménages (non pondéré)
	DS Diamniadio	87,5	83,8	67,6	153
	DS Rufisque	92,0	91,1	82,1	174
	District Bambey	95,1	94,7	93,4	197
	District Diourbel	93,9	95,0	91,7	177
	District Mback	94,4	94,3	89,1	153
	District Touba	95,0	95,0	89,6	192
	District Dioffior	93,4	92,4	90,7	177
	District Fatick	92,4	87,8	80,7	112
	District Foundiougne	96,3	96,3	93,9	210
	District Gossas	96,2	96,2	89,4	173
	District Niakhar	86,3	84,1	76,8	199
	District Passy	90,6	90,6	86,5	127
	District Sokone	94,6	94,6	87,7	150
	District de Birkelane	93,1	89,5	76,0	291
	District de Kafrine	93,3	91,0	78,8	303
	District de Kounguel	92,6	92,2	84,4	234
	District de Malem Hodar	92,5	90,9	82,8	214
	District Guinguineo	94,3	94,3	86,9	176
	District Kaolack	96,3	96,3	88,4	181
	District Ndoffane	95,3	94,8	87,9	174

		Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une Moustiquaire	Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une MII	Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une MILDA	Effectif de ménages (non pondéré)
	District Nioro	92,1	92,1	85,4	205
	DS KEDOUGOU	92,5	90,2	84,8	203
	DS SALEMATA	97,0	97,0	93,0	161
	DS SARAYA	91,0	90,5	86,2	204
	DS Kolda	93,9	93,5	79,5	257
	DS Médina Yoro Foula	92,7	92,5	84,7	264
	DS Velingara	95,3	95,2	83,5	250
	District Coki	95,0	95,0	89,9	144
	District Dahra	92,2	92,2	92,2	237
	District Darou Mousty	94,7	94,7	93,2	245
	District Kébémér	93,2	91,1	90,0	191
	District Keur Momar SARR	91,5	91,5	86,6	127
	District Linguère	90,1	88,6	87,1	106
	District Louga	87,5	85,5	81,0	179
	District Sakal	91,6	91,5	91,5	155
	District Kanel	92,7	90,6	87,3	190
	District Ranérou	94,2	91,6	89,4	260
	District Thilogne	94,6	87,9	89,6	297
	District Matam	96,2	90,6	86,6	142
	District Dagana	87,3	73,9	48,2	134
	District Pet	93,6	82,8	75,3	114

		Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une Moustiquaire	Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une MII	Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une MILDA	Effectif de ménages (non pondéré)
	District Podor	92,9	86,6	79,1	334
	District Richard Toll	89,9	80,3	61,2	147
	District Saint Louis	76,6	63,3	44,2	194
	DS Bounkiling	94,8	94,4	90,9	225
	DS Goudomp	94,0	93,9	92,8	193
	DS Sedhiou	96,2	96,2	88,8	223
	DS Bakel	96,5	95,5	92,5	205
	DS Diankémakha	94,0	92,8	90,4	213
	DS Goudiry	92,0	91,8	86,0	152
	DS Kidira	70,9	70,9	70,0	96
	DS Koumpeuntoum	89,4	84,3	78,1	193
	DS Makacoulibantang	83,2	82,6	77,1	208
	DS Tamba	90,1	89,4	78,4	216
	District Joal Fadiouth	90,1	89,6	86,7	163
	District Khombole	92,3	91,2	81,6	147
	District Mbour	93,6	93,5	89,0	238
	District Mekh	89,8	89,8	77,4	146
	District Popenguine	88,5	88,0	83,8	250
	District Pout	86,6	86,3	77,4	191
	District Thiadiaye	78,6	78,6	72,7	137
	District Thiès	92,9	92,1	87,4	185

		Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une Moustiquaire	Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une MII	Pourcentage de la population de fait des ménages qui aurait pu dormir sous une MILDA	Effectif de ménages (non ponderé)
	District Tivaoune	89,8	88,8	82,4	178
	District Bignona	95,9	95,9	94,5	240
	District Diouloulou	95,7	94,6	92,7	145
	District Oussouye	98,2	97,5	94,5	144
	District Thionck essyl	97,5	96,3	94,0	64
	District Ziguinchor	93,6	93,6	90,5	214
	Total	91,0	89,1	79,1	14292

Annexe 14 : Médicaments utilisés contre le paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans par DS

	DS	Co-artem (%)	FANSIDAR (%)	CHLOROQUINE (%)	QUININE (%)	AUTRE (effergal, Paracetamol, traditionnelle....) (%)
DISTRICT	District Centre	34,0	22,2	9,8	6,3	15,7
	District Gudiawaye	39,1	30,9	2,7	6,6	22,5
	District Keur Massar	77,1	41,2	23,8	14,5	12,5
	District Mbao	55,5	45,6	8,7	2,5	9,5
	District Nord	52,4	43,1	15,3	6,4	6,4
	District Ouest	24,8	10,8	3,8	1,8	14,0
	District Pikine	16,2	21,3	10,7	4,0	29,4
	District Sud	18,8	7,4	13,5	2,7	21,1
	DS Diamniadio	34,9	42,6	17,7	13,3	11,8
	DS Rufisque	51,7	24,7	9,3	3,6	14,1
	District Bambey	27,6	54,1	1,0	2,9	28,9
	District Diourbel	52,5	47,0	4,9	4,9	16,5
	District Mback	34,9	45,9	2,0	3,5	27,4
	District Touba	36,8	32,0	3,0	2,8	12,2
	District Dioffior	30,6	59,0	0,0	0,0	13,8
	District Fatick	67,0	19,9	4,7	0,0	13,0
	District Foundiougne	61,4	77,8	0,3	0,0	20,8
	District Gossas	20,9	69,3	0,0	0,8	30,2
	District Niakhar	61,9	25,5	0,7	0,5	20,8
	District Passy	36,1	51,3	2,1	1,1	22,0
	District Sokone	30,0	51,2	0,0	0,0	14,1
	District de Birkelane	23,5	19,1	15,7	6,6	20,3
	District de Kafrine	20,1	26,2	6,8	1,8	32,1
District de Kounguel	14,3	42,1	3,9	4,8	29,6	

Annexe 14 : Médicaments utilisés contre le paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans par DS

DS	Co-artem (%)	FANSIDAR (%)	CHLOROQUINE (%)	QUININE (%)	AUTRE (efferalgan, Paracetamol, traditionnelle....) (%)
District de Malem Hodar	18,1	33,5	9,4	4,3	26,7
District Guinguineo	15,1	70,2	1,9	2,1	26,3
District Kaolack	38,0	53,4	0,0	0,0	23,5
District Ndoffane	25,4	64,9	1,0	1,6	15,6
District Niore	22,7	65,4	0,4	1,5	22,8
DS KEDOUGOU	40,0	34,3	3,4	0,8	15,8
DS SALEMATA	44,2	66,2	1,4	2,9	14,9
DS SARAYA	46,9	43,8	2,4	2,8	16,6
DS Kolda	29,6	33,3	2,5	2,3	16,4
DS Mдина Yoro Foula	44,4	25,9	3,4	2,4	12,8
DS Velingara	27,8	14,9	6,3	0,2	11,0
District Coki	9,1	74,9	2,2	0,8	8,8
District Dahra	2,1	83,8	0,2	1,6	4,0
District Darou Mousty	17,1	66,0	0,5	0,0	9,0
District Kbmer	60,4	68,6	2,0	0,0	21,6
District Keur Momar SARR	10,3	43,0	0,0	0,0	0,0
District Lingure	87,2	74,9	0,0	0,0	4,5
District Louga	30,0	40,2	3,7	6,6	16,4
District Sakal	34,2	46,2	0,6	0,0	11,9
District Kanel	40,0	60,6	3,1	2,0	1,5
District Ranrou	53,2	51,7	1,3	0,5	14,2
District Thilogne	56,5	70,7	3,6	1,9	10,0
District Matam	77,4	88,8	0,0	0,0	5,4

Annexe 14 : Médicaments utilisés contre le paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans par DS

	DS	Co-artem (%)	FANSIDAR (%)	CHLOROQUINE (%)	QUININE (%)	AUTRE (efferalgan, Paracetamol, traditionnelle....) (%)
	District Dagana	27,2	46,6	7,2	4,7	18,5
	District Pete	64,5	60,3	11,2	10,7	10,3
	District Podor	48,3	62,1	9,0	9,4	7,1
	District Richard Toll	43,9	49,3	6,0	6,3	8,9
	District Saint Louis	44,5	45,0	4,9	6,6	8,9
	DS Bounkiling	44,3	58,3	1,6	0,6	15,6
	DS Goudomp	34,9	62,3	0,8	1,9	12,4
	DS Sedhiou	57,8	72,2	0,8	0,0	15,7
	DS Bakel	49,3	54,8	3,1	3,2	1,9
	DS Diankmakha	38,9	59,9	4,7	5,3	15,0
	DS Goudiry	43,1	66,3	2,6	4,2	5,3
	DS Kidira	55,3	70,8	0,0	0,0	12,7
	DS Koumpeuntoum	24,4	46,6	8,4	5,5	32,0
	DS Makacoulibantang	41,0	38,6	0,6	1,6	16,5
	DS Tamba	33,8	31,4	5,6	6,2	21,2
	District Joal Fadiouth	32,1	25,3	5,1	3,7	8,7
	District Khombole	44,6	44,7	0,5	2,1	25,9
	District Mbour	51,6	37,6	2,0	4,0	20,5
	District Mkh	82,0	55,0	2,3	3,2	10,9
	District Popenguine	61,7	32,6	4,2	2,8	4,4
	District Pout	17,6	46,0	1,7	0,6	25,1
	District Thiadiaye	43,1	61,1	3,5	1,0	6,2
	District This	38,4	54,4	7,7	5,4	19,3

Annexe 14 : Médicaments utilisés contre le paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans par DS

	DS	Co-artem (%)	FANSIDAR (%)	CHLOROQUINE (%)	QUININE (%)	AUTRE (effergan, Paracetamol, traditionnelle....) (%)
	District Tivaoune	29,2	48,8	2,9	1,2	27,3
	District Bignona	51,4	73,4	3,8	2,1	18,0
	District Diouloulou	45,3	91,4	0,8	0,0	11,7
	District Oussouye	36,3	69,1	1,3	0,0	24,7
	District Thionck essyl	30,7	57,3	0,0	0,0	28,7
	District Ziguinchor	53,4	80,8	2,5	0,7	15,0

LE QUESTIONNAIRE « MENAGE »

LE QUESTIONNAIRE « FEMME »

FICHE CARTOGRAPHIE DES ACTEURS

Distri cts	Interve nants dans Lutte Contre le Paludis me	Domaine d'interve ntion	Ancien neté	Actio ns réalis ées	Acti ons IEC palu	Zones d'interve ntion	Type d'interve ntion (activité s dévelop pées)	Acte urs	cibl es	Messa ges clés de la comm . sur paludi sme	Facte urs de succ ès	Facte urs d'éch ecs	Recomm dations CCC	
					oui									
	WARI													

GUIDES D'ENTRETIENS

Guide d'entretien pour les acteurs communautaires (relais/DSDOM, Bajenu Gox, leaders etc.)

1. Région et district sanitaire
2. Localité de résidence
3. Age
4. Sexe
5. Niveau d'étude
6. Ethnie :
7. Situation matrimoniale :
8. Sexe :
9. Fonction/Responsabilités :
10. Ancienneté dans la fonction

Thème 1 : Perceptions et connaissances sur le paludisme

11. Selon vous, qu'est-ce qui provoque le paludisme ?
12. Quels sont les moyens de prévention du paludisme dans votre communauté ?
13. Quels sont les signes de manifestation du paludisme (signes et symptômes) ?
14. Quels sont les moyens de prévention du paludisme que vous connaissez ? Parmi ces moyens de prévention, quels sont ceux qui sont plus accessibles (géographique, financière) dans votre localité ?
15. Si on considère les moyens préventifs que vous venez de nous citer, est ce qu'ils se valent tous ou y'a-t-il des différences ?
16. Que pensez-vous de l'évolution du paludisme dans votre localité durant les 5 dernières années ? (Sonder sur la gravité et sur l'ampleur).
17. Quels sont les risques et menaces que représente le paludisme pour vous et votre communauté ?
18. Quelles sont les périodes où ces risques sont plus importants ?
19. Quelles sont les personnes qui sont plus exposées au paludisme ? Sonder pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes
20. Est-ce qu'on perçoit le risque, la gravité du paludisme de la même manière pour les enfants de moins de 5 ans que pour les enfants de 5 à 10 ans ?
21. Qui sont les membres de la communauté qui doivent être davantage protégés du paludisme ? Pour quelles raisons ?
22. Selon vous, que doit faire un leader ou un membre influent de la communauté pour contribuer à la protection des membres de sa communauté contre le paludisme ?
23. Pourquoi la femme enceinte et les enfants de moins de 5 ans doivent-ils être protégés du paludisme ?
24. Quelles sont vos principales sources d'information sur le paludisme ?

25. Est-ce que vous menez des activités dans le cadre du paludisme (VAD, Causeries, foras etc.) ?
26. Si oui quelles sont les activités que vous menez (période, fréquence, cibles prioritaires etc.) ?
27. Quelles stratégies et quels canaux de communication utilisez-vous ?
28. Pouvez-vous me citer un exemple de message de sensibilisation que vous avez véhiculé sur le paludisme au cours des derniers mois ?
29. Pouvez-vous nous en dire plus sur ce message ?
30. Quels sont les meilleurs moments et stratégies pour communiquer sur le paludisme ?
31. Quelles sont vos suggestions pour améliorer l'information sur le paludisme au niveau de votre communauté (sonder pour les femmes enceintes et les mères gardiennes d'enfants) ?

Thème 2 : Perceptions et connaissances relatives au TPI chez la femme enceinte et CPS

32. Je vais vous lire une assertion et vous me direz ce que vous en pensez : « les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans sont plus exposés au paludisme ». Expliquez les raisons ?
 - **TPI chez la femme enceinte**
33. Comment la femme enceinte doit-elle être protégée du paludisme ?
34. Avez-vous déjà entendu parler du TPI chez la femme enceinte ?
 - Selon vous ça consiste en quoi ?
 - A quelles occasions et où la femme enceinte peut-elle en bénéficier ?
35. Quels sont les avantages et les inconvénients du TPI pour la femme enceinte ?
36. Que faites-vous pour encourager les femmes enceintes à recourir au TPI ?
 - **CPS**
37. Comment les enfants peuvent-ils être protégés du paludisme ?
38. Avez-vous déjà entendu parler de la CPS ?
39. Selon vous en quoi ça consiste ?
40. A quelles occasions et où les enfants peuvent-ils bénéficier de la CPS ?
41. En quoi consiste la CPS pour les enfants de moins de 10 ans ?
42. Quels sont les avantages perçus et les inconvénients de la CPS ?
43. Quelle a été l'expérience de la localité par rapport à la CPS ?
44. Que faites-vous pour encourager les parents à recourir à la CPS pour leurs enfants ?

Thème 3 : Perceptions et connaissances relatives aux moustiquaires et à l'AID

Approfondir :

- Quels sont les types de moustiquaires que vous connaissez ?
- Parmi ces types, quels sont ceux qui existent dans votre communauté ?

- Lister un à un les types de moustiquaires, et sonder sur chacune. Veuillez insister sur les avantages et inconvénients comparatifs et leurs différences.
 - Quelle est l'utilité/l'importance des moustiquaires pour les membres de votre communauté ?
46. Quels types de moustiquaires sont préférés au sein de votre communauté ? Pour quelles raisons ? (Sonder sur la MILDA) ?
47. Que pense la communauté de la MILDA (avantages, spécificités par rapport aux autres types de moustiquaires qu'elle connaît) ?
48. Comment on perçoit l'insecticide de la MILDA au sein de votre communauté (point de vue sur l'utilité, les avantages et les inconvénients) ?
49. Comment la communauté perçoit-elle la différence de l'insecticide entre la moustiquaire offerte et celle achetée ?
50. Quelle est sa perception sur la gratuité ?
51. Que pense la communauté de l'aspersion intra domiciliaire (AID) ?
52. Quels sont les avantages de l'AID perçus par la communauté ?
53. Quelles sont les gênes éventuelles liées à l'AID ?
54. Comment la communauté perçoit l'insecticide de l'AID ?

4.2.5.

Thème 4 : Usages et utilisation des moustiquaires et des autres moyens de lutte contre le paludisme

- **Couverture**

55. Que pensez-vous de la couverture en moustiquaires dans votre communauté ? (Sonder sur le niveau de couverture en moustiquaire, est-ce que c'est satisfaisant ?)
56. Quelle est la provenance de ses moustiquaires ?

- **Accès**

57. Pouvez-vous nous raconter le processus d'acquisition des moustiquaires dans la localité ?
58. Quel a été votre rôle sur l'acquisition des moustiquaires ? Si c'est la distribution gratuite, quel a été le processus ?
59. Quelles informations reçues par la communauté au moment de l'acquisition ?
60. Quel a été votre rôle dans cette communication ?
61. Que pensez-vous de la manière dont la population accède aux moustiquaires dans votre localité ?

- **Utilisation MILDA**

62. Quels sont les usages qui sont faits des moustiquaires possédées par les ménages dans votre communauté ? (Sonder sur les différents types d'usages sociaux)
63. Si des MILDA sont possédées par les ménages, quels sont les usages faits de ces MILDA, est ce que ces usages sont différents de ceux des autres types de moustiquaires ?
64. Pouvez-vous nous expliquer les différentes raisons qui font que les moustiquaires (en particulier les MILDA) sont utilisées de cette manière ?

- 65.** Quels sont les avantages que vous voyez dans l'utilisation des moustiquaires ?
- 66.** Quelles sont les difficultés et gênes que vous rencontrez dans l'utilisation des moustiquaires ?
- 67.** Quelles sont vos suggestions pour remédier à ces difficultés ?
- 68.** Généralement, à quel moment de la nuit, à quel moment de l'année les membres de votre communauté dorment sous moustiquaires ? (Sonder pour chaque catégorie de membre)
- 69.** Que pensez-vous de la recommandation de dormir sous moustiquaire pour toute la famille, toute la nuit et toute l'année ?
- Quels sont les avantages, quels sont les inconvénients ?
 - Quels sont les facteurs qui facilitent, ou les facteurs contraignants ?
- 70.** Est-ce que l'usage des moustiquaires empêche l'utilisation d'autres moyens préventifs ? Pourquoi ?
- 71.** Si d'autres moyens préventifs sont utilisés, dire lesquels ? (Spirale, senteng, ventilateur, bouse de vache etc. sonder pour chaque catégorie de moyens préventifs cités) ?
- A quel moment ? Pour quelles raisons ?
 - Quelle est l'utilité perçue de ces autres moyens préventifs ?
- 72.** A votre avis est-ce qu'il y'a une différence d'utilité entre ces moyens préventifs et la MILDA ?
- 73.** Quel type de fièvre connaissez-vous ?
- 74.** Au niveau de votre communauté, quel type de fièvre fait penser au paludisme ?
- 75.** A partir d'un exemple concret de paludisme d'un enfant de moins de 5 ans, pouvez-vous me décrire le processus de prise en charge au niveau communautaire ? Quelles sont les personnes impliquées dans la prise en charge, comment elles interviennent, quels sont les acquis et les difficultés ?
- 76.** Quelles sont les difficultés que les populations rencontrent pour la prise en charge en cas d'accès palustre ?
- 77.** Quelles sont vos suggestions pour remédier à ces difficultés ?

Guide d'entretien pour les chefs de ménage

1. Age
2. Niveau d'étude :
3. Région et district sanitaire :
4. Ethnie :
5. Situation matrimoniale :
6. Sexe :
7. Localité de résidence :
8. Profession :
9. Nombre d'enfants de moins de 5 ans :
10. Nombre d'enfants de moins de 10 ans :

Perceptions et connaissances sur le paludisme

10. Selon vous, qu'est-ce qui provoque le paludisme ?
11. Comment peut-on éviter le paludisme ?
12. Quels sont les signes de manifestation du paludisme ?
13. Quels sont les moyens de prévention du paludisme que vous connaissez ? Parmi ces moyens de traitements, quels sont ceux qui sont plus accessibles (géographique, financière) dans votre localité ?
Si on considère les moyens préventifs que vous venez de nous citer, est ce qu'ils se valent tous ou y'a-t-il des différences ?
14. Quels sont les risques et menaces que représente le paludisme pour vous et votre famille ?
15. Quelles sont les périodes où ces risques sont plus importants ?
16. Quelles sont les personnes qui sont plus exposées au paludisme ?
Est-ce qu'on perçoit le risque, la gravité du paludisme de la même manière pour les enfants de moins de 5ans que pour les enfants de 5 à 10ans ?
17. Qui sont les membres de la famille qui doivent être davantage protégés du paludisme ? Pour quelles raisons ?
18. Selon vous, que doit faire une femme enceinte pour se protéger du paludisme ?
19. Pourquoi la femme enceinte doit-elle être protégée du paludisme ?
20. Quelles sont vos principales sources d'information sur le paludisme ?
21. Pouvez-vous me citer un exemple de message de sensibilisation que vous avez retenu sur le paludisme au cours des derniers mois ?
22. Pouvez-vous nous en dire plus sur ce message ?
23. Quels sont les meilleurs moments et stratégies pour communiquer sur le paludisme ?
24. Quelles sont vos suggestions pour améliorer l'information des femmes enceintes sur le paludisme ?

Perceptions et connaissances relatives au TPI chez la femme enceinte et CPS

Je vais vous lire une assertion et vous me direz ce que vous en pensez : « les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans sont plus exposés au paludisme dans le ménage »

TPI chez la femme enceinte

Comment la femme enceinte doit-elle être protégée du paludisme ?

45. Avez-vous déjà entendu parler du TPI chez la femme enceinte ?

- selon vous ça consiste en quoi ?

- A quelles occasions et où la femme enceinte peut-elle en bénéficier ?

48. Quels sont les avantages et ou les inconvénients du TPI pour la femme enceinte ?

CPS

Comment les enfants peuvent-ils être protégés du paludisme ?

Avez-vous déjà entendu parler de la CPS ?

-selon vous en quoi ça consiste ?

A quelles occasions et où les enfants peuvent-ils bénéficier de la CPS ?

551. En quoi consiste la CPS pour les enfants de moins de 10 ans ?

52. Quels sont les avantages perçus et les inconvénients de la CPS ?

Perceptions et connaissances relatives aux moustiquaires et à l'AID

25. Que pensez-vous des moustiquaires ?

Approfondir :

• Quels sont les types de moustiquaires que vous connaissez ?

• Lister un à un les types de moustiquaires, et sonder sur chacune. Veuillez insister sur les avantages et inconvénients comparatifs et leurs différences.

• Quelle est leur importance pour vous et pour votre famille ?

• Quelle est leur utilité ?

27. Quels sont les types de moustiquaires dont vous disposez à la maison ?

28. Connaissez-vous les MILDA ?

29. Quels sont les spécificités et avantages des MILDA comparativement aux autres types de moustiquaires que vous connaissez ?

30. Quels types de moustiquaires préférez-vous ? Pour quelles raisons ?

31. Comment percevez-vous l'insecticide de la MILDA (point de vue sur l'utilité, l'avantage et les inconvénients) ?

32. Comment percevez-vous la différence de l'insecticide entre la moustiquaire offerte et celle achetée ?

33. Quelle est votre perception sur la gratuité ?

34. Que pensez-vous de l'aspersion intra domiciliaire (AID) ?

35. Quels sont les avantages de l'AID ?

36. Quelles sont les gênes éventuelles liées à l'AID ?

37. Comment percevez-vous l'insecticide de l'AID ?

Usages et utilisation des moustiquaires et des autres moyens de lutte contre le paludisme

❖ Couverture

• Etes-vous bénéficiaire ou non d'une moustiquaire ? Si non pourquoi ? Si oui quelle est la provenance (sonder pour voir est ce que le ménage a été couvert)

• Est-ce que tous les espaces de couchage dans votre famille disposent d'une moustiquaire (sonder sur leur provenance, leur âge...) ?

Si tous les espaces ne disposent pas de moustiquaires, quels sont les espaces qui en disposent, à qui sont affectés ces espaces de couchage ?

❖ Accès

• Pouvez-vous nous raconter le processus d'acquisition de votre moustiquaire ?

• Quel a été votre rôle sur l'acquisition de la moustiquaire ?

• si c'est la distribution gratuite, quel a été le processus ?

Quelles informations reçues au moment de l'acquisition ?

Que pensez-vous de la manière dont vous accédez aux moustiquaires dans votre localité ?

❖ Utilisation

MILDA

Quels sont les usages qui sont faits des moustiquaires possédées par le ménage (sonder sur les différents types d'usages sociaux) ?

Si des MILDA sont possédées par le ménage, quels sont les usages faits de ces MILDA, est ce que ces usages sont différents de ceux des autres types de moustiquaires ?

Pouvez-vous nous expliquer les différentes raisons qui font que les moustiquaires (en particulier les MILDA) sont utilisées de cette manière ?

• Quels sont les avantages que vous voyez dans l'utilisation des moustiquaires ?

• Quelles sont les difficultés et gênes que vous rencontrez dans l'utilisation des moustiquaires ?

• Quelles sont vos suggestions pour remédier à ces difficultés ?

• Qui sont les membres de votre famille qui dorment sous moustiquaires (en particulier les MILDA) ?

Si c'est toute la famille pour quelles raisons ?

Si certains membres dorment sous moustiquaire :

-à quel moment de la nuit ? à quel moment de l'année ? (sonder pour chaque catégorie de membre)

Que pensez-vous de la recommandation de dormir sous moustiquaire pour toute la famille, toute la nuit et toute l'année ?

-quels sont les avantages, quels sont les inconvénients ?

-quels sont les facteurs qui facilitent, ou les facteurs contraignants ?

Est-ce que l'usage de la moustiquaire a empêché ou pas l'utilisation d'autres moyens préventifs ? Pourquoi ?

44. si d'autres moyens préventifs ont été utilisés, dire lesquels ? (spirale, senteng, ventilateur, bouse de vache etc. sonder pour chaque catégorie de moyens préventifs cités) ?

-à quel moment ? Pour quelles raisons ?

-quelle est l'utilité perçue de ces autres moyens préventifs ?

A votre avis est ce qu'il y'a une différence d'utilité entre ces moyens préventifs et la MILDA ?

o TPI

Au cours de la dernière grossesse de la femme au sein du ménage, est-ce qu'elle a bénéficié du TPI ?

Quelle a été l'expérience du ménage par rapport au TPI durant la grossesse ?

49. Quel a été votre rôle dans la décision et l'observance du TPI chez la femme enceinte ?

A votre avis que peut-on faire pour mieux protéger les femmes enceintes du paludisme ?

CPS

Est-ce que les enfants de moins de 5 ans ont bénéficié de la CPS (sonder et expliquer comment ça s'est passé) ?

Si non sonder pour savoir pour quelles raisons ils n'ont pas bénéficié de la CPS

Quelle a été l'expérience du ménage par rapport à la CPS ?

49. Quel a été votre rôle dans la décision et l'observance de la CPS ?

A votre avis que peut-on faire pour mieux protéger les enfants du paludisme ?

Recours thérapeutiques

54. Quel type de fièvre connaissez-vous ?

Quel type de fièvre fait penser au paludisme ?

En cas de fièvre, que faites-vous ?

Selon vous qu'est-ce qui indique qu'une personne est atteinte de paludisme ?

56. Quels sont vos principaux recours en cas d'accès palustre ?

- Quels sont les types de structures sanitaires auxquels vous recourez ?

- A partir d'un exemple concret de paludisme d'un enfant de moins de 5 ans, pouvez-vous me renseigner sur ces points suivants :

- Les signes de manifestations de la maladie

- Les personnes impliquées dans la prise en charge (décision, financement des soins)

- L'itinéraire thérapeutique

- La prise en charge proprement dite au niveau structure de santé (test, explication des résultats, prescription, gratuité etc.)

- Quels sont les autres moyens que vous utilisez en dehors de ces structures sanitaires ?

57. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour vous faire soigner en cas d'accès palustre ?

58. Quelles sont vos suggestions pour remédier à ces difficultés ?

GUIDE D'ENTRETIEN POUR FEMME ENCEINTE

Identification :

1. Localité :
2. Ethnie
3. Situation matrimoniale
4. Age
5. Niveau d'étude
6. Profession
7. Nombre d'enfants de moins de 5 ans
8. Nombre d'enfants de moins de 10 ans
9. Age de la grossesse

Perceptions et connaissances relatives au paludisme

10. Selon vous qu'est ce que le paludisme ? (causes)
11. Comment percevez-vous les symptômes du paludisme ?
12. Quels sont les signes de manifestation du paludisme ?
13. Quels sont les modes de prévention du paludisme chez la femme enceinte ?
14. Quels sont les autres moyens de prévention du paludisme que vous connaissez ? Parmi ces moyens de prévention, quels sont ceux qui sont plus accessibles (géographique, financière) dans votre localité ?

Si on considère les moyens préventifs que vous venez de nous citer, est ce qu'ils se valent tous ou y'a-t-il des différences ?

15. Quel est le meilleur moyen pour la prise en charge du paludisme pour la femme enceinte ?
16. Quels sont les risques associés au palu chez la femme enceinte, et les modes de gestion ?
17. Qui sont les membres de la famille qui doivent être davantage protégés du paludisme ? Pour quelles raisons (sonder sur la femme enceinte)?
18. Quelles sont vos principales sources d'information sur le paludisme (sonder sur le counseling lors des CPN) ?
19. Forces et faiblesses des stratégies de communication (moyens de communication sur le paludisme que vous connaissez ? Si on considère ces moyens de communication que vous venez de nous citer, est ce qu'ils se valent tous ou y'a-t-il des différences ?)
20. Pouvez-vous me citer un exemple de message de sensibilisation que vous avez retenu sur le paludisme au cours des derniers mois ?
21. Pouvez-vous nous en dire plus sur ce message (sonder sur la nature, canal, période)?
22. Recommandations pour l'amélioration de la Communication dans le cadre du palu ?
23. Quelles sont vos suggestions pour améliorer l'information des femmes enceintes sur le paludisme ?

Perceptions et connaissances relatives au TPI chez la femme enceinte et la CPS

Je vais vous lire une assertion et vous me direz ce que vous en pensez : « les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans sont plus exposés au paludisme dans le ménage »

Avez-vous déjà entendu parler du TPI ?

Selon vous ça consiste en quoi (nombre de prise et forme de prise)?

A quelles occasions et où la femme enceinte peut-elle en bénéficier?

Quels sont les avantages et/ou les inconvénients du TPI pour la femme enceinte ?

Quelles sont les perceptions par rapport aux modes de préventions ?

A votre avis comment les enfants peuvent-ils être protégés du paludisme ?

Avez-vous déjà entendu parler de la CPS ? Ça consiste en quoi ? Expliquez

A quelles occasions et où les enfants peuvent-ils bénéficier de la CPS ?

Est-ce que votre enfant a déjà bénéficié de la CPS ? Si non pourquoi ? Si oui expliquez dans quelle circonstance et comment ça s'est passé ?

Si l'enfant a bénéficié de la CPS, qui l'a décidé ? Est-ce que vous avez joué un rôle dans la prise de décision ?

Quels sont les avantages perçus et les inconvénients de la CPS ?

Connaissances, perceptions et pratiques relatives aux moustiquaires et à l'AID

1. Avez-vous des moustiquaires ?
2. Pouvez-vous nous parler du mode d'acquisition de vos moustiquaires ?
3. Que représentent les moustiquaires pour votre ménage ?
4. Quels sont les types de moustiquaires existants dans votre ménage ?
5. Quels sont les types de moustiquaires que vous connaissez ?
6. Lister un à un les types de moustiquaires, et sonder sur chacune : utilité, avantages, inconvénients pour chaque type
7. Connaissances et représentations relatives à la MILDA
8. Percevez vous une différence entre la moustiquaire distribuée et celle achetée ?
9. Quels types de moustiquaires préférez vous et pour quelles raisons ?
10. Perceptions relatives à l'insecticide de la MILDA (point de vue sur l'utilité, l'avantage et les inconvénients) ?
11. Comment percevez-vous la différence de l'insecticide entre la moustiquaire offerte et celle achetée ?
12. Quelle est votre perception sur la gratuité ?
13. A quelles fins sont utilisées les moustiquaires dans le ménage?
14. Catégories qui dorment le plus sous moustiquaires. Pourquoi ?
15. Quel est votre point de vue sur l'assertion suivante : « les femmes enceintes doivent dormir sous moustiquaire » ?
16. Moment d'utilisation
17. Quel est le rôle joué dans le processus d'acquisition et d'usage des moustiquaires chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ?
18. Quels pourraient être les obstacles à l'acquisition et à l'utilisation des moustiquaires par cette catégorie ?

19. Y'a-t-il des problèmes liés à l'acquisition, l'utilisation et à l'entretien des moustiquaires ?
20. Avez-vous bénéficié de l'AID ?
21. Quelles sont vos attitudes et perceptions relatives à l'AID ?
22. Quels sont les avantages et inconvénients liés à l'AID ?
23. Perceptions relatives à l'insecticide de l'AID (point de vue sur l'utilité, l'avantage et les inconvénients) ?

Usages et utilisation des moustiquaires et des autres moyens de lutte contre le paludisme

❖ Couverture

24. Etes-vous bénéficiaire ou non d'une moustiquaire ? Si non pourquoi ? Si oui quelle est la provenance (sonder pour voir est ce que le ménage a été couvert)
25. Est-ce que tous les espaces de couchage dans votre famille disposent d'une moustiquaire (sonder sur leur provenance, leur âge...) ?
26. Si tous les espaces ne disposent pas de moustiquaires, quels sont les espaces qui en disposent, à qui sont affectés ces espaces de couchage ?
27. Est-ce que les femmes enceintes ont toujours eu une moustiquaire dans votre ménage ? Si oui pourquoi ?

❖ Accès

28. Pouvez-vous nous raconter le processus d'acquisition de votre moustiquaire ?
29. Quel a été votre rôle sur l'acquisition de la moustiquaire ?
30. Si c'est la distribution gratuite, quel a été le processus ?
31. Quelles informations reçues au moment de l'acquisition ?
32. Que pensez-vous de la manière dont vous accédez aux moustiquaires dans votre localité ?

❖ Utilisation

○ MILDA

33. Quels sont les usages qui sont faits des moustiquaires possédées par le ménage (sonder sur les différents types d'usages sociaux) ?
34. Si des MILDA sont possédées par le ménage, quels sont les usages faits de ces MILDA, est ce que ces usages sont différents de ceux des autres types de moustiquaires ?
35. Pouvez-vous nous expliquer les différentes raisons qui font que les moustiquaires (en particulier les MILDA) sont utilisées de cette manière ?
36. Quels sont les avantages que vous voyez dans l'utilisation des moustiquaires ?
37. Quelles sont les difficultés et gênes que vous rencontrez dans l'utilisation des moustiquaires ?
38. Quelles sont vos suggestions pour remédier à ces difficultés ?
39. Qui sont les membres de votre famille qui dorment sous moustiquaires (en particulier les MILDA) ?
40. Si c'est toute la famille pour quelles raisons ?
41. Si certains membres dorment sous moustiquaire : à quel moment de la nuit ? à quel moment de l'année ? (sonder pour chaque catégorie de membre)
42. Que pensez-vous de la recommandation de dormir sous moustiquaire pour toute la famille, toute la nuit et toute l'année (surtout chez la femme enceinte) ?

43. Quels sont les avantages, quels sont les inconvénients ?
44. Quels sont les facteurs qui facilitent, ou les facteurs contraignants ?
45. Est-ce que l'usage de la moustiquaire a empêché ou pas l'utilisation d'autres moyens préventifs ? Pourquoi ?
46. Si d'autres moyens préventifs ont été utilisés, dire lesquels ? (spirale, senteng, ventilateur, bouse de vache etc. Sonder pour chaque catégorie de moyens préventifs cités) ?
47. A quel moment ? Pour quelles raisons ?
48. -quelle est l'utilité perçue de ces autres moyens préventifs ?
49. A votre avis est-ce qu'il y'a une différence d'utilité entre ces moyens préventifs et la MILDA ?
 - **TPI**
50. Au cours de votre dernière grossesse ou de votre grossesse actuelle, avez-vous bénéficié du TPI ?
51. Quelle a été votre expérience par rapport au TPI durant la grossesse ?
52. A votre avis que peut-on faire pour mieux protéger les femmes enceintes du paludisme ?
 - **CPS**
53. Est-ce que les enfants de moins de 5ans ont bénéficié de la CPS (sonder et expliquer comment ça s'est passé) ?
54. Si non sonder pour savoir pour quelles raisons ils n'ont pas bénéficié de la CPS
55. Quelle a été l'expérience du ménage par rapport à la CPS ?
56. Quel a été votre rôle dans la décision et l'observance de la CPS ?
57. A votre avis que peut-on faire pour mieux protéger les enfants du paludisme ?

Recours thérapeutiques

54. Quel type de fièvre connaissez-vous?
55. Quel type de fièvre fait penser au paludisme chez la femme enceinte ?
58. En cas de fièvre que faites-vous ?
59. A partir d'un exemple précis de femme enceinte atteinte du paludisme dans votre ménage durant ces mois, pouvez-vous me renseigner sur ces points majeurs :
 - Comment s'est manifesté le paludisme chez la femme enceinte ?
 - Quel est a été votre rôle dans le choix de l'itinéraire thérapeutique en cas de Palu ?
 - Quels ont été les différents types de recours aux soins adoptés ?
 - Comment appréciez-vous la prise en charge de la femme enceinte au niveau de la structure de santé ?
60. Avez-vous déjà eu une grossesse accompagnée de paludisme ? Si oui, comment s'est passée la prise en charge ?
61. Quelles sont vos connaissances par rapport à l'ACT ?
62. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour vous faire soigner en cas de paludisme ?
63. Quelles sont vos suggestions pour remédier à ces difficultés ?

**GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES MERES GARDIENNES D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS
ET LES AUTRES ACTEURS INFLUENTS DANS LA FAMILLE**

Caractéristiques socio-démographiques des participants au focus group

1. Age :
2. Niveau d'étude :
3. Région et district sanitaire :
4. Ethnie :
5. Situation matrimoniale :
6. Localité de résidence :
7. Profession :
8. Nombre d'enfants de moins de 5 ans :
9. Nombre d'enfants de moins de 10 ans :

Perceptions et connaissances sur le paludisme

10. Selon vous, qu'est-ce qui provoque le paludisme ?
 12. Comment percevez-vous les symptômes du paludisme ?
 13. Quels sont les moyens de prévention du paludisme que vous connaissez ? Parmi ces moyens de prévention, quels sont ceux qui sont plus accessibles (géographique, financière) dans votre localité ?
- Si on considère les moyens de prévention que vous venez de nous citer, est ce qu'ils se valent tous ou y'a t-il des différences ?

14. Quels sont les risques associés au paludisme et les modes de gestion ?
15. Quelles sont les périodes où ces risques sont plus importants ?

Est-ce qu'on perçoit le risque, la gravité du paludisme de la même manière pour les enfants de moins de 5ans que pour les enfants de 5 à 10ans ?

16. Quelles sont les personnes qui sont plus exposées au paludisme ?
17. Qui sont les membres de la famille qui doivent être davantage protégés du paludisme ? Pour quelles raisons ?

Selon vous que doit faire un père ou une mère pour se protéger du palu et protéger ses enfants ?

Pourquoi les femmes enceintes et les enfants doivent-ils être protégés du palu ?

20. Quelles sont vos principales sources d'information sur le paludisme ?

Est-ce que vous menez des activités dans le cadre du palu (VAD, causeries, etc...)

Si oui quelles sont les activités que vous menez (période, fréquence, cibles prioritaires etc.)

21. Pouvez-vous me citer un exemple de message de sensibilisation que vous avez retenu sur le paludisme au cours des derniers mois ?

23. Quels sont les meilleurs moments et stratégies pour communiquer sur le paludisme ?

24. Quelles sont vos suggestions pour améliorer l'information des femmes enceintes sur le paludisme ?

Perceptions, connaissances et attitudes relatives au TPI et à la CPS

Je vais vous lire une assertion et vous me direz ce que vous en pensez : « les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans sont plus exposés au paludisme dans le ménage »

Qu'en pensez-vous?

- **TPI chez la femme enceinte**

26. Comment la femme enceinte doit-elle être protégée du paludisme ?
27. Avez-vous déjà entendu parler du TPI chez la femme enceinte ?
28. selon vous ça consiste en quoi ?
29. A quelles occasions et où la femme enceinte peut-elle en bénéficier?
30. Quels sont les avantages et les inconvénients du TPI pour la femme enceinte ?
31. Participez-vous dans la prise de décision concernant le TPI chez la femme enceinte ? De quelle manière ?
32. Participez-vous à l'observance du TPI chez la femme enceinte ? De quelle manière ?
34. A votre avis que peut-on faire pour mieux protéger les femmes enceintes du paludisme ?

- **CPS chez l'enfant**

35. Comment les enfants peuvent-ils être protégés du paludisme ?
36. Avez-vous déjà entendu parler de la CPS ?
37. selon vous en quoi ça consiste ?
38. A quelles occasions et où les enfants peuvent-ils bénéficier de la CPS ?
39. En quoi consiste la CPS pour les enfants de moins de 10 ans ?
40. Quels sont les avantages perçus et les inconvénients de la CPS ?
41. Est-ce que les enfants de moins de 5ans ont bénéficié de la CPS (sonder et expliquer comment ça s'est passé) ?
42. Si non sonder pour savoir pour quelles raisons ils n'ont pas bénéficié de la CPS
43. Participez-vous dans la prise de décision concernant la CPS chez l'enfant ? De quelle manière ?
44. Participez-vous à l'observance de la CPS chez l'enfant? De quelle manière ?
45. Quelle a été l'expérience du ménage par rapport à la CPS ?
46. A votre avis que peut-on faire pour mieux protéger les enfants du paludisme ?

Perceptions et connaissances relatives aux moustiquaires et à l'AID

39. Quels sont les types de moustiquaires que vous connaissez ?
40. Lister un à un les types de moustiquaires, et sonder sur chacune. Veillez insister sur les avantages et inconvénients comparatifs et leurs différences.
41. Quelle est leur importance pour vous et pour votre famille ?
42. Quelle est leur utilité ?
43. Quels sont les types de moustiquaires dont vous disposez à la maison ?
44. Connaissez-vous les MILDA ?
45. Quels sont les spécificités et avantages des MILDA comparativement aux autres types de moustiquaires que vous connaissez ?
46. Quels types de moustiquaires préférez-vous ? Pour quelles raisons ?
47. Comment percevez-vous l'insecticide de la MILDA (point de vue sur l'utilité, l'avantage et les inconvénients) ?

- 48. Comment percevez-vous la différence de l'insecticide entre la moustiquaire offerte et celle achetée ?
- 49. Quelle est votre perception sur la gratuité ?
- 50. Que pensez-vous de l'aspersion intra domiciliaire (AID) ?
- 51. Quels sont les avantages de l'AID ?
- 52. Quelles sont les gênes éventuelles liées à l'AID ?
- 53. Comment percevez-vous l'insecticide de l'AID ?

Couverture

- 54. Votre ménage a-t-il bénéficié d'une moustiquaire ? Si non pourquoi ? Si oui quelle est la provenance (sonder pour voir est ce que le ménage a été couvert)
- 55. Est-ce que tous les espaces de couchage dans votre famille disposent d'une moustiquaire (sonder sur leur provenance, leur âge...) ?
- 56. Si tous les espaces ne disposent pas de moustiquaires, quels sont les espaces qui en disposent, à qui sont affectés ces espaces de couchage ?

Accès

- 57. Pouvez-vous nous raconter le processus d'acquisition de votre moustiquaire ?
- 58. Quel a été votre rôle sur l'acquisition de la moustiquaire ?
- 59. si c'est la distribution gratuite, quel a été le processus ?
- 60. Quelles informations reçues au moment de l'acquisition ?
- 61. Que pensez-vous de la manière dont vous accédez aux moustiquaires dans votre localité ?

Utilisation

- 62. Quels sont les usages qui sont faits des moustiquaires possédées par le ménage (sonder sur les différents types d'usages sociaux) ?
- 63. Si des MILDA sont possédées par le ménage, quels sont les usages faits de ces MILDA, est ce que ces usages sont différents de ceux des autres types de moustiquaires ?
- 64. Pouvez-vous nous expliquer les différentes raisons qui font que les moustiquaires (en particulier les MILDA) sont utilisées de cette manière ?
- 65. Quels sont les avantages que vous voyez dans l'utilisation des moustiquaires ?
- 66. Quelles sont les difficultés et gênes que vous rencontrez dans l'utilisation des moustiquaires ?
- 67. Quelles sont vos suggestions pour remédier à ces difficultés ?
- 68. Qui sont les membres de votre famille qui dorment sous moustiquaires (en particulier les MILDA) ?
- 69. Si c'est toute la famille pour quelles raisons ?
- 70. Si certains membres dorment sous moustiquaire :
 - à quel moment de la nuit ? à quel moment de l'année ? (sonder pour chaque catégorie de membre)
- 71. Que pensez-vous de la recommandation de dormir sous moustiquaire pour toute la famille, toute la nuit et toute l'année ?
 - quels sont les avantages, quels sont les inconvénients ?
 - quels sont les facteurs qui facilitent, ou les facteurs contraignants ?
- 72. Est-ce que l'usage de la moustiquaire a empêché ou pas l'utilisation d'autres moyens préventifs ? Pourquoi ?

73. si d'autres moyens préventifs ont été utilisés, dire lesquels ? (spirale, senteng, ventilo, bouse de vache etc. sonder pour chaque catégorie de moyens préventifs cités) ?

-a quel moment ? Pour quelles raisons ?

-quelle est l'utilité perçue de ces autres moyens préventifs ?

74. A votre avis est ce qu'il y'a une différence d'utilité entre ces moyens préventifs et la MILDA ?

Recours thérapeutiques

84. Quel type de fièvre connaissez-vous?

85. Quel type de fièvre fait penser au paludisme?

86. En cas de fièvre, que faites-vous ?

87. Selon vous qu'est ce qui indique qu'une personne est atteinte de paludisme ?

88. Quels sont vos principaux recours en cas d'accès palustre ?

89. Quels sont les types de structures sanitaires auxquels vous recourez ?

90. A partir d'un exemple concret de paludisme d'un enfant de moins de 5 ans, pouvez-vous me renseigner sur ces points suivants :

- Les signes de manifestations de la maladie

- Les personnes impliquées dans la prise en charge (décision, financement des soins)

- L'itinéraire thérapeutique

- La prise en charge proprement dite au niveau structure de santé (test, explication des résultats, prescription, gratuité etc.)

92. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour vous faire soigner en cas d'accès palustre ?

93. Quelles sont vos suggestions pour remédier à ces difficultés ?