

## Connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur le paludisme, dans la zone rurale de Poponguine, Sénégal

Seck I<sup>1</sup>, Fall IS<sup>1</sup>, Faye A<sup>1</sup>, Ba O<sup>2</sup>, Tal-Dia A<sup>1,3</sup>

1. Service de Médecine Préventive et Santé Publique, Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontologie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar.

2. Médecin-chef du district de Poponguine.

3. ISED, Sénégal

*Med Trop* 2008; 68 : 629-633

**RÉSUMÉ** • Au Sénégal, le paludisme est un problème majeur de santé publique et de développement, car il représente la première cause de morbidité et de mortalité. Ce sont les enfants de 0-5 ans et les femmes enceintes qui sont les plus vulnérables. L'objectif est d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des femmes en zone rurale sur le paludisme. Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique menée dans le district de Poponguine du 1<sup>er</sup> au 15 avril 2005. Il s'agissait d'une enquête en grappe. La taille de l'échantillon calculée était égale à 800. La population d'étude était constituée par des femmes vivant dans le district depuis plus de 1 an et âgées de 15 à 45 ans. L'âge moyen des femmes était de 28 ans, (intervalle de confiance à 95 % = 27,7 – 28,8). Parmi ces femmes, 49,6 % étaient scolarisées et 65,5 % avaient un niveau socio-économique faible. 82,25 % savaient que le paludisme est dû à la piqûre d'un moustique. Le signe principal (la fièvre ou corps chaud) a été cité dans 81 % des cas. Cependant les signes du paludisme grave n'étaient pas bien connus. Il existait une bonne connaissance des mesures préventives aussi bien chez l'enfant que chez la femme enceinte : la Moustiquaire Imprégnée (MI) (62,9 %) et la pratique du Traitement Préventif Intermittent (TPI) lors de la grossesse (52,4 %). Il existait une bonne accessibilité géographique et financière des femmes interrogées par rapport aux MI. Plus de la moitié des femmes interrogées (92 %) disait avoir recours à la structure sanitaire en cas de grossesse et/ou pour un enfant suspect de paludisme. Le personnel de santé (60,4 %) et les relais communautaires (62,9 %) constituaient la principale source d'information. La couverture en MI était de 33 % et le taux d'utilisation du TPI de 71,1 %. Il existait une relation significative entre le niveau de connaissances et les pratiques ( $p < 0,05$ ). Les facteurs déterminant les connaissances étaient l'âge et le niveau d'instruction. Les pratiques des mères étaient influencées par l'âge, la source de revenus et la situation matrimoniale. A l'issue de cette étude, nous recommandons, pour le district de Poponguine, en accord avec le programme national de lutte contre le paludisme de renforcer le programme de sensibilisation afin d'amener les populations à améliorer leur connaissance en matière de paludisme et à changer de comportement mais aussi de mener une enquête qualitative pour compléter cette étude épidémiologique.

**MOTS-CLÉS** • Paludisme. Zone rurale. CAP. Sénégal.

MALARIA KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES AMONG WOMEN LIVING IN THE RURAL AREA OF POPONGUINE, SENEGAL

**ABSTRACT** • Malaria is a major public health and development problem in Senegal where it is the leading cause of morbidity and mortality. Children under five and pregnant women are the most vulnerable groups. The purpose of this transverse, descriptive, analytical study was to assess rural women's knowledge, attitudes and practices regarding malaria. It was conducted in the Poponguine district of Senegal from April 1 to 15, 2005. The estimated population size needed for this cluster survey was 800. Women between the ages of 15 and 45 years who had been living in the district for more than one year were recruited for study. The mean age of the population was 28 years (95% confidence interval, 27.7 – 28.8). Teenagers accounted for over one eighth of the population (13.75%) and three fourths (75.87%) were married. Almost half (49.6%) were attending school and nearly two thirds (65.5%) were classified at the low socioeconomic level. Most (82.25%) knew that mosquitoes transmitted malaria and that the main signs were fever or warm body (82.25% and 81% respectively). However knowledge about the clinical features of severe malaria was poor. Geographical and financial access to IB was good for most of the women interviewed. Over half had a good understanding of preventive strategies for children less than five years of age and pregnant women, i.e., use of insecticide-treated nets (ITN) (62.9%) and of intermittent preventive therapy (IPT) during pregnancy (52.4%). Most (92%) declared that they would go to the health center for care in case of malaria. The main sources of information were medical personal (60.4%) or community volunteers (62.9%). Coverage for ITN and IPT was 33% and 71.1% respectively. There was a good correlation between good knowledge and practices ( $p < 0.05$ ). The main predictors of good knowledge were age and level of education. Practices by mothers were correlated with age, source of income, and marital status. Based on the findings of the study our recommendations for the Poponguine district are in agreement with those of the national malaria control program, i.e., reinforcement of the behavior change program to improve public knowledge about malaria. Further study will be needed to gain more epidemiological insight.

**KEY WORDS** • Malaria. Rural area. KPC. Senegal.

Le paludisme constitue un véritable problème de santé publique. Son incidence annuelle mondiale était estimée en 1998 entre 300 et 500 millions de cas, avec 1,5 à 2 millions de décès annuels, dont 1 million chez les enfants de moins de 5ans (10, 11). Environ 90 % de ces décès surviennent en Afrique subsaharienne

où le paludisme représente 10 % de la charge totale de morbidité et est à l'origine de 30 à 50 % des motifs de consultation dans les services de santé et de plus de 50 % des hospitalisations (7). Ce sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes qui payent le plus lourd tribut (9).

En 1998, l'établissement du partenariat mondial Roll back malaria ou «Faire Reculer le Paludisme» (FRP) a incité les pays africains à prendre davantage de mesures contre le paludisme.

• Courriel : iseck@ised.sn

• Article reçu le 25/04/2006, définitivement accepté le 9/12/2008.

Au Sénégal, des efforts importants ont été fournis dans le cadre du renforcement de la prévention et de la formation des personnels de santé et des agents de santé communautaires (5).

A Poponguine, d'importants efforts ont été faits en vue de réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme. Cette lutte repose sur une politique de prévention qui, requiert des populations un bon niveau de connaissances, de bonnes attitudes et pratiques pour bien lutter contre le paludisme.

L'objectif de cette étude est d'évaluer le niveau des connaissances, attitudes et pratiques des femmes en zone rurale sur le paludisme.

## Méthodologie

### Cadre d'étude

Le district de Poponguine est situé dans le département de Mbour, à 75 km au sud-est de Dakar, la capitale du Sénégal. Sa population est de 43223 habitants dont 9941 femmes en âge de procréer (23 %) et 8212 enfants de 0 à 5 ans (19 %). Sur le plan éducatif, le taux de scolarisation des filles était de 50 % en 2002. Sur le plan de la dynamique communautaire, on retrouve, 60 Groupements de promotion féminine (GPF) très actifs, une trentaine d'associations sportives et culturelles et 17 Groupements d'intérêt économique (GIE). Le district de Poponguine compte 20 cases de santé dont 17 fonctionnelles, 7 postes de santé et un centre de santé. Sur le plan épidémiologique, la transmission du paludisme est continue et à prédominance saisonnière. En 2003, le district avait enregistré un taux de morbidité palustre de 37 % et une létalité qui tournait autour de 4,5 % (6). Dans le cadre des activités de lutte contre le paludisme coordonnées par le Programme national de lutte contre le paludisme, un important programme d'information éducation et communication/communication pour un changement de comportement (IEC/CCC) a été déployé au niveau communautaire depuis 2001. Celui-ci, sous la supervision du personnel de santé, est essentiellement exécuté par les organisations communautaires : l'Association des relais polyvalents (ARPV), l'Association des relais/matrones/agents de santé communautaires du district et le Conseil intercommunautaire de lutte anti palustre (CICLAP).

### Population et Méthode

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique. La population d'étude est constituée par les femmes en âge de procréer (FAR) vivant dans le district de Poponguine depuis 1 an. Etaient incluses dans cette étude, toutes les FAR habitant dans le district de Poponguine depuis un an au moins. Etaient exclues, toutes FAR qui 6 mois sur 12 vivaient en dehors de Poponguine ou étaient absentes le jour de l'enquête.

### Echantillonnage

#### • Taille de l'échantillon

Etant donné qu'il n'existait pas de données statistiques fiables sur la prévalence du paludisme dans l'ensemble du district, nous avons estimé la prévalence par défaut à 50 % et fixé le seuil d'erreur à 5 %, le nombre de sujet nécessaire est  $N = \epsilon^2 pq / i^2$  ( $\epsilon$  est l'écart réduit correspondant au risque d'erreur  $\alpha$  de 5 % et  $\epsilon = 1,96$ ;  $p$  est le pourcentage estimé de sujets atteints de paludisme;  $q$  est le pourcentage complémentaire =  $1-p$ ;  $i$  est la précision souhaitée pour ce pourcentage = 0,5).

La taille de l'échantillon ainsi calculé ( $N = 384$ ) a été multipliée par deux pour réduire l'effet de grappe et la valeur obtenue arrondie à 800.

#### • Recueil des données

##### - Méthode de sondage

Un sondage par grappe avec la probabilité proportionnelle à l'effectif de la population et des totaux cumulés a été effectué. La méthode des itinéraires nous a permis de recruter les unités statistiques nécessaires.

##### - Collecte des données

Le questionnaire a été pré testé, par une équipe de 6 enquêteurs formés. Un consentement libre et éclairé de la FAR était obligatoire avant l'interview. L'étude s'est déroulée du 1er au 15 avril 2005.

#### • Plan d'analyse :

##### - Les variables étudiées étaient :

- dépendantes ou à expliquer : connaissances, attitudes et pratiques des FAR.

- indépendantes ou explicatives : caractéristiques socio-professionnelles (âge, niveau d'instruction, statut professionnel et sources de revenus), mode de transmission du paludisme, signes cliniques du paludisme, mesures préventives chez la femme enceinte (traitement préventif intermittent (TPI) et moustiquaire imprégnée (MI)) et, chez les enfants de moins de cinq ans (MI), recours aux soins et sources d'information.

Les données recueillies ont été contrôlées puis saisies et analysées avec le logiciel Epi Info 2000 version 3.3.2. L'analyse a comporté :

- une étude descriptive par le calcul des fréquences et des moyennes et de leur intervalle de confiance (IC 95 %);

- une étude analytique en comparant les proportions avec des tests du  $\chi^2$  avec ou sans la correction de Yates selon les conditions statistiques. Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

## Résultats

### Etude descriptive

#### • Identification des caractéristiques des FAR

Notre population d'étude comportait 800 FAR avec un âge compris entre 15 et 45 ans, et une moyenne de 28 ans (IC 95 % = 27,7-28,8). Les FAR âgées de 15 à 19 ans étaient au nombre de 110 (13,75 %) et les adultes de 20 ans et plus, 690 (85,25 %). Plus de la moitié des FAR étaient sans source de revenus (65,5 %), 26,6 % étaient des commerçantes. Les FAR instruites représentaient 49,6 % (niveau primaire 39,8 % et niveau secondaire 9,8 %). Les FAR mariées représentaient 75,9 %, les célibataires 21,2 % et les divorcées 0,8 %.

#### • Les connaissances des FAR

##### - Mode de transmission et signes cliniques du paludisme

La piqûre de moustique a été le mode de transmission le plus cité (82,2 % des FAR). Parmi les signes du paludisme simple évoqués, 81,1 % des FAR ont cité la fièvre, puis suivaient la sensation de froid ou frissons (31,4 %) et le mal de tête ou céphalées (31,4 %). Parmi les signes de paludisme grave, la tétrade (fièvre, frissons, convulsions, vomissements), n'a été citée que par 7,1 % des FAR.

##### - Mesures préventives

Plus de la moitié des FAR (61,5 %) ont répondu que l'enfant devait dormir sous MI pour être protégé du paludisme. Tandis que pour la prévention du paludisme chez la femme enceinte, 62,8 % des FAR ont cité l'utilisation de la MI et 52,4 % le TPI lors des consultations prénatales (CPN).

- Les sources d'informations

Les relais ont été cités par 62,9 % des FAR et le personnel de santé par 60,4 %. La radio communautaire représentait 6,1 % des réponses et les groupements de promotion féminine, 11 %.

• Attitudes des FAR face au paludisme

Parmi les attitudes à avoir en cas de paludisme chez l'enfant, 88,6 % des FAR ont répondu qu'il fallait l'amener à la structure sanitaire, 6,2 % ont pensé lui donner de la nivaquine et 3,1 % du paracétamol. Les FAR qui ont déclaré ne rien donner, représentaient 1,1 %. Par contre, devant une suspicion de paludisme chez la femme enceinte, presque toutes les FAR (92 %) ont pensé l'amener à la structure sanitaire. Seul, 6,4 % ont proposé de donner de la nivaquine. Les FAR qui ne savaient pas ce qu'il fallait faire représentaient 1,6 %.

• Pratiques des FAR

Dans notre échantillon, 162 FAR (20,2 %) ont été confrontés au paludisme durant les trois derniers mois avant l'enquête. Parmi ces FAR, 75,9 % ont eu recours à une structure sanitaire pour leurs soins, 20,9 % sont restées à domicile et 3,2 % ont eu recours au tradipraticien. En fonction du traitement reçu, les comprimés ont été les médicaments les plus utilisés (65,5 %) contre 24,5 % pour la voie parentérale (piqûre 11,5 % et perfusion 13 %). Dix pour cent des FAR ont utilisé des médicaments traditionnels.

La proportion de FAR ayant dormi sous MI la veille de l'enquête est de 33 %. Parmi celles-là, 85,4 % ont dit avoir acheté leur MI dans les structures de santé et 85 % ont trouvé son prix abordable.

Etude analytique

• Facteurs déterminants les connaissances (Tableau I)

- Le niveau d'instruction

La connaissance correcte du mode de transmission correcte était plus fréquente chez les FAR instruites (83,6 %) que chez les FAR non instruites (80,9 %).

Les FAR instruites connaissaient mieux les modes de prévention chez la femme enceinte ( $p < 0,01$ ; Odds Ratio OR=0,6 et  $0,51 < OR < 0,90$ ) et chez les enfants de moins de cinq ans ( $p < 0,01$ ; OR=1,64 et  $1,23 < OR < 2,19$ ). Le niveau d'instruction influait sur la connaissance du mode de transmission. Il existait une différence statistiquement significative entre les deux groupes.

- L'âge

Seules 70 % des adolescentes connaissaient bien les signes cliniques du paludisme simple contre 84,2 % des adultes. ( $p < 0,01$ ; OR=0,44 et  $0,28 < OR < 0,69$ ). Les femmes d'âge mûr connaissaient plus les signes cliniques du paludisme simple. Par contre, il n'existait pas de différence statistiquement significative entre l'âge et la connaissance du syndrome cardinal ( $p = 0,74$ ).

Tableau I. Analyse de la connaissance en fonction des déterminants.

	P	OR	IC
Niveau d'instruction			
Mode de transmission	NS		
Signes cliniques	NS		
TPI	0,01	0,6	0,51 – 0,90
MI chez la femme enceinte	< 0,01	1,89	1,41 – 2,53
MI chez l'enfant	< 0,01	1,64	1,23 – 2,19
Age			
Mode de transmission	< 0,01	0,44	0,28 – 0,69
Signes cliniques	NS	-	-
TPI	< 0,01	0,41	0,26 – 0,64
MI chez la femme enceinte	NS	-	-
MI chez l'enfant	NS	-	-

Tableau II. Analyse des Pratiques en fonction des déterminants.

	P	OR	IC
Niveau d'instruction			
Recours aux soins à la structure sanitaire	NS	-	-
Dormir sous MI	NS	-	-
Age			
FE recours aux soins si paludisme	< 0,05	0,27	0,08 – 0,87
TPI	NS	-	-
FE Dormir sous MI	NS	-	-
Enfant de < 5 ans recours aux soins si paludisme	NS	-	-
Source de revenus			
FE recours aux soins si paludisme	NS	-	-
TPI	0,04	1,45	1,01 – 2,07
FE Dormir sous MI	NS	-	-
Enfant de < 5 ans recours aux soins si paludisme	NS	-	-
Situation matrimoniale			
FE recours aux soins si paludisme	NS	-	5,04 –
TPI	< 0,01	7,51	11,18
FE Dormir sous MI	< 0,01	3,22	1,6 – 6,59
Enfant de < 5 ans recours aux soins si paludisme	NS	-	-

FE : femme enceinte

• Facteurs déterminants les attitudes

- Le niveau d'instruction

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre le niveau d'instruction et le recours à la structure sanitaire devant une femme enceinte suspecte de paludisme ou un enfant de 0-5ans suspect de paludisme ( $p = 0,31$  et  $p = 0,58$ ).

- L'âge

L'âge n'influaient pas sur les attitudes des FAR pour le recours aux soins devant une femme enceinte ou un enfant de moins cinq ans suspect de paludisme ( $p = 0,49$  et  $p = 0,40$  respectivement).

- La source de revenus

La source de revenus n'influaient pas sur les attitudes des FAR pour le recours aux soins devant une femme enceinte ou un enfant de moins cinq ans suspect de paludisme ( $p = 0,52$  et  $p = 0,42$  respectivement).

- La situation matrimoniale

Les mariées ayant recours à la structure sanitaire étaient de 564 (92,9 %) contre 176 (91,2 %) de non mariées. Il n'y avait pas de différence significative entre la situation matrimoniale et l'attitude des FAR ( $p = 0,63$ ).

• Facteurs déterminant les pratiques (Tableau II)

- Le niveau d'instruction

Les pratiques n'étaient pas influencées par le niveau d'instruction des FAR lorsqu'il s'agissait de recourir à des soins devant une suspicion de paludisme. Il en était de même pour le fait de dormir sous moustiquaire imprégnée. Il n'existait pas de différence significative entre les FAR instruites et les FAR non instruites ( $p = 0,59$   $p = 0,06$ ).

- L'âge

Lors d'une suspicion de paludisme, les FAR adultes allaient plus fréquemment à la structure sanitaire que les FAR adolescentes ( $p = 0,01$ ; OR=0,27 et  $0,08 < OR < 0,87$ ).

Par contre l'âge n'influaient pas sur l'utilisation de la moustiquaire imprégnée ( $p = 0,46$ ), ni sur la pratique du TPI ( $p = 0,75$ ).

- La source de revenus

Il existait une différence significative des pratiques entre les femmes avec source de revenus et celles sans source de revenus lorsqu'il s'agissait de faire le TPI ( $p = 0,04$ ; OR=1,45 et  $1,01 < OR < 2,07$ ).

- La situation matrimoniale

Les FAR mariées et ayant été enceintes ( $n = 535$ ), pratiquaient plus les mesures préventives (TPI et MI) que les FAR célibataires et ayant été enceintes ( $n = 56$ ) ( $p < 0,01$  OR=3,22 et  $1,60 < OR < 6,59$ ) et ( $p < 0,01$ ; OR=7,51; IC= ]5,04 – 11,18[).

## Discussion

### Les Connaissances

#### • Mode de transmission et signes cliniques du paludisme

Il découle de notre étude qu'il existe, dans la population étudiée, une bonne connaissance du mode de transmission (82 %), du signe classique (fièvre) du paludisme simple (81 %). Cependant il reste beaucoup à améliorer la connaissance des signes du paludisme grave (7,1 %). Ces résultats sont similaires avec ceux de Tal-Dia *et al.* qui avaient retrouvé dans leur étude à Mekhé, à l'Est du Sénégal que 85 % des femmes interrogées avaient cité la piqûre de moustique comme mode de transmission et la fièvre comme principal signe clinique du paludisme simple (12). Ndour *et al.* avaient aussi retrouvé dans leur étude à Gossas au centre du Sénégal, que 74,8 % des chefs de ménages connaissaient bien le mode de transmission du paludisme (6). Au Rwanda, dans l'enquête ménage menée dans le Kibuye, Hutton *et al.* avaient trouvé aussi que le mode de transmission du paludisme et les signes du paludisme simple étaient bien connus dans près de 85 % des cas (3). Au Nigeria, Oguonu T *et al.* avaient trouvé que 99 % des chefs de ménage urbains et 74 % des ruraux avaient entendu parler du paludisme (8). Il en est de même que Elfatih *et al.* dans leur étude menée auprès de 94 mères de familles qui avaient amené leurs enfants fébriles en consultation dans les structures sanitaires de Kordofan, à l'ouest du Soudan (2).

#### • Niveau socio-économique et connaissance des mesures préventives chez la femme enceinte et chez l'enfant

Il existait une assez bonne connaissance de l'importance de l'utilisation de la MI dans notre étude aussi bien chez l'enfant que chez la femme enceinte surtout lorsque le niveau économique est élevé ( $p < 0,05$ ). Ces résultats sont similaires à ceux de Oguonu *et al.*, au Nigeria (9) et à ceux de Hutton *et al.* au Rwanda (8).

Dans notre étude, les relais communautaires ont été la principale source d'information (62,9 %), suivi du personnel de santé (60,4 %). La radio communautaire ne couvre que 6,1 % des réponses. Ces résultats se rapprochent partiellement de l'étude rwandaise où les sources d'information prédominantes étaient : le personnel de santé (57 %) et la radio (52 %) (8).

#### • Age et connaissance des mesures préventives

Dans notre étude la proportion de FAR adultes qui connaissait le mode de transmission et l'importance du TPI (CPN) chez la femme enceinte et chez l'enfant étaient plus importantes que celle des adolescentes ( $p < 0,05$  dans les deux cas). Ce même facteur déterminant avait été retrouvé par Tal-Dia *et al.* à Gossas, (12).

#### • Niveau d'instruction et connaissance des mesures préventives

Les FAR instruites avaient une meilleure connaissance des mesures préventives du paludisme chez la femme enceinte et chez l'enfant ( $p < 0,05$ ). Le niveau d'instruction avait également été retrouvé comme déterminant dans l'étude sénégalaise réalisée à Mekhé où les personnes qui savaient lire et écrire avaient une meilleure connaissance sur le paludisme (12).

### Les Attitudes

Dans notre étude, les femmes avaient une très bonne attitude aussi bien chez l'enfant de 0 à 5ans que chez la femme enceinte (89 %). Ces proportions sont similaires à celles retrouvées par Kiniffo *et al.* au Bénin (77,5 %) (4) mais différentes des résultats de Hutton *et al.* au Rwanda (35 %) (3).

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative en fonction du niveau d'instruction et des sources de revenus. Ce qui est différent de l'étude de Tal-Dia *et al.* à Mekhé au Sénégal où les auteurs ont trouvé un lien entre les attitudes des femmes et le niveau d'instruction (12) et de l'étude de Kiniffo *et al.* au Bénin qui ont trouvé un lien entre les attitudes des femmes et le niveau socio-économique (4).

### Les Pratiques

#### • Le recours aux soins et l'âge

Dans notre étude, nous avons retrouvé une différence statistiquement significative concernant le recours aux soins et en fonction de l'âge chez les FAR qui ont eu une grossesse ( $p < 0,05$ ). Ces résultats sont similaires à ceux de Kiniffo *et al.* au Bénin qui avaient noté que les FAR adultes avaient plus tendance à se rendre dans les structures de sanitaires en cas de paludisme que les FAR jeunes (4). Dans l'étude de Elfatih *et al.* au Soudan, le recours aux soins était décidé par la femme dans 43 % (2).

#### • Pratique des mesures préventives et sources de revenus

Dans notre étude, les FAR avec sources de revenus adhéraient beaucoup plus aux mesures préventives ( $p < 0,05$ ). Le manque de revenus économique peut être un facteur limitant dans la pratique des mesures préventives. Ce constat a été fait aussi par Hutton *et al.* au Rwanda qui ont trouvé une faible proportion (9 %) de femmes utilisant la MI du fait du coût jugé élevé (3). Cette proportion est encore plus faible au Congo où Talani *et al.* ont trouvé que 7,7 % des femmes utilisaient la MI. Les raisons évoquées étaient surtout d'ordre financier mais aussi d'ordre culturel (réticence, immobilisme, rumeurs, etc.) (13).

### Pratiques des mesures préventives et statut matrimonial

Dans notre étude, les FAR mariées ayant été enceintes, utilisaient davantage les mesures préventives que les FAR célibataires ayant été enceintes ( $p < 0,05$ ). Le statut matrimonial influait beaucoup sur l'utilisation des mesures préventives. Ce constat avait été fait aussi par Oguonu *et al.* qui avaient trouvé que les FAR mariées enceintes utilisaient 3 fois plus la moustiquaire imprégnée et pratiquaient 7 fois plus le traitement préventif intermittent que les FAR célibataires (8). Ce constat pourra être mieux explicité par une enquête qualitative ultérieure.

## Conclusion

L'étude menée à Poponguine a montré que les FAR avaient une bonne connaissance sur le mode de transmission du paludisme et les signes cliniques du paludisme simple, une bonne attitude dans le recours aux soins en cas de suspicion de paludisme chez l'enfant ou chez la femme enceinte et une bonne pratique du traitement préventif chez la femme enceinte mais une faible utilisation de la moustiquaire imprégnée. La principale source d'information était représentée par les relais communautaires. Nous avons trouvé aussi une différence statistiquement significative entre la connaissance des mesures préventives et le niveau d'instruction et entre la pratique des mesures préventives et les déterminants socio-professionnels (âge, statut matrimonial et sources de revenus).

Ainsi, nous recommandons que le district de Poponguine, en accord avec le programme national de lutte contre le paludisme, renforce le programme de sensibilisation afin d'amener

davantage les populations à améliorer leur connaissance en matière de paludisme et à changer de comportement mais aussi qu'il mène une enquête qualitative pour compléter cette étude épidémiologique.

---

### Références

---

1. Ministère de la Santé du Sénégal. District de Popouguine. Région Médicale de Thiès. Rapport nosologique annuel du district de Popouguine. 2003. 4 p.
2. Elfatih MM, Kamal H, Salah HA, Eldirdieri SA, Khalid AM. Treatment-seeking behaviour for malaria in children under five years of age : implication for home management in rural areas with high seasonal transmission in Sudan. *Malar J* 2006; 5 : 60-5.
3. Hutton G, Musango L, Savadogo B. Résultats de l'Enquête-Ménage dans la province de Kibuye, Rwanda. Direction de la Santé, Genre et Affaires Sociales Province de Kibuye Swiss tropical Institute. Février-mars 2003, 53 p.
4. Kiniffo IR, Agbo-ola L, Issifou S, Massougbojji A. Les mères des enfants de moins de cinq ans et le paludisme dans la vallée de Dangbo au Sud-Est du Bénin. *Med Afr Noire* 2000; 47 : 27-33.
5. Ministère de l'Economie et des finances du Sénégal : [www.finances.gouv.sn/siteco5.html](http://www.finances.gouv.sn/siteco5.html) consulté le 15 mai 2005.
6. Ndour CT, Ba O, Manga NM, Fortes ML, Nyamwasa D, Sow PS. Le paludisme : connaissance, attitudes et pratiques des chefs de ménage de la population rurale de Gossa, Sénégal. *Bull Soc Pathol Exot* 2006; 99 : 290-3.
7. OMS Roll Back Malaria. Rapport sur le paludisme en Afrique. 2003.
8. OguonuT, Okafor HU, Obubu HA. Caregivers's knowledge, attitude and practice on childhood malaria and treatment in urban and rural communities in Enugu, south-east Nigeria. *Public Health* 2005; 119 : 409-14.
9. UNICEF. Roll Back Malaria. Le Paludisme : une des principales causes de décès et de pauvreté des enfants en Afrique. Juillet 2002 réimprimé en octobre 2004. 20p.
10. Ministère de la santé du Sénégal. Programme National de lutte contre le paludisme. Extrait situation de la prise en charge du paludisme au Sénégal et perspectives. Septembre 2004, 18 p.
11. Ministère de la santé du Sénégal. Programme National de lutte contre le paludisme. Rapport sur la mise en œuvre du Programme National de lutte contre le paludisme du Sénégal. Février 2006, 87 p.
12. Tall-Dia A, Fall IS, Camara B, Wone I, Ndiaye P, Mbaye, Diouf FN. Obstacle dans la prise en charge du paludisme de l'enfant dans la ville de Mékhé (Sénégal). *Dakar Med* 2002; 47 : 159-63.
13. Talani P, Samba G, Moyen G. Lutte contre le Paludisme maladie par la moustiquaire imprégnée d'insecticide à Brazzaville. *Med Afr Noire* 2005; 52 : 687-90.



Culture de cacahouètes, Sine Saloum, Sénégal. © Morand JJ